

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СТАНДАРТ ПО
НОЗОЛОГИИ Преимущественно навязчивые мысли или
размышления



«УТВЕРЖДАЮ»
Директор РСНПМЦПЗ
З.Ш.Ашуров

« » 202 год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ ПО НОЗОЛОГИИ
«ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО»

ТАШКЕНТ 2025

ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

СПЕЦИАЛИСТЫ ВОВЛЕКАЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Кодирование по МКБ 10/11	Наименование нозологии:	Специалисты, занимающиеся амбулаторной диагностикой по данной нозологии		Специалисты, занимающиеся диагностикой и лечением данной нозологии в условиях стационара	
		Основной контролирующий специалист	Дополнительные специалисты	Основной контролирующий специалист	Дополнительные специалисты
F42.0	Преимущественно навязчивые мысли или размышления	Психиатр Семейный врач	Медицинский психолог Невролог Терапевт	Психиатр	Медицинский психолог Невролог Нейрохирург Эндокринолог Офтальмолог Гинеколог
F42.1	Преимущественно компульсивное действие [навязчивые ритуалы]				
F42.2	Смешанные навязчивые мысли и действия				
F42.8	Другие обсессивно-компульсивные расстройства				
F42.9	Обсессивно-компульсивное расстройство неуточненное				
6B2Z	Обсессивно-компульсивные или сходные расстройства, неуточненные				
6B2Y	Другие уточненные обсессивно-компульсивные или сходные расстройства				
6B20.1	Обсессивно-компульсивное расстройство со снижением или отсутствием критики				
6B20.0	Обсессивно-компульсивное расстройство с удовлетворительной или сохранной критикой				

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ДИАГНОСТИКЕ, ЛЕЧЕНИЮ, РЕАБИЛИТАЦИИ И ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Диагностические мероприятия	Наименование медицинских услуг	Виды и степень медицинской помощи					Минимальное количество Медицинских услуг и обследований	Срок лечения
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
		СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Основной специалист (врач) консультант	Медицинское обследование (выявление факторов риска) рекомендуется оценить риск развития самоповреждающего и суицидального поведения	+	+	+	+	+	Не менее одного раза	
	Жалобы и анамнез (анамнез болезни и жизни)		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	Объективное обследование выявление факторов Трудности в мышлении: -непроизвольные навязчивые мысли - аффективно окрашенные воспоминания - выполнение ритуалов - чувство «незавершенности» действий - ограничение своих социальных активностей - понимание болезненности своих переживаний		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	Физикальное и клиническое		+	+	+	+	Не менее	

	обследование						одного раза	
--	--------------	--	--	--	--	--	-------------	--

Примечание:

Дополнительный специалист (врач) консультант	1. Медицинский психолог психолог		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	2. Невролог		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	3. Нейрохирург			+	+	+	По показаниям	
	4. Эндокринолог			+	+	+	По показаниям	
	5. Педиатр			+	+	+	По показаниям	
	6. Офтальмолог			+	+	+	По показаниям	
	7. Гинеколог			+	+	+	По показаниям	
	8. Семейный врач		+				Не менее одного раза	

Примечание: в случае наличия у пациента дополнительных других или сопутствующих заболеваний по показаниям ему необходимо пройти обследование у других соответствующих специалистов узкого профиля, перечисленных в Национальном клиническом протоколе; при выявлении осложнений, а также в случаях, когда показано оперативное вмешательство, проводится срочная консультация хирурга в зависимости от состояния больного направляют на стационарное лечение.

Основные лабораторные исследования	1. Общий (клинический) анализ крови.		+	+	+	+	Не менее одного раза		
	2. Общий (клинический) анализ мочи.		+	+	+	+	Не менее одного раза		
	Общий белок; билирубин общий; (билирубин связанный; билирубин свободный) Аланин-аминотрансфераза Аспартат-аминотрансфераза			+	+	+	+	Не менее одного раза	
				+	+	+	+	Не менее одного раза	
				+	+	+	+	Не менее одного раза	
				+	+	+	+	Не менее одного раза	

	3. Определение уровня сахара в крови.		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	4. Исследование крови на ВИЧ*		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	5. 6. Исследование крови на RW		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	6. 7. Анализ мазка из зева и носа на дифтерийную палочку		+	+	+	+	По показаниям	
	7. 8. Фосфатаза щелочная; тимоловая проба.**		+	+	+	+	По показаниям	
	8. 9. Протромбиновый индекс**		+	+	+	+	По показаниям	

Примечание:

* Если ранее не проводилась.

** В дебюте заболевания (в случае если ранее не было проведено)

Дополнительные лабораторные исследования	1. выявление бета-амилоидных фагоцитарных моноцитов				+	+	По показаниям	-
	2. исследование скорости оседания эритроцитов				+	+	По показаниям	-
	3. исследования креатинина сыворотки				+	+	По показаниям	-
	4. исследование количества гормонов щитовидной железы в крови				+	+	По показаниям	-
	5. исследование уровня свободного трийодтиронина в крови				+	+	По показаниям	-
	6. исследование уровня липопротеинов в крови				+	+	По показаниям	-
	7. анализ крови на холестерин				+	+	По показаниям	-
	8. анализ крови на триглицериды				+	+	По показаниям	-

	9. исследование холестерина липопротеинов высокой плотности в крови				+	+	По показаниям	-
	10. тест на холестерин липопротеинов низкой плотности				+	+	По показаниям	-

Примечание: дополнительные лабораторных исследований по показателям

Основные инструментальные исследования	1. электрокардиография (ЭКГ)		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	2. электроэнцефалография (ЭЭГ)		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	3. измерение артериального давления		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	4. измерение окружности талии, определение индекса массы тела		+	+	+	+	Не менее одного раза	
	5. Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йела – Брауна.		+	+	+	+	Не менее одного раза	

Примечание: при показаниях

Примечание: в случае выявления у пациента дополнительных других или сопутствующих заболеваний ему необходимо пройти обследование у специалистов других соответствующих узких областей, перечисленных в Национальных клинических протоколах, в соответствии с инструкциями

Дополнительные инструментальные исследования	1. магнитно-резонансная томография (МРТ) (предпочтительно)/компьютерная томография (КТ)							
-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Примечание: инструментальные диагностические исследования проводит лечащий врач.

При наличии показаний к лечению в медицинском учреждении другого уровня оно направляется вместе с копиями проведенного обследования.

Повторное инструментальное диагностическое обследование проводится только по показанию профильного специалиста или в процессе стационарного лечения.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Лечебные мероприятия (основные)		Виды и степень скорой и экстренной медицинской помощи					Средняя суточная доза	Курсовая доза
		Амбулаторная помощь		Стационарная помощь				
		СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения		
Название Лекарственных средств (международное непатентованное)	Дозировка и способ применения препарата							
флуоксетин	20 мг/сут, терапевтическая и поддерживающая - 20-60 мг/сут, максимальная – 120 мг/сут. При необходимости доза может быть разделена на утренний и вечерний приемы,		+	+	+	+	20-60 мг/сут	
эсциталопрам	10 мг/сут, максимальная – 60 мг/сут. Применение доз более 20-30 мг/сут изучено плохо		+	+	+	+	10 мг/сут	
флувоксамин	50 мг/сут на ночь, диапазон терапевтических доз – 100-300 мг/сут. Дозу наращивают постепенно на 50 мг/сут через каждые 4-7 дней в зависимости от переносимости. Максимальная доза может достигать 450 мг/сут. Доза делится на утренний и вечерний прием, большая доза назначается на ночь.		+	+	+	+	50 мг/сут	
пароксетин	20 мг/сут, диапазон терапевтической и поддерживающей дозы – 20-60 мг/сут; применение больших доз изучено плохо, но максимальная доза может достигать 100 мг/сут. Дозу принимают один раз в день и повышают с интервалом по 10		+	+	+	+	20 мг/сут	

	мг в неделю до достижения клинического эффекта.							
Сертралин	50 мг один раз в день, терапевтический интервал доз – 50-200 мг один раз в день. Применение более высоких доз изучено плохо, максимальная доза – 400 мг/сут. Дозу наращивают по 50 мг еженедельно.		+	+	+	+	50 мг/сут	
циталопрам	20 мг циталопрама в сутки. В зависимости от индивидуальной реакции пациента и тяжести депрессии доза может быть увеличена до максимальной - 40 мг в сутки.		+	+	+	+	20 мг/сут	
Кломипрамин*	внутри взрослым - по 25-50 мг 2-3 раза/сут; детям в зависимости от возраста - 25-50 мг/сут. Взрослым в/м 25-100 мг/сут, в/в капельно 50-75 мг 1 раз/сут. <i>Максимальные дозы:</i> при приеме внутри взрослым амбулаторно - 250 мг/сут, в условиях стационара - 300 мг/сут; детям старше 10 лет - 3 мг/кг/сут, но не более 200 мг/сут.		+	+	+	+	75-150 мг/сут	
венлафаксина	Начальная доз обычно составляет 75 мг/сут, хотя у чувствительных пациентов лечение можно начать и с дозы 37,5 мг/сут; диапазон терапевтической и поддерживающей дозы – 75-		+	+	+	+	75- 225 мг/сут	

	225 мг/сут, максимальная доза в тяжелых случаях может 375 мг/сут. Препарат немедленного высвобождения назначают 2-3 раза в день, препарат замедленного высвобождения – один раз в день. Дозу повышают с интервалом в 4-7 дней по 75 мг до достижения клинического эффекта							
дулоксетин	30 мг/сут, разделенная на два приема, терапевтическая доза – 60 мг/сут. Хотя повышение дозы можно проводить ежедневно по 30 мг, некоторым больным требуется более плавное повышение дозы (30 мг 1 раз в неделю). Максимальная доза составляет 120 мг/сут		+	+	+	+	30 мг/сут	
милнаципран	300 мг/сут (по 100 мг 3 раза в день).		+	+	+	+	300 мг/сут	
галоперидол	2 мг/сут первые 3 дня, далее, в зависимости от реакции пациента на лечение, дозу постепенно увеличивают на 2 мг/сут каждые три дня до 10 мг/сут и распределяют на 2-3 приема		+	+	+	+	10 мг/сут и распределяют на 2-3 приема	
Рisperидон	0,5-1 мг/сут, далее, в зависимости от переносимости, дозу постепенно увеличивают на 0,5-1 мг в день, в большинстве случаев до 2-4 мг/сут и распределяют на 2 приема		+	+	+	+	2-4 мг/сут и распределяют на 2 приема	

арипипразол	5 мг/сут каждый день, дозу постепенно (один раз в 2 недели) увеличивают на 5 мг до достижения максимальной – 20 мг/сут.		+	+	+	+	5 мг/сут	
Кветиапин	25 мг/сут. При хорошей переносимости в дозу повышают еженедельно на 25 мг/сут до терапевтической дозы в 200 мг/сут. Доза обычно распределяется на 2-3 приема в день.		+	+	+	+	25 мг/сут	
Оланзапин	5 мг/сут, дозу в зависимости от эффекта еженедельно увеличивают на 5 мг до 10-15 мг один раз в день. максимальная доза – 20 мг/сут		+	+	+	+	25 мг/сут	
палиперидон	3 мг/сут, далее, в зависимости от переносимости, дозу постепенно увеличивают на 3 мг в день с интервалом в 5 дней. максимальная изученная доза – 9 мг/сут.		+	+	+	+	3 мг/сут	
амисульприд	200 мг/сут один раз в день, терапевтическая доза составляет 200-600 мг/сут. максимальная изученная доза – 600 мг/сут.		+	+	+	+	200 мг/сут	
топирамат	25 мг/сут один раз в день, терапевтическая доза - 100-200 мг/сут. Титрацию дозы проводят еженедельно по 50 мг. максимальная доза – 400 мг/сут		+	+	+	+	25 мг/сут	Минимальный курс терапии составляет 12 недель
ламотриджин	25 мг/сут один раз в день в течение 2 недель, в течение 3-й и 4-й недели доза		+	+	+	+	25 мг/сут	

	составляет 50 мг/сут, на 5-й неделе – 100 мг один раз в день, начиная с 6-й недели дозу можно увеличить до 200 мг в день. максимальная доза – 400 мг/сут.							
Габапентин	300 мг один раз в первый день лечения день, 300 мг два раза в день на второй день и 300 мг 3 раза в день на третий день, терапевтическая доза - 300-600 мг/сут в 2 приема во время еды. максимальная изученная доза – 600 мг/сут.		+	+	+	+	300 мг	
миртазапин	15 мг один раз на ночь, терапевтическая доза – 30-45 мг/сут, увеличение дозы на 15-30 мг проводят постепенно через 1-2 недели терапии. Максимальная изученная доза – 60 мг/сут.		+	+	+	+	15 мг один раз на ночь	
Ондансетрон	1 мг/сут, терапевтическая доза - 2-8 мг/сут один раз в день.		+	+	+	+	1 мг/сут	
Гранисетрон	2 мг/сут один раз в день Максимальная доза - 9 мг/сут.		+	+	+	+	2 мг/сут	
Ацетилцистеин	600-3000 мг/сут три раза в день. Максимальная доза – 3000 мг/сут		+	+	+	+	600-3000 мг/сут	
Мемантин	5 мг/сут, при хорошей переносимости дозу постепенно повышают на 5 мг еженедельно, терапевтическая доза - 20 мг/сут два раза в день.		+	+	+	+	5 мг/сут	

	максимальная доза – 16 мг/сут							
--	----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Примечание: * препарат не зарегистрирован
Психотерапия (когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ERT)
Немедикаментозные методы: Глубокая стимуляция мозга (ГСМ), Транскраниальная магнитная стимуляция, Электросудорожную терапию (ЭСТ)

(ЛЕЧЕБНАЯ ПИТАНИЕ/ДИЕТА)

Режим питания	Виды и степень плановой медицинской помощи				
	Амбулаторная помощь		Стационарная помощь		
	СВП/СП	ЦМП	Районная (городская) больница	Областные медицинские учреждения	Республиканские медицинские учреждения
Диетический стол и его продолжительность					
Стол №15			+	+	+

Примечание:

В зависимости от сопутствующих патологий, диетический стол может измениться (например, при сахарном диабете стол №9 и.т.д.)

(ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ)**(ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ЗДОРОВОГО КОНТИНГЕНТА/ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНОЙ (ГО) ПОД "Д" НАБЛЮДЕНИЕМ)**

Диспансерные мероприятия	Наименование медицинских услуг	СВП/СП	ЦМП	Минимальное количество мероприятий	Длительность диспансерного наблюдения
Консультация специалиста	1. Клинический и физикальный осмотр врача		+	регулярно	
	2. Поддерживающая терапия		+	регулярно	

Примечание: Основной специалист - психиатр, дополнительные специалисты - семейный врач, невропатолог,

Лабораторные исследования	1. ОАК		+	регулярно	
	– коморбидные психические расстройства (расстройство личности, депрессия, расстройство шизофренического спектра и др.); – неблагоприятные социальные и семейные условия (отсутствие		+	регулярно	

	<p>поддерживающего окружения, одиночество);</p> <ul style="list-style-type: none"> – неблагоприятные факторы, связанные с образом жизни (стрессовые ситуации, гиподинамия, отсутствие здорового режима труда и отдыха, надлежащего режима «сон-бодрствование»); – низкая комплаентность (плохая приверженность лечению); – сопутствующее злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами (в частности, психостимуляторами и производными бензодиазепина); – применение АПП, за исключением небольших доз галоперидола. Экстрапирамидные нарушения, возникающие при приеме антипсихотических препаратов с выраженным антагонизмом к дофаминовым рецепторам, могут усиливать компульсии (моторные навязчивости); – необоснованное применение нескольких препаратов, усиливающих серотонинергическую активность (ИМАО-А в сочетании с кломипрамином, СИОЗС или СИОЗСН) может увеличивать риск 				
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

	<p>развития серотонинового синдрома;</p> <p>– необоснованное сокращение сроков противорецидивной терапии может приводить к обострению симптоматики.</p>				
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Примечание: комплекс лабораторных исследований по показателям

Инструментальные исследования	1. Дименсиональные методы исследования		+	регулярно	

Примечание:

(ПЕРВИЧНАЯ, ВТОРИЧНАЯ И ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА/СКРИНИНГ)

Профилактические меры	Название медицинской услуги	СВП/СП	ЦМП	Минимальное количество мероприятий	Срок реабилитации
Консультация специалиста (врача)	Подобный скрининг на предмет наличия ОКР также рекомендуется проводить у пациентов дерматологических клиник, у которых повреждения кожного покрова могут сопровождать или быть вторичны по отношению к психическому расстройству.	+	+	регулярно	
	Если у пациента было диагностировано ОКР, рекомендуется оценить риск развития самоповреждающего и суицидального поведения, особенно если имеются симптомы депрессии. При оценке этих рисков, а также риска агрессии рекомендуется учитывать влияние компульсий на поведение пациента и его окружения, наряду с коморбидными расстройствами и психосоциальными факторами. Рекомендуется исключение сопутствующей соматической и психической патологии и других факторов риска.	+	+	регулярно	
	При наличии парасуицидальных и суициальных мыслей или действий рекомендуется активное диспансерное наблюдение.	+	+	регулярно	
	Медицинское обследование	+	+	регулярно	

	(выявление факторов риска)				
	Рекомендации по устранению факторов риска	+	+	регулярно	

Примечание:

(РЕАБИЛИТАЦИЯ)

Виды реабилитации	Наименование медицинских услуг	В домашних условиях	СВП/СП/ЦМП	В условиях стационара	Минимальное количество мероприятий	Срок реабилитации
Консультация специалиста (врача)	Системный мониторинг и коррекция поддерживающей терапии врачом психиатром (при необходимости)		+	+	регулярно	
	Психотерапия: Первичная когнитивно-поведенческая терапия, КПТ; экспозиционная терапия, ERT Вторичная: экзистенциально-гуманистическая терапия, семейное клинико-психологическое консультирование, кратковременное клинико-психологическое консультирование, терапия средой и др.		+	+	регулярно	
	меры социальной реабилитации	+	+	+	регулярно	

	<p>меры социальной реабилитации(медико-социальная служба)</p> <ul style="list-style-type: none"> · образование с возможностью инклюзивности ; - психиатрическое просвещение, в том числе обучение тому, как управлять болезненными симптомами - реализация увлечений и досуга, духовных потребностей. · образовательные программы по психиатрии для пациентов; · образовательные программы по психиатрии для родственников больных; · тренинги по выработке навыков ежедневной независимой жизни –обучение приготовлению пищи, посещению магазинов, составлению семейного бюджета, ведению домашнего хозяйства, пользованию транспортом и др.; · тренинги по развитию социальных навыков – социально приемлемого и уверенного поведения, общения, решения повседневных проблем и т.п.; · тренинги по развитию навыков управления психическим состоянием; · группы само- и взаимопомощи пациентов и их родственников, общественные организации потребителей психиатрической помощи; · когнитивно-поведенческая терапия, направленная на улучшение памяти, внимания, речи, поведения; · семейная терапия, другие виды индивидуальной и групповой психотерапии 					

