

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РАССТРОЙСТВА

## I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

### 1) Код протокола:

#### Коды МКБ-10:

F42.0 Преимущественно навязчивые мысли или размышления.

F42.1 Преимущественно компульсивное действие [навязчивые ритуалы].

F42.2 Смешанные навязчивые мысли и действия.

### 2) Дата разработки протокола: 2021 год.

### 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
МЗСР –	Министерство здравоохранения и социального развития
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

**4). Пользователи протокола:** врачи-психиатры (детские психиатры, наркологи, психотерапевты).

**5) Категория пациентов:** взрослые, дети, беременные

**6) Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.**

**Шкала уровня доказательности:**

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с не высоким (+) риском систематической ошибки.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с не высоким 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 фармацевтическая практика.

**7). Определение: Обсессивное-компульсивное расстройство** – существенной особенностью состояния является наличие повторяющихся навязчивых мыслей или вынужденных действий. Навязчивые мысли представляют собой идеи, образы или побуждения, которые вновь и вновь приходят больному в голову в стереотипном виде. Они почти всегда огорчительны, и пациент часто безуспешно пытается сопротивляться им. Тем не менее больной считает эти мысли своими собственными, даже если они произвольны и отвратительны. Навязчивые действия, или ритуалы, являются стереотипными манерами, которые больной повторяет вновь и вновь. Они не являются способом получить удовольствие или атрибутом выполнения полезных задач. Эти действия являются способом предотвратить возможность наступления неприятного события, которое, как опасается больной, в противном случае может произойти, нанеся вред ему или им другому лицу. Обычно такое поведение осознается больным как

бессмысленное или неэффективное и делаются повторные попытки противостоять ему. Почти всегда присутствует тревожность. Если компульсивные действия подавляются, тревожность становится более выраженной [1,8]. **Необходимо указать ссылку на источник!!!**

**8. Клиническая классификация:** нет.

## **II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:**

**Диагностические критерии [1,8-10]:**

**1) Жалобы и анамнез: Жалобы:** на навязчивые мысли (действия).

**Анамнез:**

Как obsessions, так и compulsions (или оба вместе) представлены в большинстве дней как минимум в течение двухнедельного периода.

Obsessions (мысли, идеи или образы) и compulsions (действия) включают следующие признаки, все из которых должны присутствовать:

- Они воспринимаются больным, как возникшее в его собственном разуме и не навязаны окружающими влияниями или лицами.
- Они повторяются и неприятны; как минимум, одна obsession или compulsion должна пониматься больным как чрезмерная или бессмысленная.
- Субъект пытается противостоять им, но если они долго существуют, то сопротивление некоторым obsessions или compulsions может быть незначительным. Как минимум должна быть одна obsession или compulsion, сопротивление которой оказалось безуспешным.
- Осуществление компульсивных актов и obsessive мысли сами по себе не вызывают приятных ощущений. (Эта особенность должна быть ограничена от временного облегчения тревоги и напряжения).

Obsessions или compulsions вызывают дистресс или мешают социальной или индивидуальной деятельности больного, обычно за счет пустой траты времени.

Наиболее часто используемые критерии исключения. Obsessions или compulsions не являются результатом других психических расстройств, таких как шизофрения и связанные с ней расстройства (F20-F29) или (аффективных) расстройств настроения (F30-F39).

**Физикальное обследование:** диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральной и периферическую нервную систему) нет.

**Лабораторное обследование:** специфических диагностических признаков нет.

**Инструментальное обследование:** специфических диагностических признаков нет.

**Показания для консультации специалистов:**

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

**2) Диагностический алгоритм: (схема)**



**3) Дифференциальный диагноз [8-10]:**

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика.

Параметры	Обсессивно компульсивное расстройство	Шизофрения
-----------	---------------------------------------	------------

Клиническая картина	Наличие критики, стационарность симптоматики	Склонность к бредаобразованию (идеи воздействия), нарастание негативной симптоматики,
Продолжительность	Не информативно	
Инструментальное обследование	Не информативно	
Анамнез	Нередко тревожно-нervозный личностный преморбид	Часто - отягощенная наследственность по психическим заболеваниям

**Цели лечения:** обратное развитие психопатологических нарушений, достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента, подбор поддерживающей психо-(фармако)терапии

### **3. Тактика лечения на амбулаторном уровне:**

При оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства рекомендуется преимущественно амбулаторное лечение. В случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и\или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе решается вопрос о госпитализации.

#### **1) 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 внебольничных 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.

## 2) Медикаментозное лечение:

Антидепрессанты – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС или ИОЗСН (сертралин, флуоксетин, флувоксамин, мirtазапин).

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, тофизолам, клоназепам, альпразолам).

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

Малые нейрелептики – предназначены для коррекции поведенческих нарушений (хлопротиксен, тиоридазин, сульпирид).

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

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Прочие антидепрессанты	Дулоксетин	60-120 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Агомелатин	25-50 мг\сутк и внутри	А	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
	Венлафаксин	37,5-200 мг\сутк и внутри	А	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
	Миртазапин	30-60 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Тианептин	до 37,5 мг сутки внутри	А	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	25-100 мг\сутк и внутри	А	противопоказан в период беременности

	Флувоксамин	50-100 мг\сутки внутри	А	не следует применять во время беременности , за исключением случаев, когда клиническое состояние женщины требует лечения флувоксамин ом
	Флуоксетин	20-60 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременности
Анксиолитики. Анксиолитики другие	Этифоксин	до 100мг\сутк и внутри	А	
Анксиолитики. Производные бензодиазепина	Диазепам	до 10мг\сутк и внутри	А	противопоказ ан в период беременности (1-ый триместр)
	Тофизопам	до 150мг\сутк и внутри	А	
	Клоназепам	2-6 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременности
	Альпразолам	до 3 мг\сутки внутри	А	
	Хлордиазепокс ид	до 20мг\сутк и внутри	А	
	Оксазепам	до 20 мг\сутки внутри	А	

Снотворные и седативные средства. Бензодиазепиноподобные средства	Зопиклон	до 15мг\сутк и внутрь	А	
---	----------	-----------------------	---	--

Перечень дополнительных лекарственных средств  
(менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Антипсихотики. Тиоксантена производные.	Хлорпротиксен	50- 100 мг\сутки внутри	В	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
Нейролептики. Фенотиазины пиперидиновой структурой.	Тиоридазин	50- 100мг\сутк и внутрь	В	противопоказан в период беременности
Противоэпилептические препараты другие	Топирамат	50-150 мг\сутки внутри	В	
Нейролептики. Бензамиды.	Сульпирид	до 400 мг\сутки внутри	В	
Противоэпилептические препараты. Карбоксимида производные	Карбамазепин	200-400 мг\сутки внутри	В	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)
Противоэпилептические препараты. Жирных кислот производные	Вальпроевая кислота	300-600 мг\сутки внутри	В	противопоказан в период беременности, за исключением случаев, когда нет



				подходящего альтернативного лечения
Противоэпилептические препараты другие	Ламотриджин	50-100 мг\сут внутри	А	противопоказан в период беременности

### Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне:

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

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Прочие антидепрессанты	Дулоксетин	60-120 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Агомелатин	25-50 мг\сутк и внутри	А	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
	Венлафаксин	37,5-200 мг\сутк и внутри	А	
	Миртазапин	30-60 мг\сутки внутри	А	противопоказан в период беременности
	Тианептин	до 37,5 мг сутки внутри	А	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	Сертралин	25-100 мг\сутк и внутри	А	противопоказан в период беременности

	Флувоксамин	50-100 мг\сутки внутри	А	не следует применять во время беременности , за исключением случаев, когда клиническое состояние женщины требует лечения флувоксамин ом
	Флуоксетин	20-60 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременности
Анксиолитики. Анксиолитики другие	Этифоксин	до 100мг\сутк и внутри	А	
Анксиолитики. Производные бензодиазепина	Диазепам	до 10мг\сутк и внутри	А	противопоказ ан в период беременности (1-ый триместр)
	Тофизопам	до 150мг\сутк и внутри	А	
	Клоназепам	2-6 мг\сутки внутри	А	противопоказ ан в период беременности
	Хлордiazепокс ид	до 30мг\сутк и внутри	А	
	Оксазепам	до 30 мг\сутки внутри	А	
	Алпразолам	до 3 мг\сутки внутри	А	

	Тофизопам	до 150мг\сутк и внутрь	В	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)
Снотворные и седативные средства. Бензодиазепиноподобные средства	Зопиклон	до 7,5мг\сутк и внутрь	А	противопоказан в период беременности

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Антипсихотики. Тиоксантена производные.	Хлорпроксифен	50- 100 мг\сутки внутрь	В	данные о применении беременными женщинами отсутствуют или ограничены
Нейролептики. Фенотиазины пиперидиновой структурой.	Тиоридазин	50- 100мг\сутк и внутрь	В	противопоказан в период беременности
Противоэпилептические препараты другие	Топирамат	50-150 мг\сутки внутрь	В	
Нейролептики. Бензамиды.	Сульпирид	до 400 мг\сутки внутрь	В	
Противоэпилептические препараты. Карбоксимида производные	Карбамазепин	200-400 мг\сутки внутрь	В	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)

Противоэпилептические препараты. Жирных кислот производные	Вальпроевая кислота	300-600 мг\сутки внутри	В	противопоказан в период беременности, за исключением случаев, когда нет подходящего альтернативного лечения
Противоэпилептические препараты другие	Ламотриджин	50-100 мг\сут внутри	А	противопоказан в период беременности

**Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи:**

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности	Примечание
Анксиолитики. Производные бензодиазепина.	Диазепам	10-20 мг\сутки в\м	А	противопоказан в период беременности (1-ый триместр)

**Другие виды лечения:** нет.

**Хирургическое лечение:** нет.

**Профилактические мероприятия [8-10]:**

Первичная профилактика – не проводится.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация,

реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов, назначение препаратов-нейролептиков пролонгированного действия.

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

**Индикаторы эффективности лечения:**

- Общий балл по шкале депрессии Гамильтона не более 9.
- Общий балл по шкале тревоги Гамильтона не более 18.
- Настроенность больного и\или его семьи на продолжение медикаментозного и немедикаментозного лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

**Показания для госпитализации [2,3]:**

**Добровольная (экстренная и плановая) госпитализация:**

- психопатологические расстройства психотического и\или непсихотического уровня с десоциализирующими проявлениями, которые 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.

**10.3 Принудительная госпитализация - по определению суда, постановлению следственных органов и\или прокуратуры.**

**11. Диагностические исследования:**

**11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- экспериментально-психологическое обследование.

**Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:**

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭКГ – проводятся с целью мониторинга изменений соматического состояния на фоне основной терапии;
- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

**Минимальный перечень обследований, которые необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию, согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.**

**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.

**Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:**

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах.

**III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

**16. Разработчики:**

- 1) Ракишева А-У.С., кандидат медицинских наук, врач психиатр-нарколог, психотерапевт, заведующая кафедры психиатрии и наркологии НАО «МУА»
- 2) Мукашева Г.Р., врач психиатр, заместитель руководителя службы поддержки пациентов и внутренней экспертизы КГП на ПХВ «Городской центр психического здоровья»
- 3) Сулейменова А.А., врач психиатр, заведующая психосоматическим отделением РНПЦПЗ

4) Нурпеисова А.А., доктор PhD преподаватель кафедры клинической фармакологии НАО «МУА»

**17. Конфликта интересов нет.**

**18. Рецензенты:**

1)

2)

**19. Условия пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**20. 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 РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 07 июля 2020 г. № 360-VI
3. Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020
4. Колюцкая Е.В., Смулевич А.Б. Невротические расстройства // Психиатрия: Научнопрактический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство». — 2016. — С. 349-368.
5. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 608 с.
6. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике / Под ред. чл.-кор РАМН Ю.А. Александровского проф. Н.Г. Незнанова — М.:Издательство «Литтерра», 2014.
7. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике. Руководство для практикующих врачей. Под общей редакцией чл.-кор. РАМН Ю.А. Александровского, проф. Н.Г. Незнановна. Москва. 2014.
8. Панкова О. Ф., Алексеев А. В., Абрамов А. В. Современные психотропные средства, используемые в психиатрии. Москва. 2021.
9. Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий (Электронный ресурс). [https://www.ndda.kz/category/search\\_prep](https://www.ndda.kz/category/search_prep) (06.08.2021).
10. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 мая 2021 года № ҚР ДСМ – 41 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра».

11. European Medicines Agency (Электронный ресурс) <https://www.ema.europa.eu/en/> (7.08.2021).
12. <https://www.medscape.com>.
13. Джордж Арана, Джеральд Розенбаум Руководство по психофармакотерапии (George Arana, Jerrold Rosenbaum "Handbook of Psychiatric Drug Therapy", 4th ed., 2001) Авруцкий Г.Я., Недува А.А Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
14. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии. -4-е изд. 2021
15. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
16. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728
17. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
18. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т 1-2 – Москва «Медицина», 1999.
19. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина», 1985.
20. Об утверждении правил оказания скорой медицинской помощи, в том числе с привлечением медицинской авиации
21. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан № ҚР ДСМ-225/2020 от 30 ноября 2020 года
22. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б.Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
23. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.
24. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкаи, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гаттаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.
24. [Электронный ресурс] [http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr\\_2014-02\\_sch.pdf.pdf](http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.pdf)
26. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
27. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564.
28. American psychiatric association . Practice guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder.- 2004 (Copyright 2010).- 96p.
29. Brain circuitry of compulsivity / O.A. van den Heuvel [et al.] // European Neuropsychopharmacology. – 2016. — Vol. 26. — №5. – P. 810-827.



30. Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): An international collaboration / V. Brakoulias [et al.] // Comprehensive Psychiatry. – 2017. – Vol. 76. – P. 79-86.

### Приложение 1

к клиническому протоколу диагностики и лечения

### АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ

