

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ «ТИКИ»

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
F95.0	Транзиторные тики
F95.1	Хронические моторные тики или вокализмы
F95.2	Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков
F95.8	Другие тики

[1]

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

РК	Республика Казахстан
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспаратаминотрансфераза
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
РЭГ	Реоэнцефалография
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
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

1.4 Пользователи протокола: врачи-психиатры взрослые, детские, врачи общей практики, педиатры, врачи-неврологи взрослые, детские.

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.
---	---

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.

1.7 Определение:

Тиком называется быстрое, повторяющееся, обычно непроизвольное, неритмичное движение (вовлекающее почти любые, но обычно ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция (вокализация), которое начинается внезапно и без явной цели. Тики ощущаются как явления, которым невозможно сопротивляться, но могут быть произвольно подавлены на различные периоды времени (от нескольких минут до нескольких часов). Клинические особенности и степень тяжести тиковых расстройств отличаются многообразием – от простых транзиторных тиков до тяжелых, склонных к хроническому инвалидизирующему течению комбинированных тиков в рамках Жилия де ля Туретта. [14,15]:

Общие диагностические указания:

- Синдромы, при которых преобладающим проявлением является какая-нибудь разновидность тика (непроизвольное быстрое, повторяющееся, неритмичное движение, обычно вовлекающее в себя ограниченные мышечные группы) или голосовая продукция, которые начинаются внезапно и явно бесцельно.
- Отсутствие доказательств органического происхождения расстройства
- Тики имеют тенденцию переживаться как неодолимые, но обычно они могут быть подавлены на различные периоды времени.
- Двигательные и вокальные тики могут быть классифицированы как простые и сложные:
 1. Обычные простые двигательные тики включают в себя мигание, дергание шеи, пожимание плечом и гримасничанье лица
 2. Обычные простые и вокальные тики включают в себя откашливание, лаянье, фырканье, шмыганье и шипение
 3. Обычные сложные моторные тики включают поколачивание себя, подпрыгивание и скакание
 4. Обычный комплекс голосовых тиков включает повторение особых слов и иногда использование социально неприемлемых (часто непристойных) слов (копролалия), и повторение звуков или слов (палилалия)
 5. Тики существенно более часто отмечаются у мальчиков, чем у девочек, и обычна наследственная отягощенность [15].

F95.0 Транзиторные тики

- Одиночные или множественные двигательные и/или голосовые тики
- Тики появляются много раз в день, почти каждый день по меньшей мере в течение 2 недель
- Тики не сохраняются более 12 месяцев.

- Тики обычно имеют форму мигания, гримасничанья лица или подергивание головы
- Транзиторные тики могут отмечаться как единственный эпизод, но в некоторых случаях возможно ремитирующее течение с рецидивами.
- Начало в возрасте до 21 года
- Появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС, таких, как хорея Гентингтона и поствирусный энцефалит [14,15]

F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы:

- Имеется моторный или голосовой тик (но не оба), отмечаются в определенный период болезни
- Тики появляются много раз в день, почти каждый день или повторяются в течение периода, превышающего 1 год
- Начало в возрасте до 21 года
- Появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС, таких, как хорея Гентингтона и поствирусный энцефалит [14,15]

F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков:

- В одно и то же время отмечаются оба вида тиков - множественные двигательные тики и один или больше вокальных тиков, отмечаются в определенный период болезни, хотя не обязательно одновременно
- Тики появляются много раз в день, обычно в виде приступов, почти каждый день или с промежутками в течение периода, более чем 1 год
- Анатомическая локализация, число, частота, сложность и тяжесть тиков изменяется со временем
- Обычным является развитие двигательных тиков перед голосовыми тиками
- Голосовые тики часто множественные с взрывчатыми, повторяющимися выкриками, откашливанием, хрюканьем, использованием непристойных слов или фраз (копролалия).
- Иногда отмечается сопутствующая эхопраксия жестов, которая также может быть непристойной (копропраксия).
- Как и двигательные тики, голосовые тики могут быть самопроизвольно подавлены на короткие периоды времени, могут обостряться под воздействием стресса и исчезать во время сна
- Почти всегда отмечается в детском или подростковом возрасте
- Часто симптоматика ухудшается в подростковом возрасте и сохраняется в зрелом возрасте
- Появление не только во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС, таких, как хорея Гентингтона и поствирусный энцефалит [14,15]

F95.8 Другие тики

Общие диагностические указания тиков, когда клинические признаки не полностью удовлетворяют диагностическим критериям по МКБ-10 [14,15]

1.8 Классификация:

Классификация по МКБ-10 [1]

F95.0 – Транзиторные тики

F95.1 – Хронические моторные тики или вокализмы

F95.2 – Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков

F95.8 – Другие тики

Классификация по этиологии [17].

1. Тики навязчивые (невротические): возникают в качестве реакции на острую или хроническую психотравмирующую ситуацию, а также при местном раздражении и формируются на основе целесообразных защитных движений, которые стереотипизируются и утрачивают первоначальный защитный характер. Обычно эти тики элементарны по своей феноменологии, могут быть подавлены большим на длительное время и быстро исчезают при разрешении психотравмирующей ситуации. Чувство чуждости переживается очень ярко. Для навязчивых тиков характерны частая смена локализации. Отсутствие тенденции к латерализации. Чрезвычайно ярко проявляются возникновение эмоционального напряжения у больных между тиками и усиление его при попытке сдержать гиперкинезы. Эмоциональное напряжение сохраняется, даже если навязчивые тики продолжают длительное время (годы). Осознаются как «внешние», «чуждые» движения, не зависящие от воли. В связи с этим больные часто стараются закамouflировать их или подавлять их в общественных местах. Сдерживание возможно в течение длительного времени, и часто их видят только родители. В то же время физические и эмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации легко стимулируют усиление навязчивых тиков. Сон, концентрация на занятиях (школьных, живописью, спортом) уменьшают их частоту. Обычно они возникают в дошкольном и младшем школьном возрасте, в пубертате вступают крайне редко. От неврозоподобных тиков отличаются простотой, отсутствием латерализации, эмоциональным отношением к ним, легкой возможностью их подавления и быстрым исчезновением. С другой стороны, навязчивые тики необходимо отличать от привычных действий (обкусывание ногтей, сосание кончика ручки и т.д.), не переживаемые как чуждые и произвольные – наоборот, дети говорят о желании совершать эти действия. Невротические тики типичны для невротических реакций и неврозов.

2. Тики неврозоподобные: они проявляются в разнообразных моторных и локальных формах, склонных к хронификации и вовлечению нескольких мышечных групп. Чувство произвольности движений со временем становится не столь острым, как в начале болезни. В большинстве случаев стереотипизируются. Тикозные гиперкинезы при болезни Жилия де ля Туретта имеют также неврозоподобный характер и играют ведущую роль на всем протяжении заболевания. Акцессорная симптоматика в виде обсессивно-компульсивных расстройств, гиперактивности, нарушения влечений часто сопутствует неврозоподобным тикам. Слабая зависимость данного вида от волнения сочетается с признаками резидуально-органического поражения ЦНС (энурезом, заиканием, остаточной неврологической симптоматикой) или резидуально-органической недостаточности от легкой до выраженной), которая всегда практически присутствует у детей с тикозными гиперкинезами. Она отражает незаконченность или нарушение процесса дифференциации экстрапирамидных отделов ЦНС. Поэтому наличие легкой резидуально-органической симптоматики у больного свидетельствует о неврозоподобной природе тиков. Неврозоподобные тики чаще возникают при остаточных явлениях перинатального резидуально-органического поражения ЦНС и шизофрении.

3. Тики органические: непосредственно связаны с перенесенным или текущим органическим заболеванием. К их особенностям относят стабильность, стереотипность, зачастую латеральность проявлений. Тикозные движения чаще нетипичны – миоклоно- или атетозоподобные. Чувство чуждости органических тиков слабо выражены, дети практически

не пытаются подавить их. Время возникновения связано не столько с периодами становления психомоторики, сколько с органическим заболеванием нервной системы. Поэтому органические тики могут возникать в любом возрасте. Для текущих воспалительных процессов в ЦНС более характерны органические тики.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ, ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

Оценка на степень доказательности приводимых рекомендаций.

2.1 Диагностические критерии [14,15,17]:

Диагностика расстройств основывается преимущественно на данных анамнеза и клинических проявлениях состояния и требуют дополнительных обследований. Учитывая гетерогенность входящих в данную группу нарушений с разной этиологией, патогенезом и клиническими проявлениями, обследование должно носить индивидуальный характер с привлечением специалистов разного профиля, особенно при наличии осложняющей симптоматики. Определяющую роль для диагностики играет подробный, тщательно собранный анамнез с учетом данных, полученных не только от родителей, родственников или опекунов подростка, а также данные медицинской документации.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины при условии полного соответствия имеющимся критериям диагностики по МКБ-10 [1,4,5,9,17], не подходящим к другим диагностическим категориям, несмотря на то, что сохраняется некоторая неопределенность в отношении диагностических указаний, границ синдромов и их нозологической самостоятельности.

Данная категория нарушений имеет важное значение для здоровья детей, так как при несвоевременной диагностике может переходить в более выраженные формы, вызывающие стойкую и глубокую дезадаптацию.

Код	Жалобы на:	Анамнез:
F95.0 Транзиторные тики	Одиночные или множественные двигательные и/или голосовые тики. Простыми двигательными тиками являются моргания, подергивания шей, пожимание плечами и гримасничанием. Типичными простыми голосовыми тиками являются кашель, прочищение глотки, хрюканье, сопенье, похрапывающие и лающие звуки. Тики появляются много раз в день, почти каждый день по меньшей мере в течение 2 недель. Тики не сохраняются более 12 месяцев. Тики обычно имеют форму мигания, гримасничанья лица или подергивание головы. Транзиторные тики могут отмечаться как единственный эпизод, но в некоторых случаях возможно ремитирующее течение с рецидивами. Отсутствие в анамнезе синдрома Жиль де ла Туретта (СЖТ) хронического двигательного или голосового тика.	Начало возникновения тиков в возрасте до 21 года. Тиковые расстройства преимущественно возникает в детском возрасте. Средний возраст начала тика – 7 лет, но они могут обнаружиться уже в возрасте 2 лет. Часто симптоматика ухудшается в подростковом возрасте и сохраняется в зрелом возрасте. В возникновении тиков определенную роль может острая или хроническая психотравмирующая ситуация, физические и эмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации легко стимулируют усиление навязчивых тиков. Такие стрессы, как интенсивная работа самосознания и тревожное ожидание, могут усиливать тики. С другой стороны, поглощенность каким-либо видом деятельности может ослабить
F95.1 Хронические моторные тики или вокализмы	Имеется моторный или голосовой тик (но не оба), отмечаются в определенный период болезни. Двигательными тиками являются моргания, подергивания шей, пожимание плечами и гримасничанием. Голосовыми тиками являются кашель, прочищение глотки, хрюканье, сопенье,	

	<p>похрапывающие и лающие звуки. Тики появляются много раз в день, почти каждый день или повторяются в течение периода, превышающего 1 год.</p>	<p>тики. Также может играть роль травма головы, органические заболевания головного мозга,</p>
<p>F95.2 Комбинированные вокализмы и множественных моторных тиков</p>	<p>В одно и то же время отмечаются оба вида тиков - множественные двигательные тики и один или больше вокальных тиков, отмечаются в определенный период болезни, хотя не обязательно одновременно. Известными сложными двигательными тиками являются гримасы лица, прихорашивание, нанесение себе ударов или укусов, прыганье, прикасания, топание или обнюхивание объекта. Типичными сложными голосовыми тиками являются повторение слов и фраз вне контекста, копролалия (использование социально-неодобряемых слов, часто бранных), палилалия (повторение своих собственных звуков или слов) и эхолалия (повторение собственного последнего звука, слова или фразы, или сказанного другим лицом). Другие сложные тики включают эхокинез (имитацию движений кого-то, за которым наблюдают). Тики появляются много раз в день, обычно в виде приступов, почти каждый день или с промежутками в течение периода, более чем 1 год. Анатомическая локализация, число, частота, сложность и тяжесть тиков со временем изменяется. Обычным является развитие двигательных тиков перед голосовыми тиками. Голосовые тики часто множественные с взрывчатыми, повторяющимися выкриками, откашливанием, хрюканьем, использованием непристойных слов или фраз (копролалия). Иногда отмечается сопутствующая эхопраксия жестов, которая также может быть непристойной (копропраксия). Как и двигательные тики, голосовые тики могут быть самопроизвольно подавлены на короткие периоды времени, могут обостряться под воздействием стресса и исчезать во время сна. Почти всегда отмечается в детском или подростковом возрасте. Часто симптоматика ухудшается в подростковом возрасте и сохраняется в зрелом возрасте.</p>	<p>воспалительные процессы в ЦНС, невротические реакции и неврозы; во время интоксикации психоактивными веществами или известных заболеваний ЦНС, таких, как хорей Гентингтона и поствирусный энцефалит. Во время сна тики проходят, но у неколорых больных с синдромом Туретта тики сохраняются и во время сна. Тики чаще встречаются в семьях, где они распространены среди членов семьи, чем у населения в целом. Тики существенно более часто отмечаются у мальчиков, чем у девочек. При тиках обычна наследственная отягощенность: наблюдается накопление среди родственников больных пациентами с хроническими тиками и неврозом навязчивости. Отмечается высокая конкордантность у однойцевых близнецов (50-90%), у разнородных – около 10%. Вряде случаев тики курабельны, при проведении соответствующей терапии заканчиваются выздоровлением, в большинстве случаев принимает хроническое течение.</p>
<p>F95.8 Другие тики</p>	<p>Тики не отвечают критериям для специфических расстройств в виде тиков. Некоторое сходство с тиками имеют патологические привычные действия:</p>	<p>Расстройства в виде тика возникают с началом во взрослом периоде жизни. В большинстве случаев эти</p>

	сосание пальца, кусание ногтей, вырывание волос, раскачивание. Несколько более стойкой бывает привычка вырывать волосы (трихотилломания). В тяжелых случаях она может приводить к появлению крупных плешей, такие дети не испытывают сильной боли.	нарушения полностью проходят после пубертатного возраста.
--	--	---

Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов нет.

Лабораторное обследование: диагностически значимых изменений нет.

Инструментальное обследование: диагностически значимых изменений нет.

Показания для консультации специалистов:

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

2.2 Диагностический алгоритм:

1. Осмотр, консультация врача-психиатра всем подросткам, для обследования с целью подтверждения диагноза
2. Полный анамнез. Уточнить жалобы, характерные для тиков
3. Оценить имеющую симптоматику всем пациентам с подозрением на тики для выявления сопутствующих психических расстройств
4. Направление на ЭПО. Психологическое консультирование, в том числе членов семьи
5. Направление на педиатрическое (детям) и терапевтическое обследование (взрослым) для оценки наличия сопутствующих психических расстройств. По показаниям направить на прием узких специалистов.
6. Направление на неврологическое обследование для оценки наличия невротических реакций, неврозов, перинатального резидуально-органического поражения ЦНС, текущих воспалительных процессов в ЦНС
7. Лабораторные исследования по рекомендации узких специалистов по показаниям, а также при госпитализации и мониторинга при проведении психофармакотерапии.
8. Проведение инструментальных исследований.
9. В случае установления диагноза тикических расстройств, обсуждение с родителями/родными и предложение о дальнейшем ведение пациента, динамический учет, решение социальных вопросов и образования: направление на МСЭК, ПМПК (психолого-медико-педагогическая консультация), инклюзивное образование, абилитация/реабилитация [9,13-17, 27, 31-33]

2.3 Дифференциальный диагноз [4,5, 32,33]:

Признак	Тики	Эпилепсия	Невроз навязчивых движений
Неврологический статус	Минимальная мозговая недостаточность	Различный	Очаговая неврологическая симптоматика

			отсутствует
ЭЭГ	Феномен «разряд-тик»	Эпилептические паттерны	Легкие диффузные изменения или вариант нормы
Контроль произвольных движений	Возможен	Невозможен	Невозможен

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Все виды лечебных воздействий при тикозных расстройствах применяют на основе индивидуальной клинической оценки состояния пациентов.

Цели лечения:

1. Достижение медикаментозной ремиссии
2. Стабилизация состояния пациента
3. Подбор поддерживающей медикаментозной терапии.

Тактика лечения:

Амбулаторное лечение рекомендуется преимущественно при оценке микросоциальных условий как удовлетворительных и\или нетяжелом уровне расстройства [3,4,9,14].

3.1 Немедикаментозное лечение:

- Комплаенс - терапия
- Исключение психотравмирующей ситуации
- Профилактика и лечение невротических расстройств, органических заболеваний, текущих воспалительных процессов ЦНС
- Различные виды психотерапии
- Трудотерапия
- Лечебная физкультура
- Режим труда и отдыха.

3.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:

Основная терапия - препаратов, имеющих 100% вероятность применения нет.

Дополнительные препараты - нейролептические препараты (галоперидол).

Транквилизаторы - предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, клоназепам).

Антидепрессанты - предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС или ИОЗСН (дулоксетин, сертралин, флуоксетин, флувоксамин, миртазапин, агомелатин, венлафаксин).

Антиконвульсанты – предназначены для купирования гиперкинезов различного генеза.

Ноотропы – снимают психоэмоциональное напряжение, при эмоциональной нестабильности, способствуют снижению или исчезновению чувства тревоги, напряженности, беспокойства и страха, нормализует сон при локальных и распространенных тиках, уменьшают моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения при локальных и распространенных тиках.

Таблица 1 – Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения). Рекомендуется монотерапия: один из нижеперечисленных препаратов [4-7,9,10-13].

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
-------------------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------------

			льности
Антидепрессант	Сертралин	<p>Купирование депрессивных проявлений. Внутрь. Для детей с 6 до 12 лет – начальная доза 25 мг внутрь однократно. Поддерживающая доза – от 25 до 200 мг в сутки. Повышение дозы по необходимости можно производить еженедельно.</p> <p>Для детей с 13 лет - начальная доза для составляет 50 мг в сутки.</p> <p>Взрослым: Внутрь, 50 мг, 1 раз в сутки утром или вечером, независимо от приема пищи. При отсутствии эффекта возможно постепенное (в течение нескольких недель) увеличение дозы до 200 мг/сут (на 50 мг/нед).</p> <p>При проведении длительной поддерживающей терапии назначают в минимальной эффективной дозе, которую в последующем меняют в зависимости от эффекта.</p>	(УД-А)
Антидепрессант	Флувоксамин	<p>Купирование депрессивных проявлений. Внутрь. Для детей с 8 до 11 лет начальная доза 25 мг в сутки однократно, поддерживающая доза варьируется от 25 до максимальных 200 мг в сутки.</p> <p>Для детей с 11 до 17 лет максимальная доза 300 мг в сутки. Дозу более 50 мг рекомендовано делить на 2 приема, а повышение дозы производить с шагом 25 мг каждые 4-7 дней.</p> <p>Для взрослых рекомендуемая начальная доза составляет 50 мг или 100 мг 1 раз/сут, вечером. Повышение дозы рекомендуется проводить постепенно. Эффективную дозу, составляющую обычно 100 мг/сут, подбирают индивидуально в зависимости от реакции пациента на лечение. Суточная доза может достигать 300 мг.</p> <p>Дозы более 150 мг/сут следует распределять на несколько приемов.</p> <p>В соответствии с официальными рекомендациями ВОЗ лечение антидепрессантами следует продолжать, по крайней мере, в течение 6 месяцев ремиссии после депрессивного эпизода.</p> <p>Для профилактики рецидивов депрессии Флувоксамин рекомендуется назначать в дозе 100 мг 1 раз/сут ежедневно.</p>	(УД-А)
Антидепрессант	Амитриптилин	<p>Купирование депрессивных проявлений</p> <p>До 75мг/сутки.</p>	(УД – А)
Нейролептик	Галоперидол	<p>Для купирования психомоторного возбуждения Галоперидол в первые дни назначают внутримышечно по 2-5 мг 2-3 раза в сутки, либо внутривенно в той же дозировке (ампулу следует развести в 10-15 мл воды для инъекций), максимальная суточная доза 60 мг. По достижении устойчивого седативного эффекта переходят на приём препарата внутрь. Для детей старше 3 лет доза составляет 0,025-0,05 мг в сутки, поделённая на 2 приёма. Максимальная суточная доза - 0,15 мг/кг. Парентеральный способ введения.</p>	(УД – А)
Транквили	Диазепам	Противотревожная симптоматическая терапия.	(УД - А)

затвор		Применяют внутрь, в/м, в/в, ректально. Суточная доза варьирует 10-20 мг/сутки.	
Транквили затвор	Клоназепам	Противотревожная симптоматическая терапия. Для приема внутрь взрослым рекомендуется начальная доза не более 1 мг/сут. Поддерживающая доза - 4-8 мг/сут. Для детей в возрасте 1-5 лет начальная доза должна составлять не более 250 мкг/сут, для детей в возрасте 5-12 лет - 500 мкг/сут. Поддерживающие суточные дозы для детей в возрасте до 1 года - 0.5-1 мг, 1-5 лет - 1-3 мг, 5-12 лет - 3-6 мг. Для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 500 мкг. Суточную дозу следует разделять на 3-4 равных дозы. Поддерживающие дозы назначают через 2-3 недели лечения. В/в (медленно) взрослым - по 1 мг, детям в возрасте до 12 лет - по 500 мкг.	(УД - А)
Ноотропн ое средство	Глицин	Снимает психоэмоциональное напряжение, при эмоциональной нестабильности: при локальном тике (серийные гиперкинезы) По 100 мг 2-3 раза в сутки в течение 3-6 месяцев.	
Ноотропн ое средство	Фенибут	Способствует снижению или исчезновению чувства тревоги, напряженности, беспокойства и страха, нормализует сон при локальных и распространенных тиках. Разовая доза в течении 3-6 месяцев: Для детей – от 20 мг до 250 мг Для взрослых от 20 мг до 750 мг Способствует снижению или исчезновению чувства тревоги, напряженности, беспокойства и страха, нормализует сон при локальных и распространенных тиках.	
Ноотропн ое средство	Пантокальцин	Уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения при локальных и распространенных тиках Разовая доза: Для детей – от 0,25 – 0,5г Для взрослых от 0,5 - 1 г Суточная доза: Для детей – от 0,75 – 3 г Для взрослых от 1,5 - 3 г в течении 3-6 месяцев. Уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения при локальных и распространенных тиках.	

3.3 Хирургическое вмешательство: нет.

3.4 Дальнейшее ведение - формирование и укрепление комплаенса.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- Снижение интенсивности тиков.
- Настроенность больного и/или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

Ошибки и необоснованные назначения:

- Неправильная оценка социального контекста, глубины и выраженности расстройств, относящихся к данной рубрике
 - Неоправданное назначение медикаментозной терапии как монотерапии
 - Назначение препаратов из группы больших нейрореплетиков для купирования имеющихся поведенческих нарушений без применения видов психотерапии, психосоциальных и лечебно-педагогических мероприятий
 - Раннее прекращение медикаментозной терапии без закрепления полученного эффекта
 - Неправильный подбор доз препаратов, без учета возрастных особенностей
- [6,7,9,11,19]

4 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Добровольная (плановая) госпитализация:

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

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

5.1 Ведение пациента на стационарном уровне:

Стационарное лечение рекомендуется в случае усложненной клинической картины (за счет коморбидных состояний) и/или неэффективности вмешательства на амбулаторном этапе [3,4,9,14].

- ❖ 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 неврачебный стационар.

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.
- ПЦР тестирование на COVID-19

Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ - при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах. [2,3]

5.2 Немедикаментозное лечение:

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.
- Комплаенс - терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия, лечебная физкультура

5.3 Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятность применения).

Рекомендуется монотерапия: один из нижеперечисленных препаратов [4-7,9,10-13].

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Антидепрессант	Сертралин	Купирование депрессивных проявлений. Внутрь. Для детей с 6 до 12 лет – начальная доза 25 мг внутрь однократно. Поддерживающая доза – от 25 до 200 мг в сутки. Повышение дозы по необходимости можно производить еженедельно. Для детей с 13 лет - начальная доза составляет 50 мг в сутки. Взрослым: Внутрь, 50 мг, 1 раз в сутки утром или вечером, независимо от приема пищи. При отсутствии эффекта возможно постепенное (в течение нескольких недель) увеличение дозы до 200 мг/сут (на 50 мг/нед). При проведении длительной поддерживающей терапии назначают в минимальной эффективной дозе, которую в последующем меняют в зависимости от эффекта.	(УД-А)

Антидепрессант	Флувоксамин	<p>Купирование депрессивных проявлений. Внутрь. Для детей с 8 до 11 лет начальная доза 25 мг в сутки однократно, поддерживающая доза варьируется от 25 до максимальных 200 мг в сутки.</p> <p>Для детей с 11 до 17 лет максимальная доза 300 мг в сутки. Дозу более 50 мг рекомендовано делить на 2 приема, а повышение дозы производить с шагом 25 мг каждые 4-7 дней.</p> <p>Для взрослых рекомендуемая начальная доза составляет 50 мг или 100 мг 1 раз/сут, вечером. Повышение дозы рекомендуется проводить постепенно. Эффективную дозу, составляющую обычно 100 мг/сут, подбирают индивидуально в зависимости от реакции пациента на лечение. Суточная доза может достигать 300 мг.</p> <p>Дозы более 150 мг/сут следует распределять на несколько приемов.</p> <p>В соответствии с официальными рекомендациями ВОЗ лечение антидепрессантами следует продолжать, по крайней мере, в течение 6 месяцев ремиссии после депрессивного эпизода.</p> <p>Для профилактики рецидивов депрессии Флувоксамин рекомендуется назначать в дозе 100 мг 1 раз/сут ежедневно.</p>	(УД-А)
Антидепрессант	Амитриптилин	Купирование депрессивных проявлений До 75мг/сутки	(УД – А)
Нейролептик	Галоперидол	<p>Для купирования психомоторного возбуждения Галоперидол в первые дни назначают внутримышечно по 2-5 мг 2-3 раза в сутки, либо внутривенно в той же дозировке (ампулу следует развести в 10-15 мл воды для инъекций), максимальная суточная доза 60 мг. По достижении устойчивого седативного эффекта переходят на приём препарата внутрь. Для детей старше 3 лет доза составляет 0,025-0,05 мг в сутки, поделённая на 2 приёма. Максимальная суточная доза - 0,15 мг/кг.</p> <p>Парентеральный способ введения</p>	(УД – А)
Нейролептик	Галоперидол – деканоат (УД – А)	<p>Начало лечения и титрование дозы следует проводить под пристальным контролем. Дозировка. Индивидуальная доза будет зависеть как от тяжести симптомов, так и от текущей дозы приема галоперидола. Всегда следует применять самую низкую эффективную дозу. Начальную дозу галоперидола деканоата устанавливают, исходя из кратного повышения суточной дозы приема галоперидола; Препарат Галоперидол деканоат предназначен только для в/м введения и не должен вводиться в/в. Его вводят глубоко в/м в ягодичную область. Рекомендуется чередовать ягодичные мышцы. Не рекомендуется вводить более 3 мл препарата, т.к. у пациента могут возникнуть неприятные ощущения. Начало лечения и подбор дозы должны осуществляться под тщательным медицинским контролем.</p> <p>Индивидуальная доза зависит от тяжести симптоматики и текущей дозы галоперидола для приема внутрь. Пациенты</p>	(УД – А)

		<p>всегда должны получать минимальную эффективную дозу. Первоначальную дозу галоперидола деканоата устанавливают исходя из кратного увеличения суточной дозы галоперидола для приема внутрь, особых рекомендаций по переходу с других антипсихотических препаратов не разработано.</p> <p><i>Рекомендации по дозированию Галоперидола деканоата у взрослых пациентов</i></p> <p><i>Переход с галоперидола для приема внутрь</i> Рекомендуется вводить галоперидол деканоат в 10-15-кратной суточной дозе галоперидола для приема внутрь. Поэтому доза галоперидола деканоата у большинства пациентов составляет от 25 до 150 мг.</p> <p><i>Продолжение лечения</i> Рекомендуется увеличивать дозу галоперидола деканоата на 50 мг 1 раз в 4 недели (исходя из индивидуальной реакции пациента) до достижения оптимального терапевтического эффекта. Наиболее эффективная доза, как правило, находится в диапазоне от 50 до 200 мг. При необходимости введения доз выше 200 мг 1 раз в 4 недели рекомендуется оценить индивидуальное соотношение пользы и риска. Нельзя превышать максимальную дозу 300 мг 1 раз в 4 недели, т.к. проблемы безопасности перевешивают клиническую пользу лечения.</p> <p><i>Интервал дозирования</i> Как правило, интервал между инъекциями составляет 4 недели. Может потребоваться коррекция интервала дозирования (в зависимости от индивидуальной реакции пациента).</p> <p><i>Дополнительное применение галоперидола в другой лекарственной форме</i> Дополнительное применение галоперидола в другой лекарственной форме может потребоваться во время перехода на препарат Галоперидол деканоат, подбора дозы или при обострении психотической симптоматики (исходя из индивидуальной реакции пациента). Общая доза галоперидола в двух лекарственных формах не должна превышать соответствующую максимальную дозу галоперидола для приема внутрь 20 мг/сут.</p>	
Транквилизатор	Диазепам	<p>Противотревожная симптоматическая терапия. Применяют внутрь, в/м, в/в, ректально. Суточная доза варьирует 10-20 мг/сутки</p>	(УД - А)
Транквилизатор	Клоназепам	<p>Противотревожная симптоматическая терапия. Для приема внутрь взрослым рекомендуется начальная доза не более 1 мг/сут. Поддерживающая доза - 4-8 мг/сут. Для детей в возрасте 1-5 лет начальная доза должна составлять не более 250 мкг/сут, для детей в возрасте 5-12 лет - 500 мкг/сут. Поддерживающие суточные дозы для детей в возрасте до 1 года - 0.5-1 мг, 1-5 лет - 1-3 мг, 5-12</p>	(УД - А)

		<p>лет - 3-6 мг. Для пациентов пожилого возраста рекомендуется начальная доза не более 500 мкг. Суточную дозу следует разделять на 3-4 равных дозы. Поддерживающие дозы назначают через 2-3 недели лечения. В/в (медленно) взрослым - по 1 мг, детям в возрасте до 12 лет - по 500 мкг.</p>	
Ноотропное средство	Глицин	<p>Снимает психоэмоциональное напряжение, при эмоциональной нестабильности: при локальном тике (серийные гиперкинезы) По 100 мг 2-3 раза в сутки в течение 3-6 месяцев</p>	
Ноотропное средство	Фенибут	<p>Способствует снижению или исчезновению чувства тревоги, напряженности, беспокойства и страха, нормализует сон при локальных и распространенных тиках. Разовая доза в течении 3-6 месяцев: Для детей – от 20 мг до 250 мг Для взрослых от 20 мг до 750 мг Способствует снижению или исчезновению чувства тревоги, напряженности, беспокойства и страха, нормализует сон при локальных и распространенных тиках</p>	
Ноотропное средство	Пантокальцин	<p>Уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения при локальных и распространенных тиках Разовая доза: Для детей – от 0,25 – 0,5г Для взрослых от 0,5 - 1 г Суточная доза: Для детей – от 0,75 – 3 г Для взрослых от 1,5 - 3 г в течении 3-6 месяцев. Уменьшает моторную возбудимость с одновременным упорядочением поведения при локальных и распространенных тиках</p>	

Другие виды лечения: **нет.**

5.4 Хирургическое вмешательство: нет.

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

Индикаторы эффективности лечения:

- Снижение интенсивности тиков.
- Настроенность больного и/или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

Ошибки и необоснованные назначения[6,7,9,11,19]:

- Неправильная оценка социального контекста, глубины и выраженности расстройств, относящихся к данной рубрике
- Неоправданное назначение медикаментозной терапии как монотерапии

- Назначение препаратов из группы больших нейрорептиков для купирования имеющихся поведенческих нарушений без применения видов психотерапии, психосоциальных и лечебно-педагогических мероприятий
- Раннее прекращение медикаментозной терапии без закрепления полученного эффекта
- Неправильный подбор доз препаратов, без учета возрастных особенностей

5.6 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.

6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:

6.1 Разработчики:

- 1) Павленко В.П. - доктор медицинских наук, доцент, ответственный по курсу психиатрии и наркологии, НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 2) Ахметова С.А. – ассистент курса психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 3) Вихновская М.В. – заведующая детско-подростковым отделением РГП на ПХВ «РНПЦПЗ» МЗ РК, врач психиатр высшей квалификационной категории.
4. Смагулова Г.А. – кандидат медицинских наук, доцент, руководитель кафедры фармакологии и клинической фармакологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».

6.2 Конфликта интересов нет.

6.3 Рецензенты:

Ешимбетова Саида Закировна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и неврологии НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», врач психиатр.

6.4 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.

6.5 Список использованной литературы:

1. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). 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. Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР 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. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».

10. Психофармакология, издательство Н-Л Санкт-Петербург, 2008 год, П.Д.Шабанов
11. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т 1-2 - Москва «Медицина»,1999.
12. Клиническая психиатрия из синопсиса по психиатрии, том 2, Перевод с английского доктор медицинских наук В.Б.Стрелец, Москва «Медицина» 2002
13. Национальное руководство. Психиатрия, чл.-кор. РАН Ю.А.Александровский, профессор Н.Г.Незванов, 2-е издание, переработанное и дополненное, 1918 год. 27.6. Тикозные расстройства Е.В.Корень, Т.А.Куприянова.
14. Клиническая психиатрия, том 2, Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок, Москва «Медицина» 2002. - С 344 – 357.
15. «Классификации болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей. Под редакцией М.М.Милевского. М.: Издательство «Триада-Х». – 2009. – С.131-132.
16. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. - Москва «Медицина»,1985.
17. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста, С.Ю.Циркин. - Москва 1999
18. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой - Москва - 2009.- 993 стр.
19. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с
20. [Электронный ресурс] www.fda.gov (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США).
21. 21 [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).
22. 22 American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
23. 23 Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553-564.
24. David Gill - Hughes' Outline of Modern Psychiatry (2007, John Wiley & Sons) - libgen.lc pdf p432. p263
25. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Melvin Lewis. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, p1345.p689-732
26. Christopher Gilberg, Richard Harrington, Hans-Christoph Steinhausen (2006). A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge University Press, p730. p598-625
27. Фесенко Ю. А., Лохов М. И., Рубина Л. П. Современный подход к диагностике и лечению тикозных расстройств у детей. Каталог статей. Независимое издание для практикующих врачей (2005). Дата обращения: 26 февраля 2018.
28. Стоименов Й. А., Стоименова М. Й., Коева П. Й. и др. Психиатрический энциклопедический словарь. — К.: «МАУП», 2003. — С. 1019—1020. — 1200 с. — ISBN 966-608-306-X.
29. Жмуров В. А. Психиатрия. Энциклопедия. — Т/О «Neformat», 2016. — С. 3250—3253.
30. Kim D. D., Barr A. M., Chung Y., Yuen JWY, Etminan M., Carleton B. C., White R. F., Honer W. G., Procyshyn R. M. Antipsychotic-Associated Symptoms of Tourette Syndrome: A Systematic Review. (англ.) // CNS Drugs. — 2018. — October (vol. 32, no. 10). — P. 917—938. — doi:10.1007/s40263-018-0559-8. — PMID 30121819.
31. Болезни нервной системы / Под редакцией Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана, П. В. Мельничука. — М.: «Медицина», 1995.
32. Зыков В.П. Тики детского возраста. — М.: Антидор, 2002. — ISBN: 5-93751-018-6. — 176 с.
33. Тики: пер. с англ.- М.: Медицина, 1989.-336с. Шанько у детей: Методические рекомендации, утвержденные Минздравом СССР.- Минск, 1989.-14с. Шанько у детей.- Минск: Харвест, 2007.-304с.
34. Справочник лекарственных средств VIDAL Эл № ФС77-79153, 2020.

