

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ДРУГИЕ СМЕШАННЫЕ РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ И ЭМОЦИЙ

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1. Название протокола: Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

1.1 Код(ы) МКБ-10:

F92.8 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: август, 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
МЗСР –	Министерство здравоохранения и социального развития
МНН –	международное непатентованное 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

1.4 Пользователи протокола: врач-психиатр детский; врач-психиатр взрослый, врач общей практики, педиатр, невролог, психолог медицинских и образовательных учреждений, воспитатель детских учреждений, педагог.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети и подростки до 18 лет.

1.6 Шкала уровня доказательности:

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

Другие смешанные расстройства поведения и эмоций – это расстройства, которые предусматривают сочетание расстройств поведения (F91.-) с устойчивой и выраженной эмоциональной симптоматикой, такой, как тревожность, одержимость или навязчивость, деперсонализация или дереализация, фобии или ипохондрия.

Расстройство поведения, относящееся к рубрике F91.-, в сочетании с: . эмоциональным расстройством, указанным в рубрике F93 . невротическими расстройствами, указанными в рубриках F40-F48.

1.7 Клиническая классификация: нет

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

Диагностические критерии [1,8-10]:

При доминировании тревоги или других эмоциональных нарушений (F93.-) или невротических расстройств, указанных в рубриках F40-F48, должен ставиться диагноз «другие смешанные расстройства поведения и эмоций» (F92.80).

Жалобы и анамнез:

У детей и подростков до 18 лет (сочетание тревоги и других эмоциональных расстройств и расстройств поведения (см. КП F 91))

Жалобы: уходы из дома, драчливость в сочетании с тревогой и/или одержимостью/навязчивостью, и/или ощущение нереальности происходящего, и/или оторжением самого себя, и/или страхами, и/или чрезмерная необоснованная озабоченность своим здоровьем.

Анамнез:

В анамнезе у должны быть тревога, страхи, иппохондрические расстройства в сочетании с расстройствами, характеризующиеся повторяющимися, устойчивыми образцами необщительного, агрессивного или вызывающего поведения. Такое поведение можно было бы расценить как наивысшее проявление возрастных социальных нарушений, тем не менее оно может быть более тяжелым, чем обычное детское непослушание или подростковая недисциплинированность, и длиться значительное время (6 месяцев и дольше). Черты такого расстройства поведения могут также быть симптомами других психических состояний, и в этом случае предпочтение следует отдавать основному диагнозу. Примеры поведения, на которых базируется диагноз, включают чрезмерную драчливость и вздорность, жестокость по отношению к другим людям и животным, тяжелую порчу имущества, поджоги, воровство, постоянную лживость, прогуливание занятий в школе и побеги из дома, обычно частые и тяжелые вспышки раздражения, непослушание. Наличие любого из вышеуказанных признаков, если он ярко выражен, достаточно для постановки диагноза, однако отдельные диссоциальные действия не могут служить для него основанием.

У взрослых

Жалобы: агрессия, злость, гнев, тревога, и/или одержимостью/навязчивостью, и/или ощущение нереальности происходящего, и/или оторжением самого себя, и/или страхами, и/или чрезмерная необоснованная озабоченность своим здоровьем.

Анамнез:

Стойкое агрессивное диссоциальное и/или вызывающее поведение в сочетании с невротическими расстройствами, характерных для рубрики **F 40-48 (см. КП)**

Физикальное обследование: диагностически значимых изменений со стороны кожных покровов и внутренних органов (включая центральной и периферическую

нервную систему) нет.

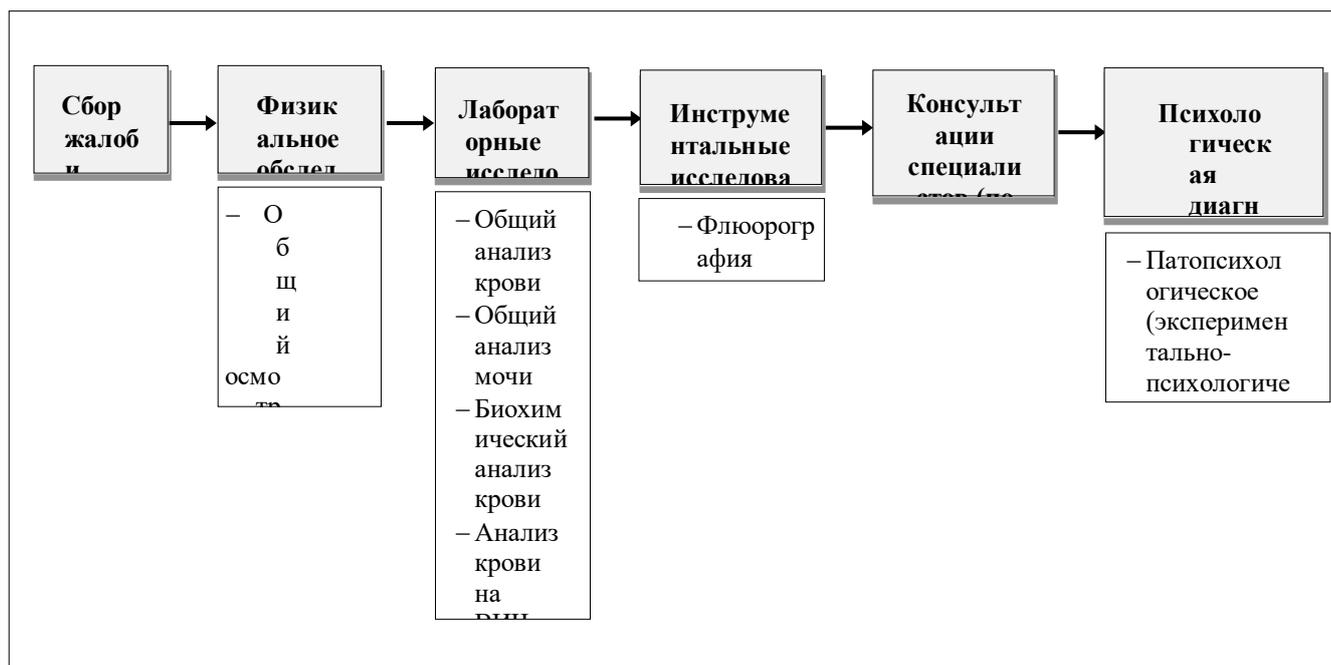
Лабораторное обследование: специфических диагностических признаков нет.

Инструментальное обследование: специфических диагностических признаков нет.

Показания для консультации специалистов:

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

2.1 Диагностический алгоритм:



2.2 Дифференциальный диагноз [8-10]:

Таблица 1 – Дифференциальная диагностика.

Параметры	Расстройства поведения	Расстройства эмоций
Клиническая картина	Нередко полиморфные по структуре поведенческие синдромы, нет признаков искажения личностного склада	Мономорфные расстройства эмоций гомономные всему личностному складу пациента, без выраженных

		поведенческих расстройств.
Инструментальное обследование	Не информативно	

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Тактика лечения [3-18]:

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.

Диагностические исследования:

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

- экспериментально-психологическое обследование.

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ОАК;
- ОАМ;
- биохимический анализ крови (печеночные пробы);
- ЭКГ – проводятся с целью мониторинга изменений соматического

состояния на фоне основной терапии;

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах
- ЭхоЭГ – при появлении симптомов угнетения сознания
- КТ, МРТ – проводятся с целью исключения сходных по клинике

проявлений текущего органического процесса головного мозга.

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

3.1 Немедикаментозное лечение:

Комплаенс терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

3.2 Медикаментозное лечение:

Основные ЛС (таблицы 2 и 4):

Нейролептические препараты - предназначены для купирования психопатологических нарушений и поведенческих расстройств (амисульприд, рисперидон, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин, хлорпротиксен, тиоридазин, сульпирид).

Антидепрессанты – предназначены для купирования депрессивных проявлений (амитриптилин, сертралин, флувоксамин, дулоксетин, агомелатин, венлафаксин, тразодон, мirtазапин, флуоксетин).

Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, феназепам, тофизопам, этифоксин, клоназепам, алпразолам)

Дополнительные медикаменты (таблицы 3 и 5):

М-Н-Холинолитики – для коррекции экстрапирамидных нарушений (тригексифенидил).

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

3.2.1 Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне [4- 7,9,12-18]:

Таблица 2 – Основные медикаменты:

Из нижеперечисленных препаратов рекомендуется препарат для купирования поведенческих расстройств, а также препарат для купирования эмоциональных расстройств.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Клозапин ^{1,2} (УД – А)	До 100 мг\сутки внутрь Дети: противопоказан детям до 5 лет.	До полного купирования поведенческих расстройств
Рisperидон ³ (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 0,5-6 мг \сутки внутрь. Дети: с 5 лет. Масса тела менее 50 кг – 0,25-0,75 мг\сутки; Более 50 кг – 0,25-2 мг\сутки	
Амисульприд (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 50-600мг\сутки внутрь в 1-3 приема. Дети: с 15 лет 50-300 мг/сут в 1-3 приема	
Галоперидол ^{1,2} (УД – А)	До 15 мг\сутки внутрь Дети: старше 3 лет доза составляет 0,025-0,05 мг в сутки, поделённая на 2 приёма. Максимальная суточная доза - 0,15 мг/кг.	
Трифлуоперазин ^{1,2} (УД – А)	Индивидуальный режим дозирования. Внутрь взрослым - по 1-5 мг 2 раза/сут; при необходимости в течение 2-3	

	<p>недель дозу повышают до 15-20 мг/сут, кратность применения - 3 раза/сут. Максимальные дозы: взрослым при приеме внутрь – 40 мг/сут</p> <p>Дети: в возрасте 6 лет и старше - по 1 мг 2-3 раза/сут, при необходимости доза может быть увеличена до 5-6 мг/сут.</p>	
Хлорпротиксен ^{1,2} (УД – А)	<p>Индивидуальный режим дозирования. Для приема внутрь для взрослых суточная доза варьирует от 10 мг до 600 мг</p> <p>Дети: от 5 мг до 200 мг/сут.</p> <p>Частота приема и длительность лечения определяются показаниями.</p>	
Тиоридазин ^{2,3} (УД – А)	<p>Индивидуальный режим дозирования. При приеме внутрь суточная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 20-800 мг/сут, кратность применения - 2-4 раза/сут. Курс лечения высокими дозами продолжают не более 5 недель. Максимальная суточная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 800 мг.</p> <p>Дети: 1-5 лет - 1 мг/кг/сут; старше 5 лет - 75-100 мг/сут, в тяжелых случаях - 300 мг/сут; кратность приема - 2-4 раза/сут.</p>	
Сультририд ^{2,3} (УД – А)	<p>Индивидуальный подбор доз. 200-400мг/сутки внутрь в 2-3 приема.</p> <p>Дети: старше 6 лет 5 мг/кг/сутки.</p> <p>С осторожностью применять у беременных и в период лактации</p>	
Левомепромазин ^{2,3} (УД – А)	<p>75-150 мг\сутки внутрь</p> <p>Дети: противопоказан детям до 12 лет.</p>	
Сертралин ^{2,3} , (УД – А)	<p>50-100мг/сутки внутрь за 1-3 приема</p> <p>С 18 лет</p>	До купирования депрессивных проявлений
Флувоксамин ^{2,3} , (УД – А)	<p>50-100 мг/сутки внутрь на ночь</p> <p>Дети: с 8 лет – 25-50 мг/сутки</p>	

Амитриптилин ^{2,3} , (УД – А)	25-100 мг/сутки внутрь Дети: с 6 лет до 12 лет - 10-30 мг/сутки или 1-5 мг/кг/сутки дробно. В подростковом возрасте - до 75мг/сут. – 1 -4 раза в сутки	
Дулоксетин ^{2,3} , (УД – А)	60 мг/сутки внутрь Начальная доза составляет 60 мг 1 раз/сут. С выраженными нарушениями функции почек (КК<30 мл/мин) и печени: начальная доза должна составлять 30 мг 1 раз/сут. С 18 лет.	
Агомелатин ^{*2,3} , (УД – А)	25-50мг/сутки внутрь х 1 р. вечером С 18 лет	
Венлафаксин ^{1,2} , (УД – А)	37,5-150 мг/сутки внутрь х 1 раз, при дозе 150 мг/сутки в 2 приема. С 18 лет.	
Тразодон ^{1,2} , (УД – А)	150-300 мг/сутки, внутрь в 3 приема, основную часть суточной дозы рекомендуется принимать перед сном. С осторожностью до 18 лет.	
Миртазапин ^{1,2} , (УД – А)	15-30 мг/сутки внутрь. С 18 лет.	
Флуоксетин ^{1,2,4} , (УД – А)	20-60 мг/сутки внутрь 1-3 раза С 18 лет	
Диазепам ^{2,3} , (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 2,5-10мг/сутки внутрь за 1-3 раза в день. Длительность курса не более 7-10 дней. Дозу и продолжительность курса лечения для детей подбирают индивидуально, в зависимости от характера заболевания, возраста, массы тела ребенка. Противопоказание для приема внутрь – детский возраст до 6 лет; для парентерального применения - детский возраст до 5 недель	До купирования тревожных проявлений
Феназепам ^{1,2,4} (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 0,5-1мг/сутки внутрь. Во избежание развития лекарственной зависимости при курсовом лечении	

	продолжительность применения составляет 2 нед. (в отдельных случаях длительность лечения может быть увеличена до 2 мес).
Этифоксин** ^{1,2} , (УД – А)	100-150 мг/сутки за 2- 3 приема. Курс лечения: 4-6 недель. С 18 лет.
Тофизопам ^{2,3,4} , (УД – А)	Дневной транквилизатор. 50-100 мг/сутки внутрь за 1-3 приема, до 300 мг/сутки внутрь
Клоназепам ^{1,2,4} , (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 0,5 – 1 мг/сутки за 1-2 приема.
Алпразолам** ^{1,2,4} , (УД – А)	0,125 мг – 2 мг/сутки внутрь за 1-3 приема, до 4 мг/сутки. С 18 лет

*Препарат применять с осторожностью у больных с суицидальной настроенностью.

** Применение препарата после регистрации на территории РК.

¹ Противопоказан во время беременности

² Противопоказан в период лактации

³ Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴ Безопасность применения у детей не установлена.

Таблица 3 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний, а также наличия экстрапирамидных симптомов.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Тригексифенидил ^{1,2} (УД – В)	4-8мг\сутки внутрь С 18 лет.	До исчезновения экстрапирамидных симптомов
Топирамат ^{1,2} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 50-150 мг/сутки внутрь за 1-3 приема Дети: старше 6 лет 25-100 мг/сут за 1-3 приема	До стабилизации эмоционального фона
Карбамазепин ^{2,3} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 200-600 мг/сутки внутрь – за 1-3 приема Дети: младше 6 лет - 10-20мг на 1кг массы тела 2-3 раза в день. 6-12 лет – 100 мг/сутки 2 раза в день. Старше 12 лет - 100-400 мг/сутки - 2-3 раза в день.	
Вальпроевая кислота ^{1,2} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 300-600 мг/сутки внутрь за	

	1-3 приема Дети: более 17 кг - 30 мг/кг/сутки за 1-3 приема
Ламотриджин ^{1,2} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 50-100 мг/сутки внутри С 18 лет.

¹ Противопоказан во время беременности

² Противопоказан в период лактации

³ Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴ Безопасность применения у детей не установлена.

3.3 Хирургическое вмешательство: не проводится

3.4 Индикаторы эффективности лечения:

- Купирование поведенческих и эмоциональных нарушений.

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

4.1 Добровольная (экстренная и плановая) госпитализация:

- Письменное согласие на госпитализацию *и*
- Психопатологические расстройства психотического и\или не психотического 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.

4.3 Принудительная госпитализация – по определению суда, постановлению следственных органов и\или прокураторы.

4.4 Диагностические исследования:

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

4.6 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.

4.7 Дополнительные диагностические обследования, проводимые в стационаре:

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах
- ЭхоЭГ – при появлении симптомов угнетения сознания
- КТ, МРТ – проводятся с целью исключения сходных по клинике проявлений текущего органического процесса (демиелинизирующие заболевания, новообразования и т.п. головного мозга).

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**5.1 Немедикаментозное лечение:**

Комплаенс терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

5.2 Медикаментозное лечение, оказываемое на стационарном уровне [4- 7,9,12-18]:

Таблица 4 - Основные медикаменты:

Из нижеперечисленных препаратов рекомендуется препарат для купирования поведенческих расстройств, и препарат для купирования эмоциональных расстройств.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Клозапин ^{1,2} (УД – А)	До 100 мг\сутки внутрь Дети: противопоказан детям до 5 лет.	До полного купирования поведенческих расстройств
Рisperидон ³ (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 0,5-6 мг \сутки внутрь. Дети: с 5 лет. Масса тела менее 50 кг – 0,25-0,75 мг\сутки; Более 50 кг – 0,25-2 мг\сутки	
Амисульприд (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 50-600мг\сутки внутрь в 1-3 приема. Дети: с 15 лет 50-300 мг/сут в 1-3 приема	
Галоперидол ^{1,2} (УД – А)	До 15 мг\сутки внутрь Дети: старше 3 лет доза составляет 0,025-0,05 мг в сутки, поделённая на 2 приёма. Максимальная суточная доза - 0,15 мг/кг.	

Трифлуоперазин ^{1,2} (УД – А)	Индивидуальный режим дозирования. Внутрь взрослым - по 1-5 мг 2 раза/сут; при необходимости в течение 2-3 недель дозу повышают до 15-20 мг/сут, кратность применения - 3 раза/сут. В/м взрослым - по 1-2 мг каждые 4-6 ч. Максимальные дозы: взрослым при приеме внутрь – 40 мг/сут, в/м - 10 мг/сут. Дети: в возрасте 6 лет и старше - по 1 мг 2-3 раза/сут, при необходимости доза может быть увеличена до 5-6 мг/сут. В/м - по 1 мг 1-2 раза/сут.
Хлорпротиксен ^{1,2} (УД – А)	Индивидуальный режим дозирования. Для приема внутрь для взрослых суточная доза варьирует от 10 мг до 600 мг Дети: от 5 мг до 200 мг/сут. Частота приема и длительность лечения определяются показаниями.
Тиоридазин ^{2,3} (УД – А)	Индивидуальный режим дозирования. При приеме внутрь суточная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 20-800 мг/сут, кратность применения - 2-4 раза/сут. Курс лечения высокими дозами продолжают не более 5 недель. Максимальная суточная доза для взрослых и детей старше 12 лет составляет 800 мг. Дети: 1-5 лет - 1 мг/кг/сут; старше 5 лет - 75-100 мг/сут, в тяжелых случаях - 300 мг/сут; кратность приема - 2-4 раза/сут.
Сульпирид ^{2,3} (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 200-400мг/сутки внутрь в 2-3 приема. Дети: старше 6 лет 5 мг/кг/сутки. С осторожностью применять у беременных и в период лактации
Левомепромазин ^{2,3} (УД – А)	75-150 мг\сутки внутрь Дети: противопоказан детям до 12 лет.

Хлорпромазин ^{1,2} (УД - В)	Индивидуальный режим дозирования. 75-100мг/сутки в/м Дети: противопоказан детям до 6 лет.	
Сертралин ^{2,3} , (УД – А)	50-100мг/сутки внутрь за 1-3 приема С 18 лет	До купирования депрессивных проявлений
Флувоксамин ^{2,3} , (УД – А)	50-100 мг/сутки внутрь на ночь Дети: с 8 лет – 25-50 мг/сутки	
Амитриптилин ^{2,3} , (УД – А)	25-100 мг/сутки внутрь Дети: с 6 лет до 12 лет - 10-30 мг/сутки или 1-5 мг/кг/сутки дробно. В подростковом возрасте - до 75мг/сут. – 1 -4 раза в сутки	
Дулоксетин ^{2,3} , (УД – А)	60 мг/сутки внутрь Начальная доза составляет 60 мг 1 раз/сут. С выраженными нарушениями функции почек (КК<30 мл/мин) и печени: начальная доза должна составлять 30 мг 1 раз/сут. С 18 лет.	
Агомелатин ^{*2,3} , (УД – А)	25-50мг/сутки внутрь х 1 р. вечером С 18 лет	
Венлафаксин ^{1,2} , (УД – А)	37,5-150 мг/сутки внутрь х 1 раз, при дозе 150 мг/сутки в 2 приема. С 18 лет.	
Тразодон ^{1,2} , (УД – А)	150-300 мг/сутки, внутрь в 3 приема, основную часть суточной дозы рекомендуется принимать перед сном. С осторожностью до 18 лет.	
Миртазапин ^{1,2} , (УД – А)	15-30 мг/сутки внутрь. С 18 лет.	
Флуоксетин ^{1,2,4} , (УД – А)	20-60 мг/сутки внутрь 1-3 раза С 18 лет	
Диазепам ^{2,3} , (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 2,5-10мг/сутки внутрь за 13 раза в день. Длительность курса не более 7-10 дней. Дозу и продолжительность курса лечения для детей подбирают индивидуально, в зависимости от характера заболевания, возраста, массы тела ребенка.	До купирования тревожных проявлений

	Противопоказание для приема внутри – детский возраст до 6 лет; для парентерального применения - детский возраст до 5 недель
Феназепам ^{1,2,4} (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 0,5- 1 мг/сутки внутрь. Во избежание развития лекарственной зависимости при курсовом лечении продолжительность применения составляет 2 нед. (в отдельных случаях длительность лечения может быть увеличена до 2 мес).
Этифоксин ^{**1,2} , (УД – А)	100-150 мг/сутки за 2- 3 приема. Курс лечения: 4-6 недель. С 18 лет.
Тофизолам ^{2,3,4} , (УД – А)	Дневной транквилизатор. 50-100 мг/сутки внутрь за 1-3 приема, до 300 мг/сутки внутрь
Клоназепам ^{1,2,4} , (УД – А)	Индивидуальный подбор доз. 0,5 – 1 мг/сутки за 1-2 приема.
Алпразолам ^{**1,2,4} , (УД – А)	0,125 мг – 2 мг/сутки внутрь за 1-3 приема, до 4 мг/сутки. С 18 лет

*Препарат применять с осторожностью у больных с суицидальной настроенностью.

** Применение препарата после регистрации на территории РК.

¹ Противопоказан во время беременности

² Противопоказан в период лактации

³ Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴ Безопасность применения у детей не установлена.

Таблица 5 – Дополнительные медикаменты:

Препараты применяются как сопутствующая терапия при наличии в клинической картине коморбидных основным проявлениям заболевания состояний, а также наличия экстрапирамидных симптомов.

МНН	Терапевтический диапазон	Курс лечения
Тригексифенидил ^{1,2} (УД – В)	4-8 мг\сутки внутрь С 18 лет.	До исчезновения экстрапирамидных симптомов
Топирамат ^{1,2} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 50-150 мг/сутки внутрь за 1-3 приема Дети: старше 6 лет 25-100 мг/сут за 1-3 приема	До стабилизации эмоционального фона
Карбамазепин ^{2,3} (УД – В)	Индивидуальный подбор	

	доз. 200-600 мг/сутки внутри – за 1-3 приема Дети: младше 6 лет - 10-20мг на 1кг массы тела 2-3 раза в день. 6-12 лет – 100 мг/сутки 2 раза в день. Старше 12 лет - 100-400 мг/сутки - 2-3 раза в день.
Вальпроевая кислота ^{1,2} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 300-600 мг/сутки внутри за 1-3 приема Дети: более 17 кг - 30 мг/кг/сутки за 1-3 приема
Ламотриджин ^{1,2} (УД – В)	Индивидуальный подбор доз. 50-100 мг/сутки внутри С 18 лет.

¹ Противопоказан во время беременности

² Противопоказан в период лактации

³ Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴ Безопасность применения у детей не установлена.

Другие виды лечения: нет

Хирургическое лечение: нет

Профилактические мероприятия [8-10]:

Первичная профилактика – не проводится.

Вторичная профилактика - обоснованное назначение психофармакопрепаратов.

Третичная профилактика – комплаенс-терапия, психосоциальная реабилитация, реализация психообразовательных программ для членов семей пациентов

Дальнейшее ведение (после стационара) – формирование и укрепление комплаенса, поддерживающая психофармакотерапия.

Индикаторы эффективности лечения:

- Устранение поведенческих и эмоциональных нарушений.
- 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) **Жусупова Эльмира Темержановна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии НАО «Казахский национальный медицинский

университет им.С.Д. Асфендиярова»;

- 2) **Логачева Наталья Николаевна** – врач высшей категории, старший РГП на ПХВ «Республиканский научно–практический центр психического здоровья» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.
- 3) **Акшалова Анар Канабековна** – ассистент кафедры психиатрии и наркологии НАО «Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова»

7. Указание на отсутствие конфликта интересов:

Конфликт интересов отсутствует.

8. Рецензент:

9. **Указание условий пересмотра протокола:** Пересмотр протокола через 5 лет после его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

18. Список использованной литературы:

19. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
20. “Классификация болезней в психиатрии и наркологии”. Пособие для врачей. Под редакцией М.М. Милевского. М.: Издательство “Триада-Х”, 2009 - 184 стр.
21. Кодекс Республики Казахстан “О здоровье народа и системе здравоохранения” от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК.
22. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» от 29 сентября 2015 года № 761.
23. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-224/2020 “Об утверждении стандарта организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан”.
24. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи» от 8 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-238/2020.
25. Д.Н. Исаев, «Психопатология детского возраста», Учебник для вузов, Санкт-Петербург, «СпцЛит», 2001г. - 463 стр.
26. В.В. Ковалев, Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков, Москва, «Медицина», 1985г. – 288стр.

27. С.Н. Мосолов, “Клиническое применение современных антидепрессантов”, Медицинское информационное агенство, Санкт-Петербург, 1995г. - 568с.
28. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии.-4-е изд. – 2001.
29. Авруцкий Г.Я., Недува А.А Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
30. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г - 288 с.
31. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728 с.
32. Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
33. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.ТигановаТ 1-2 – Москва, «Медицина»,1999 .
34. Справочник по психиатрии/ Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва, «Медицина»,1985.
35. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
36. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:553–564
37. [Электронный ресурс] <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-016-0836-3>
38. [Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств)
39. [Электронный ресурс] www.knf.kz - Сайт Казахстанского Национального Лекарственного Формуляра
40. [Электронный ресурс] <https://www.vidal.ru/drugs/clozapinum>
41. [Электронный ресурс] <https://vkool.com/emotional-and-behavioral-disorders/>
42. [Электронный ресурс] <https://effectivehealthcare.ahrq.gov/products/disruptive-behavior-disorder/consumer>
43. [Электронный ресурс] <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/teen-depression/in-depth/antidepressants/art-20047502>
44. [Электронный ресурс] [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30034-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30034-1/fulltext)
45. [Электронный ресурс] <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/healthyliving/behavioural-disorders-in-children#treatment-of-behavioural-disorders-in-children>

1. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60:553–564