Обсессивно-компульсивное расстройство

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F42, F42.0, F42.1, F42.2, F42.8, F42.9 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Обсессивно-компульсивное расстройство проявляется повторяющимися нежелательными мыслями, образами или побуждениями и/или ритуалами, которые вызывают дистресс и нарушают повседневную жизнь. Рекомендация описывает подтверждение диагноза, оценку суицидального риска, психотерапию, медикаментозное лечение и тактику при резистентности.

Главное

- Для ОКР характерны обсессии, компульсии или их сочетание; компульсии выполняются для уменьшения дистресса или предотвращения предполагаемого вреда, но не связаны с ним реалистично либо явно избыточны.
- Без лечения расстройство обычно приобретает хроническое течение; оно может существенно нарушать социальную и трудовую адаптацию, а ремиссия у взрослых без надлежащей терапии наблюдается примерно у 20%.
- Суицидальный риск при ОКР рекомендуется оценивать у всех пациентов, особенно при депрессии. УДД 2, УУР А.
- Шкала FLY-BOCS применяется как объективная исходная и динамическая оценка тяжести симптомов: 0–7 баллов — субклиническая выраженность, 8–15 — легкая, 16–23 — средняя, 24–31 — тяжелая, 32–40 — крайне тяжелая.
- Предпочтительны наименее ограничительные условия помощи — амбулаторные или дневной стационар; показаниями для госпитализации могут быть суицидальный риск, тяжелый дистресс, рефрактерность и выраженная социально-трудовая дезадаптация.
- Вторичная профилактика включает раннее начало лечения, соблюдение схемы психофармакотерапии и психотерапии, психообразование и регулярное диспансерное наблюдение.

Диагностика

1. Проверить критерии МКБ-10: обсессии и/или компульсии присутствуют в большинстве дней не менее 2 недель; симптомы воспринимаются как собственные, повторяются, неприятны, вызывают сопротивление и дистресс либо мешают социальной и индивидуальной деятельности.
2. Провести дифференциальную диагностику с тревожно-фобическими и связанными со стрессом расстройствами, депрессивным эпизодом, тиками, ананкастным расстройством личности, расстройствами пищевого поведения, расстройствами влечений, дисморфофобией и расстройствами шизофренического спектра.
3. На первичном приеме психиатра целенаправленно расспросить об обсессиях, ритуалах, избегании, времени их выполнения, нарушении функционирования и критике к симптомам; при необходимости получить сведения от близких. УДД 3, УУР С.
4. Оценить самоповреждающее и суицидальное поведение, особенно при депрессии, с учетом коморбидных расстройств и психосоциальных факторов; может применяться Колумбийская шкала суицидального риска. УДД 2, УУР А.
5. Выполнить физикальное обследование для исключения соматической патологии и выявления следов самоповреждений или повреждений, связанных с ритуалами. УДД 3, УУР С.
6. До начала терапии провести общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с указанными в рекомендации показателями; при госпитализации также исследовать маркеры ВИЧ, вирусных гепатитов B и C и сифилиса. Лабораторную оценку повторяют при динамическом наблюдении каждые 12 месяцев. УДД 5, УУР С.
7. Для оценки сопутствующей патологии выполнить ЭЭГ, ЭКГ и при подозрении на органическое расстройство или в рамках первичного обследования — МРТ головного мозга. УДД 3–4, УУР С.

Лечение

- Рекомендуется психотерапия, прежде всего КПТ и ERP, для реабилитации. УДД 5, УУР С.
- СИОЗС — препараты первой линии для всех пациентов с ОКР. Преимущества одного СИОЗС над другим не доказано; эффект может появляться через 2 недели, но обычно развивается позднее, чем при депрессии. Профилактическое лечение после назначения СИОЗС продолжают не менее 12 месяцев в максимальной эффективной дозе. УДД 1, УУР А.
- Примеры доз СИОЗС: флуоксетин начинают с 20 мг/сут, терапевтическая доза 20–60 мг/сут, максимум 120 мг/сут; флувоксамин — с 50 мг на ночь, обычно 100–300 мг/сут, максимум 450 мг/сут; сертралин — 50 мг/сут, терапевтический диапазон 50–200 мг/сут, максимум 400 мг/сут. Дозы повышают постепенно с учетом переносимости.
- При недостаточном эффекте СИОЗС препаратами второй линии могут быть кломипрамин, венлафаксин, дулоксетин или миртазапин. Кломипрамин начинают с 25 мг на ночь, затем постепенно повышают, обычно за 2 недели, до 100–150 мг/сут; при тяжелом ОКР максимум составляет 250 мг/сут.
- Терапевтическую резистентность оценивают после адекватного курса длительностью не менее 4–6 недель; недостаточным ответом считают снижение симптоматики по FLY-BOCS менее чем на 25–35%. После 8–12 недель монотерапии СИОЗС при сохраняющихся симптомах может рассматриваться аугментация.
- При рефрактерном ОКР к СИОЗС рекомендуется добавлять галоперидол, рисперидон или арипипразол. Начальные дозы: галоперидол 2 мг/сут с повышением до 10 мг/сут, рисперидон 0,5–1 мг/сут с повышением обычно до 2–4 мг/сут, арипипразол 5 мг/сут с постепенным повышением до терапевтических 10–15 мг/сут, максимум 20 мг/сут. УДД 1, УУР А.
- При резистентности возможно повышение доз СИОЗС до максимальных на 4–12 недель с тщательным контролем нежелательных явлений; сочетание кломипрамина с СИОЗС требует осторожности из-за риска серотонинового синдрома. В резистентных случаях также рекомендуется парентеральное введение кломипрамина. УДД 5, УУР С; УДД 2, УУР В.

Когда направить и как наблюдать

- Показаниями для госпитализации могут быть сопутствующая депрессия, тяжелый дистресс, суицидальные или парасуицидальные мысли, суицидальный риск, необходимость интенсивной терапии при рефрактерности или выраженная социально-трудовая дезадаптация.
- При оценке тяжести суицидальных идей 3 балла и выше свидетельствует о серьезном риске; 5 баллов или любые суицидальные действия означают крайне высокий риск и необходимость неотложных лечебных мероприятий и госпитализации.
- Если госпитализация не требуется, диспансерные приемы психиатра и психотерапевта проводят не реже одного раза в 3 месяца при отсутствии госпитализации в течение 3 лет; после госпитализации в течение 2 лет — не реже одного раза в 2 месяца, а в первый год — ежемесячно.
- После стационарного лечения выписка возможна при улучшении состояния, удовлетворительной переносимости новой схемы и отсутствии суицидального риска.

Частые вопросы

Как подтвердить диагноз ОКР?

Нужно выявить обсессии и/или компульсии в большинстве дней не менее 2 недель, их неприятность, безуспешное сопротивление, дистресс или нарушение функционирования. Затем исключают депрессию, расстройства шизофренического спектра, тики, тревожно-фобические расстройства и другие состояния с похожими симптомами.

Какая шкала используется для оценки тяжести ОКР?

Используют FLY-BOCS — для исходной оценки и наблюдения в динамике. Сумма 24–31 балл соответствует тяжелому ОКР, 32–40 — крайне тяжелому.

Какой препарат выбрать первым при ОКР?

Препаратами первой линии являются СИОЗС; убедительных данных о преимуществе конкретного СИОЗС нет. При недостаточной эффективности могут применяться кломипрамин, венлафаксин, дулоксетин или миртазапин как варианты второй линии.

Когда считать лечение ОКР недостаточно эффективным?

О недостаточном ответе говорят после адекватного по дозе и длительности курса не менее 4–6 недель, если снижение симптоматики по FLY-BOCS составляет менее 25–35%. При сохраняющейся резистентности после 8–12 недель монотерапии СИОЗС может рассматриваться аугментация.

Когда пациента с ОКР госпитализировать?

Показания включают суицидальный риск, суицидальные или парасуицидальные мысли, сопутствующую депрессию или тяжелый дистресс, выраженную социально-трудовую дезадаптацию и резистентность, требующую интенсивной терапии.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/650-obsessivno-kompulsivnoe-rasstrojstvo. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/650_2