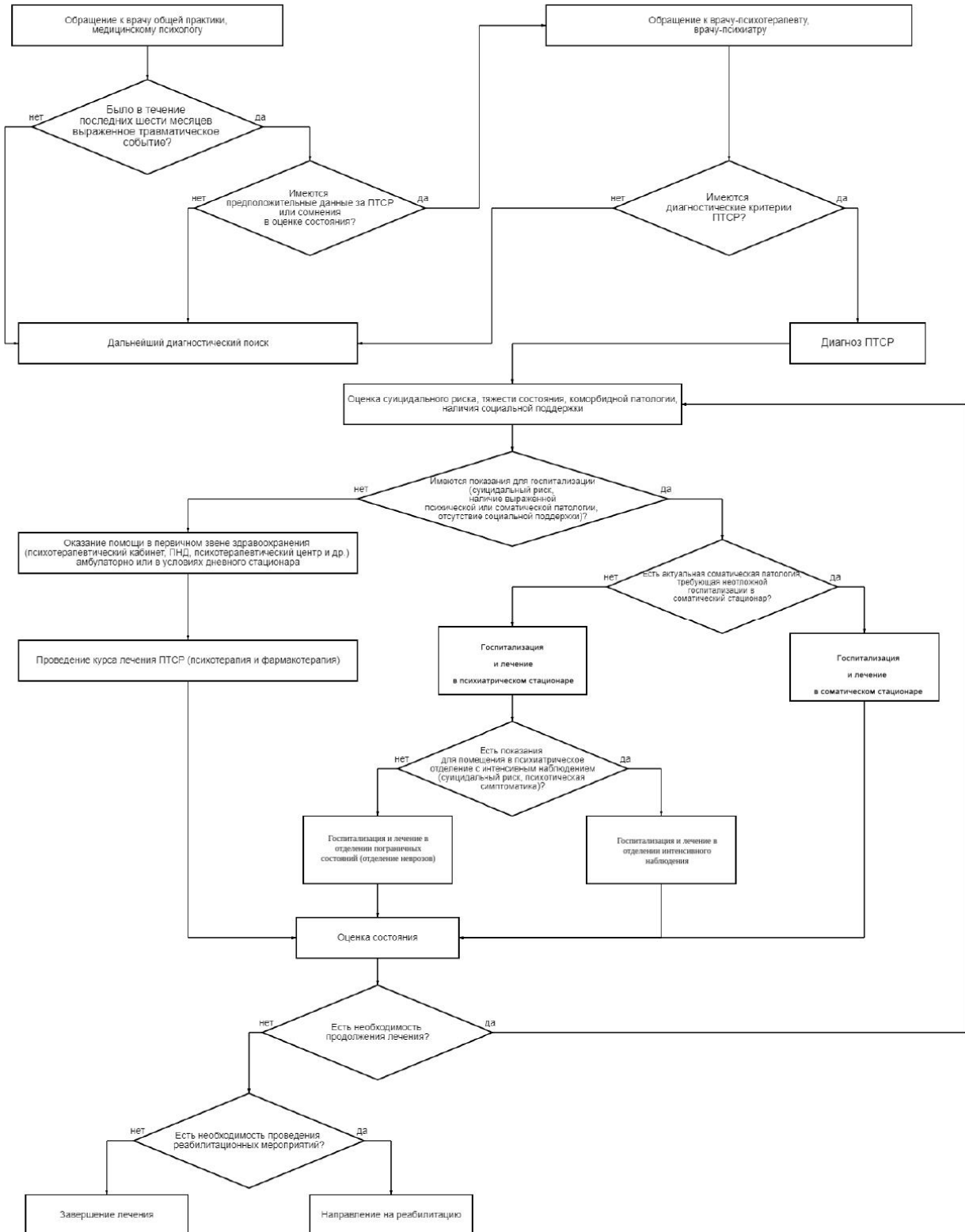
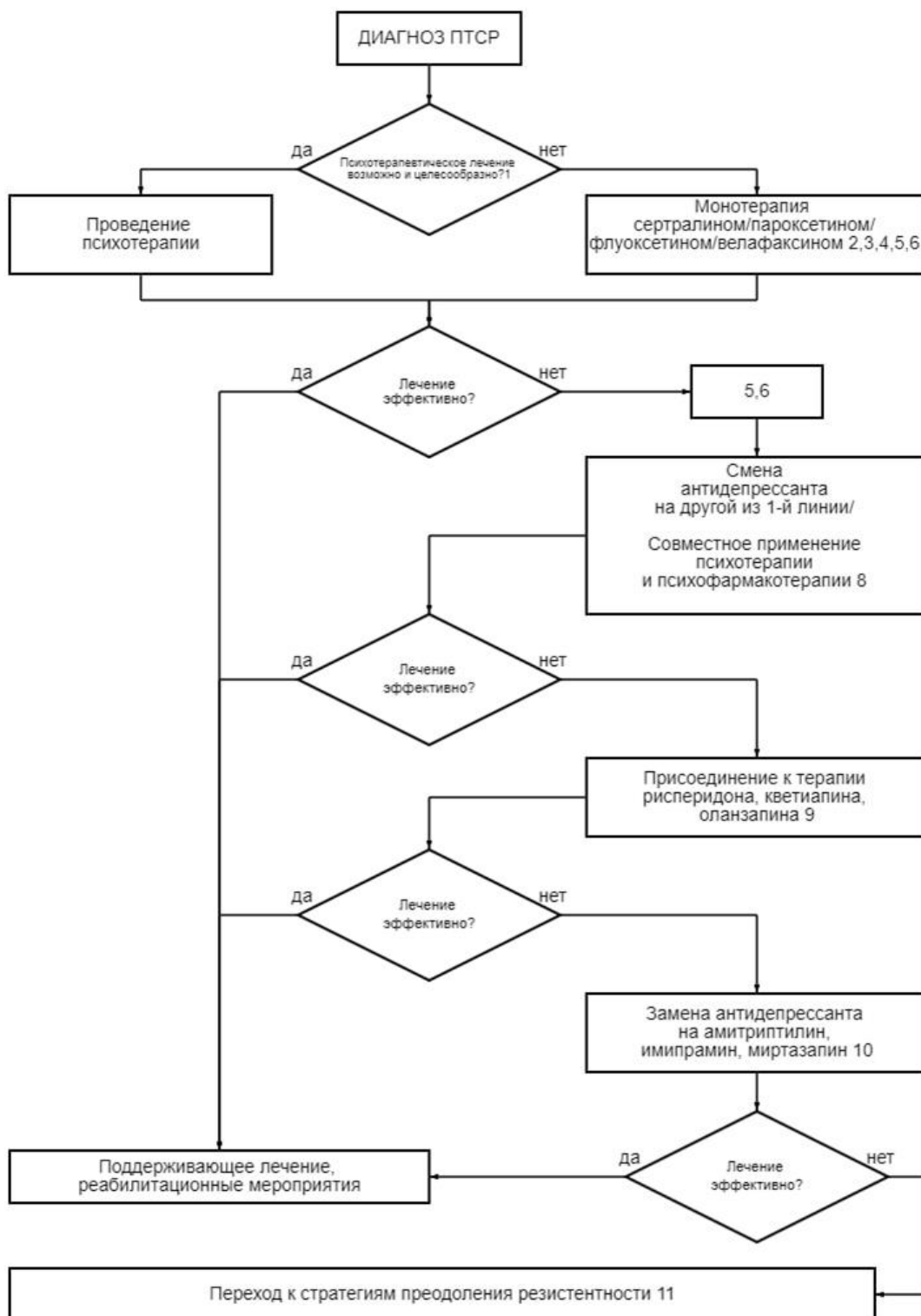


## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

### Алгоритм ведения пациента с посттравматическим стрессовым расстройством



## Приложение Б1. Алгоритм терапии ПТСР



1. При наличии организационных возможностей и показаний возможно сразу назначение комбинированной терапии психотерапии + фармакотерапия.
2. Пароксетин\*\* 20-50 мг/сут, сертралин\*\* 25-200 мг/сут, #флуоксетин\*\* 20-40 мг/сут) или #венлафаксина 75-225 мг/сут. Эффективность оценивается через 4-6 недель от начала приема.
3. При недостаточной эффективности целесообразно повысить дозы принимаемого препарата до максимально-терапевтических.
4. Возможна комбинация с производными бензодиазепина в первые 2-4 недели лечения (диазепам\*\*5-15 мг/сут, лоразепам\*\*2-10 мг/сут, клоназепам\*\*1-4 мг/сут, алпразолам 0,25-4,5мг/сут, тофизопам 50-300 мг/сут).
5. Возможна комбинация с другими анксиолитиками (алимемазин 15-80 мг/сут, этифоксин 150-200 мг/сут, гидроксизин\*\* 25-100 мг/сут, буспирон 20-30 мг/сут).
6. В каждом случае неэффективности психофармакотерапии в первую очередь необходимо удостовериться в соблюдении пациентом режима приема препаратов.
7. При недостаточной эффективности стартовой терапии возможна замена антидепрессанта 1-й линии на другой из этой группы, а также назначение комбинированной терапии: психотерапии + фармакотерапия.
8. В случае отсутствия ответа на монотерапию препаратами 1-й линии и при наличии соответствующих показаний целесообразно добавить к терапии #рисперидон\*\* (0,5- 8 мг/сут), #кветиапин\*\* (50-300 мг/сут) или #оланзапина (5-20 мг/сут).
9. При недостаточной эффективности терапии возможна замена антидепрессанта на препараты второй линии – #амитриптилин\*\*(75-150 мг/сут), #имипрамин\*\* (75-250 мг/сут) или #миртазапин (30-60 мг/сут.). Необходимо помнить о выраженности возможных побочных эффектов. Не рекомендуется назначение этих препаратов пациентам с высоким суицидальным риском без постоянного наблюдения.
10. При недостаточной эффективности терапии или при резистентности к терапии возможно использование стратегий преодоления резистентности:
  - Монотерапия противоэпилептическими препаратами: #ламотриджин (25-500 мг/сут) или #топирамат\*\* (200-400 мг/сут)
  - Монотерапия антипсихотическими средствами в соответствии с показаниями: #рисперидон\*\* (0,5- 8 мг/сут), #кветиапин\*\* (50-300 мг/сут), или #оланзапин\*\* (5-20 мг/сут).
  - Транскраниальная магнитная стимуляция головного мозга;
  - Применение комбинаций различных лекарственных средств в соответствии с их фармакологическими эффектами и с состоянием пациента. Осторожное применение экспериментальных методов лечения.