

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «5» октября 2017 года
Протокол №29

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ С ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
F25.1	Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип
F25.2	Шизоаффективное расстройство, смешанный тип
F31.5	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии с психотическими симптомами
F31.6	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод смешанного характера
F32.3	Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами
F33.3	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год (пересмотр 2017 г.).

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ВВК	военно-врачебная комиссия
в/м	внутримышечно
в/в	внутривенно
ЛС	лекарственные средства
МЗ	Министерство здравоохранения
МСЭК	медико-социальная экспертная комиссия
РК	Республика Казахстан
СИОЗС	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СПЭК	судебно-психиатрическая экспертная комиссия
ЭКГ	электрокардиограмма
ЭПО	экспериментально-психологическое обследование
ЭЭГ	электроэнцефалограмма
ЯМРТ	ядерно-магнитная резонансная томография

1.4 Пользователи протокола: врачи психиатры-наркологи, психотерапевты.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети, беременные.

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 (++) когортное 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 клиническая практика.

1.7 Определение: Депрессии с психотическими симптомами – состояния патологически сниженного настроения, сочетающегося с психотическими симптомами (бред, галлюцинации и т.п.) [1,8].

1.8 Классификация: нет.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ

Диагностические критерии:

Жалобы:

- сниженное настроение, тоска;
- идеи самообвинения, самоуничижения;
- агрессия, самоагрессия.

Анамнез:

- сниженное настроение и иные жалобы отмечаются в течение не менее 2-х недель.

Клинические признаки:

Общие критерии депрессии:

- депрессивное настроение до уровня, определяемого, как явно ненормальное для пациента, представленное почти ежедневно и захватывающее большую часть дня, которое в основном не зависит от ситуации и имеет продолжительность не менее двух недель;
- отчетливое снижение интереса или удовольствия от деятельности, которая обычно приятна для больного;
- снижение энергии и повышения утомляемости.

Не менее 5 симптомы из нижеследующих:

- снижение уверенности и самооценки;
- беспричинное чувство самоосуждения или чрезмерное и неадекватное чувство вины;
- повторяющиеся мысли о смерти/суициде/суицидальное поведение;
- проявления и жалобы на уменьшение способности обдумывать/концентрироваться, такие как нерешительность/колебания;
- нарушение психомоторной активности с ажитацией/заторможенностью (субъективно/объективно);
- нарушение сна любого типа;
- изменение аппетита (повышение/понижение) с соответствующим изменением веса тела.

Должно присутствовать любое из следующих:

- бред/галлюцинации, кроме перечисленных в качестве типично шизофренических (т.е. бреда иного, нежели полностью невероятного по содержанию/культурально неадекватного и галлюцинаций, которые обсуждают больного в третьем лице/ведут текущий комментарий);
- наиболее частые примеры включают депрессивный бред, бред вины, отнесения к себе, бред ипохондрического, нигилистического или персекуторного содержания;
- депрессивный ступор.

Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (F00-F09).

физикальное обследование: нет.

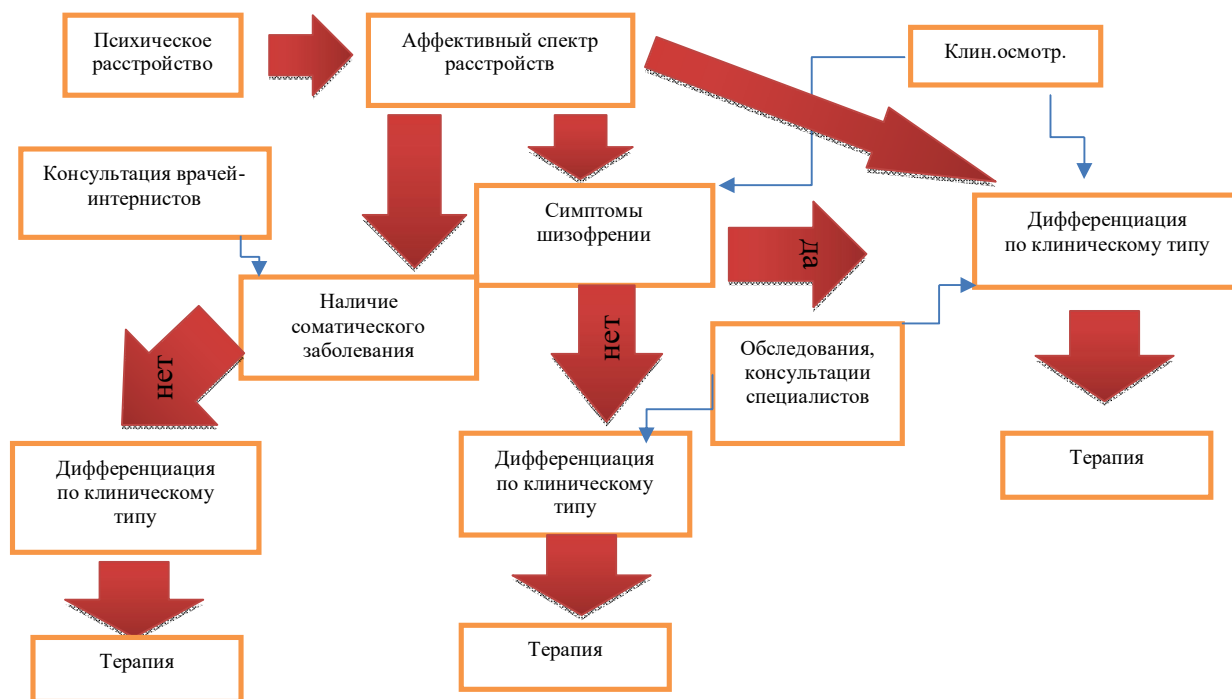
лабораторные исследования: нет.

инструментальные исследования: нет.

показания для консультации специалистов:

- 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.

2.1 Диагностический алгоритм:



2.2 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований [8-10]:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Шизофрения	Сочетание критериев депрессии и клинических критериев шизофрении и шизоаффективного расстройства.	<ul style="list-style-type: none"> клинический осмотр; ЭПО. 	наличие симптомов шизофренического процесса
Органическое расстройство настроения	Нередко количественные нарушения сознания, вероятны очаговые или рассеянные неврологические симптомы отсутствие идеаторных автоматизмов, псевдогаллюцинаций	<ul style="list-style-type: none"> клинический осмотр, ЭПО, компьютерная томография/ЯМРТ (при необходимости) ЭЭГ. 	наличие органических изменений головного мозга

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [3-29]:

Для лечения депрессии с психотическими симптомами рекомендуются препараты из группы антидепрессантов и нейролептиков. Антидепрессанты помогают справиться с основными симптомами депрессии. С целью, устранения психотических симптомов рекомендуются препараты из группы нейролептиков. Выбор препарата, дозы определяется в зависимости от выраженности симптомов. 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.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- комплаенс терапия, различные виды психотерапии, трудотерапия.

3.2 Медикаментозное лечение

Антидепрессанты – предназначены для купирования 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. Нормотимические препараты – предназначены для стабилизации настроения, медикаментозного контроля нарушений биологических ритмов (карбамазепин, вальпроевая кислота, ламотриджин, топирамат). Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, зопиклон); Нейролептические препараты – предназначены для купирования психопатологических нарушений (оланзапин, кветиапин, рисперидон, палиперидон, амисульприд, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин, сульпирид). Отдельную подгруппу составляют нейролептики пролонгированного действия, предназначенные для медикаментозного контроля психического состояния в амбулаторных условиях (палиперидон, рисперидон, галоперидол, флуфеназин).

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

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
антидепрессант	Дулоксетин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 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.	С
антидепрессант	Агомелатин ^{*2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50мг\сутки внутрь x 1 р. вечером С 18 лет	С
антидепрессант	Венлафаксин ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 37,5-150 мг\сутки внутрь	С

		х 1 раз, при дозе 150 мг\сутки в 2 приема. С 18 лет.	
антидепрессант	Амитриптилин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 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 75 мг/сут. – 1 -4 раза в сутки	С
антидепрессант	Сертралин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 50-100мг\сутки внутрь за 1-3 приема С 18 лет	С
антидепрессант	Флувоксамин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 50-100 мг\сутки внутрь на ночь Дети: с 8 лет – 25-50 мг\сутки	С
антидепрессант	Миртазапин ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 15-30 мг\сутки внутрь С 18 лет.	С
антидепрессант	Флуоксетин ^{1,2,4} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 20-60 мг\сутки внутрь 1-3 раза С 18 лет	С
антидепрессант	Тразодон ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 150-300 мг\сутки, внутрь в 3 приема, основную часть суточной дозы рекомендуется принимать перед сном. С осторожностью до 18 лет.	С
нейролептик	Сульпирид ^{2,3} , таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 50-400 мг\сутки внутрь до 16:00 часов в 1-3 приема. При беременности и в период лактации применять с осторожностью. Дети: капсулы с 6 лет -доза 5 мг/кг/сутки Таблетки с 18 лет.	С
нормотимик	Топирамат ^{1,2} , таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз.	С

		50-150 мг\сутки внутрь за 1-3 приема Дети: старше 6 лет 25-100 мг\сут за 1-3 приема	
нормотимик	Карбамазепин^{2,3} , таблетки	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.	С
нормотимик	Вальпроевая кислота^{1,2}	Индивидуальный подбор доз. 300-600 мг\сутки внутрь за 1-3 приема Дети: более 17 кг - 30 мг/кг/сутки за 1-3 приема	С
нормотимик	Ламотриджин^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 50-100 мг\сутки внутрь С 18 лет.	С
Транквилизатор	Диазепам^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 2,5-10 мг\сутки внутрь за 1-3 раза в день. Длительность курса не более 7-10 дней. с 18 лет.	С

*Препарат применять с осторожностью у больных с суицидальной настроенностью!

¹Противопоказан во время беременности

²Противопоказан в период лактации

³Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴Безопасность применения у детей не установлена.

- Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
нейролептик	Оланзапин^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 5-10 мг\сутки внутрь. С 18 лет	С
нейролептик	Кветиапин^{2,3,4} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг\сутки внутрь за 1 прием. С 18 лет.	С
нейролептик	Палиперидон^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 3-6 мг \сутки внутрь за 1 прием	С

		Дети: с 15 лет 3-6 мг\сутки внутри за один прием	
нейролептик	Амисульприд^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз.. 50-600мг\сутки внутри в 1-3 приема Дети: с 15 лет 50-300 мг/сут в 1-3 приема	С
нейролептик	Рisperидон^{2,3} , таблетки, раствор для приема внутри	Индивидуальный подбор доз. 0,5-6 мг \сутки внутри Дети: с 5 лет. Масса тела менее 50 кг – 0,25-0,75 мг\сутки; Более 50 кг – 0,25-2 мг\сутки	С
нейролептик	Клозапин^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-200 мг\сутки внутри 2 – 3 раза в день. Разовая — 50 – 200 мг\сутки, начальная — 150 – 300 мг\сутки, Дети: 6 – 8 лет — 15 – 30 мг\сутки; 8 – 15 лет — 30 – 60 мг\сутки, 2 – 3 раза в день,	С
нейролептик	Сульпирид , таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 200-400мг\сутки внутри в 2-3 приема. Дети: старше 6 лет 5 мг/кг/сутки. <i>С осторожностью применять у беременных и в период лактации</i>	С
нейролептик	Галоперидол^{1,2} , таблетки, ампулы	Индивидуальный подбор доз. 0,5-15 мг\сутки внутри в 1-3 приема, более 40 мг\сутки в редких случаях (короткое время). Дети: с 3-х лет 25-75 мкг/кг/сут в 2-3 приема.	С
нейролептик	Галоперидол – деканоат^{1,2} , раствор для в/м введения масляный	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг в\м 1-2 раза в месяц в\м <u>Пожилым</u> может быть достаточно 12,5 – 25 мг 1 раз в\м в месяц, по состоянию.	С
нейролептик	Рisperидон^{2,3} , порошок для приготовления суспензии продолжительного действия для внутримышечного введения в комплекте с	Индивидуальный подбор доз. 25мг или 37,5 мг в\м 1 раз в 2-4 недели. С 18 лет	С

	растворителем (2 мл в шприце)		
нейролептик	Флуфеназин ^{1,2} , раствор для инъекций	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг\ 1 раз в\м в 2-4 недели. Дети: с 12 лет – начальная доза 6.25 мг - 18.75 мг. Однократная доза не должна превышать 25 мг.	С
нейролептик	Палиперидона пальмитат ^{1,2,4} , суспензия для внутримышечного введения, пролонгированного действия	Индивидуальный подбор доз. 50-150мг/4 недели в\м С 18 лет.	С
центральный холинолитик	Тригексифенидил ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 4-8мг\сутки внутрь Кратность приема - 3-6 раз/сутки.	С
анксиолитик	Диазепам ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 2,5-10 мг\сутки внутрь за 1-3 раза в день. В отдельных случаях максимальная разовая доза - 20 мг. Максимальная суточная доза составляет 20 мг\сутки. с 18 лет. Длительность курса не более 7-14 дней.	С

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.

Хирургическое вмешательство: нет

Дальнейшее ведение:

- формирование и укрепление комплаенса.

Индикаторы эффективности лечения:

- общий балл по шкале депрессии Гамильтона не более 12;
- непсихотический уровень психопатологических расстройств;
- отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств;
- приверженность больного к терапии.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

Добровольная (плановая) госпитализация:

- психопатологические расстройства психотического уровня с десоциализирующими 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, приотсутствии 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.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- психопатологические расстройства психотического уровня с десоциализирующими проявлениями, проявления которых не купируются в амбулаторных условиях.

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

Для лечения депрессии с психотическими симптомами рекомендуются препараты из группы антидепрессантов и нейролептиков. Антидепрессанты помогают справиться с основными симптомами депрессии. С целью, устранения психотических симптомов рекомендуются препараты из группы нейролептиков. Выбор препарата, дозы определяется в зависимости от выраженности симптомов.

В случае добровольной госпитализации:

Тактическая цель – скорейшее купирование психотических проявлений и перевод пациента на амбулаторный этап.

5.1 немедикаментозное лечение:

Комплексная 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.

5.2 Медикаментозное лечение: смотрите подпункт 3.2

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
антидепрессант	Дулоксетин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 60 мг\сутки внутрь Начальная доза составляет 60 мг 1 раз/сут. Максимальная доза: 120 мг/сут в 2 приема. С выраженными нарушениями функции почек (КК<30 мл/мин) и печени: начальная доза должна составлять 30 мг 1 раз/сут. С 18 лет.	С
антидепрессант	Агомелатин ^{*2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50мг\сутки внутрь x 1 раз вечером С 18 лет.	С
антидепрессант	Венлафаксин ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 37,5-150 мг\сутки внутрь x 1 раз, при дозе 150 мг\сутки и выше в 2 приема. Максимальная доза - 375 мг/сутки	С
антидепрессант	Амитриптилин ^{2,3} , таблетки, ампулы	Индивидуальный подбор доз. 25-150 мг\сутки внутрь, 1-4 в сутки (большая часть дозы на ночь), максимальная доза – 300 мг/сутки, в исключительных случаях до 400 мг\сутки в\м – 10-30 мг\сут 1-4 раза в сутки, максимальная доза – 150 мг\сутки Дети: от 6 до 12 лет - 10-30 мг/сутки или 1-5 мг/кг/сутки дробно, в подростковом возрасте - до 100 мг/сут. – 1 -4 раза в сутки	С
антидепрессант	Сертралин ^{2,3} , таблетки	50-100мг\сутки внутрь – 1-2 раза в сутки, максимальная суточная доза 200 мг\сут С 18 лет.	С
антидепрессант	Флувоксамин ^{2,3} , таблетки	50-100 мг\сутки внутрь (рекомендуется принимать на ночь), может быть увеличена до 150-200 мг\сут. Максимальная суточная доза - 300 мг. Если доза более 100 мг\сутки, то в 2-3 приема в сутки. Дети: с 8 лет - 25 - 50 мг/сутки на 1 прием. Максимальная суточная доза составляет 200 мг\сутки, более 100 мг/сутки в 2-3 приема	С
антидепрессант	Миртазапин ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 15-45 мг\сутки внутрь,	С

		преимущественно 1 раз на ночь. С 18 лет	
антидепрессант	Флуоксетин ^{1,2,4} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 20-60 мг\сутки внутрь Частота приема - 1-3 раза/сутки. Максимальная суточная доза 80 мг\сутки	С
антидепрессант	Тразадон ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 150-300 мг\сутки, максимальная 600 мг\сутки внутрь в 3 приема, основную часть суточной дозы рекомендуется принимать перед сном.	С
нейролептик	Сульпирид ^{2,3} , таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 50-400 мг\сутки внутрь до 16:00 часов в 1-3 приема. При беременности и в период лактации применять с осторожностью. Дети: применяют в суточной дозе 5 мг/кг.	С
нормотимик	Топирамат ^{1,2} , таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 50-150 мг\сутки внутрь за 1-3 приема Дети: старше 6 лет 25-100 мг\сут за 1-3 приема	С
нормотимик	Карбамазепин ³ , таблетки	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. Максимальная доза 400мг\сутки. 6-12 лет – 100 мг\сутки 2 раза в день. Старше 12 лет - 100-400 мг\сутки - 2-3 раза в день.	С
нормотимик	Вальпроевая кислота ^{1,2}	Индивидуальный подбор доз. 300-600 мг\сутки внутрь за 1-3 приема Дети: более 17 кг - 30 мг/кг/сутки за 1-3 приема	С
нормотимик	Ламотриджин ^{2,3}	Индивидуальный подбор доз. 50-200 мг\сутки внутрь Дети: 12 лет — 25 – 200 мг в сутки в 2 приема; детям 2 – 12 лет — 2 – 15 мг/кг в сутки в 2 приема	С

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

* Осторожно назначать при суицидальной активности – риск суицида!

¹Противопоказан во время беременности

²Противопоказан в период лактации

³Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴Безопасность применения у детей не установлена.

- Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения).

Лекарственная группа	Международное непатентованное	Способ применения	Уровень доказательности
----------------------	-------------------------------	-------------------	-------------------------

	наименование ЛС		
нейролептик	Оланзапин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 5-10 мг\сутки внутрь. С 18 лет	С
нейролептик	Кветиапин ^{2,3,4} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг/сутки внутрь за 1 прием. С 18 лет.	С
нейролептик	Палиперидон ^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 3-6 мг \сутки внутрь за 1 прием Дети: с 15 лет 3-6 мг\сутки внутри за один прием	С
нейролептик	Амисульприд ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз.. 50-600мг\сутки внутрь в 1-3 приема Дети: с 15 лет 50-300 мг/сут в 1-3 приема	С
нейролептик	Рisperидон ^{2,3} , таблетки, раствор для приема внутрь	Индивидуальный подбор доз. 0,5-6 мг \сутки внутрь Максимальная доза 10 мг\сут. Дети: с 5 лет. Масса тела менее 50 кг – 0,25-0,75 мг\сутки; Более 50 кг – 0,25-2 мг\сутки	С
нейролептик	Клозапин ^{2,3} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-200 мг\сутки внутрь 2 – 3 раза в день. Разовая — 50 – 200 мг\сутки, начальная — 150 – 300 мг\сутки, максимальная доза 600 мг\сутки. Дети: 6 – 8 лет — 15 – 30 мг\сутки; 8 – 15 лет — 30 – 60 мг\сутки, 2 – 3 раза в день, максимальная доза — 100 мг\сутки.	С
нейролептик	Сульпирид ^{2,3} , таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 200-600мг\сутки внутри в 2-3 приема. Дети: старше 6 лет 5 мг/кг/сутки. <i>С осторожностью</i>	С

		<i>применять у беременных и в период лактации</i>	
нейролептик	Галоперидол^{1,2} , таблетки, ампулы	Индивидуальный подбор доз. 0,5-15 мг\сутки внутрь в 1-3 приема, более 40 мг\сутки в редких случаях (короткое время). <i>Максимальные дозы:</i> при приеме внутрь для взрослых - 100 мг/сутки; в/м - 100 мг/сутки Дети: с 3-х лет 25-75 мкг/кг/сут в 2-3 приема.	С
нейролептик	Арипипразол^{2,3} , таблетки, таблетки диспергируемые в полости рта только при F 31.6	Индивидуальный подбор доз. До 10-15мг\сутки внутрь х 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 30 мг\сутки Дети: старше 15 лет – 10-15 мг/сут х 1 раз внутрь.	С
центральный холинолитик	Тригексифенидил^{1,2} , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 4-8мг\сутки внутрь Кратность приема - 3-5 раз/сутки.	С
нейролептик	Галоперидол – деканоат^{1,2} , раствор для в/м введения масляный	Индивидуальный подбор доз. 25-75 мг в\м 1-2 раза в месяц в\м <u>Пожилым</u> может быть достаточно 12,5 – 25 мг 1 раз в\м в месяц, по состоянию.	С
нейролептик	Рisperидон^{2,3} , порошок для приготовления суспензии пролонгированного действия для внутримышечного введения в комплексе с растворителем (2 мл в шприце)	Индивидуальный подбор доз. 25мг или 37,5 мг в\м 1 раз в 2-4 недели. С 18 лет	А
нейролептик	Арипипразол^{2,3} , таблетки, таблетки диспергируемые в полости рта	Индивидуальный подбор доз. До 10-15мг\сутки внутрь х 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 30 мг\сутки Дети: старше 15 лет – 10-15 мг/сут х 1 раз внутрь.	С
нейролептик	Флуфеназин^{1,2} ,	Индивидуальный подбор	С

	раствор для инъекций	доз. 25-50 мг\ 1 раз в\м в 2-4 недели. Максимальная однократная доза не более 100 мг. Дети: с 12 лет – начальная доза 6.25 мг - 18.75 мг. Однократная доза не должна превышать 25 мг.	
нейролептик	Палиперидона пальмитат ^{1,2,4} , суспензия для внутримышечного введения, пролонгированного действия	Индивидуальный подбор доз. 50-150мг/4 недели в\м С 18 лет.	С
анксиолитик	Диазепам ^{2,3} , таблетки, ампулы	Индивидуальный подбор доз. 2,5-10 мг\сутки внутрь за 1-3 раза в день. В отдельных случаях максимальная разовая доза - 20 мг. Максимальная суточная доза составляет 60 мг\сутки. Дети: от 3 до 5 лет - 0,2-0,5 мг/кг, при необходимости повторяют введение через 10-15 мин; старше 5 лет: 0,2 мл/кг - 1 мг/кг в\м, при необходимости повторяют через 5-15 мин. Высшая разовая доза для введения детям от 3 до 5 лет не должна превышать 5 мг диазепама, старше 5 лет –10 мг диазепама. Таблетки, внутрь от 6 лет и старше назначают по 2,5-5 мг. Суточная доза составляет 5-10 мг\сутки. Длительность курса не более 7-14 дней	С

* Осторожно назначать при суицидальной активности – риск суицида!

¹Противопоказан во время беременности

²Противопоказан в период лактации

³Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

⁴Безопасность применения у детей не установлена.

5.3 Хирургическое вмешательство: нет.

5.4 Дальнейшее ведение:

- формирование и укрепление комплаенса.

6. Индикаторы эффективности лечения:

- общий балл по шкале депрессии Гамильтона не более 12;
- непсихотический уровень психопатологических расстройств;
- отсутствие негативной реакции на необходимость приема психотропных средств;
- приверженность больного к терапии.

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

7.1 Список разработчиков протокола:

- 1) Алтынбеков Куаныш Сагатович – кандидат медицинских наук, заместитель генерального директора по клинической и научной работе РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК;
- 2) Жусупова Эльмира Темержановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»;
- 3) Логачева Наталья Николаевна – старший врач РГП на ПХВ «Республиканский научно – практический центр психического здоровья» МЗ РК;
- 4) Смагулова Газиза Ажмагиевна – кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней и клинической фармакологии РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М. Оспанова» – клинический фармаколог.

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

7.3 Рецензент:

- 1) Каражанова Анара Серикказиевна – доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии АО «Медицинский университет Астана».

7.4 Указание условий пересмотра протокола: через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

- 1) Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
- 2) Приказ МЗ РК № 96 от 08.02.2016 «Об утверждении Стандарта оказания психиатрической помощи в Республике Казахстан»
- 3) Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. – 2 издание, переработанное и дополненное. – Москва «Медицина», 1988.
- 4) Арана Дж., Розенбаум Дж. Руководство по психофармакотерапии.-4-е изд. - 2001
- 5) Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М. «Восток» 1996г- 288 стр
- 6) Яничак и соавт Принципы и практика психофармакотерапии. Киев.-1999.-728 стр

- 7) Блейхер В.М., Крук И.В.. Толковый словарь психиатрических терминов. – Воронеж НПО «МОДЭК», 1995.
- 8) Руководство по психиатрии/Под редакцией А.С.ТигановаТ 1-2 – Москва «Медицина»,1999
- 9) Справочник по психиатрии/Под редакцией А.В.Снежневского. – Москва «Медицина»,1985.
- 10) Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010 года №986 «Об утверждении Правил оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи»
- 11) Национальное руководство по психиатрии/под ред.Т.Б. Дмитриевой - Москва, 2009.- 993 с
- 12) Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск 10/ под ред.Чучалина А.Г., Белоусова Ю.Б., Яснецова В.В.-Москва. - 2009.-896 с
- 13) 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
- 14) \[Электронный ресурс] www.fda.gov (официальный сайтУправления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США)
- 15) \[Электронный ресурс] www.ema.europa.eu (официальный сайт Европейского агентства лекарственных средств)
- 16) American psychiatric association. Practice guideline for the treatment of Patients With Schizophrenia (Second Edition).-2004 (Copyright 2010).-184p.
- 17) Davis JM, Chen N, Glick I.D: A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. ArchGenPsychiatry 2003; 60:553–564
- 18) Ли Ю.С., Чунг С., Ли Й.-Н, Квон Ю.С., Ким Д.Х., Ким Ч.Е., Ён К.С. О, Я.-В., Ли М.-С., Лим М.Х., Чанг Х.-Р., Ким Ч.Ё.. Эффективность и переносимость арипипразола: 26-недельное исследование перевода с терапии пероральными антипсихотиками.//Социальная и клиническая психиатрия 2014, т. 24, № 1. С . 49-52.
- 19) Мосолов СН и соавт., Социальная и клиническая психиатрия, т20, №3, 2010
- 20) Флейшхакер В.В., МакКвейд Р.Д., МаркусР Н., Арчибалд Д., Сванинк Р., Карсон В.Х.. Двойное слепое рандомизированное исследование направленное на сравнение арипипразола и оланзапина у пациентов с шизофренией.
- 21) Adam J. Savitz et al.Efficacy and Safety of PaliperidonePalmitate 3-Month Formulation for Patients with Schizophrenia: A Randomized, Multicenter, Double-Blind, Noninferiority Study// International Journal of Neuropsychopharmacology, (2016) 19(7): 1–14
- 22) Bhattacharjee J, El-Sayeh HG. Aripiprazole versus chlorpromazine for people with schizophrenia and schizophrenia-like psychoses. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD012072.
- 23) Bhattacharjee J, El-Sayeh HG. Aripiprazole versus haloperidol for people with schizophrenia and schizophrenia-like psychoses (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD012073.

- 24) JorisBerwaerts et al. Efficacy and Safety of the 3-Month Formulation of PaliperidonePalmitatevs Placebo for Relapse Prevention of Schizophrenia A Randomized Clinical Trial // JAMA Psychiatry. 2015;72(8):830-839
- 25) 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
- 26) Kolli VB, Bestha DP, Madaan V, Byreddy S. Aripiprazole for neuroleptic induced hyperprolactinaemia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Art. No.: CD010786.
- 27) Stefan Leucht et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis// Lancet 2013; 382: 951–62
- 28) Expert Rev. Clin. Pharmacol. 4(2), 181–196 (2011) Trazodone: properties and utility in multiple disorders.
- 29) Connolly KR, Thase ME. The Clinical Management of Bipolar Disorder: A Review of Evidence-Based Guidelines. The Primary Care Companion for CNS Disorders. 2011;13(4):PCC.10r01097. doi:10.4088/PCC.10r01097.
- 30) NICE guidance. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guideline [CG185]. Published: 24 September 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185>
- 31) Goodwin GM, Haddad PM, Ferrier IN, et al. Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised third edition Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*. 2016;30(6):495-553. doi:10.1177/0269881116636545.
- 32) <https://diseases.medicines.com/disease/%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%B8-%D1%81-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BC%D0%B8-%D1%81%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%BC%D0%B8/14351>

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ (схемы)

Вызов

Наличие информации о психопатологических признаках, обусловливающих

- 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

нет

да

Гражданином дано
согласие на
психиатрическое

Освидетельствование без согласия,
принятие решения о
принудительной госпитализации.
При обоснованной необходимости
- применение психотропных
медикаментов

нет

да

Синдромальный диагноз,
оценка экстренности
госпитализации. С согласия
гражданина симптоматическое
применение психотропных
медикаментов