

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С
ДРУГИМИ ОРГАНИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ И
ПОВЕДЕНИЯ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ БОЛЕЗНЬЮ, ТРАВМОЙ И
ДИСФУНКЦИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА.**

1.ВВОДНАЯ

ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
F07.8	Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга.

1.2 Дата разработки протокола: 2021год

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ВВК	Военно-врачебная комиссия
В/м	Внутримышечно
В/в	Внутривенно
КТ	Компьютерная томография
ЛС	Лекарственные средства
МЗ	Министерство здравоохранения
МНН	Международное непатентованное название (генерическое название)
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МСЭК	Медико-социальная экспертная комиссия
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
РЭГ	Реоэнцефалография
РК	Республика Казахстан
Р-р	Раствор
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СПЭК	Судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭПО	Экспериментально-психологическое обследование
ЭЭГ	Электроэнцефалограмма
ЭхоЭГ	Эхоэлектроэнцефалограмма
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
УД	Уровень доказательности

1.4 Пользователи протокола: психиатры – наркологи, психотерапевты.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью(++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.

C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++или+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 Определение:

Расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга – это расстройства вследствие органического повреждения головного мозга, проявляющиеся личностными и поведенческими нарушениями [1,8]

Изменение личности и поведения может быть остаточным явлением или сопутствующим нарушением при болезни, повреждении и дисфункции головного мозга. Этиология основного заболевания должна быть установлена отдельно. Обычной причиной являются разнообразные структурные повреждения мозга, среди которых наиболее часто встречается травма черепа. Наиболее этиологически значимыми являются повреждения височных и лобных областей. Синдром характеризуется заострением (усилением) преморбидных личностных особенностей или появлением патологических черт личности. Снижается контроль побуждений и выражения эмоций, последние становятся лабильными и поверхностными с преобладанием эйфории или апатии. Эйфория лишена истинного веселья, что может признаваться и самим пациентом. На эйфорическом фоне обнаруживается характерная склонность к плоским шуткам, а так же снижение познавательной деятельности в сфере планирования и предвидения; появление склонности к формированию сверхценных идей, в том числе идей отношения [23]

Болезни, повреждения или дисфункция головного мозга могут проявляться в различных когнитивных, эмоциональных, личностных и поведенческих расстройствах, но не все они могут быть квалифицированы в предыдущих рубриках.

К этой рубрике относятся также:

а) любые другие уточненные, но предположительные синдромы изменения личности и поведения в связи с болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга иной природы, чем в F07.0x F07.2;

б) состояния с легкой степенью когнитивных нарушений, не достигающие степени деменции при прогрессирующих психических расстройствах, таких как болезнь Альцгеймера, Паркинсона и других. Диагноз должен быть изменен, когда критерии деменции отвечают необходимым требованиям.

Исключается: - делирий (F05.-)

1.8 Классификация [по Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра [1,19]:

F 07.8 Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга различного генеза (травмы, сосудистая патология, ВИЧ-инфекция, нейросифилис, вирусные и бактериальные нейроинфекции, смешанные заболевания, неуточненные заболевания).

2.МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

2.1 Диагностические критерии [1,19]:

А. Болезни, которые обнаруживают соответствующие признаки личностных или поведенческих расстройств органического генеза, но не могут быть квалифицированы в предыдущих рубриках;

В. Не достигающие степени деменции легкие когнитивные расстройства при атрофических церебральных заболеваниях (Альцгеймера, Паркинсона...)

Включается:

- органическое аффективное расстройство вследствие поражения правого полушария мозга.

Исключается:

- делирий (F05.-)

Жалобы и анамнез:

Жалобы: головные боли, головокружение, снижение работоспособности, рассеянное внимание, трудность сосредоточения, утомляемость, бессонница, снижение устойчивости к стрессу.

Анамнез: при опросе пациента следует обратить внимание на наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, интоксикаций, сосудистых заболеваний мозга, соматических заболеваний, предшествующих развитию психопатологической симптоматики, на данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями, данные об особенностях развития пациента, информацию о преморбидных особенностях.

Физикальное обследование:

- Следы перенесенных травм (рубцы, шрамы)
- Стигмы дизэмбриогенеза
- Результаты неврологического обследования (расстройства функций черепных нервов, рефлексы, произвольные движения, экстрапирамидные нарушения, мозжечковая патология, расстройства координации движений и др.)

Лабораторное обследование: нет.

Инструментальное обследование по показаниям- рентгенография черепа, ЭхоЭГ, РЭГ, КТ, МРТ головного мозга, доплерография магистральных артерий головы.

Консультации специалистов по показаниям:

- консультация терапевта (педиатра) – исключение соматических заболеваний;
- консультация невропатолога – исключение текущих неврологических расстройств;
- консультация гинеколога – исключение гинекологических расстройств;
- консультации иных узких специалистов – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

2.2. Диагностический алгоритм:

- Осмотр, консультация врача-психиатра всем детям, подросткам, взрослым;
- Полный анамнез. Уточнить жалобы, характерные для органических расстройств;
- Оценить имеющуюся симптоматику всем пациентам с подозрением на наличие органического расстройства для выявления сопутствующих психических расстройств;
- Направление на ЭПО; Психологическое консультирование, в том числе членов семьи;
- Физикальный осмотр (в том числе дисморфология, параметры физического развития, определение индекса массы тела, наличие травм и повреждений);
- Направление на педиатрическое обследование для оценки наличия сопутствующих соматических расстройств. По показаниям направить на прием узких специалистов;
- Лабораторные исследования по рекомендации узких специалистов по показаниям (ЭЭГ, УЗДГ сосудов головного мозга, КТ, МРТ, консультация невропатолога), консультация психолога.
- Оценить имеющуюся симптоматику всем пациентам с подозрением на наличие органического расстройства для выявления сопутствующих психических расстройств;
- Выявление клинических признаков гормонального дисбаланса.

2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [8-10]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного	Объективные данные о наличии органического заболевания мозга, травмы черепа, функционального расстройства,	Наличие органических изменений головного мозга	Не следует устанавливать диагноз в случаях, если органическая причина имеет неспецифический

<p>мозга либо вследствие физической болезни</p>	<p>интоксикации (исключая алкоголь, другие ПАВ) или соматического заболевания, включая гормональные отклонения, могущих вызвать нарушение функций мозга; наличие вероятной связи между развитием основной органической патологии и психического нарушения, возникающего одновременно с ней или отставленно и подвергающегося обратному развитию по мере ослабления основного заболевания; отсутствие достаточных данных об иной причине психического нарушения.</p>		<p>характер или подтверждается ограниченными данными.</p>
<p>Органическое расстройство личности</p>	<p>В течение 6 мес сохраняются 3 из следующих признаков: 1) постоянно сниженная способность к целенаправленной деятельности; 2) эмоциональная лабильность, эйфория, раздражительность, апатия; 3) отсутствие контроля над эмоциями, побуждениями; 4) когнитивные нарушения; 5) выраженное изменение речевой продукции; 6) измененное сексуальное поведение.</p>	<p>Наличие органических изменений головного мозга</p>	<p>При органическом расстройстве личности девиации мыслительных процессов обусловлены в большей степени трудностями организации произвольной деятельности и эмоционально-волевыми нарушениями.</p>
<p>Постэнцефалитический синдром</p>	<p>Обратимый неспецифический синдром, клинические проявления зависят от возбудителя энцефалита и возраста больного; общее недомогание, апатия, раздражительность; легкая когнитивная дисфункция; нарушения в сфере мотиваций и влечений; нарушение сна, аппетита;</p>	<p>Наличие органических изменений головного мозга</p>	<p>Синдром обычно обратим, что является принципиальным отличием от органического личностного расстройства.</p>

	резидуальные неврологические дисфункции; синдром должен быть уточнен причиной его вызвавшей (ВИЧ-инфекция, нейросифилис, вирус и бактериальные заболевания, смешанные и неуточненные заболевания).		
Посткоммоционный синдром	Возникает вслед за травмой головы (с потерей сознания); головная боль, головокружения, утомляемость, особенно при умственном напряжении, легкие мнестические нарушения, снижение устойчивости к стрессу, снижение толерантности к алкоголю. Для дифференциальной диагностики целесообразно учитывать данные дополнительных методов исследования (ЭЭГ, КТ, окулонистагмографии, спинномозговой пункции).	Наличие органических изменений головного мозга	Той или иной степени выраженности посткоммоционные расстройства наблюдаются на протяжении 3—4 недель после каждой тяжелой черепно-мозговой травмы. Диагностика основана на анамнестических данных, симптомах цефалгии, головокружения, аффективной неустойчивости, слабости, астении после черепно-мозговой травмы..

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

3.1 Немедикаментозное лечение:

Комплаенс - терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

3.2 Медикаментозное лечение [4-7,9, 12-18]:

Нейролептические препараты – предназначены для купирования грубых психопатологических нарушений (оланзапин, кветиапин, рисперидон, палиперидон, амисульприд, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин). С учетом равнозначности эффективности нейролептических препаратов в отношении «продуктивной» психопатологической симптоматики выбор основного препарата и его суточная дозировка определяются:

- Индивидуальной переносимостью пациента.
- Психопатологической структурой ведущего синдрома.

- Наличием/отсутствием «патологической почвы» (резидуальные и/или субкомпенсированные
- соматоневрологические нарушения), оказывающей патопластическое влияние на
- клиническую картину.
- Продолжительностью психического расстройства.
- Спектром нейролептических препаратов, которые пациент принимал ранее.
- Наличием/отсутствием признаков фармакорезистентности.

Отдельную подгруппу составляют нейролептики пролонгированного действия, предназначенные для поддержания медикаментозной ремиссии в амбулаторных условиях (палиперидон, рисперидон конста, галоперидол-деканоат, флуфеназин).

Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин, топирамат).

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, феназепам)

Антидепрессанты – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС или ИОЗСН (дулоксетин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, мirtазапин, агомелатин, венлафаксин). В случае неэффективности указанных препаратов или в случае наличия признаков эндогенности депрессивных нарушений рекомендуется применять амитриптилин.

Малые нейролептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений либо для терапии психотических расстройств в пожилом и старческом возрасте (хлорпротиксен, тиоридазин).

Таблица 3 – Основные медикаменты:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения).

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	Уровень доказательности
Нейролептик	Оланзапин	5-10 мг/сутки внутрь	А
Нейролептик	Кветиапин	200-600 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Палиперидон	3-12 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Амисульпирид	200-600 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Рисперидон	1-6 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Клозапин	25-150 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Галоперидол	5-15 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Трифлуоперазан	2,5-20 мг/сут внутрь	А
Нейролептик	Левомепромазин	25-100 мг/сут внутрь	В
Нейролептик	Галоперидол-деканоат	50-100 мг/в 4 недели в/м	А
Нейролептик	Рисперидон	25-50 мг/в 2 недели в/м	А
Нейролептик	Флуфеназин	25-50 мг/в 4 недели в/м	А

Таблица 4 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний (поведенческих

расстройств, фазовых колебаний настроения).
 Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения)

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	Уровень доказательности
Антидепрессант	Дулоксетин	60 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Агомелатин	25-50 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Венлафаксин	37,5-150 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Амитриптилин	75-150 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Сертралин	50-100 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флувоксамин	50-100 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Миртазапин	15-30 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флуоксетин	20-60 мг/сутки внутрь	А
Нейролептик	Хлорпротиксен	15-150 мг/сутки внутрь	В
Нейролептик	Тиоридазин	50-150 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Топирамат	50-150 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Карбамазепин	200-600 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Вальпроевая кислота	300-600 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Ламотриджин	50-100 мг/сутки внутрь	А
Транквилизатор	Клоназепам	До 2 мг/сутки внутрь	А

3.3 Хирургическое вмешательство – нет.

3.4 Дальнейшее ведение (после стационара) – формирование и укрепление комплаенса.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- Устранение клинических симптомов;
- Настроенность больного и/или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе;
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [2,3]:

Добровольная (экстренная и плановая) госпитализация[2,3]:

- психопатологические расстройства психотического и/или непсихотического уровня с десоциализирующими проявлениями, проявления которых не купируются в амбулаторных условиях *или*
- решение экспертных вопросов (МСЭК, ВВК, СПЭК).

Принудительная госпитализация без решения суда – наличие психопатологических расстройств и действий, обуславливающих:

- непосредственную опасность для себя и окружающих;

- беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, при отсутствии надлежащего ухода;
- существенный вред здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Принудительная госпитализация – по определению суда, постановлению следственных органов и/или прокуратуры.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

5.1 Ведение пациента на стационарном уровне:

- ✓ Плановая либо экстренная госпитализация по показаниям;
- ✓ Клинико-психопатологическое обследование врачом-психиатром;
- ✓ Наблюдение среднего медицинского персонала за поведением пациента;
- ✓ Проведение экспериментально-психологического обследования;
- ✓ Проведение лабораторного/инструментального обследования;
- ✓ Консультация специалистов по показаниям, исключение сопутствующих сомато-неврологических расстройств;
- ✓ Выявление коморбидной симптоматики;
- ✓ Обоснование окончательного диагноза;
- ✓ Проведение медикаментозной терапии коморбидной симптоматики;
- ✓ Проведение медикаментозной терапии сопутствующих сомато-неврологических расстройств;
- ✓ Проведение немедикаментозной терапии;
- ✓ Достижение существенной редукции коморбидной симптоматики (продуктивной) на момент выписки из стационара;
- ✓ Достижение повышения уровня социального функционирования на момент выписки из стационара;
- ✓ Оформление выписного эпикриза с подробными рекомендациями дальнейшего ведения пациента;
- ✓ Выписка из стационара на дальнейшее наблюдение в амбулаторных условиях, либо перевод в дневной стационар.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ОАМ – не реже 1 раза в месяц;
- ОАК – не реже 1 раза в месяц;
- биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин (прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови) – не реже 1 раза в месяц;
- ЭКГ – не реже 1 раза в месяц;
- ЭПО (для поступивших впервые в жизни или впервые в текущем году). ЭПО для иных категорий пациентов – по решению лечащего врача.
- ПЦР-тестирование на COVID-19.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах

5.2 Немедикаментозное лечение:

Комплаенс - терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия. Режимы наблюдения (в зависимости от состояния пациента):

- Общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- Режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во вне больничных условиях.

- Режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.
- Усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения.
- Строгий режим наблюдения–круглосуточное непрерывное наблюдение, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

5.3 Таблица 3 – Основные медикаменты:

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения).

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	Уровень доказательности
Нейролептик	Оланзапин	5-10 мг/сутки внутрь	A
Нейролептик	Кветиапин	200-600 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Палиперидон	3-12 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Амисульприд	200-600 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Рisperидон	1-6 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Клозапин	25-150 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Галоперидол	5-15 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Трифлуоперазан	2,5-20 мг/сут внутрь	A
Нейролептик	Левомепромазин	25-100 мг/сут внутрь	B
Нейролептик	Галоперидол-деканоат	50-100 мг/в 4 недели в/м	A
Нейролептик	Рisperидон	25-50 мг/в 2 недели в/м	A
Нейролептик	Флуфеназин	25-50 мг/в 4 недели в/м	A

Таблица 4 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний (поведенческих расстройств, фазовых колебаний настроения).

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения)

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	Уровень доказательности
Антидепрессант	Дулоксетин	60 мг/сутки внутрь	A
Антидепрессант	Агомелатин	25-50 мг/сутки внутрь	A
Антидепрессант	Венлафаксин	37,5-150 мг/сутки внутрь	A
Антидепрессант	Амитриптилин	75-150 мг/сутки внутрь	A
Антидепрессант	Сертралин	50-100 мг/сутки внутрь	A

Антидепрессант	Флувоксамин	50-100 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Миртазапин	15-30 мг/сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флуоксетин	20-60 мг/сутки внутрь	А
Нейролептик	Хлорпротиксен	15-150 мг/сутки внутрь	В
Нейролептик	Тиоридазин	50-150 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Топирамат	50-150 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Карбамазепин	200-600 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Вальпроевая кислота	300-600 мг/сутки внутрь	В
Нормотимик	Ламотриджин	50-100 мг/сутки внутрь	А
Транквилизатор	Клоназепам	До 2 мг/сутки внутрь	А

5.4 Хирургическое вмешательство – нет.

5.5 Дальнейшее ведение (после стационара)–формирование и укрепление комплаенса.

5.6 Определяется объем последующих мероприятий вторичной и третичной профилактики [8-10]:

Первичная профилактика – психологическая коррекция.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов.

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов, назначение препаратов-нейролептиков пролонгированного действия.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Джарбусынова Б.Б., доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и наркологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»;
- 2) Сейсебаева Г.Т., ассистент кафедры психиатрии и наркологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
- 3) Абетова А.А. - и.о. доцента кафедры психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско – Российский медицинский университет», к.м.н., врач высшей квалификационной категории, руководитель отдела научного менеджмента и образования РНПЦПЗ;
- 4) Акшалова А.К. - ассистент кафедры психиатрии и наркологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».
- 5) Сатбаева Эльмира Маратовна, к.м.н., ассоциированный профессор, заведующая кафедрой фармакологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова».

6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

6.3 Рецензент:

6.4.Указания условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

6.5. Список использованной литературы:

1. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
2. Кодекс о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК.
3. Приказ и.о. Министра Здравоохранения РК №15 от 06.01.2011 «Об утверждении положения о деятельности психиатрических организаций в РК». – утратил силу – Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № КР ДСМ-224/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года №21712
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
5. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии. -4-е изд. – 2001.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
7. Яничак и соавт. Принципы и практика психофармакотерапии. Киев. -1999.-728 с.
8. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
9. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т. 1-2 – Москва «Медицина»,1999.
10. Справочник по психиатрии/Под редакцией А.В.Снежневского.–Москва «Медицина»,1985.
11. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».
12. Национальное руководство по психиатрии/под ред. Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред. Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.
14. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк, Д.Либберман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.\ [Электронный ресурс] http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.
15. [Электронный ресурс] www.fda.gov (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США).
16. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).
17. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
18. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. ArchGenPsychiatry 2003; 60:P.553–564.
19. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей (Класс V МКБ-10) / Под ред. М.М.Милевского - М.: Издательство «Триада-Х». - 2009. – 184 стр.
20. Н.Н.Иванец., Ю.Г.Тюльпин., М.А.Кинкулькина Психиатрия и медицинская психология Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»2019.с.343-345.
21. И.И.Сергеев., Н.Д.Лакосина., О.Ф.Ланкова., Психиатрия и наркология Москва «МЕДпресс-информ»,2009.с. 580.
22. Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок «Клиническая психиатрия». В 2 т. Т.2. Перевод с англ. – М.:Медицина, -528с.
23. Психиатрия. Национальное руководство, 2-е издание. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. -2018г. с.1892.
24. Психиатрия. Научно практически справочник /Под ред. академика РАН А.С. Тиганова.- М.:ООО « Издательство«Медицинское информационное агентство»,2016.-608с. 40.с.
25. Chatoor I, Ganiban J, Hirsch R, Borman-Spurrell E. Mrazek D. Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000; 39(6): p.743-751
26. David Gill - Hughes' Outline of Modern Psychiatry (2007, John Wiley & Sons) – libgen.lc pdf. 21p.1-217p.
27. Psychiatry Prof Allan Tasman, Jerald Kay, Jeffrey A. Lieberman, Michael B. First, Mario Maj, Publisher: John Willey & Sons, 2008, 1609p-1624p.

28. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Melvin Lewis. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, P1345. 592p-602p.
29. Christopher Gilberg, Richard Harrington, Hans-Christoph Steinhausen (2006). A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge University Press, p.272-304.
30. Anorexia Nervosa A Guide to Recovery. Publisher: Lindsey Hall & Monika Ostroff (1999).p.17-64.
31. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2020 года №КР ДСМ-90/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 июля 2020 года № 21023 'Об утверждении списка лекарственных средств, медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у Единого дистрибьютора на 2021 год.