

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
8 ноября 2022 г. № 108

**Об утверждении клинических протоколов**

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить:

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с невротическими, связанными со стрессом, и соматоформными расстройствами (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами приема пищи (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами сна неорганической этиологии (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с половыми (сексуальными) расстройствами (дисфункциями), не обусловленными органическим расстройством или заболеванием (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с послеродовым периодом, не классифицированными в других рубриках (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами зрелой личности и поведения у взрослых (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с умственной отсталостью (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с расстройствами психологического (психического) развития (взрослое и детское население)» (прилагается);

клинический протокол «Оказание медицинской помощи пациентам с поведенческими и эмоциональными расстройствами, обычно начинающимися в детском и подростковом возрасте (взрослое и детское население)» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387 «О клиническом протоколе оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 мая 2016 г. № 502 «О внесении дополнения в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 31 декабря 2010 г. № 1387».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

**Первый заместитель Министра**

**Е.Н.Кроткова**

СОГЛАСОВАНО

Управление делами Президента  
Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности  
Республики Беларусь

Государственный пограничный  
комитет Республики Беларусь

Государственный комитет  
судебных экспертиз  
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел  
Республики Беларусь

Министерство обороны  
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным  
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия  
наук Беларуси

Брестский областной  
исполнительный комитет

Витебский областной  
исполнительный комитет

Гомельский областной  
исполнительный комитет

Гродненский областной  
исполнительный комитет

Могилевский областной  
исполнительный комитет

Минский областной  
исполнительный комитет

Минский городской  
исполнительный комитет

УТВЕРЖДЕНО

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
08.11.2022 № 108

## **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ**

**«Оказание медицинской помощи пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население)»**

### **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объему оказания медицинской помощи, предоставляемой врачами-специалистами в области оказания психиатрической помощи (далее – врач-специалист) в амбулаторных, стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания организаций здравоохранения, а также вне организаций здравоохранения, пациентам с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население), соответствующими шифрам F20-F29 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении, осуществляющих медицинскую деятельность в соответствии с законодательными актами.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи», Законом Республики Беларусь от 30 июня 2022 г. № 183-З «О правах инвалидов и их социальной интеграции», Законом Республики Беларусь от 1 июля 2010 г. № 153-З «Об оказании психологической помощи», Законом Республики Беларусь от 19 ноября 1993 г. № 2570-ХІІ «О правах ребенка».

4. Госпитализация пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами (взрослое и детское население) в больничные организации здравоохранения осуществляется в порядке, установленном Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», Законом Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи».

5. Продолжительность оказания медицинской помощи определяется временем, необходимым для достижения стабилизации психического состояния.

6. Лечение назначают в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом индивидуальных особенностей пациента (возраст, степень тяжести заболевания, наличие осложнений и сопутствующей патологии), клинико-фармакологической характеристики лекарственного средства (далее – ЛС) и характеристик медицинского изделия.

7. При отсутствии возможности оказания экстренной психиатрической помощи врачом-специалистом такая помощь может быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование.

## ГЛАВА 2 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ШИЗОФРЕНИИ, ШИЗОТИПИЧЕСКИХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ

8. Шизофрения (F20 по МКБ-10) характеризуется сочетанием продуктивной (бред, галлюцинации, нарушенное поведение) и негативной (неадекватный и уплощенный аффект, аутистические формы поведения, снижение коммуникативной и социальной продуктивности) симптоматики, а также специфических когнитивных нарушений (ассоциативные нарушения, амбивалентность, дефицит рабочей памяти, дезорганизация внутренней речи, нарушения сенсорного фильтра и другие).

В разных случаях может отмечаться преобладание симптоматики определенного регистра (психотического, дефицитарного, аффективного), что отражается в классификации форм шизофрении (параноидная, кататоническая, гебефренная, простая, резидуальная, постшизофреническая депрессия). Начало заболевания может быть острым, с выраженными нарушениями поведения, или постепенным, с нарастающим развитием странных идей и поведения. Дебюту заболевания (первому психотическому эпизоду) часто предшествует продромальный период продолжительностью до нескольких лет. Течение заболевания предполагает как вероятность хронического развития, так и полное выздоровление или стойкую ремиссию хорошего качества.

Кататонические симптомы встречаются не только при шизофрении, но и при аффективных расстройствах настроения и других заболеваниях головного мозга (например, при энцефалитах различной этиологии, эпилепсии и других органических поражениях головного мозга), что требует тщательного обследования для уточнения диагноза.

Злокачественная кататония («фебрильная», «гипертоксическая» шизофрения, «летальная кататония») – неблагоприятный вариант развития кататонического синдрома, при котором кататонические симптомы и нарушения мышления, восприятия и сознания сочетаются с тяжелыми соматическими нарушениями:

- гипертермия;
- ригидность мускулатуры;
- лабильность артериального давления;
- вегетативные симптомы;
- присутствуют отклонения лабораторных показателей.

Тяжелые осложнения в виде рабдомиолиза, миоглобинурии и их последствия (острая почечная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови, тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт миокарда и другие) приводят к высокой летальности.

Недифференцированной шизофрении свойственно психотическое состояние, отвечающее основным диагностическим критериям шизофрении, но не соответствующее какой-либо ее форме, классифицированной в подрубриках F20.0-F20.2 по МКБ-10.

Депрессивный эпизод возникает как последствие приступа шизофрении, перенесенного накануне (в последние 12 месяцев). При этом наряду с симптомами депрессии, соответствующими диагностическим критериям депрессивного эпизода, сохраняются отдельные остаточные симптомы шизофрении, как продуктивные, так и негативные. Продолжительность такого состояния – более 2 недель, обычно – 3–5 месяцев. Распознавание данного расстройства важно, поскольку оно связано с высоким риском суицида.

Шизофрения у несовершеннолетних встречается намного реже, чем у взрослых. Шизофрения, начавшаяся в возрасте 7–13 лет, имеет, как правило, непрерывное неблагоприятное течение; при начале в возрасте 14–17 лет протекает в виде приступов, и отдаленный прогноз заболевания более благоприятен.

9. Шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10):  
характеризуется эксцентричным поведением, аномалиями мышления и эмоциональных реакций, похожими на те, которые имеют место при шизофрении,

однако отчетливые и характерные для шизофрении нарушения не обнаруживаются ни на какой стадии заболевания.

Симптомы шизотипического расстройства могут включать:

холодность или неадекватность эмоциональных реакций;

странное или эксцентричное поведение;

склонность к социальной изоляции;

параноидные или необычные идеи, не доходящие до явно выраженного бреда;

болезненную навязчивость;

нарушение мышления и расстройства восприятия;

редкие преходящие квазипсихотические эпизоды с выраженными иллюзорными ощущениями, слуховыми или другими галлюцинациями, бредовыми идеями, обычно возникающими без видимых причин. Отсутствует определенность начала заболевания и его развития, а его течение обычно такое же, как и при расстройстве личности.

10. Хронические бредовые расстройства (F22 по МКБ-10):

при хронических бредовых расстройствах бред является единственной и наиболее заметной клинической характеристикой. Для постановки диагноза бред должен присутствовать на протяжении минимум нескольких месяцев;

бредовое расстройство характеризуется развитием монотематического либо систематизированного политематического бреда, который обычно очень стоек, а иногда сохраняется на протяжении всей жизни. Эпизодические или транзиторные слуховые галлюцинации могут иногда встречаться (особенно у пациентов пожилого возраста). Сопровождающийся стойкими галлюцинаторными голосами или шизофреническими симптомами бред не дает достаточно данных для постановки диагноза шизофрении.

11. Острые и преходящие психотические расстройства (F23 по МКБ-10):

гетерогенная группа расстройств, характеризующихся острым (на протяжении двух и менее недель) началом психотических симптомов (бреда, галлюцинаций, дезорганизации речи и поведения). В течение нескольких месяцев, как правило, наступает полное выздоровление. Расстройство часто возникает в связи с острым стрессом.

При остром полиморфном психотическом расстройстве без симптомов шизофрении галлюцинации, бред, дезорганизация речи или поведения очевидны, но чрезвычайно вариабельны и меняются день ото дня, характерны полиморфизм и нестабильность.

Острое шизофреноподобное психотическое расстройство отличают симптомы, соответствующие диагнозу шизофрении, сохраняющиеся до одного месяца.

12. Индуцированное бредовое расстройство (F24 по МКБ-10):

характеризуется бредом общим для двух или более лиц, находящихся в тесном эмоциональном контакте. Только один из них страдает истинным психотическим расстройством (индуктор); бред передается путем индукции другому лицу (или другим лицам) и обычно исчезает при прекращении контакта с индуктором.

13. Шизоаффективные расстройства (F25 по МКБ-10):

характеризуются эпизодами, при которых одинаково ярко проявляется шизофренические и маниакальные симптомы, или шизофренические и депрессивные симптомы, на основании которых невозможно поставить диагноз только шизофрении либо только депрессивного или маниакального эпизода.

14. Другие неорганические психотические расстройства (F28 по МКБ-10):

характеризуются бредовыми или галлюцинаторными расстройствами, не дающими основания для постановки диагноза шизофрении, хронических бредовых расстройств, острых и преходящих психотических расстройств, психотических типов маниакального эпизода или тяжелого депрессивного эпизода.

### **ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ШИЗОФРЕНИИ, ШИЗОТИПИЧЕСКИХ И БРЕДОВЫХ РАССТРОЙСТВ**

15. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в стационарных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

общий анализ крови (далее – ОАК) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и симптомов соматических заболеваний – по медицинским показаниям;

биохимическое исследование крови (далее – БИК):

определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня аспаратаминотрансферазы (далее – АсАТ), аланинаминотрансферазы (далее – АлАТ), общего холестерина, липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, глюкозы – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – 1 раз в месяц;

обследование на сифилитическую инфекцию – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам);

флюорография органов грудной клетки (далее – ОГК) не реже 1 раза в год (совершеннолетним пациентам);

электрокардиография (далее – ЭКГ) – однократно при поступлении, далее при отсутствии патологических показателей и отсутствии симптомов соматических заболеваний – через 6 месяцев после начала антипсихотического лечения, затем 1 раз в год;

консультация врача-акушера-гинеколога – однократно при поступлении (пациентам женского пола);

мазок на кишечно-патогенную флору – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

индекс массы тела – при поступлении, далее ежемесячно первые 3 месяца после начала антипсихотического лечения, через 6 месяцев, затем ежегодно.

16. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в условиях отделения дневного пребывания и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

ОАМ – однократно при поступлении, далее – по медицинским показаниям;

БИК: определение концентрации мочевины, креатинина, глюкозы, общего белка, общего билирубина, определение уровня АсАТ, АлАТ, глюкозы – однократно при поступлении (совершеннолетним пациентам), далее – по медицинским показаниям;

обследование на сифилитическую инфекцию (совершеннолетним пациентам);

индекс массы тела;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

17. Перечень обязательного общеклинического обследования пациента в амбулаторных условиях и кратность проведения:

консультация психолога с целью психологической диагностики;

использование перечня структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики согласно приложению;

ОАК – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

ОАМ – при первичном обращении, далее кратность определяется медицинскими показаниями, но не реже 1 раза в год;

индекс массы тела;

флюорография ОГК – 1 раз в год (совершеннолетним пациентам).

18. Перечень дополнительного общеклинического обследования:  
консультация врачей иных специальностей;  
электрокардиография;  
магнитно-резонансная томография головного мозга;  
компьютерная томография головного мозга;  
электроэнцефалография;  
ультразвуковое исследование сердца;  
ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга;  
исследование спинномозговой жидкости (далее – СМЖ) или крови на антинейрональные антитела при подозрении на аутоиммунный энцефалит;  
исследование СМЖ или крови на маркеры вирусных и бактериальных инфекций;  
определение уровня тиреотропного гормона;  
определение уровня гликированного гемоглобина;  
определение уровня пролактина;  
определение уровня церулоплазмينا и меди в крови при подозрении на болезнь Вильсона-Коновалова;  
анализ мочи на токсические вещества (медь, свинец, ртуть, толуол, бензол и другие) при подозрении на интоксикацию;  
анализ мочи на бензодиазепины и барбитураты;  
анализ крови на концентрацию вальпроатов, лития, карбамазепина;  
анализ мочи на дельта-аминолевулиновую кислоту при подозрении на острую перемежающуюся порфирию;  
тест на беременность;  
медико-генетическое консультирование для исключения наследственных заболеваний.

19. Допускается не проводить обязательное обследование при предоставлении пациентом выписки из медицинских документов с результатами обследований, указанных в пунктах 15–18 настоящего клинического протокола, проведенных не позднее чем за три месяца до обращения.

#### **ГЛАВА 4**

### **МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ШИЗОФРЕНИЕЙ, ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ И БРЕДОВЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

20. Медицинские показания для госпитализации:  
психотические расстройства, обуславливающие непосредственную опасность для себя и (или) иных лиц, его беспомощность, либо возможность причинения существенного вреда своему здоровью вследствие ухудшения состояния психического здоровья, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи;  
наличие выраженных психотических расстройств и нарушений поведения, при отсутствии у пациента критики и сознания заболевания;  
необходимость проведения дифференциально-диагностических мероприятий невозможных в иных, кроме стационарных, условиях для установления окончательного диагноза.

21. Лечение в условиях отделения дневного пребывания может проводиться при неразвернутом приступе, незначительно выраженной психотической симптоматике и сохранении социально приемлемого поведения.

Лечение в амбулаторных условиях может проводиться лишь при невыраженной психотической симптоматике, отсутствии угрозы для жизни и здоровья пациента и окружающих, при наличии у пациента достаточной критики к своему состоянию и его социально упорядоченном поведении, при установившихся отношениях сотрудничества с лечащим врачом и следовании плану лечения, а также заинтересованных в лечении близких родственников, проживающих совместно с пациентом.

Лечение острого состояния начинается от момента начала расстройства (обострения) и заканчивается установлением ремиссии или полной редукции симптомов психоза. Чаще

всего производится в стационарных условиях, включая, если это необходимо, принудительную госпитализацию и лечение в порядке, установленном законодательством.

Продолжительность лечения в стационарных условиях определяется клинической целесообразностью (продолжительностью и тяжестью симптоматики), в условиях отделения дневного пребывания – на период проведения диагностических мероприятий, курса лечения; в амбулаторных условиях – длительно, на протяжении жизни.

## 22. Общие принципы лечения:

лечение антипсихотическими ЛС (далее – антипсихотик) является ведущим методом на всех этапах лечения;

предпочтительна монотерапия антипсихотиками (за исключением случаев резистентности, перехода на другой антипсихотик и ряда других);

адекватное время ожидания лечебного эффекта до перевода на другое ЛС (3–5 недель);

предпочтительны пероральные формы введения ЛС;

парентеральное введение ЛС допускается на короткое время на этапе купирующего лечения в случае отсутствия сотрудничества пациента с близкими родственниками, медицинскими работниками и при назначении пролонгированных антипсихотиков для поддерживающего лечения;

использование антипсихотиков, диспергируемых в полости рта, может служить альтернативой парентеральному введению ЛС;

рекомендуется постепенное увеличение дозы ЛС до минимальной терапевтической. Это позволяет избежать нежелательных реакций и определить индивидуальную чувствительность пациента к конкретному антипсихотику;

в случае первого эпизода шизофрении предпочтение должно быть отдано антипсихотикам второго поколения в связи с меньшим риском развития экстрапирамидных расстройств;

дозы антипсихотика при лечении первого психотического эпизода, как правило, ниже доз, применяемых при последующих эпизодах расстройства, и соответствуют нижней границе минимальной терапевтической дозы;

при отмене антипсихотика рекомендуется постепенное снижение его дозировки, чтобы избежать реакций отмены. Особенно это касается ЛС с сильными холинолитическими действиями (клозапин, хлорпромазин);

переход на другой антипсихотик рекомендуется осуществлять методом «перекреста» (постепенное уменьшение дозы предыдущего ЛС с одновременным увеличением дозы нового антипсихотика). Как правило, достаточно 6–8-дневного периода для постепенного перехода, за исключением случаев перевода с терапевтических доз клозапина, когда период перехода необходимо увеличить до 7–8 недель;

предпочтительны ЛС с наилучшим профилем безопасности для конкретного пациента;

назначение ЛС других групп (анксиолитические ЛС группы бензодиазепинов, антидепрессанты, ЛС нормотимического действия при соответствующей клинической необходимости (лечение тревоги, аффективных колебаний, депрессии, преодоление резистентности).

В случае кататонической шизофрении необходимо рассмотреть возможность применения электросудорожной терапии (далее – ЭСТ).

Наряду с медикаментозным лечением используются методы нейрокогнитивной реабилитации (тренинг исполнительской функции; устойчивости и переключаемости внимания; слухоречевой, зрительно-пространственной и ассоциативной памяти; сенсомоторной реакции в зрительной и слуховой модальностях), поведенческой, когнитивной и психодинамической психотерапии, тренинг социальных навыков, психообразовательные программы, социальная и трудовая реабилитация.

23. Типичные антипсихотики, используемые в фармакотерапии пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами:

галоперидол, таблетки 1,5 мг, 5 мг, внутрь, в 2–3 приема, средняя доза 6–20 мг/сутки; раствор для внутримышечного и внутривенного введения 5 мг/1 мл;



зуклопентиксол, таблетки 2 мг, 10 мг, внутрь, в 1–3 приема, средняя суточная доза 30–75 мг/сутки; раствор для внутримышечного введения (масляный) 50 мг/1 мл, вводится 50–150 мг внутримышечно, повторная инъекция через 2–3 дня при необходимости;

перициазин, капсулы 10 мг, раствор для приема внутрь 4 %, внутрь в 2 или 3 приема, большая часть дозы должна приниматься вечером, максимальная суточная доза 200 мг;

сульпирид, капсулы 50 мг, 100 мг; таблетки 50 мг, 100 мг, 200 мг, внутрь 2–3 раза в день, средняя суточная доза 300–600 мг/сутки; раствор для внутримышечного введения 50 мг/1 мл, 2 мл, внутримышечно 1–3 раза в день;

трифлуоперазин, таблетки 5 мг, внутрь 2–4 раза в день, средняя суточная доза 10–40 мг/сутки; раствор для внутримышечного введения 0,2 % 1 мл, повторное введение производят через 4–6 часов, суточная доза, как правило, равна 6 мг, в исключительных случаях – 10 мг;

флупентиксол, таблетки 0,5 мг, 5 мг, внутрь 1–2 раза в день, средняя доза 10–40 мг/сутки;

хлорпромазин, таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь 1–4 раза в день, средняя доза 150–400 мг/сутки; раствор для внутримышечного и внутривенного введения 2,5 % 2 мл, при внутримышечном введении высшая разовая доза составляет 150 мг, суточная – 600 мг, внутримышечное введение не более 3 раз в сутки, при внутривенном введении высшая разовая доза – 100 мг, суточная – 250 мг;

хлорпротиксен, таблетки 15 мг, 25 мг, 50 мг, внутрь 1–4 раз в сутки, средняя суточная доза – 50–100 мг/сутки.

24. Атипичные антипсихотики второго поколения, используемые в фармакотерапии пациентов с шизофренией, шизотипическими и бредовыми расстройствами:

амисульприд, таблетки 100 мг, 200 мг, 400 мг, внутрь в 1–2 приема, средняя доза 400–800 мг/сутки;

карипразин, капсулы 1,5 мг, 3 мг, 4,5 мг, 6 мг, внутрь в 1 прием, 1,5–6 мг/сутки;

кветиапин, таблетки 25 мг, 200 мг, по 50–600 мг/сутки внутрь, в 1–2 приема;

клозапин, таблетки 25 мг, 100 мг, средняя доза 100–300 мг/сутки внутрь, в 1–3 приема;

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг, средняя доза 10–15 мг/сутки, внутрь, в 1–2 приема; лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения, 10 мг, внутримышечно 1 раз в день, вторую инъекцию (5–10 мг) можно вводить не ранее, чем через 2 часа после первой инъекции;

палиперидон, таблетки 3 мг, 6 мг, 9 мг, внутрь 1 раз в день, средняя доза 4–8 мг/сутки;

рисперидон, таблетки 1 мг, 2 мг, 4 мг; раствор для внутреннего применения во флаконе 30 мл (1 мл/1 мг), внутрь, в 1–2 приема, 1–6 мг/сутки;

арипразол, таблетки 10 мг, 15 мг, внутрь 1 раз в день, рекомендованная начальная доза – 10 или 15 мг/сутки, поддерживающая доза – 15–30 мг/сутки.

Перед окончанием лечения в стационарных условиях с пациентом (его близкими родственниками) необходимо провести образовательную беседу о необходимости приема поддерживающего лечения и исключения приема алкоголя, наркотических веществ, а также о действиях в случае обострения.

Парентеральное введение антипсихотиков для купирования психотической симптоматики применяется в случае возбуждения, опасности насильственных и аутоагрессивных действий пациента.

25. При несоблюдении или сложностях в осуществлении регулярного приема пероральных антипсихотиков возможно назначение инъекционных депо-форм (антипсихотиков медленного высвобождения):

галоперидола деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 50 мг/1 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели;

зуклопентиксола деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 200 мг/1 мл, внутримышечно, 1 раз в 2–4 недели;

оланзапина памоат, порошок для приготовления суспензии пролонгированного высвобождения для инъекций 210 мг, 300 мг и 405 мг с растворителем 3 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели;

палиперидона пальмитат, суспензия для инъекций 100 мг/1 мл 1 мл, 150 мг/1,5 мл 1,5 мл, внутримышечно 1 раз в 4 недели;

рисперидон микросферы, порошок для приготовления раствора для инъекций 25 мг 2 мл, 37,5 мг 2 мл, внутримышечно 1 раз в 2 недели;

флупентиксола деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 20 мг/1 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели;

флуфеназина деканоат, раствор для внутримышечного введения (масляный) 25 мг/1 мл, внутримышечно 1 раз в 2–4 недели.

26. Действия при отсутствии результата, терапевтической резистентности:

если проводимое лечение в течение 3–5 недель не дало отчетливого эффекта, необходимо сделать следующее:

проверить, принимает ли пациент ЛС внутрь; если в этом есть сомнения – усилить контроль или перейти на инъекционное введение того же ЛС;

если пациент принимает ЛС, а эффекта нет, необходимо сменить ЛС. Для этого следует перейти с типичного антипсихотика на атипичный (например, с галоперидола на рисперидон или с трифлуоперазина на оланзапин), либо перейти на типичный антипсихотик другой химической структуры, например, сменить:

производное фенотиазина (трифлуоперазин) на производное бутирофенона (галоперидол):

производное бутирофенона (галоперидол) на производное тиоксантена (зуклопентиксол, флупентиксол) и так далее.

Случай шизофрении следует считать терапевтически резистентным при отсутствии улучшения, несмотря на прием адекватных доз ЛС на протяжении от 6 до 8 недель, если при этом было использовано два и более антипсихотика, причем один из них был атипичным.

К противорезистентным мероприятиям относятся:

назначение клозапина, который имеет более высокую эффективность в отношении резистентной симптоматики по сравнению с другими атипичными антипсихотиками. Однако, редкое (1–3 %), но опасное для жизни осложнение (агранулоцитоз) ограничивает применение ЛС только резистентными случаями. Риск развития агранулоцитоза особенно увеличен между 4-й и 18-й неделями приема. При этом обязателен мониторинг количества гранулоцитов и лейкоцитарной формулы 1 раз в неделю первые 18 месяцев, затем – 1 раз в 4 недели. При снижении уровня лейкоцитов менее  $3\,500/\text{мм}^3$  ( $3,0 \times 10^9/\text{л}$ ) или абсолютного количества нейтрофилов менее  $1\,500/\text{мм}^3$  ( $1,5 \times 10^9/\text{л}$ ) показана отмена клозапина;

ЭСТ;

транскраниальная магнитная стимуляция (далее – ТМС);

комбинация атипичного антипсихотика и противоэпилептического ЛС (например, карбамазепин или соли вальпроевой кислоты);

комбинация двух атипичных антипсихотиков.

27. Медицинская профилактика неврологических нежелательных реакций при приеме антипсихотиков:

выбор антипсихотика с низким риском появления экстрапирамидной симптоматики (далее – ЭПС).

Начинать следует с небольших доз, медленно их наращивать. В случае возникновения экстрапирамидных расстройств необходимо снижение дозы антипсихотика или перевод на антипсихотики второго поколения с минимальным риском развития ЭПС (оланзапин, кветиапин, клозапин).

В случае развития ятрогенного паркинсонизма, если снижение дозы антипсихотика не привело к нивелированию нежелательной реакции, следует добавить к лечению противопаркинсонические ЛС (тригексифенидил, амантадин). С целью коррекции ЭПС

используют ряд ЛС (корректоры антипсихотического лечения). Для коррекции паркинсонизма, дистонии, акатизии могут использоваться тригексифенидил 1–15 мг/сутки, амантадин 100–300 мг/сутки. Превентивное назначение противопаркинсонических ЛС на фоне лечения антипсихотиками не показано, так как не предотвращает развитие ЭПС.

Острые дистонические нежелательные реакции купируются назначением антихолинергического ЛС, бензодиазепинов.

Акатизия, помимо снижения дозы, может купироваться с помощью назначения бета-адреноблокаторов и бензодиазепинов.

Поздняя дискинезия плохо поддается коррекции. Появление признаков поздней дискинезии требует перехода на атипичные антипсихотики, в первую очередь на клозапин.

Злокачественный нейролептический синдром (далее – ЗНС) относится к редким тяжелым осложнениям терапии антипсихотиками и требует лечения в отделении реанимации и интенсивной терапии. При проведении лабораторного обследования подтверждением ЗНС являются миоглобинурия, повышение уровня креатинфосфокиназы, лактатдегидрогеназы и АсАТ, повышение общего количества лейкоцитов крови. В случае подозрения на ЗНС необходимо немедленно отменить антипсихотики, а также ЛС других групп, которые тоже способны вызвать развитие ЗНС (например, литий, антидепрессанты, метоклопрамид). Проводится симптоматическое лечение (детоксикационное, инфузионное, гомеостатическое) с целью стабилизации жизненно важных функций и купирования гипертермии. Возможно применение антипиретиков при гипертермии, центральных миорелаксантов (толперизон) при мышечной ригидности, агонистов D2-дофаминовых рецепторов (бромокриптин) через назогастральный зонд, бензодиазепинов. При отсутствии эффекта от медикаментозных методов коррекции ЗНС, возможно проведение ЭСТ.

Судорожный синдром чаще бывает связан с приемом клозапина. При развитии судорог рекомендуется снижение дозы или переход с клозапина на другой антипсихотик. Возможно назначение противосудорожных ЛС (клоназепам).

28. Пациентов следует информировать о возможных метаболических нарушениях (увеличение массы тела, дислипидемия, гипергликемия, инсулинорезистентность с последующим развитием нарушения толерантности к углеводам и сахарного диабета), возникающих на фоне длительного лечения антипсихотиками.

Как правило, риск развития метаболических нарушений выше у атипичных антипсихотиков, среди которых лидерами в этом отношении являются клозапин и оланзапин. Рекомендован переход на другой антипсихотик с лучшим метаболическим профилем (кветиапин, рисперидон).

С целью коррекции метаболического синдрома (дислипидемия, гипергликемия, избыточная масса тела, инсулинорезистентность) возможно назначение ЛС из группы бигуанидов (метформин).

При изменении формулы крови (лимфопения, агранулоцитоз) противопоказан клозапин, нежелательны галоперидол и хлорпромазин.

Развитие эндокринных нарушений в виде гиперпролактинемии требует переход на антипсихотики с меньшим риском этого эффекта (арипипразол, кветиапин, оланзапин).

29. В связи со способностью ряда антипсихотиков удлинять интервал QT на ЭКГ следует соблюдать осторожность при их назначении пациентам с сердечно-сосудистой патологией, пациентам пожилого возраста, избегать их использования у пациентов, принимающих противоаритмические ЛС.

30. При наличии у пациента коморбидного состояния, необходимо использовать следующие ЛС и их сочетания:

выраженная склонность к агрессии или насилию со стороны пациента – добавление к антипсихотику анксиолитического ЛС (далее – анксиолитик) группы бензодиазепинов (не более 2–3 недель) и (или) карбамазепина, или соли вальпроевой кислоты, лития;

бессонница – атипичные антипсихотики и анксиолитики группы бензодиазепинов (продолжительность приема последних – не более 2–3 недель подряд);

депрессивные симптомы – необходимо дифференцировать нежелательные реакции на антипсихотики (например, акинезии и акатизии). Преимущество отдается антипсихотикам второго поколения (например, кветиапину). Возможно назначение антидепрессантов. Не следует сразу назначать антидепрессанты при обострении шизофрении и наличии сопутствующей депрессивной симптоматики, так как применение антипсихотиков способно само по себе уменьшить проявления депрессии. При добавлении к антипсихотикам антидепрессантов необходим тщательный мониторинг нежелательных реакций (при некоторых комбинациях возрастает риск пролонгации интервала QT, агранулоцитоза, гематологических нарушений, снижения порога судорожной готовности). Могут назначаться ЛС с нормотимической активностью (литий, карбамазепин, вальпроаты, ламотриджин). Пациентам с шизофренией и сопутствующей тяжелой коморбидной депрессией или суицидальными интенциями показано проведение ЭСТ, возможно применение ТМС;

суицидальное поведение – проводится регулярная оценка суицидального риска у пациентов с шизофренией. Необходим регулярный прием антипсихотиков, для резистентных случаев показано назначение клозапина. Необходимо выявление и лечение коморбидной депрессии. Пациентам с сопутствующими расстройствами настроения показано назначение ЛС с нормотимической активностью (лития) или антидепрессантов;

злоупотребление алкоголем и другими психоактивными веществами (далее – ПАВ) – показаны специфические психосоциальные вмешательства (семейные вмешательства, пошаговая мотивация, элементы когнитивно-поведенческой терапии). Антипсихотиком выбора при злоупотреблении ПАВ является клозапин. При отсутствии приверженности лечению показано назначение антипсихотиков медленного высвобождения. При сочетании шизофрении с алкогольной зависимостью возможно назначение налтрексона.

31. Лечение беременных и кормящих матерей должно быть мультидисциплинарным с участием врача-специалиста, врача-акушера-гинеколога, врача-педиатра. Необходимо оценить наличие сопутствующего злоупотребления алкоголем, другими ПАВ, проинформировать о рисках и пользе применения антипсихотиков при беременности и лактации. Следует избегать полипрагмазии, особенно назначения ЛС с нормотимической активностью и антидепрессантов селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (далее – СИОЗС). Могут применяться те антипсихотики, которые ранее были эффективны при отсутствии медицинских противопоказаний. По возможности, назначение антипсихотиков следует отложить до второго или третьего триместра беременности. Рекомендуются монотерапия пероральными антипсихотиками в минимальных дозах. Относительно безопасными для плода во время беременности можно считать галоперидол, рисперидон, оланзапин (повышает риск развития гестационного диабета у матери), кветиапин – их применение во время беременности возможно при условии, что предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. Новорожденные, подвергшиеся воздействию указанных антипсихотиков в третьем триместре беременности, имеют повышенный риск развития нежелательных реакций, включая эстрапирамидный синдром и синдром отмены. Клозапин не рекомендован из-за риска агранулоцитоза, судорог, метаболических эффектов и риска перинатальных осложнений. По достижении клинического эффекта нельзя резко отменять антипсихотик. Не рекомендуется грудное вскармливание на фоне приема антипсихотиков.

32. Продромальный этап шизофрении включает в себя ослабленные позитивные симптомы (не достигающие психотического уровня, с сохранностью критики), короткие (насколько часов) самопроходящие повторяющиеся психотические симптомы, нарушения социального функционирования при имеющемся генетическом риске (наличие близких родственников с расстройствами шизофренического спектра), проявления шизофренического патопсихологического симптомокомплекса и другие. Рекомендуются медицинское наблюдение за такими пациентами с целью своевременного начала

антипсихотического лечения. Психосоциальные вмешательства, в том числе направленные на медицинскую профилактику употребления ПАВ, когнитивно-поведенческая психотерапия, при наличии выраженных тревоги и депрессии – лечение в соответствии с настоящим клиническим протоколом. Антипсихотики второго поколения могут назначаться в минимальной дозе при нарастании продуктивной симптоматики, если симптомы напрямую ассоциированы с риском самоповреждения или агрессии.

33. Рекомендуемая продолжительность лечения антипсихотиками после первого психотического эпизода составляет 2–5 лет, после повторных психотических эпизодов может быть неограниченно длительной. При условии стабильной ремиссии и восстановления социального функционирования пациента можно рассматривать возможность постепенной отмены антипсихотика через 12 месяцев.

Отмена антипсихотика должна быть постепенной, на протяжении нескольких недель.

Антипсихотик и его дозу необходимо подбирать и изменять так, чтобы постепенно уменьшать седативный и увеличивать стимулирующий эффект. В случае возобновления острых симптомов психоза дозу антипсихотика сразу же повышают до прежней дозы.

Проводится психообразовательная работа с пациентом и близкими родственниками, занятия по развитию социальных навыков, вовлечение пациента в группы самопомощи, поведенческие, когнитивные и психодинамические методы психотерапии.

Психосоциальная реабилитация строится в зависимости от тяжести заболевания, качества ремиссии и уровня социальной адаптации – терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, занятия по развитию и тренировке социальных навыков проводятся в отделениях медицинской реабилитации, трудовая терапия может проводиться в условиях лечебно-производственных мастерских, специальных цехов.

34. Параноидная шизофрения (F20.0 по МКБ-10); Гебефреническая шизофрения (F20.1 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола;

При несоблюдении пациентом режима приема ЛС целесообразно использование антипсихотиков пролонгированного действия.

35. Кататоническая шизофрения (F20.2 по МКБ-10):

лечение:

антипсихотики при кататонии не показаны, так как они могут усугублять явления кататонии и быть причиной ЗНС.

Рекомендовано назначение анксиолитиков группы бензодиазепинов (диазепам 10 мг каждые 8 часов) на протяжении нескольких дней. При недостаточном эффекте и при необходимости быстрой редукции симптомов показано проведение ЭСТ.

Лечение злокачественной кататонии должно осуществляться в отделении реанимации и интенсивной терапии с мониторингом жизненно важных соматических и лабораторных показателей.

Методом лечения первого выбора является ЭСТ и анксиолитики группы бензодиазепинов (диазепам). При кататонии также возможно назначение противопаркинсонических ЛС (амантадин или тригексифенидил). В случае незлокачественной кататонической шизофрении при необходимости назначения антипсихотиков следует применять антипсихотики второго поколения с низким риском развития ЭПР (клозапин, оланзапин).

36. Недифференцированная шизофрения (F20.3 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола;

при продолжении лечения в амбулаторных условиях в связи с несоблюдением регулярного приема пероральных антипсихотиков целесообразно использование антипсихотиков пролонгированного действия.

37. Постшизофреническая депрессия (F20.4 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола;

необходимо к антипсихотику дополнительное назначение антидепрессанта, преимущественно из группы СИОЗС или селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина.

Применение трициклических или гетероциклических антидепрессантов считается малоэффективным.

В некоторых случаях улучшению психического состояния способствует смена типичного антипсихотика на другой типичный антипсихотик или назначение атипичного антипсихотика.

Постшизофреническая депрессия может быть связана с наличием экстрапирамидных эффектов антипсихотиков (акинетическая депрессия, акатизия с дисфорией, дисфория без акатизии). В этих случаях является снижение дозы типичного антипсихотика. Если снижение дозы не привело к улучшению состояния, необходимо назначение корректоров (более эффективны при акинетических симптомах) или анксиолитических ЛС из группы бензодиазепинов (эффективны при акатизии), а также бета-блокаторов, или замена типичного антипсихотика на атипичный.

В связи с возрастанием опасности суицида необходимо постоянное медицинское наблюдение, а при лечении в амбулаторных условиях – работа с супругом и близкими родственниками.

При постшизофренической депрессии возрастает важность когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинга социальных навыков, психообразовательной работы с пациентом и его супругом, близкими родственниками.

38. Остаточная шизофрения (F20.5 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–32 настоящего клинического протокола.

При преобладании негативной симптоматики чаще используются антипсихотики парциальные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол, карипразин), другие атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, кветиапин) или депо-антипсихотики в невысоких дозах в виде монотерапии.

Из психотерапевтических и психосоциальных вмешательств наиболее значимы тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

39. Простой тип шизофрении (F20.6 по МКБ-10):

лечение:

атипичные антипсихотики (арипразол, карипразин, рисперидон, оланзапин, кветиапин) либо традиционные антипсихотики в малых дозах. При несоблюдении регулярного приема пероральных антипсихотиков возможно назначение инъекционных депо-форм.

Формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Из психотерапевтических и психосоциальных вмешательств наиболее значимы тренинг социальных навыков, поведенческая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

40. Другой тип шизофрении (F20.8 по МКБ-10):

лечение:

главным методом лечения, является применение антипсихотиков.

Особенностями оказания медицинской помощи с применением фармакотерапии являются более медленное повышение доз ЛС, повышенное внимание к появлению нежелательных реакций, соблюдение возрастных пределов дозировок, следование принципу монотерапии, повышенная осторожность при использовании антипсихотиков-депо.

К числу антипсихотиков, разрешенных к использованию в детской психиатрической практике, относятся хлорпромазин, галоперидол, перициазин, сульпирид, рисперидон.

При необходимости лечение антипсихотиком может дополняться приемом антидепрессантов, анксиолитиков или ЛС с нормотимической активностью (соли лития, вальпроевая кислота, карбамазепин) в возрастных дозировках.

Психотерапия и психосоциальная реабилитация:

терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, тренинг социальных и коммуникативных навыков, психотерапия игровая, поведенческая, семейное консультирование, психообразовательная работа с семьей.

41. Шизотипическое расстройство (F21 по МКБ-10):

лечение, как правило, проводится в амбулаторных условиях.

В стационарных условиях и в условиях отделения дневного пребывания – для пациентов с впервые установленным диагнозом для подбора лечения, либо в случаях грубо нарушенной социальной адаптации;

выбор ЛС зависит от преобладающей на это время психопатологической симптоматики. В части случаев необходим прием антипсихотиков в невысоких дозах, однако он не носит столь постоянного и обязательного характера. Показаны атипичные антипсихотики либо антипсихотики-депо в невысоких дозах, всегда в форме монотерапии. При наличии колебаний настроения, тревоги, неврозоподобной симптоматики – антидепрессанты и анксиолитики. Формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Психосоциальная реабилитация и психотерапия:

терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, тренинг социальных и коммуникативных навыков, когнитивно-поведенческая и психодинамическая психотерапия, психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками.

42. Хронические бредовые расстройства (F22 по МКБ-10):

лечение:

длительное использование типичных антипсихотиков (галоперидол, трифлуоперазин) либо атипичных антипсихотиков (рисперидон, оланзапин, кветиапин и других).

Формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

Психообразовательная работа с пациентом и его близкими родственниками, терапия занятостью, творческим самовыражением, тренинг когнитивных функций, занятия по развитию и тренировке социальных и коммуникативных навыков.

43. Острые и преходящие психотические расстройства (F23 по МКБ-10) включают: F23.0 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении; F23.1 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении; F23.2 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство; F23.8 Другие острые и преходящие психотические расстройства.

Оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 22–26 настоящего клинического протокола.

44. Индуцированное бредовое расстройство (F24 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи выполняется вначале, как правило, в стационарных условиях на протяжении 2–3 месяцев, в связи с необходимостью разъединения пациента с индуктором, в условиях отделения дневного пребывания и в амбулаторных условиях – при условии разъединения пациента с индуктором;

при возможности – лечение индуктора;

рекомендовано применение антипсихотиков в малых и средних дозах;

формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пункте 23–25 настоящего клинического протокола.

45. Шизоаффективные расстройства (F25 по МКБ-10):

Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.0 по МКБ-10):

лечение:

выбор ЛС проводится в зависимости от выраженности галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики и аффективных нарушений;

при значительной выраженности и преобладании симптомов галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики используют антипсихотики, атипичные и типичные ЛС, указанные в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола;

при маниакальном аффекте прием антипсихотика сочетают с приемом ЛС с нормотимической активностью, чаще – солей лития (600–900 мг до 1200–1500 мг/сутки) так, чтобы концентрация лития в плазме крови составила от 0,7 до 1 ммоль/л;

при плохой переносимости солей лития, наличии противопоказаний к их приему либо отсутствию эффекта от их применения используют карбамазепин в дозах 800–1200 мг/сутки либо вальпроевую кислоту в дозе 600–1200 мг/сутки с контролем концентрации в плазме крови;

в случаях высокой частоты приступов заболевания, при быстрой смене расстройств аффекта – от мании к депрессии и наоборот («быстрая цикличность»), в качестве ЛС с нормотимической активностью следует незамедлительно использовать карбамазепин либо вальпроевую кислоту;

при отсутствии эффекта от приема карбоната лития в течение года следует перейти на поддерживающее лечение карбамазепином или вальпроевой кислотой. На этапе поддерживающего лечения дозы карбамазепина составляют от 600 до 1000 мг, вальпроевой кислоты – от 600 до 1200 мг/сутки. Для наступления профилактического эффекта при этом необходимо как минимум 3–4 месяца непрерывного приема;

в случае использования в лечении солей лития необходимо контролировать концентрацию лития в плазме крови. Концентрация лития должна определяться в первые полгода – не реже 1 раза в 2 месяца, в последующем – не реже 1 раза в 4–6 месяцев. При изменении дозы лития необходимо вновь проверить концентрацию через неделю;

в некоторых резистентных случаях возможно одновременное начало приема с профилактической целью карбамазепина и карбоната лития, при этом концентрация последнего в плазме крови не должна превышать 0,4–0,5 ммоль/литр. Одновременное использование карбамазепина и вальпроевой кислоты не рекомендуется;

при отсутствии терапевтического эффекта возможно проведение сеансов ЭСТ;

Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип (F25.1 по МКБ-10):

лечение:

выбор ЛС проводится в зависимости от выраженности галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики, аффективных нарушений;

при значительной выраженности и преобладании галлюцинаторно-бредовой, кататонической симптоматики используют антипсихотик, предпочтительно атипичный (например, кветиапин);

при депрессивном аффекте прием антипсихотика сочетают с приемом одного из антидепрессантов в средней или высокой дозе: трициклического антидепрессанта (амитриптилин, кломипрамин, тианептин и других), либо группы СИОЗС (флувоксамин, сертралин, эсциталопрам, флуоксетин). Возможно также использование ЛС с нормотимическим эффектом;

при отсутствии терапевтического эффекта возможно проведение сеансов ЭСТ;

Шизоаффективное расстройство, смешанный тип (F25.2 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–22 настоящего клинического протокола;

лечение: формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

46. Другие неорганические психотические расстройства (F28 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–22 настоящего клинического протокола;

лечение: формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.

47. Неорганический психоз неуточненный (F29 по МКБ-10):

оказание медицинской помощи проводится согласно пунктам 21–22 настоящего клинического протокола;

лечение: формы выпуска, дозировки ЛС указаны в пунктах 23–25 настоящего клинического протокола.



Приложение  
к клиническому протоколу  
«Оказание медицинской помощи  
пациентам с шизофренией, шизотипическими  
и бредовыми расстройствами  
(взрослое и детское население)»

## **ПЕРЕЧЕНЬ**

### **структурированных оценочных шкал и методик психологической диагностики, используемых в диагностике шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств**

«Заучивание 10 слов» А.Р.Лурия;  
«Кратковременная память на числа»;  
«Пиктограммы» (С.В.Логинова, С.Я.Рубинштейн);  
воспроизведение рассказов (под ред. Е.Ю.Балашовой, М.С.Ковязиной);  
шкала памяти Д.Векслера;  
«Запоминание серий слов» А.Р.Лурия;  
запоминание фраз (А.П.Бизюк);  
запоминание бессмысленных слов (Г.Эббингауз);  
«Непроизвольное запоминание» (А.П.Бизюк);  
двойной тест для оценки оперативной памяти (Л.С.Мучник, В.М.Смирнов);  
тест зрительной ретенции Бентона;  
методика опосредованного запоминания по А.Н.Леонтьеву;  
методика «Таблицы Шульте»;  
корректирующая проба (Б.Бурдон);  
методика «Счет по Э.Крепелину»;  
методика «Красно-черные таблицы» Шульте-Горбова;  
тест «Цвет-слово» (Дж.Р.Струп);  
лабиринты Х.Хекхаузена;  
оценка объема зрительного внимания (А.П.Бизюк);  
методика исследования избирательности внимания (Д.Кюсси);  
методика «Отсчитывание» (Э.Крепелин).  
методика диагностики ассоциативного процесса «Пиктограммы» С.В.Логинова,  
С.Я.Рубинштейн, Л.С.Выготский, В.Г.Херсонский;  
методика «Классификация предметов» (К.Гольштейн, Л.С.Выготский,  
Б.В.Зейгарник);  
методика «Исключение четвертого лишнего» (Т.Д.Марциновская);  
методика «Сравнение понятий» (Л.С.Выготского, Л.С.Сахарова);  
методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз» (Б.В.Зейгарник);  
стандартизированная методика «Дискриминация свойств понятий» (В.В.Плотников,  
Е.Е.Татаренко);  
методика «Классификация понятий»;  
методика «Ассоциативный эксперимент»;  
методика «Называние 60 слов»;  
методика «Сходство и различия понятий»;  
методика «Существенные признаки»;  
методика «Простые и сложные аналогии»;  
методика «Установление последовательности событий»;  
методика «Несравнимые понятия» (Л.С.Павловская);  
методика «Сравнение пословиц» (Б.В.Зейгарник);  
методика «Заполнение пропущенных в тексте слов» (Г.Эббингауз);  
методика «Исследование вербального мышления» (И.Шванцар);  
опросник личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина;  
шкала для самооценки тревоги Цунга;  
личностная шкала проявлений тревоги (J. Teylog), адаптирована Т.А.Немчиным;

опросник исследования тревожности (у старших подростков и юношей, А.Д.Андреева);  
многомерная оценка детской тревожности» (у детей и подростков). Е.Е.Малкова, НИПНИ им. Бехтерева;  
методика «Дифференциальная диагностика депрессивных состояний» (В.Жмуров);  
методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В.Зунга (адаптация Т.И.Балашовой);  
опросник депрессивных состояний (И.Г.Беспалько, Л.И.Вассерман), для дифференциального различия невротической и эндогенной депрессии (мужской и женский варианты);  
методика подростковой депрессивности CDI, адаптация и стандартизация А.П.Белова, С.Б.Малых, Е.З.Сабинова, М.М.Лобаскова;  
шкала депрессии Т.Бека (взрослый и подростковый вариант);  
шкала суицидальных намерений SSI (Т.Бек, М.Коувэкс) и ее модификация MSSSI;  
шкала суицидальных интенций;  
шкала безнадежности Т.Бека;  
опросник суицидального риска А.Г.Шмелева;  
методика определения степени риска совершения суицида (И.А.Погодин);  
диагностика «СР-45» П.И.Юнацкевича;  
суицидальная мотивация (Ю.Р.Вагин);  
противосуицидальная мотивация (Ю.Р.Вагин);  
тест «Оценка агрессивности в отношениях» А.Ассингера;  
опросник уровня агрессивности Басса-Перри (адаптация С.Н.Ениколоповым, Н.П.Цибульским);  
опросник уровня агрессивности Басса-Дарки (взрослый и подростковый варианты);  
опросник для исследования уровня импульсивности В.А.Лосенкова;  
диагностика враждебности по шкале Кука-Медлей;  
опросник агрессивности (Л.Г.Почебут);  
метод портретных выборов Сонди (адаптация С.Н.Собчик);  
цветовой тест Люшера (адаптация С.Н.Собчик);  
методика фрустрации Розенцвейга;  
метод «Незаконченные предложения» (апробирована Г.Г.Румянцевым);  
рисованный апперцептивный тест;  
ассоциативный рисуночный тест (Ю.Н.Кудряхов и В.П.Голубев);  
метод аутоидентификации и идентификации по словесным характерологическим портретам (Э.Г.Эйдемиллер на основе патохарактерологического диагностического опросника А.Е.Личко);  
методика «Дом-Дерево-Человек» (Дж.Бук);  
методика «Нарисуй человека» К.Маховер;  
методика «Несуществующее животное» (М.З.Друкаревич);  
Я – структурный тест Аммона;  
опросник мотивации А.Мехрабиана;  
опросник мотивации достижения Ю.М.Орлова;  
шкала оценки мотивации достижения;  
опросник А.А.Реана (Мотивация успеха и боязнь неудачи);  
опросник терминальных ценностей;  
методика диагностики степени удовлетворенности основных потребностей.