

Одобрен  
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:

<b>МКБ-10</b>	
<b>Код</b>	<b>Название</b>
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	медицинско-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, самоагgressия.

**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.

**Неменее 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.

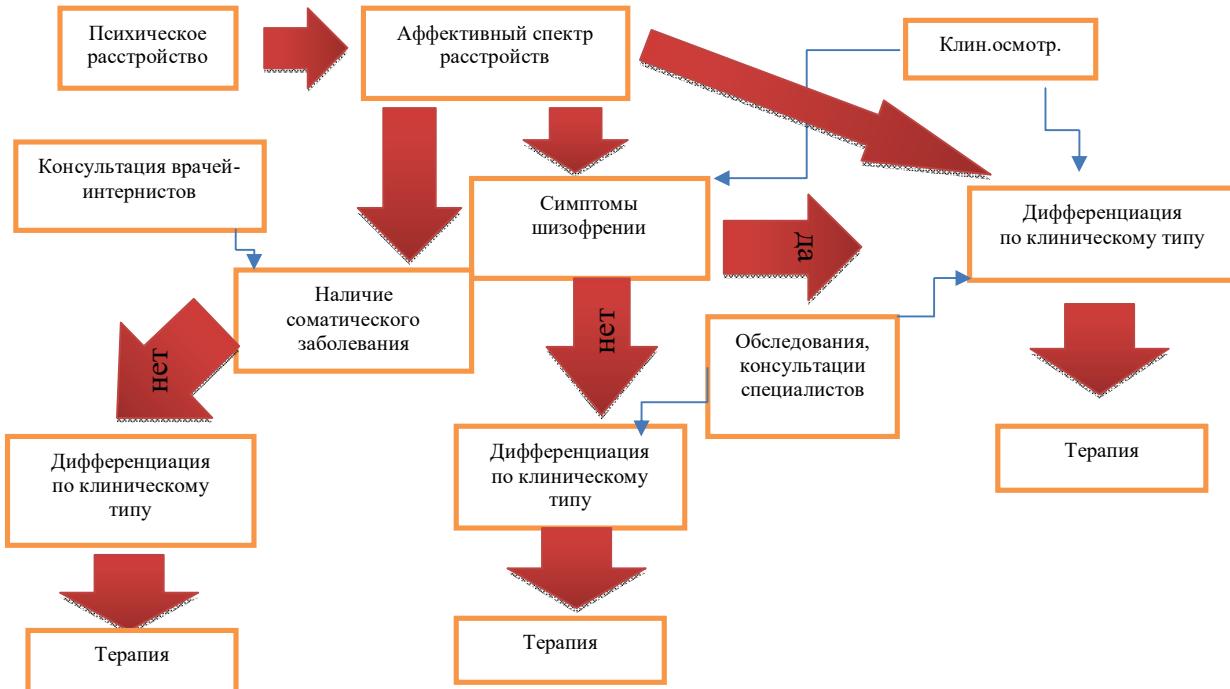
**лабораторные исследования:** нет.

**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"> <li>• клинический осмотр;</li> <li>• ЭПО.</li> </ul>	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"> <li>• клинический осмотр,</li> <li>• ЭПО,</li> <li>• компьютерная томография/ЯМРТ (при необходимости)</li> <li>• ЭЭГ.</li> </ul>	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 стационаризации.

### 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, флуоксамин, 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, валпроевая кислота, ламотриджин, топирамат). Транквилизаторы – предназначены для устранения тревожных расстройств (диазепам, зопиклон); Нейролептические препараты – предназначены для купирования психопатологических нарушений (оланzapин, кветиапин, рисперидон, палиперион, амисульприд, клозапин, галоперидол, трифлуоперазин, левомепромазин, хлорпромазин, сульпирид). Отдельную подгруппу составляют нейролептики пролонгированного действия, предназначенные для медикаментозного контроля психического состояния в амбулаторных условиях (палиперион, рисперидон, галоперидол, флуфеназин).

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

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
антидепрессант	<b>Дулоксетин<sup>2,3</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 60 мг\сутки внутрь Начальная доза составляет 60 мг 1 раз/сут. С выраженнымми нарушениями функции почек (КК<30 мл/мин) и печени: начальная доза должна составлять 30 мг 1 раз/сут. С 18 лет.	C
антидепрессант	<b>Агомелатин<sup>*2,3</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50мг\сутки внутрь x 1 р. вечером С 18 лет	C
антидепрессант	<b>Венлафаксин<sup>1,2</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 37,5-150 мг\сутки внутрь	C

		х 1 раз, при дозе 150 мг\сутки в 2 приема. С 18 лет.	
антидепрессант	<b>Амитриптилин<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-100 мг\сутки внутрь <b>Дети:</b> 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	C
антидепрессант	<b>Сертралин<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 50-100мг\сутки внутрь за 1-3 приема С 18 лет	C
антидепрессант	<b>Флуоксамин<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 50-100 мг\сутки внутрь на ночь <b>Дети:</b> с 8 лет – 25-50 мг\сутки	C
антидепрессант	<b>Миртазапин<sup>1,2</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 15-30 мг\сутки внутрь С 18 лет.	C
антидепрессант	<b>Флуоксетин<sup>1,2,4</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 20-60 мг\сутки внутрь 1-3 раза С 18 лет	C
антидепрессант	<b>Тразодон<sup>1,2</sup>,</b> 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.	C
нейролептик	<b>Сульпирид<sup>2,3</sup>,</b> 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. <b>Дети:</b> капсулы с 6 лет -доза 5 мг/кг/сутки Таблетки с 18 лет.	C
нормотимик	<b>Топирамат<sup>1,2</sup>,</b> таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз.	C

		50-150 мг\сутки внутрь за 1-3 приема <b>Дети:</b> старше 6 лет 25-100 мг\сут за 1-3 приема	
нормотимик	<b>Карбамазепин<sup>2,3</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 200-600 мг\сутки внутрь – за 1-3 приема <b>Дети:</b> 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.	C
нормотимик	<b>Вальпроевая кислота<sup>1,2</sup></b>	Индивидуальный подбор доз. 300-600 мг\сутки внутрь за 1-3 приема <b>Дети:</b> более 17 кг - 30 мг/кг/сутки за 1-3 приема	C
нормотимик	<b>Ламотриджин<sup>1,2</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 50-100 мг\сутки внутрь С 18 лет.	C
Транквилизатор	<b>Диазепам<sup>2,3</sup></b> , 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.	C

\*Препарат применять с осторожностью у больных с суицидальной настроенностью!

<sup>1</sup>Противопоказан во время беременности

<sup>2</sup> Противопоказан в период лактации

<sup>3</sup> Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

<sup>4</sup> Безопасность применения у детей не установлена.

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

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
нейролептик	<b>Оланzapин<sup>2,3</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 5-10 мг\сутки внутрь. С 18 лет	C
нейролептик	<b>Кветиапин<sup>2,3,4</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг/сутки внутрь за 1 прием. С 18 лет.	C
нейролептик	<b>Палиперидон<sup>1,2</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 3-6 мг \сутки внутрь за 1 прием	C

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

	растворителем (2 мл в шприце)		
нейролептик	<b>Флуфеназин<sup>1,2</sup></b> , раствор для инъекций	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг\ 1 раз в\м в 2-4 недели. <b>Дети:</b> с 12 лет – начальная доза 6.25 мг - 18.75 мг. Однократная доза не должна превышать 25 мг.	C
нейролептик	<b>Палиперидона пальмитат<sup>1,2,4</sup></b> , суспензия для внутримышечного введения, пролонгированного действия	Индивидуальный подбор доз. 50-150мг/4 недели в\м С 18 лет.	C
центральный холинолитик	<b>Тригексифенидил<sup>1,2</sup></b> , таблетки	Индивидуальный подбор доз. 4-8мг\сутки внутрь Кратность приема - 3-6 раз/сутки.	C
анксиолитик	<b>Диазепам<sup>2,3</sup></b> , 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.	C

<sup>1</sup> Противопоказан во время беременности

<sup>2</sup> Противопоказан в период лактации

<sup>3</sup> Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

<sup>4</sup> 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 некупируются 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 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:**

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, порешиению 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	<b>Дулоксетин<sup>2,3</sup>,</b> 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 выраженным нарушениями функции почек (КК<30 мл/мин) и печени: начальная доза должна составлять 30 мг 1 раз/сут. С 18 лет.	C
антидепрессант	<b>Агомелатин*<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50мг\сутки внутрь х 1 раз вечером С 18 лет.	C
антидепрессант	<b>Венлафаксин<sup>1,2</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 37,5-150 мг\сутки внутрь х 1 раз, при дозе 150 мг\сутки и выше в 2 приема. Максимальная доза - 375 мг/сутки	C
антидепрессант	<b>Амитриптилин<sup>2,3</sup>,</b> таблетки, ампулы	Индивидуальный подбор доз. 25-150 мг\сутки внутрь, 1-4 в сутки (большая часть доза 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 <b>Дети:</b> 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	C
антидепрессант	<b>Сертралин<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	50-100мг\сутки внутрь – 1-2 раза в сутки, максимальная суточная доза 200 мг\сут С 18 лет.	C
антидепрессант	<b>Флуоксамин<sup>2,3</sup>,</b> 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. <b>Дети:</b> 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	C
антидепрессант	<b>Миртазапин<sup>1,2</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 15-45 мг\сутки внутрь,	C

		преимущественно 1 раз на ночь. С 18 лет	
антидепрессант	<b>Флуоксетин<sup>1,2,4</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 20-60 мг\сутки внутрь Частота приема - 1-3 раза/сутки. Максимальная суточная доза 80 мг\сутки	C
антидепрессант	<b>Тразадон<sup>1,2</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 150-300 мг\сутки, максимальная 600 мг\сутки внутрь в 3 приема, основную часть суточной дозы рекомендуется принимать перед сном.	C
нейролептик	<b>Сульпирид<sup>2,3</sup>,</b> 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. <b>Дети:</b> применяют в суточной дозе 5 мг/кг.	C
нормотимик	<b>Топирамат<sup>1,2</sup>,</b> таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 50-150 мг\сутки внутрь за 1-3 приема <b>Дети:</b> старше 6 лет 25-100 мг\сут за 1-3 приема	C
нормотимик	<b>Карбамазепин<sup>3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 200-600 мг\сутки внутрь – за 1-3 приема <b>Дети:</b> 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.	C
нормотимик	<b>Вальпроевая кислота<sup>1,2</sup></b>	Индивидуальный подбор доз. 300-600 мг\сутки внутрь за 1-3 приема <b>Дети:</b> более 17 кг - 30 мг/кг/сутки за 1- 3 приема	C
нормотимик	<b>Ламотриджин<sup>2,3</sup></b>	Индивидуальный подбор доз. 50-200 мг\сутки внутрь <b>Дети:</b> 12 лет — 25 – 200 мг в сутки в 2 приема; детям 2 – 12 лет — 2 – 15 мг/кг в сутки в 2 приема	C

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

\* Осторожно назначать при суициdalной активности – риск суицида!

<sup>1</sup> Противопоказан во время беременности

<sup>2</sup> Противопоказан в период лактации

<sup>3</sup> Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

<sup>4</sup> Безопасность применения у детей не установлена.

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

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

	<b>наименование ЛС</b>		
нейролептик	<b>Оланзапин<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 5-10 мг\сутки внутрь. С 18 лет	C
нейролептик	<b>Кветиапин<sup>2,3,4</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 25-50 мг/сутки внутрь за 1 прием. С 18 лет.	C
нейролептик	<b>Палиперидон<sup>1,2</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 3-6 мг \сутки внутрь за 1 прием Дети: с 15 лет 3-6 мг\сутки внутрь за один прием	C
нейролептик	<b>Амисульприд<sup>2,3</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз.. 50-600мг\сутки внутрь в 1-3 приема Дети: с 15 лет 50-300 мг/сут в 1-3 приема	C
нейролептик	<b>Рисперидон<sup>2,3</sup>,</b> 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	C
нейролептик	<b>Клозапин<sup>2,3</sup>,</b> 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.	C
нейролептик	<b>Сульпирид<sup>2,3</sup>,</b> таблетки, капсулы	Индивидуальный подбор доз. 200-600мг\сутки внутрь в 2-3 приема. Дети: старше 6 лет 5 мг/кг/сутки. <i>С осторожностью</i>	C

		<i>применять у беременных и в период лактации</i>	
нейролептик	<b>Галоперидол<sup>1,2</sup>,</b> 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 <b>Дети:</b> с 3-х лет 25-75 мкг/кг/сут в 2-3 приема.	C
нейролептик	<b>Арипипразол<sup>2,3</sup>,</b> таблетки, таблетки диспергируемые в полости рта <b>только при F 31.6</b>	Индивидуальный подбор доз. До 10-15мг\сутки внутрь х 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 30 мг\сутки <b>Дети:</b> старше 15 лет – 10-15 мг/сут х 1 раз внутрь.	C
центральный холинолитик	<b>Тригексифенидил<sup>1,2</sup>,</b> таблетки	Индивидуальный подбор доз. 4-8мг\сутки внутрь Кратность приема - 3-5 раз/сутки.	C
нейролептик	<b>Галоперидол – деканоат<sup>1,2</sup>,</b> 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.	C
нейролептик	<b>Рисперидон<sup>2,3</sup>,</b> порошок для приготовления супензии пролонгированного действия для внутримышечного введения в комплекте с растворителем (2 мл в шприце)	Индивидуальный подбор доз. 25мг или 37,5 мг в\м 1 раз в 2-4 недели. <b>C 18 лет</b>	A
нейролептик	<b>Арипипразол<sup>2,3</sup>,</b> 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 <b>Дети:</b> старше 15 лет – 10-15 мг/сут х 1 раз внутрь.	C
нейролептик	<b>Флуфеназин<sup>1,2</sup>,</b>	Индивидуальный подбор	C

	раствор для инъекций	доз. 25-50 мг\ 1 раз в\м в 2-4 недели. Максимальная однократная доза не более 100 мг. <b>Дети:</b> с 12 лет – начальная доза 6.25 мг - 18.75 мг. Однократная доза не должна превышать 25 мг.	
нейролептик	<b>Палиперидона пальмитат<sup>1,2,4</sup>,</b> сuspензия для внутримышечного введения, пролонгированного действия	Индивидуальный подбор доз. 50-150мг/4 недели в\м С 18 лет.	C
анксиолитик	<b>Диазепам<sup>2,3</sup>,</b> 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. <b>Дети:</b> 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	C

\*Осторожно назначать при суициdalной активности – риск суицида!

<sup>1</sup>Противопоказан во время беременности

<sup>2</sup> Противопоказан в период лактации

<sup>3</sup> Назначение у беременных возможно, если польза оправдывает потенциальный риск

<sup>4</sup> Безопасность 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 Г амилтона 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.Тиганова Т 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., Яснечова 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](http://psypharma.ru/sites/default/files/stpr_2014-02_sch.pdf.pdf)
- 14) [Электронный ресурс] [www.fda.gov](http://www.fda.gov) (официальный сайт Управления по пищевым продуктам и лекарственным препаратам США)
- 15) [Электронный ресурс] [www.ema.europa.eu](http://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., Сваник Р., Карсон В.Х.. Двойное слепое рандомизированное исследование направленное на сравнение арипипразола и оланzapина 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.medelement.com/disease/%D0%B4%D0%B5%D0%BF%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%BC%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>

Приложение 1  
к типовой структуре  
Клинического протокола  
диагностики и лечения

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

