

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНО РАСТРОЈСТВО (ОКР)

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на опсесивно-компулзивно растројство (ОКР).

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на опсесивно-компулзивно растројство (ОКР) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на опсесивно-компулзивно растројство (ОКР) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6626/2

19 ноември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ОПСЕСИВНО-КОМПУЛЗИВНО РАСТРОЈСТВО (ОКР)

МЗД Упатство
23.8.2010

- Основи
- Епидемиологија
- Етиологија
- Клиничка слика
- Диференцијална дијагноза
- Коморбидитет
- Третман
- Поврзани извори

ОСНОВИ

- Возраст на појавување обично е приближно на 20 години; сепак, кај 1/3 од пациентите ОКР за првпат се појавило во адолесценцијата. Состојбата, вообичаено, е хронична.
- Да се дознае за компулзивното однесување и опсесивните мисли, особено ако пациентот има депресивност или анксиозност.
- Ефективните форми на третман вклучуваат когнитивно-бихејвиорална терапија, селективни инхибитори на повторното преземање на серотонинот (SSRI) и clomipramine во значително високи дози и со доволно долго следење на одговорот.

ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Според пресечните студии, преваленцијата на ОКР во општата популација е 1.6%. Животната преваленција за ОКР е приближно 2.5% (ннд-В)¹.
- Преваленцијата на ОКР не покажува полови варијации.

ЕТИОЛОГИЈА

- Генетските студии, последните имиџинг техники, како и резултатите добиени со психохирургијата укажуваат дека ОКР има биолошко потекло.
- Серотонергичниот систем станал фокус на студиите, бидејќи добрите резултати во третманот кај ОКР се постигнати со серотонин-селективни медикаменти.
- Не се идентификувани специфични ОКР гени, но некои студии сугерираат дека генетската предиспозиција понекогаш може да биде асоцирана со растројството. Појавата на ОКР во детството изгледа дека е наследна (понекогаш во асоцијација со тик растројствата).

КЛИНИЧКА СЛИКА

- ОКР е класифицирано како независно растројство во МКБ-10.
- Пациентот има или опсесивни мисли (опсесии), или компулзивно однесување (компулзии). Опсесиите и компулзиите се повторуваат и истите се вознемирувачки за пациентот.

¹ Ннд - ниво на доказ

- Пациентите со ОКР препознаваат дека нивните опсесии се креација која произлегува од нивните сопствени мисли.
- Честите опсесии опфаќаат:
 - страв од загадување, избегнување на нечистотија, страв од бактерии,
 - замисли дека се повредуваат себеси или другите,
 - страв од губење на контрола,
 - потиснувачки сексуални мисли,
 - ексцесивен религиозен или морален сомнеж,
 - забранети мисли,
 - потреба да се чуваат нештата на одреден начин,
 - компулзивна потреба за зборување, поставување на прашања или исповедување.
- Честите компулзии вклучуваат:
 - миење, повторување на нештата, проверка, пребројување
 - организирање на поседувањата, собирање или чување на нештата
- Компулзиите често се спроведуваат и се повторуваат според строго одредени ритуали. Целта е да се постигне ослободување од нешто кое се перцепира како непријатно. Пациентите, вообичаено, препознаваат дека нивното однесување е неразумно.
- ОКР симптомите предизвикуваат страдање, одземаат време (повеќе од еден час дневно) или значително интерферираат со секојдневниот живот на пациентот.
- ОКР, вообичаено е долготрајна состојба, дури и доживотна. Симптомите често се редуцираат со текот на времето и варираат од речиси незначителни до симптоми кои предизвикуваат силен дистрес.

ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Опсесивните мисли се јавуваат кај многу психијатриски болести, но не и компулзивното однесување. Затоа, присуството на компулзивно однесување е поддршка за дијагностицирање на ОКР.
- Тик растројствата (Tourette's синдром и други тик растројства) може да наликуваат на ОКР. Тиковите и ОКР често се јавуваат заедно, особено при појава на растројството во детската возраст.
- Кај генерализираното анксиозно растројство пациентот ја гледа причината за неговата/нејзината анксиозност како реална, иако нема реално резонирање кога се во прашање симптоми на ОКР.
- Пациентите со ОКР понекогаш имаат панични напади, но тие се секундарни на опсесивните стравови.
- ОКР и депресијата почесто се јавуваат заедно кај возрасните лица, но помалку кај децата и адолесцентите.
- Растројствата на исхрана и шизофренијата се чести коморбидни растројства со ОКР. Типичната шизофренија не е позастапена отколку што е во општата популација, но некои пациенти може да имаат делузија како идеи во релација со нивните опсесии наведувајќи на дијагноза на психотично растројство. Сепак, вообичаено различно од психотичните индивидуи, пациентите со ОКР продолжуваат да имаат јасна претстава на тоа што е реално, а што не е.
- Кај децата и адолесцентите, ОКР може да се влоши или да предизвика дисруптивно однесување, како и да предизвика проблеми со вниманието и концентрацијата.
- Иако стресот може да го влоши ОКР, симптомите се појавуваат без оглед на стресот.
- Пациентите со ОКР, вообичаено, бараат третман за депресијата и анксиозноста, а не за опсесиите или компулзиите. Кратките прашања кои се однесуваат на повторуваното миење на раце, потребата од проверка на нештата или опсесивните мисли водат кон препознавање на ОКР во 80% од случаите.
- Само мал број од пациентите со ОКР страдаат од опсесивно-компулзивно растројство на личноста. Ова се однесува на карактерни особини кои вклучуваат преокупација со правилата, роковите, перфекционизмот, крутоста и нефлексибилноста.

КОМОРБИДИТЕТ

- Психијатриските состојби кои може да коегзистираат со ОКР се:
 - анксиозно растројство (како панично растројство или социјална фобија),
 - депресија/дистимија,
 - растројства во однесувањето и вниманието (на пример, хиперактивно растројство со дефицит на внимание - ADHD),
 - растројства поврзани со учењето,
 - тик растројства,
 - трихотиломанија (кубење на коса),
 - дисморфично растројство на телото (замислена грдост).

ТРЕТМАН

- Едукацијата е основна во помошта на пациентот и семејството, за да научат како најдобро да се справат со ОКР и да се превенираат компликациите.
- Когнитивно-бихејвиоралната психотерапија е ефикасна кај ОКР (ннд-В).
- Селективните инхибитори на повторното преземање на серотонинот (SSRI) се најефикасен третман (ннд-А). Резултатот не се однесува на можната депресија.
- SSRI се користат во поголеми дози отколку за депресијата, а дозата постепено се зголемува. Најчесто користени SSRI:
 - escitalopram (10-20mg/ден)
 - fluvoxamine (25-250mg/ден)
 - fluoxetine (5-60mg/ден)
 - paroxetine (10-40mg/ден)
 - citalopram (20-60mg ден)
 - sertraline (50-150mg/ден)
- Clomipramine е ефикасен кај 50 до 85% од пациентите во контролните студии. Почетната доза е 25mg. Дозата може да се зголеми до 150-200 mg/ден, која е повисока доза од онаа за депресија.
- Резултатот може да се појави бавно (за 2 до 3 месеци), а ефикасноста може да се зголеми до 1 година.
- Медикаментозниот третман треба да продолжи уште најмалку 1.5 година, понекогаш и доживотно.
- Релапсите се многу чести кога ќе се прекине земањето на лекот, особено ако лицето немало корист од когнитивно-бихејвиоралната терапија (КБТ). Се препорачува пациентите да продолжат со земање на лек, особено ако немаат достапност за КБТ.
- Другите трициклични антидепресиви не се ефикасни. Антипсихотиците може да бидат додадени на SSRI за редуција на симптомите кај пациентите со ОКР кои немаат одговор на SSRI како монотерапија (ннд-В) и тие може да се употребат за да ги редуцираат тик симптомите.
- Често е корисна комбинацијата на медикаментозен третман и когнитивно-бихејвиорална терапија.

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

25.8.2009

Кохранови прегледи

- Инхибиторите на повторното преземање на серотонинот (SRI) и когнитивната бихејвиорална терапија (КБТ) може да бидат корисни во третман на пациенти со дисморфично растројство на телото (ннд-С).

- Кај опсесивно компулсивното растројство додавањето на quetiapine или risperidone на антидепресивните лекови може да ја зголеми ефикасноста на третманот (ннд-С).

Литература

- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. Lancet 2009 Aug 8;374(9688):491-9. [PubMed](#)
- O'Kearney RT, Anstey KJ, von Sanden C. Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18;(4):CD004856. [PubMed](#)
- Ipser JC, Carey P, Dhansay Y, Fakier N, Seedat S, Stein DJ. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18;(4):CD005473. [PubMed](#) [PubMed](#)
- Academic Highlights: Obsessive-compulsive disorder: strategies for optimal treatment. J Clin Psychiatry 2008 Oct;69(10):1647-57. [PubMed](#)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00358 (035.032)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори: Ulla Lepola, Hannu Koronen and Esa Leinonen Previous authors: Gérard Emilien Article ID: ebm00732 (035.032) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 23.8.2010, www.ebm-guidelines.com.**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во август 2015 година.**