

# КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ (РАССТРОЙСТВАМИ ПРИЕМА ПИЩИ)

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

### 1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ - 10	
Код	Название
F50.0	Нервная анорексия
F50.1	Атипичная нервная анорексия
F50.2	Нервная булимия
F50.3	Атипичная нервная булимия
F50.4	Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами
F50.5	Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами

### 1.2 Дата разработки 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
МЗСР	Министерство здравоохранения и социального развития
МНН	Международное непатентованное название (генерическое название)
МРТ	Магнитно-резонансная томография
МСЭК	Медико-социальная экспертная комиссия
ОАК	Общий анализ крови
ОАМ	Общий анализ мочи
ПЭТ	Позитронно-эмиссионная томография
РЭГ	Реоэнцефалография
РК	Республика Казахстан
Р-р	Раствор
СИОЗС	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СПЭК	Судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЭПО	Экспериментально-психологическое обследование
ЭЭГ	Электроэнцефалограмма
ЭхоЭГ	Эхоэлектроэнцефалограмма
ПЦР	Полимеразная цепная реакция

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

**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.
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.
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:**

**Расстройства приема пищи** – психические расстройства (доминирующие сверхценные или бредоподобные установки снижения веса), проявляющиеся изменением режима питания [1,8].

Под нервной булимией (НБ) в настоящее время понимают повторяющиеся эпизоды переедания, сопровождающиеся так называемым компенсаторным поведением, направленным на предотвращение увеличения массы тела и выраженным недовольством своей фигурой с зависимостью самооценки от массы тела [31].

Термин «булимия», происходящий от греческих слов *bous*-бык и *limos*-голод, издавна использовался в медицинской литературе для обозначения непреодолимого, болезненно повышенного аппетита [31].

Анорексия – ослабление или отсутствие чувства голода или упорный отказ от приема пищи, сопровождающейся резким снижением массы тела и другими признаками голодания. Нервная анорексия (*anorexia nervosa*) -отказ от еды в связи со стремлением к похудению (преимущественно у девушек),обусловленный опасением ожирения; анорексия психическая (*anorexia psychica*) утрата чувства голода или отказ от приема пищи в связи с психическим состоянием (депрессия, бред отравления, кататонический ступор и т.п.) [24].

Нервная булимия - психосоматическое расстройство, проявляющееся в повторяющихся приступах переедания (гиперфагии) в связи с пароксизмально усиливающимся, становящимся непреодолимым аппетитом (ситомания), ослаблением или отсутствием чувства насыщения (акорией). Одновременно присутствует гипертрофированная озабоченность, страх перед ожирением, постоянный контроль веса тела [23].

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

F 50.0 Нервная анорексия (Исключаются: потеря аппетита, психогенная потеря аппетита).

F 50.1 Атипичная нервная анорексия.

F 50.2 Нервная булимия (Включаются: булимия БДУ; нервная гиперорексия, нервная кинорексия).

F 50.3 Атипичная нервная булимия (Включается: булимия нормального веса).

F 50.4 Переедание, связанное с другими психологическими расстройствами (Включается психогенное переедание. Исключается: ожирение, полифагия БДУ).

F 50.5 Рвота, связанная с другими психологическими расстройствами (Включается психогенная рвота. Исключается: тошнота и рвота БДУ (R11)).

## **2.МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ**

### **2.1Диагностические критерии [1,19]:**

#### **Для нервной анорексии - F 50.0**

*Клинические критерии:*

A. Нервная анорексия представляет собой расстройство, характеризующееся преднамеренным снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом

B. Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

C. вес тела сохраняется на уровне, по меньшей мере, на 15% ниже ожидаемого или индекс массы тела Кветелета составляет 17,5 или ниже 1.

1.больной сам стремится к снижению веса тела, избегая пищи или вызывая у себя рвоту, принимая слабительные средства, чрезмерно занимаясь гимнастикой, используя анорексигенные и/или диуретические средства

2. искаженный образ собственного тела, навязчивые сверхценные идеи «не допустить ожирения», перспектива которого вызывает ужас

3. общее эндокринное расстройство, включающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции; могут быть повышенными уровни гормона роста и кортизола, изменения периферического метаболизма тиреоидного гормона и аномалии секреции инсулина.

4. в препубертатном возрасте -задержка (прекращение) роста, задержка развития вторичных половых признаков.

5.при сочетании с депрессивной и/или фобической симптоматикой необходима двойная кодировка.

D. нередко случай диссимуляции

-потеря аппетита (R63.0)

-психогенная потеря аппетита (F50.8)

#### **Для атипичной нервной анорексии - F50.1**

*Клинические критерии:*

A. Используется в тех случаях, когда отсутствует один или более из ключевых признаков нервной анорексии (F50.0), но клиническая картина является достаточно типичной, или имеются все ключевые симптомы, но только в легкой форме

#### **Для нервной булимии - F50.2**

*Клинические критерии:*

A. Постоянная озабоченность едой и непреодолимая тяга к пище; больной периодически не может удержаться от переедания

B. Попытки противодействовать ожирению с помощью одного или более из следующих приемов:

1. Вызывание у себя рвоты

2. Злоупотребление слабительными средствами

3. Периодические голодания

4. Использование анорексигенных, тиреоидных препаратов или диуретиков.

C. Болезненный страх ожирения; больной устанавливает для себя четко определенный предел веса тела, который намного ниже нормального веса

D. Часто в анамнезе отмечаются предшествующие эпизоды нервной анорексии с ремиссией между двумя расстройствами от нескольких месяцев до нескольких лет

Е. Предшествующий эпизод может быть полностью выраженным или протекать в легкой скрытой форме с умеренным снижением веса и/или транзиторным периодом аменореи.

Ф. Может быть этапом нервной анорексии

### **Для атипичной нервной булимии - F50.3**

*Клинические критерии:*

А. Используется в тех случаях, когда отсутствует один или более из ключевых признаков нервной булимии (F50.2), но клиническая картина является достаточно типичной

В. Неполные синдромы с депрессивной симптоматикой (если депрессивные симптомы оправдывают отдельный диагноз депрессивного расстройства), следует устанавливать два отдельных диагноза.

### **Для переедания, связанного с другими психологическими расстройствами - F50.4**

Здесь кодируется переедание, которое приводит к тучности и является реакцией на дистресс, особенно у лиц, предрасположенных к полноте.

### **Для рвоты, связанной с другими психологическими расстройствами - F50.5**

Применяется как второй диагноз при диссипативных расстройствах (F44. -), ипохондрическом расстройстве (F45.2), где она может быть одним из соматических симптомов, и при беременности, когда в происхождении тошноты и рвоты могут принимать участие эмоциональные факторы.

#### **Жалобы и анамнез:**

**Жалобы:** отказ от еды, потеря веса, подавленность, нарушение сна.

**Анамнез:**

#### **При нервной анорексии:**

- Отмечается потеря веса, а у детей отсутствие прибавки в весе, что приводит к весу тела по меньшей мере на 15% ниже нормального или ожидаемого для данного возраста или роста.
- Потеря веса вызывается самими больными, что достигается избеганием "жирной пищи".
- Больные воспринимают самих себя как слишком толстых, имеется навязчивый страх располнеть, в результате чего больной считает для себя допустимым лишь очень низкий вес.
- Общее эндокринное расстройство, затрагивающее ось гипоталамус-гипофиз-половые железы и проявляющееся у женщин аменореей, а у мужчин потерей полового влечения и потенции (очевидным исключением является сохранение вагинальных кровотечений у аноректических женщин, находящихся на замещающей гормональной терапии, чаще всего принимаемой с контрацептивной целью).

#### **При нервной булимии:**

Имеют место периодически повторяющиеся эпизоды переедания (по меньшей мере дважды в неделю на протяжении трехмесячного периода), при которых потребляется большое количество пищи за короткий период времени.

Отмечаются постоянная озабоченность приемом пищи сильное желание или навязчивое стремление есть.

Больные воспринимают себя как слишком толстых, имеется навязчивый страх располнеть (что обычно приводит к пониженному весу).

Больной пытается противодействовать эффекту ожирения от приема пищи с помощью одного из следующих приемов:

- вызывание у себя рвоты;
- самостоятельный прием слабительных средств;
- альтернирующие периоды голодания;
- использование лекарственных средств, в частности подавляющих аппетит, тиреоидных

препаратов или диуретиков; если булимия развивается у больных диабетом, они могут пренебрегать инсулиновой терапией.

#### **Физикальное обследование:**

- определение индекса массы тела;
- выявление клинических признаков гормонального дисбаланса.

**Лабораторное обследование:** патологические изменения клеточного и биохимического (особенно электролитного) состава крови (в зависимости от тяжести состояния) - ОАМ, ОАК, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, билирубин прямой и непрямой, уровень глюкозы в крови, ЭКГ).

**Инструментальное обследование** по показаниям обследование внутренних органов при признаках дистрофии.

#### **Консультации специалистов по показаниям:**

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

### **2.2. Диагностический алгоритм:**

- Осмотр, консультация врача-психиатра всем детям и подросткам, имеющим;
- Полный анамнез. Уточнить жалобы, характерные для НА;
- Оценить имеющуюся симптоматику всем пациентам с подозрением на наличие НА для выявления сопутствующих психических расстройств;
- Направление на ЭПО; Психологическое консультирование, в том числе членов семьи;
- Физикальный осмотр (в том числе дисморфология, параметры физического развития, определение индекса массы тела);
- Направление на педиатрическое обследование для оценки наличия сопутствующих соматических расстройств. По показаниям направить на прием узких специалистов;
- Лабораторные исследования по рекомендации узких специалистов по показаниям, а также при госпитализации и мониторинга при проведении психофармакотерапии;
- Оценить имеющуюся симптоматику всем пациентам с подозрением на наличие НА для выявления сопутствующих психических расстройств;
- Выявление клинических признаков гормонального дисбаланса.

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

Таблица 2 – Дифференциальная диагностика

<b>Параметры</b>	<b>Расстройства питания</b>	<b>Шизофрения</b>	<b>Новообразование в головном мозгу</b>
Клиническая картина	Идеи похудения сверхценные. Нет прогредиентнос типсихических расстройств	Развитие идей похудения развивается по законам бредообразования, нарастание негативной симптоматики	Несоответствие интенсивности идей похудения снижению веса

Инструментальное обследование	Неинформативно	Наличие органических изменений головного мозга
-------------------------------	----------------	--

При дифференциации НБ и НА с перееданием/очищением обычно отмечают также отличия характерологических особенностей больных этими формами РПП. Лицам, страдающим НБ, не присущ свойственный НА перфекционизм, их личность характеризуется истерическими радикалами, выраженной эмоциональной лабильностью с перепадами настроения, склонностью действовать импульсивно, недостаточностью самоконтроля, низкой толерантностью к фрустрации. У больных с НБ часто отмечают тенденции к патологии влечений [31].

Течение НБ, как правило, более благоприятное, чем при НА, однако возможны хронификация, частые рецидивы. Явления НБ могут наблюдаться как в рамках психогенно/саматогенно спровоцированной динамики РЛ, так и при аффективных заболеваниях, шизофрении и РШС, протекающих с выраженными психопатподобными изменениями[33].

### 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 [4-7,9, 12-18]:

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

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

Отдельную подгруппу составляют нейролептики пролонгированного действия, предназначенные для поддержания медикаментозной ремиссии в амбулаторных условиях

(палиперидон, рисперидон конста, галоперидол-деканоат, флуфеназин).

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

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

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

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

**Таблица 3 – Основные медикаменты:**

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

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

**Таблица 4 – Дополнительные медикаменты:**

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

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

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

Антидепрессант	Миртазапин	15-30мг\сутки внутрь	А
Антидепрессант	Флуоксетин	20-60мг\сутки внутрь	А
Нейролептик	Хлорпротиксен	15-150 мг\сутки внутрь	В
Нейролептик	Тиоридазин	50-150 мг\сутки внутрь	В
Нормотимик	Топирамат	50-150мг\сутки внутрь	В
Нормотимик	Карбамазепин	200-600мг\сутки внутрь	В
Нормотимик	Вальпроевая кислота	300-600мг\сутки внутрь	В
Нормотимик	Ламотриджин	50-100мг\сутки внутрь	А
Транквилизатор	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.
- Нормализация режима питания.
- Четкая тенденция к нормализации индекса массы тела.
- Настроенность больного и/или его семьи на продолжение лечения на амбулаторном этапе.
- Отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств.

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

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

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

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

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

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

## 5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ

### 5.1 Ведение пациента на стационарном уровне:

- ✓ Плановая либо экстренная госпитализация по показаниям;
- ✓ Клинико-психопатологическое обследование врачом-психиатром;
- ✓ Наблюдение среднего медицинского персонала за поведением пациента;
- ✓ Проведение экспериментально-психологического обследования;
- ✓ Проведение лабораторного/инструментального обследования;
- ✓ Консультация специалистов по показаниям, исключение сопутствующих сомато-неврологических расстройств;



- ✓ Выявление коморбидной симптоматики;
- ✓ Обоснование окончательного диагноза;
- ✓ Проведение медикаментозной терапии коморбидной симптоматики;
- ✓ Проведение медикаментозной терапии сопутствующих сомато-неврологических расстройств;
- ✓ Проведение немедикаментозной терапии;
- ✓ Достижение существенной редукции коморбидной симптоматики(продуктивной) на момент выписки из стационара;
- ✓ Достижение повышения уровня социального функционирования на момент выписки из стационара;
- ✓ Оформление выписного эпикриза с подробными рекомендациями дальнейшего ведения пациента;
- ✓ Выписка из стационара на дальнейшее наблюдение в амбулаторных условиях, либо перевод в невенной стационар.

**Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые в стационаре:**

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

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

- ЭЭГ – при эпилептических и эпилептиформных пароксизмах

**5.2 Немедикаментозное лечение:**

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

- Общий режим наблюдения – круглосуточное наблюдение без ограничения передвижения в отделении.
- Режим частичной госпитализации – возможность нахождения в отделении в дневное или ночное время с учетом необходимости его адаптации во вне больничных условиях.
- Режим лечебных отпусков – возможность нахождения, по решению ВКК вне отделения от нескольких часов до нескольких суток, с целью постепенной адаптации к внебольничным условиям, решения бытовых и социальных вопросов, а также оценки достигнутого лечебного эффекта.
- Усиленный режим наблюдения – круглосуточное наблюдение и ограничение передвижения за пределами отделения.
- Строгий режим наблюдения–круглосуточное непрерывное наблюдение, постоянное сопровождение медицинским персоналом в отделении и за его пределами.

**5.3 Таблица 3–Основные медикаменты:**

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

Фармако-терапевтическая группа	МНН	Способ применения	Уровень доказательности
Нейролептик	Оланзапин	5-10мг\сутки внутрь	А

Нейролептик	Кветиапин	200-600мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Палиперидон	3-12 мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Амисульприд	200-600мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Рисперидон	1-6мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Клозапин	25-150мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Галоперидол	5-15мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Трифлуоперазин	2,5-20мг\сутки внутрь	A
Нейролептик	Левомепромазин	25-100мг\сутки внутрь	B
Нейролептик	Галоперидол– деcanoат	50-100мг\в 4недели в\м	A
Нейролептик	Рисперидон	25-50мг\в 2недели в\м	A
Нейролептик	Флуфеназин	25-50 мг\в4 недели в\м	A

#### Таблица 4 – Дополнительные медикаменты:

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

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

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

#### 5.4 Хирургическое вмешательство – нет.

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

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

Первичная профилактика – психологическая коррекция.

Вторичная профилактика – обоснованное назначение психофармакопрепаратов.

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

#### 6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

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

- 1) Павленко В.П. – доктор медицинских наук, доцент, ответственный по курсу психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 2) Хамитова Ж.М.– и.о.доцент курса психиатрии и наркологии НАО «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова».
- 3) Есимов Н.Б. – заведующий мужским 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 «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет 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.Указания условий 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 о здоровье народа и системе здравоохранения Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК.
3. Приказ и.о. Министра Здравоохранения РК №15 от 06.01.2011 «Об утверждении положения о деятельности психиатрических организаций в РК». – утратил силу – Стандарт организации оказания медико-социальной помощи в области психического здоровья населению Республики Казахстан. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № КР ДСМ-224/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 2 декабря 2020 года №21712
4. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. –2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
5. Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии.-4-е изд. – 2001.
6. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 с.
7. Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728 с.
8. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
9. Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.Тиганова Т. 1-2 – Москва «Медицина»,1999.
10. Справочник по психиатрии/Под редакцией А.В.Снежневского.–Москва «Медицина»,1985.
11. Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи».
12. Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой- Москва, 2009.- 993с.
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва.-2009.-896с.
14. Руководство по биологической терапии шизофрении Всемирной федерации обществ биологической психиатрии (WFSBP) А.Хасан, П.Фалкай, Т.Воброк, Д.Либерман, Б.Глентой, В.Ф.Гатгаз, Х.Ю.Меллер, С.Н.Мосолов и др.\ [Электронный ресурс] [http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr\\_2014-02\\_sch.pdf](http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf).
15. [Электронный ресурс][www.fda.gov](http://www.fda.gov) (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и

- лекарственным препаратам США).
16. [Электронный ресурс] [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu) (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств).
  17. American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
  18. Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. ArchGenPsychiatry 2003; 60:P.553–564.
  19. «Классификация болезней в психиатрии и наркологии». Пособие для врачей (Класс V МКБ-10) / Под ред. М.М.Милевского - М.: Издательство «Триада-Х». - 2009. – 184 стр.
  20. Н.Н.Иванец., Ю.Г.Тюльпин., М.А.Кинкулькина Психиатрия и медицинская психология Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»2019.с.343-345.
  21. И.И.Сергеев., Н.Д.Лакосина., О.Ф.Ланкова., Психиатрия и наркология Москва «МЕДпресс-информ»,2009.с. 580.
  22. Г.И. Каплан, Б. Дж. Сэдок «Клиническая психиатрия». В 2 т. Т.2. Перевод с англ. – М.: Медицина, -528с.
  23. Психиатрия. Национальное руководство, 2-е издание. Александровский Ю.А., Незнанов Н.Г. -2018г. с.1892.
  24. Психиатрия. Научно практически справочник /Под ред. академика РАН А.С. Тиганова.- М.:ООО « Издательство«Медицинское информационное агентство»,2016.-608с. 40.с.
  25. Chatoor I, Ganiban J, Hirch R, Borman-Spurrel E. Mrazek D. Maternal Characteristics and Toddler Temperament in Infantile Anorexia. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2000; 39(6): p.743-751
  26. David Gill - Hughes' Outline of Modern Psychiatry (2007, John Wiley & Sons) – libgen.lc pdf. 21p.1-217p.
  27. Psychiatry Prof Allan Tasman, Jerald Kay, Jeffrey A. Lieberman, Michael B. First, Mario Maj, Publisher: John Willey & Sons, 2008, 1609p-1624p.
  28. Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook, Melvin Lewis. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, 2002, P1345. 592p-602p.
  29. Christopher Gilberg, Richard Harrington, Hans-Christoph Steinhausen (2006). A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Cambridge University Press, p.272-304.
  30. Anorexia Nervosa A Guide to Recovery. Publisher: Lindsey Hall & Monika Ostroff (1999).p.17-64.
  31. «Детская и подростковая психиатрия. Клинические лекции для профессионалов». 2-е издание. Под редакцией профессора Ю.С.Шевченко. Медицинское информационное агентство. 2017г.-с.1124.стр 619
  32. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июля 2020 года №КР ДСМ-90/2020. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 июля 2020 года № 21023 'Об утверждении списка лекарственных средств, медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у Единого дистрибьютора на 2021 год.
  33. «Психосоматические расстройства. Руководство для практических врачей». Под редакцией академика РАН Р.Б.Смулевича Москва:«МЕДпресс-информ».2019г. – с.490. стр133