

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

## РЕЗИДУАЛЬНЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

#### 1.1. КОДы МКБ-10:

МКБ 10	
Код	Название
F06.x	Органические психозы (период ремиссии).
F20.x	Все типы шизофрении (период ремиссии).
F22.0	Хроническое бредовое расстройство (период ремиссии).
F23.x	Острые полиморфные психозы (период ремиссии).
F53.1	Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках (ремиссия).

#### 1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2021 год.

#### 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
ОКИ	острые кишечные инфекции
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
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПЦР	полимеразная цепная реакция

**1.4. Пользователи протокола:** врачи –психиатры: взрослые, детские; , врачи общей практики, педиатры.

**1.5. Категория пациентов:** взрослые, дети.

**1.6. Шкала уровня доказательности:**

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных 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 фармацевтическая практика.

**1.7. Определение: Резидуальные психотические расстройства** - группа психических расстройств, клиническая картина которых определяется остаточными (резидуальными) постпсихотическими проявлениями. Объединяет, по существу, синдромальные состояния, представленные продуктивными психопатологическими симптомами, актуальность которых (т.е. непосредственное влияние на поведение) для больного снижена или отсутствует, вследствие терапевтического воздействия или аутохтонных механизмов [рабочее определение].

**F06. x Органические психозы** - группа различных по этиологии и клинической

картине психозов, протекающих преимущественно расстройствами – разными по глубине проявлениями психоорганического синдрома (от незначительного снижения уровня личности до выраженного слабоумия с распадом интеллекта и памяти). Большая часть органических психозов сопровождается патоморфологическими изменениями головного мозга [20,21,23,30].

#### **F06.0 Органический галлюциноз характеризуется:**

- А Общие критерии для органических психозов;
- Б. В клинической картине доминируют хронические или рецидивирующие галлюцинации (обычно зрительные или слуховые);
- В. Галлюцинации развиваются при ясном сознании. [10,11,13,23].

#### **Для F06.1 органического кататонического расстройства характерно:**

- А Общие критерии для органических психозов;
- Б. Должен присутствовать один из следующих признаков:
  - 1) ступор, т. е. резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи и нормальные реакции на свет, шум, и прикосновение, но при сохранении нормального мышечного тонуса, статических поз и дыхания (часто с ограничением координированных движений глаз);
  - 2) негативизм (отчетливое сопротивление пассивному движению конечностей или тела или ригидное застывание).
- В, Кататоническое возбуждение (резко повышенная подвижность хаотического характера с наличием или отсутствием тенденции к агрессивности).
- Г. Быстрая и непредсказуемая смена ступора и возбуждения. [15,20,28,31].

#### **Для F06.2 органического бредового (шизофреноподобного) расстройства:**

- А Общие критерии для органических психозов;
- Б. В клинической картине преобладает бред (преследования, метаморфоза, болезни, смерти, ревности), который может обнаруживать разную степень систематизации;
- В. Сознание ясное, а память не нарушена. [23,28,31].

**F06.6 Органическое эмоционально лабильное расстройство** — это психическое расстройство, которое возникает после осложнений беременности или родов, тяжелой инфекции или органической болезни головного мозга (травмы, опухоли, инсульта). Характерны выраженная эмоциональная несдержанность и лабильность (неустойчивость, быстрая смена) настроения человека. Расстройство еще называют астеническим (от греческого *asthenia* — слабость, бессилие). Помимо постоянных и сильных перепадов настроения для пациентов характерны общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение. Человек может уставать после 2–3 часов работы, не выдерживать полный рабочий день, несколько раз в день появляется необходимость прилечь отдохнуть. [8,10,11,13,20,21,23].

**F06.8** Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью.

#### **F20.x Все типы шизофрении**

**F20 Шизофрения** – хроническое психическое эндогенное прогрессирующее

заболевание, возникающее, как правило, в молодом возрасте. Продуктивная симптоматика при шизофрении весьма разнообразна, однако общим свойством всех симптомов являются внутренняя противоречивость, нарушение единства психических процессов (схизис). Негативная симптоматика выражается в отчетливом нарушении процессов мышления и прогрессирующих изменениях личности с нарастанием замкнутости (аутизм), потерей интересов и побуждений, эмоциональным оскудением. В исходе заболевания при неблагоприятном течении формируется глубокий апатико-абулический дефект («шизофреническое слабоумие»).

**F20.0 Параноидная форма** – самый частый вариант заболевания. При этой форме среди расстройств на первый план выступает *бред*. Хотя могут наблюдаться самые различные бредовые идеи, наиболее типичен бред воздействия.

Типы течения шизофрении данного вида могут быть:

- эпизодическим (F20.01x);
- хроническим (F20.00x).

В клинической картине, прежде всего, отмечаются бред и/или галлюцинации. Бредовые картины, как правило, связаны с идеями преследования или воздействия. Волевой, эмоциональный, речевой дефекты, а также кататоническая симптоматика могут быть выражены очень слабо. [8,9,11,13,15,20,21].

**F20.2 Кататоническая форма шизофрении** отличается от других наличием гиперкинезов, дискинезий. Непроизвольные мышечные движения могут варьироваться от психомоторных расстройств до ступора. Обычно во время кататонического ступора переживаются яркие галлюцинации фантастического характера (онейроидный синдром), практически полностью поглощающие сознание человека — на контакт такие люди практически не выходят. В редких случаях ответ можно получить лишь обратившись к такому человеку шепотом (симптом Павлова).

К злокачественному течению кататонического эндогенного психоза относятся следующие типы течения шизофрении:

- люцидная кататония с непрерывным (F20.20x)
- или приступообразным-прогредиентным течением (F20.21x).

Важно понимать, что кататония — не только симптомом шизофрении. Такое состояние может быть вызвано заболеваниями ЦНС, нарушениями метаболических процессов в организме, приемом некоторых лекарственных препаратов или психоактивных веществ, являться симптомом других аффективных расстройств. [8,10,12,13,15,22].

**F20.1 Гебефреническая форма шизофрении** развивается в подростковом возрасте. Для нее не характерны бред и галлюцинации, но они могут присутствовать в анамнезе. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, данный вид шизофрении должен удовлетворять одному из первых признаков — яркое уплощение аффекта, эмоциональная неадекватность; а также одному из следующих — необычное

поведение (бесцельное, несобранное, «дурашливое»), расстройства мышления (разорванная, бессвязная речь).

Гебефренический тип шизофрении может протекать:

- эпизодически (F20.11x);
- хронически (F20.10x).

При дифференциальной диагностике с необходимостью должны быть исключены болезнь Гентингтона и болезнь Пика. Эти заболевания могут вызывать схожую с гебефренической формой шизофрении симптоматику. Также к аналогичному психопатологическому состоянию проводят опухоли лобных долей головного мозга, которые выявляются с помощью КТ и ЭЭГ. [8,9,10,11,13,19,20].

### **F20.6 Простая форма шизофрении**

Для выявления простого типа шизофрении (требуется длительное наблюдение за пациентом, тщательный сбор сведений о нем, включая подробную информацию о детстве, взрослении, об особенностях жизни в семье и взаимоотношениях между ее членами. При простой форме шизофрении не наблюдаются обманы восприятия, бредовые расстройства. Они могут быть выражены на уровне подчинения «внутреннему голосу» или интуиции, а бредовое искажение картины мира гармонично вписывается в «рациональные» установки на уровне личности и в «сформированное на негативном жизненном опыте» мировоззрение. [13,20,21,22,28].

- непрерывнотекущая злокачественная шизофрения (F20.6x).

Люди с данным типом шизофрении страдают от ухудшения качества жизни, например, на уровне потери полового влечения, занимавших их ранее интересов, отсутствия целеустремленности в жизни, развития эгоцентричности, потери социальных связей и эмоциональной привязанности к близким. В чертах личности таких людей появляются и развиваются негативные симптомы — апатия, притупляются или выпадают чувства и эмоции, ухудшается невербальное общение, подавляется воля. Все это, в конечном счете, отражается на жизни в семье и обществе (например, на успеваемости в образовательных учреждениях, на эффективности на рабочем месте). Однако в картине развития простой формы шизофрении признаков деменции или какой-либо другой психопатологии не наблюдается. [8,10,11,13,15,20,21].

### **F20.3 Недифференцированная форма шизофрении.**

При недифференцированной форме шизофрении) могут наблюдаться симптомы нескольких клинических подтипов эндогенного психоза или, наоборот, может отсутствовать полнота картины каких-либо из них. По типу течения данная форма шизофрении характеризуется ухудшением симптоматики на фоне увеличения длительности ремиссии. В некоторых случаях диагноз может быть связан с наличием у пациента последствий от ЧМТ или от употребления ПАВ. [9,10,11,13,18,20,21].

## **F20.5 Резидуальная (остаточная) форма шизофрении.**

Остаточный вид шизофрении (представляет собой конечное состояние при наличии стойкого эндогенного психоза. Состояние соответствует выраженным негативным симптомам, формирующим дефект личности:

- психомоторная заторможенность;
- отсутствие инициативы, пассивность;
- сглаженный эмоциональный фон;
- бедная по количеству, содержанию речь;
- дефицит невербальной коммуникации;
- снижение навыков самообслуживания;
- низкая социальная активность.

К данному типу шизофрении относятся хроническая недифференцированная шизофрения, конечные состояния при хронической (злокачественной и параноидной) шизофрении, шизофреническое резидуальное состояние. При этом в анамнезе должны присутствовать хотя бы один психотический эпизод, эпизод с обманами восприятия, отсутствовать деменция, хроническая депрессия или какая-либо патология головного мозга, способная вызвать приведенную выше симптоматику. [9,10,12,13,21,23].

## **F20.8xx3 Подростковая форма шизофрении**

Детская или подростковая форма шизофрении вызывает интерес у западных и отечественных психиатров с конца XIX века. В частности, большой вклад в изучение данной формы внесли: Э. Блейлер, Э. Крепелин, Ф. Бромберг, Л. Каннер, Ю. Рик, К. Калбаум, К. Понитц, Т. Хеллер, Н. Данилло, А. Бернштейн, Г. Сухарева). На сегодняшний день существует немало работ и исследований, посвященных данной психопатологии, вплоть до описания очень редких случаев эндогенного психоза в самом раннем возрасте. Детская форма шизофрении манифестирует в раннем возрасте, до 12–15 лет. Картина эндогенного психоза может включать обманы восприятия, бредовые идеи, расстройства мышления, девиантное поведение, неадекватные или сглаженные эмоциональные реакции. Однако в возрасте до 7 лет детская шизофрения выявляется достаточно трудно. Нередко таким детям ставят диагноз аутизм. [8,9,10,11,13,15,21].

## **F20.xx6 Резистентная форма шизофрении**

Резистентная форма — тип течения шизофрении, который не поддается психофармакотерапии. При таком течении заболевания необходимо углубленное обследование, терапия антипсихотиками на протяжении до 2 месяцев. Если такое лечение не приносит результата и психотическая симптоматика сохраняется, собирается консилиум врачей и решается вопрос о применении метода ЭСТ. [8,9,10,11,13,15,21, 28].

**F22.0 Хроническое бредовое расстройство.** Включают ряд расстройств, при которых устойчивый бред является единственным или наиболее характерным

клиническим симптомом и которые не могут быть классифицированы как органические, шизофренические или аффективные.

Расстройство, характеризующееся развитием единственной картины бреда или серии связанных картин бреда, которые обычно устойчивы и иногда пожизненны. Содержание бреда или серии картин бреда чрезвычайно вариабельно. Совершенно несовместимыми с этим диагнозом являются четкие и устойчивые слуховые галлюцинации (голоса), шизофренические симптомы, такие, как бред контроля извне, и выраженная эмоциональная притупленность, а также явные признаки заболевания мозга. Однако наличие случайных или преходящих слуховых галлюцинаций, особенно у больных пожилого возраста, не исключает настоящего диагноза при условии, что они не являются типично шизофреническими и составляют только небольшую часть общей клинической картины. [8,9,13,23,28].

**F23.x Острые полиморфные психозы.** Согласно МКБ10 Разнородная группа нарушений, характеризующихся острым началом психотических симптомов, таких, как бред, галлюцинации и расстройства восприятия, и тяжелым нарушением обычного поведения. Под острым началом понимают быстро нарастающее развитие (в течение двух недель или менее) ясно выраженной аномальной клинической картины. Очевидная органическая причина этих нарушений отсутствует. Часто отмечают растерянность и недоумение, но дезориентация во времени, месте и окружении не настолько устойчива и тяжела, чтобы можно было диагностировать делирий органической этиологии (F05.-). Полное выздоровление обычно наступает в течение нескольких месяцев, часто в течение нескольких недель или даже дней. Если эти нарушения принимают устойчивый характер, необходимо будет изменить классификационную рубрику этого состояния. Описанное расстройство может быть связано (не всегда) с острым стрессом, под которым понимают стрессовые ситуации, имевшие место за одну-две недели до начала расстройства. Полиморфные психозы могут возникнуть в любом возрасте, но по статистике чаще первый эпизод случается в возрасте от 20 лет. Острый полиморфный психоз проявляется в яркой симптоматике, схожей с шизофренией: бред, галлюцинации, подозрительность, замкнутость, несвязная и нелогичная речь. Развивается расстройство в течении 2-3 дней, симптоматика может наблюдаться в течение месяца. Триггером психоза является внезапное событие, сильно потрясшее пациента. Стресс, напряжение не являются причиной данного вида расстройства. [19,21,22,23,25].

**1.8. Классификация** [по Международной Классификации Болезней-10го пересмотра: 1, 66, 68]:

F 06.0 Органический галлюциноз

F 06.1 Органическое кататоническое состояние

F 06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство

F06.6 Органическое эмоционально лабильное расстройство

F 06.8 Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью

- F20.0 Параноидная форма шизофрении
- F20.1 Гебефреническая форма шизофрении
- F20.2 Кататоническая форма шизофрении
- F20.3 Недифференцированная форма шизофрении
- F20.5 Резидуальная форма шизофрении
- F20.6 Простая форма шизофрении
- F20.8xx3 Детская или подростковая форма шизофрении
- F22.0 Хроническое бредовое расстройство
- F23.x Острые полиморфные психозы
- F53 расстройства послеродового периода

## 2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

### 2.1. Клинические критерии [1,8,-10 ]:

#### F 06.0 Органический галлюциноз

Жалобы на:	Анамнез:
Нарушения восприятия, на наличие «голосов», хронические галлюцинации.	А Общие критерии для органических психозов; Б. В клинической картине доминируют хронические или рецидивирующие галлюцинации (обычно зрительные или слуховые); В. Галлюцинации развиваются при ясном сознании. [13,23].

#### F 06.1 Органическое кататоническое состояние

Жалобы на:	Анамнез:
Снижение двигательной активности	А Общие критерии для органических психозов; Б. Должен присутствовать один из следующих признаков: 1) ступор, т. е. резкое уменьшение или отсутствие произвольных движений и речи и нормальные реакции на свет, шум, и прикосновение, но при сохранении нормального мышечного тонуса, статических поз и дыхания (часто с ограничением координированных движений глаз); 2) негативизм (отчетливое сопротивление пассивному движению конечностей или тела или ригидное застывание). В, Кататоническое возбуждение (резко повышенная подвижность хаотического характера с наличием или отсутствием тенденции к агрессивности). Г. Быстрая и непредсказуемая смена ступора и возбуждения[8,10,11,13,15,21].

## **F 06.2 Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
Наличие бредовых идей (бред воздействия, преследования).	А Общие критерии для органических психозов; Б. В клинической картине преобладает бред (преследования, метаморфоза, болезни, смерти, ревности), который может обнаруживать разную степень систематизации; В. Сознание ясное, а память не нарушена[8,10,11,13,15,21].

## **F06.6 Органическое эмоционально лабильное расстройство**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
Общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение.	Характерны выраженная эмоциональная несдержанность и лабильность (неустойчивость, быстрая смена) настроения человека. Расстройство еще называют астеническим (от греческого <i>asthenia</i> — слабость, бессилие). Помимо постоянных и сильных перепадов настроения для пациентов характерны общая слабость, быстрая утомляемость, головная боль, головокружение. Человек может уставать после 2–3 часов работы, не выдерживать полный рабочий день, несколько раз в день появляется необходимость прилечь отдохнуть. [8,10,11,13,15,21].

## **F20.0 Параноидная форма шизофрении**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
На наличие «голосов» отрицательного характера, бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие	В клинической картине, прежде всего, отмечаются бред и/или галлюцинации. Бредовые картины, как правило, связаны с идеями преследования или воздействия. Волевой, эмоциональный, речевой дефекты, а также кататоническая симптоматика могут быть выражены очень слабо[8,10,11,13,15,21,26,28].

## **F20.1 Гебефреническая форма шизофрении**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
Часто жалоб не предъявляет	развивается в подростковом возрасте. Для нее не характерны бред и галлюцинации, но они могут присутствовать в анамнезе. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, данный вид шизофрении должен удовлетворять одному из

	первых признаков — яркое уплощение аффекта, эмоциональная неадекватность; а также одному из следующих — необычное поведение (бесцельное, несобранное, «дурашливое»), расстройства мышления (разорванная, бессвязная речь). [8,10,11,13,15,21,26,28].
--	--

### **F20.2 Кататоническая форма шизофрении**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
На снижение двигательной активности	Характерно хроническое или длительное течение, сопровождается многократной госпитализацией, приводит к снижению трудоспособности. Отличается от других наличием гиперкинезов, дискинезий. Непроизвольные мышечные движения могут варьироваться от психомоторных расстройств до ступора. Обычно во время кататонического ступора переживаются яркие галлюцинации фантастического характера (онейроидный синдром), практически полностью поглощающие сознание человека — на контакт такие люди практически не выходят. В редких случаях ответ можно получить лишь обратившись к такому человеку шепотом (симптом Павлова). [8,10,11,13,15,21, 26,38].

### **F20.3 Недифференцированная форма шизофрении**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
Снижение трудоспособности, отсутствие желаний	При недифференцированной форме шизофрении) могут наблюдаться симптомы нескольких клинических подтипов эндогенного психоза или, наоборот, может отсутствовать полнота картины каких-либо из них. По типу течения данная форма шизофрении характеризуется ухудшением симптоматики на фоне увеличения длительности ремиссии. В некоторых случаях диагноз может быть связан с наличием у пациента последствий от ЧМТ или от употребления ПАВ[8,10,11,13,15,21,38].

### **F20.5 Резидуальная форма шизофрении**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
Состояние соответствует выраженным негативным симптомам, формирующим дефект личности: <ul style="list-style-type: none"> <li>• психомоторная</li> </ul>	Остаточный вид шизофрении (представляет собой конечное состояние при наличии стойкого эндогенного психоза. При этом в анамнезе должны присутствовать хотя бы один психотический эпизод, эпизод с обманами

<p>заторможенность;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствие инициативы, пассивность;</li> <li>• сглаженный эмоциональный фон;</li> <li>• бедная по количеству, содержанию речь;</li> <li>• дефицит невербальной коммуникации;</li> <li>• снижение навыков самообслуживания;</li> <li>• низкая социальная активность.</li> </ul>	<p>восприятия, отсутствовать деменция, хроническая депрессия или какая-либо патология головного мозга, способная вызвать приведенную выше симптоматику. [8,10,11,13,15,21,25, 26,28].</p>
---	---

### **F20.6 Простая форма шизофрении**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
<p>Отсутствие интересов, нежелание учиться, апатия, снижение навыков самообслуживания</p>	<p>Для выявления простого типа шизофрении (требуется длительное наблюдение за пациентом, тщательный сбор сведений о нем, включая подробную информацию о детстве, взрослении, об особенностях жизни в семье и взаимоотношениях между ее членами. При простой форме шизофрении не наблюдаются обманы восприятия, бредовые расстройства. Они могут быть выражены на уровне подчинения «внутреннему голосу» или интуиции, а бредовое искажение картины мира гармонично вписываться в «рациональные» установки на уровне личности и в «сформированное на негативном жизненном опыте» мировоззрение [8,10,11,13,15,21,25, 26,28].</p>

### **F22.0 Хроническое бредовое расстройство**

<b>Жалобы на:</b>	<b>Анамнез:</b>
<p>стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя, с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).</p>	<p>Включают ряд расстройств, при которых устойчивый бред является единственным или наиболее характерным клиническим симптомом и которые не могут быть классифицированы как органические, шизофренические или аффективные. [8,10,11,13,15,21,25, 26,28].</p>

## F23.x Острые полиморфные психозы

Жалобы на:	Анамнез:
бред, галлюцинации и расстройства восприятия, и тяжелым нарушением обычного поведения	Под острым началом понимают быстро нарастающее развитие (в течение двух недель или менее) ясно выраженной аномальной клинической картины. Очевидная органическая причина этих нарушений отсутствует. Часто отмечаются растерянность и недоумение, но дезориентация во времени, месте и окружении не настолько устойчива и тяжела, чтобы можно было диагностировать делирий органической этиологии (F05.-). Полное выздоровление обычно наступает в течение нескольких месяцев, часто в течение нескольких недель или даже дней. [8,10,11,13,15,21,24,25,28].

### Жалобы и анамнез:

**Жалобы:** нарушения восприятия, ощущение преследования.

**Анамнез:**

**Общие симптомы (должны определяться исключительно в анамнезе):**

На протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться минимум один из признаков, перечисленных в перечне (1), или минимум два признака из перечня (2).

**1) Минимум один из следующих признаков:**

- "эхо" мысли, вкладывание или отнятие мыслей, или открытость мыслей;
- бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движению тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
- галлюцинаторные "голоса", представляющие собой текущий комментарий поведения больного или обсуждение его между собой, или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-либо части тела;
- стойкие бредовые идеи другого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, такие как идентификация себя, с религиозными или политическими фигурами, заявления о сверхчеловеческих способностях (например, о возможности управлять погодой или об общении с инопланетянами).

**2) или минимум два признака из числа следующих:**

- хронические галлюцинации любого вида, если они имеют место ежедневно на протяжении минимум одного месяца и сопровождаются бредом (который может быть нестойким и полуоформленным) без отчетливого аффективного содержания;
- неологизмы, перерывы в мышлении, приводящие к разорванности или несообразности в речи;
- кататоническое поведение, такое как возбуждение, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор;

- "негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, речевое обеднение и сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций (должно быть очевидным, что они не обусловлены депрессией или нейролептической терапией). **Возможно, но не обязательно** наличие негативных симптомов (минимум 4 из числа следующих).

- психомоторная заторможенность или гипоактивность;
- отчетливая эмоциональная сглаженность;
- пассивность и отсутствие инициативы;
- обеднение речи по объему или содержанию;
- бедность невербального общения, определяемая по мимическому выражению лица, контактности во взгляде, модуляции голоса или позы;
- низкая социальная продуктивность или плохой уход за собой.

**Наиболее часто используемые критерии исключения:**

- Расстройство не может быть приписано алкогольной или наркотической интоксикации (F1x.0), зависимости (F1x.2) или состоянию отмены (F1x.3 и F1x.4).

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

**Лабораторное обследование:** диагностически значимых изменений нет.

**Инструментальное обследование:** диагностически значимых изменений нет. 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.

## 2.2. Диагностический алгоритм

- Осмотр, консультация врача-психиатра
- Полный анамнез. Уточнить жалобы, характерные для данного заболевания
- Оценить имеющуюся симптоматику
- Направление на ЭПО
- Направление на обследование терапевту для оценки наличия сопутствующих соматических расстройств. По показаниям направить на прием узких специалистов.
- Физикальный осмотр

- Лабораторные исследования по рекомендации узких специалистов по показаниям, а также при госпитализации и мониторинга при проведении психофармакотерапии.
- Проведение инструментальных исследований.
- В случае установления диагноза обсуждение и предложение о дальнейшем ведении пациента.

### 2.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики отдельных видов психических расстройств, включенных в раздел	Обследования	Критерии исключения диагноза на основании отличительных признаков
F06.x Органические психозы (период ремиссии).	Доминирование негативных симптомов и\или неструктурированной малоактуальной для больного (суб) психотических расстройств и\или доминирование астенической и\или неврозоподобной и\или психопатоподобной симптоматики	1.Динамическое клиничко-психопатологическое обследование и наблюдение. 2.ЭПО	Картина психозов, протекающих преимущественно расстройствами – разными по глубине проявлениями психоорганического синдрома (от незначительного снижения уровня личности до выраженного слабоумия с распадом интеллекта и памяти). Большая часть органических психозов сопровождается патоморфологическими изменениями головного мозга
F20.x Все типы шизофрении (период ремиссии)	Доминирование актуальных для больного либо бредовой симптоматики (параноидная), либо гебефренического синдрома	1.Динамическое клиничко-психопатологическое обследование и наблюдение. 2.ЭПО	Исключить состояние вызванное заболеваниями ЦНС, нарушениями метаболических процессов в организме, приемом некоторых лекарственных препаратов или психоактивных веществ, являться симптомом других аффективных расстройств.

	(гебефреническая), либо неврозоподобной симптоматики (сенестопатическая), либо негативной симптоматики (простая), либо кататонической симптоматики (кататоническая)		При гебефренической форме шизофрении должны быть исключены болезнь Гентингтона и болезнь Пика.
F22.0 Хроническое бредовое расстройство (период ремиссии).	четкие и устойчивые слуховые галлюцинации (голоса), шизофренические симптомы, такие, как бред контроля извне, и выраженная эмоциональная притупленность, а также явные признаки заболевания мозга.	1.Динамическое клинко-психопатологическое обследование и наблюдение. 2.ЭПО	Совершенно несовместимыми с этим диагнозом являются четкие и устойчивые слуховые галлюцинации (голоса), шизофренические симптомы, такие, как бред контроля извне, и выраженная эмоциональная притупленность, а также явные признаки заболевания мозга. Однако наличие случайных или преходящих слуховых галлюцинаций, особенно у больных пожилого возраста, не исключает настоящего диагноза при условии, что они не являются типично шизофреническими и составляют только небольшую часть общей клинической картины.
F23.x Острые полиморфные психозы (период ремиссии).		1.Динамическое клинко-психопатологическое обследование и наблюдение. 2.ЭПО	Острый полиморфный психоз проявляется в яркой симптоматике, схожей с шизофренией: бред, галлюцинации, подозрительность, замкнутость, несвязная и нелогичная речь. Развивается расстройство в течении 2-3 дней, симптоматика может наблюдаться в течение месяца. Триггером психоза является внезапное событие, сильно потрясшее пациента. Стресс, напряжение не являются причиной данного вида расстройства.
F53.1 Тяжелые психические расстройства и расстройства поведения, связанные с		1.Динамическое клинко-психопатологическое обследование и наблюдение. 2.ЭПО	Психические расстройства часто возникают в послеродовом периоде.

послеродовым периодом, не классифицированные в других рубриках			
--	--	--	--

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

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 стационарировании.

**Цели лечения:** достижение медикаментозной ремиссии, стабилизация состояния пациента.

### 3. Тактика лечения на амбулаторном уровне

#### 3.1. 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.

#### 3.2. Медикаментозное лечение

##### 3.1. Медикаментозное лечение на амбулаторном уровне [4-7,9,12-17,27,35]:

**Основные** лекарственные средства (таблицы 2 и 4):

*Нейролептические препараты* – предназначены для купирования 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 медикаментозного контроля психического состояния в амбулаторных условиях (палиперидон, рисперидон конста, галоперидол-деканоат, флуфеназин).

*Общие принципы терапии нейролептиками:*

- Рекомендуется монотерапия атипичным нейролептиком (внутрь).
- Минимальный курс для оценки начального эффекта основной терапии – 10-14 дней.
- При отсутствии эффекта монотерапии атипичным нейролептиком рекомендуется параллельное применение 2-х атипичных нейролептиков разной химической структуры.
- При отсутствии эффекта (не позднее 10-14 дней) применения 2-х атипичных нейролептиков рекомендуется лечение «классическими» нейролептиками. При необходимости – проведение серий «одномоментных отмен».
- Назначение одновременно 3-х и более нейролептиков не рекомендуется.
- Не рекомендуется назначение двух и более нейролептиков одной химической структуры.
- Присоединение корректоров терапии (тригексифенидила) рекомендуется только после манифестации побочных эффектов терапии.

Дополнительные медикаменты (таблицы 3 и 5) – препараты из иных фармакологических групп, предназначенные для купирования сопутствующих психопатологических синдромов.

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

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

*Антидепрессанты* – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов группы СИОЗС (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)

*M-H-Холинолитики* – для купирования экстрапирамидных симптомов (тригексифенидил).

Таблица 2 – Основные медикаменты:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

<i>Лекарственная группа</i>	<i>Международное непатентованное наименование ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Нейролептик	Оланзапин	5-10 мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Кветиапин	200-600 мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Палиперидон	3-12 мг \сутки внутрь	A
Нейролептик	Амисульприд	200-600мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Рisperидон	1-6 мг \сутки внутрь	A
Нейролептик	Клозапин	25-150 мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Галоперидол	5-15 мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Трифлуоперазин	2,5-20 мг\сутки внутрь	B
Нейролептик	Левомепромазин	25-100 мг\сутки внутрь	B
Нейролептик	Тригексифенидил	1-6 мг\сутки внутрь	B
Нейролептик	Галоперидол – деканоат	50-100 мг\ в 4 недели в\м	A
Нейролептик	Рisperидон-конста	25- 50 мг\ в 2 недели в\м	A
Нейролептик	Флуфеназин	25-50 мг\ в 4 недели в\м	A
Нейролептик	Палиперидона пальмитат	50-150мг/4 недели в\м	A
Нейролептик	Карипразин	Внутрь, по 1,5 мг 1 р/сут. Возможно постепенное повышение дозы до 6 мг/сут.	

Таблица 3 – Дополнительные медикаменты:

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

<i>Лекарственная группа</i>	<i>Международное непатентованное наименование ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Антидепрессант	Дулоксетин	60 мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Агомелатин	25-50мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Венлафаксин	37,5-150 мг\сутки внутри	А
Антидепрессант	Амитриптилин	75-150мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Сертралин	50-100мг\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
Антидепрессант	Карбамазепин	200-600 мг\сутки внутрь	В
Нормотимик	Вальпроевая кислота	300-600 мг\сутки внутрь	В
Нормотимик	Ламотриджин	50-100 мг\сут внутрь	А
Анксиолитик	Феназепам	0,5-1мг\сутки внутрь	А
Анксиолитик	Зопиклон	До 15мг\сутки внутрь	А
Анксиолитик	Тофизопам	До 150мг\сутки внутрь	А
Анксиолитик	Клоназепам	До 2мг\сутки внутрь	А

**3.3. Хирургическое вмешательство:** нет.

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

**3.5. Индикаторы эффективности лечения:**

- Непсихотический уровень психопатологических расстройств.
- Общий балл при оценке психического состояния по шкале BPRS не более 40.
- 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**

### **4.1. Показания для плановой госпитализации**

#### **4.1.1. Добровольная (экстренная и плановая) госпитализация:**

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

#### **4.2. 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 прокураторы.**

### **5. Тактика лечения на стационарном уровне**

#### **5.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента**

- Плановая либо экстренная госпитализация по показаниям;
- Клинико-психопатологическое обследование врача-психиатра;
- 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 на дневное отделение.

#### **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.

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.

#### **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 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.

#### **5.3. Медикаментозное лечение:**

Основные лекарственные средства (таблицы 2 и 4):

*Нейролептические препараты* – предназначены для купирования 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 медикаментозного контроля психического состояния в амбулаторных условиях (палиперидон, рисперидон конста, галоперидол-деканат, флуфеназин).

*Общие принципы терапии нейролептиками:*

- Рекомендуется монотерапия атипичным нейролептиком (внутри).
- Минимальный курс для оценки начального эффекта основной терапии – 10-14 дней.
- При отсутствии эффекта монотерапии атипичным нейролептиком рекомендуется параллельное применение 2-х атипичных нейролептиков разной химической структуры.
- При отсутствии эффекта (не позднее 10-14 дней) применения 2-х атипичных нейролептиков рекомендуется лечение «классическими» нейролептиками. При необходимости – проведение серий «одномоментных отмен».
- Назначение одновременно 3-х и более нейролептиков не рекомендуется.
- Не рекомендуется назначение двух и более нейролептиков одной химической структуры.
- Присоединение корректоров терапии (тригексифенидила) рекомендуется только после манифестации побочных эффектов терапии.

Дополнительные медикаменты (таблицы 3 и 5) – препараты из иных фармакологических групп, предназначенные для купирования сопутствующих психопатологических синдромов.

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

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

*Антидепрессанты* – предназначены для купирования сопутствующих депрессивных проявлений. Выбрать нужно один из перечисленных препаратов

группы СИОЗС (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)

*М-Н-Холинолитики* – для купирования экстрапирамидных симптомов (тригексифенидил).

### 5.3. Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне [4-7,9,12-17,27,35]:

Таблица 4 – Основные медикаменты в отделении:

Рекомендуется монотерапия: одно из нижеперечисленных препаратов.

<i>Лекарственная группа</i>	<i>Международное непатентованное наименование ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Нейролептик	Оланзапин	10-30 мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Оланзапин	10-30 мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Кветиапин	400-800 мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Палиперидон	3-12 мг \сутки внутрь	А
Нейролептик	Амисульприд	400-1200мг\сутки внутри	А
Нейролептик	Рисперидон	4-8мг \сутки внутрь	А
Нейролептик	Клозапин	100-200 мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Галоперидол	10-25мг\сутки в\м	А
Нейролептик	Галоперидол	20-40мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Трифлуоперазин	20-40мг\сутки внутрь	В
Нейролептик	Трифлуоперазин	10-20мг\сутки в\м	В
Нейролептик	Левомепромазин	50-100мг\сутки в\м	В
Нейролептик	Левомепромазин	50-150 мг\сутки внутрь	В
Нейролептик	Хлорпромазин	50- 150мг\сутки в\м	В
Нейролептик	Тригексифенидил	4-8мг\сутки внутрь	В
Нейролептик	Галоперидол – деcanoат	50-100 мг\ в 4 недели в\м	А
Нейролептик	Рисперидон- конста	25- 50 мг\ в 2 недели в\м	А
Нейролептик	Флуфеназин	25-50 мг\ в 4 недели в\м	А
Нейролептик	Палиперидона пальмитат	50-150мг/4 недели в\м	А

Таблица 5 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются исключительно как сопутствующая терапия при

наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний (депрессии, тревоги, поведенческих расстройств, фазовых колебаний настроения)

<i>Лекарственная группа</i>	<i>Международное непатентованное наименование ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Антидепрессант	Дулоксетин	60-120 мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Агомелатин	25-50мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Венлафаксин	75-200мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Амитриптилин	50-150мг\сутки внутрь и 20-60мг\сутки в\м	А
Антидепрессант	Сертралин	50-100мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флувоксамин	50-100 мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Миртазапин	30-60 мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флуоксетин	20-60 мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Хлорпротиксен	50- 150 мг\сутки внутрь	В
Нейролептик	Тиоридазин	50- 100мг\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	75-150 мг\сут внутрь	А
Транквилизатор	Диазепам	10-20 мг\сутки внутрь и в\м	А
Транквилизатор	Феназепам	0,5-1мг\сутки внутрь	А
Транквилизатор	Зопиклон	До 15мг\сутки внутрь	А
Транквилизатор	Клоназепам	До 2мг\сутки внутрь	А

**Медикаментозное лечение, оказываемое на этапе скорой неотложной помощи (таблица 6):**

<i>Лекарственная группа</i>	<i>Международное непатентованное наименование ЛС</i>	<i>Способ применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Транквилизатор	Левомепромазин	50-100мг\сутки в\м	В
Транквилизатор	Хлорпромазин	50- 150мг\сутки в\м	В
Транквилизатор	Диазепам	10-20 мг\сутки в\м	А

5.4. Хирургическое вмешательство – нет

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

## **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.

### **5.6. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

- Непсихотический уровень психопатологических расстройств.
- Общий балл при оценке психического состояния по шкале BPRS не более 40.
- Настроенность больного и\или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

## **6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА:**

### **6.1. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

- 1) Павленко В.П. – доктор медицинских наук, доцент, ответственный по курсу психиатрии и наркологии, НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова»
- 2) Рамазанова А.А.– ассистент курса психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова», магистр медицинских наук.
- 3) Есимов Н.Б. – заведующий мужским клиническим отделением РГП на ПХВ ««РНПЦПЗ» МЗ РК, врач психиатр первой квалификационной категории.
- 4) Смагулова Г.А. – кандидат медицинских наук, доцент, руководитель кафедры фармакологии и клинической фармакологии НАО ЗКМУ имени Марата Оспанова.

6.2. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

### **6.3. Рецензент:**

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-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 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. ТигановаТ 1-2 – Москва «Медицина»,1999.
10. Психиатрия. Национальное руководство./ Под редакцией Ю.А. Александровского, Н.Г.Незнанова – 2-изд. – 2018.- 1008с.
11. Справочник по психиатрии/Под редакцией А.В. Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
12. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».
13. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
14. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.- Москва.-2009.-896с.
15. 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.[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)
16. [Электронный ресурс]www.fda.gov (официальный сайтУправления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США).
17. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).

18. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
19. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564.
20. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей. Под редакцией М.М. Милевского. М.: Издательство «Триада-Х», 2009-184-стр. с128-132
21. Психиатрия. Научно-практический справочник. Под редакцией А.С.Тиганова Медицинское информационное агентство. Москва. 2016г.
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
23. Классификация психических расстройств МКБ-10. Исследовательские диагностические критерии, Норман Сарториус, директор отдела психического здоровья ВОЗ, 96с.
24. Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок «Клиническая психиатрия». В 2 т. Т.2. Перевод с англ. – М.: Медицина, -528с.
25. Шевченко Ю.С. Систематизация психических расстройств (отечественный взгляд на международную классификацию) // Практическая медицина, 2009, №38. С 5-12
26. Снежневский А. В. С53. Шизофрения (цикл лекций 1964 г.) / Отв. ред. проф. В.С.Ястребов — М.: МАКС Пресс, 2008. — 196 с. ISBN 978-5-317-02335-5.
27. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкай, Т.Воброк, Д.Либерман, 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.pdf](http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.pdf)
28. Мосолов СН и соавт., Социальная и клиническая психиатрия, т20, №3, 2010
29. Флейшхакер В.В., МакКвейд Р.Д., Маркус Р Н., Арчибалд Д., Сванинк Р., Карсон В.Х.. Двойное слепое рандомизированное исследование направленное на сравнение арипипразола и оланзапина у пациентов с шизофренией
30. Kumar A, Datta SS, Wright SD, Furtado VA, Russell PS. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD009582. DOI: 10.1002/14651858.CD009582.pub2.
31. Premkumar TS, Pick J. Lamotrigine for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD005962. DOI: 10.1002/14651858.CD005962.pub2.
32. Huband N, Ferriter M, Nathan R, Jones H. Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 2. Art. No.: CD003499. DOI: 10.1002/14651858.CD003499.pub3.
33. Dold M, Li C, Tardy M, Khorsand V, Gillies D, Leucht S. Benzodiazepines for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD006391. DOI: 10.1002/14651858.CD006391.pub2.
34. American psychiatric association. Lehman AF, Lieberman JA, Dixon JA, et al. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. Psychiatry online website.
35. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.

36. Khanna P, Suo T, Komossa K, Ma H, Rummel-Kluge C, El-Sayeh HG, Leucht S, Xia J. Aripiprazole versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 1. Art. No.: CD006569. DOI: 10.1002/14651858.CD006569.pub5. [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
37. Adam J, Savitz et al. Efficacy and Safety of Paliperidone Palmitate 3-Month Formulation for Patients with Schizophrenia: A Randomized, Multicenter, Double-Blind, Noninferiority Study // International Journal of Neuropsychopharmacology, (2016) 19(7): 1–14
38. Bhattacharjee J, El-Sayeh HG. Aripiprazole versus chlorpromazine for people with schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. Cochrane Data base of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD012072.
39. Joris Berwaerts et al. Efficacy and Safety of the 3-Month Formulation of Paliperidone Palmitate vs Placebo for Relapse Prevention of Schizophrenia A Randomized Clinical Trial // JAMA Psychiatry. 2015;72(8):830-839.
40. Stafford MR, Jackson H, Mayo-Wilson E, Morrison AP, Kendall T. Early interventions to prevent psychosis: systematic review and meta-analysis. The BMJ. 2013;346:f185. doi:10.1136/bmj.f185.
41. Bhattacharjee J, El-Sayeh HG. Aripiprazole versus haloperidol for people with schizophrenia and schizophrenia-like psychoses (Protocol). Cochrane Data base of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD012073.