ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
16 июня 2026 г. № 72

Об изменении постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 апреля 2023 г. № 53

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

1. Внести в клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (детское население)», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 апреля 2023 г. № 53, следующие изменения:

после абзаца четвертого дополнить пункт 3 абзацем следующего содержания:

«фармакорезистентное течение тикозного расстройства – отсутствие терапевтического эффекта от более 3-х ЛС, включая типичные и атипичные антипсихотические ЛС, примененные в адекватной дозе ≥ 6 месяцев;»;

после абзаца пятнадцатого дополнить подпункт 20.3 пункта 20 абзацами следующего содержания:

«вигабатрин (гранулы 500 мг, таблетки 500 мг) внутрь:

для детей с инфантильными спазмами НД 50 мг/кг/сут, суточную дозу необходимо титровать в течение 1 недели, МСД 150 мг/кг/сут;

для детей с резистентной парциальной эпилепсией в составе комплексной терапии – НД 40 мг/кг/сут, МСД для детей 10–15 кг – 0,5–1 г/сут, 15–30 кг – 1–1,5 г/сут, 30–50 кг – 1,5–3 г/сут, более 50 кг – 2–3 г/сут;

этосуксимид (капсулы 250 мг) внутрь:

для детей старше 6 лет с приступами пикнолептических абсансов, а также сложных и атипичных судорожных припадков, миоклонико-астатическими приступами, юношескими миоклоническими припадками – НД 5–10 мг/кг/сут, суточная доза может повышаться на 5мг/кг/сут с интервалом 4–7 дней до 20 мг/кг/сут, МСД 30 мг/кг/сут;

клобазам (таблетки 10 мг) внутрь:

для детей старше 3 лет при эпилепсии в качестве дополнительного препарата у пациентов, которым не помогло лечение одним или более противоэпилептическими препаратами – НД 5 мг/сутки, поддерживающая доза 0.3–1 мг/кг/сут;»;

после абзаца пятнадцатого дополнить подпункт 41.3 пункта 41 абзацами следующего содержания:

«вигабатрин (гранулы 500 мг, таблетки 500 мг) внутрь:

для детей с инфантильными спазмами НД 50 мг/кг/сут, суточную дозу необходимо титровать в течение 1 недели, МСД 150 мг/кг/сут;

для детей с резистентной парциальной эпилепсией в составе комплексной терапии – НД 40 мг/кг/сут, МСД для детей 10–15кг – 0,5–1 г/сут, 15–30 кг – 1–1,5 г/сут, 30–50 кг – 1,5–3 г/сут, более 50 кг – 2–3 г/сут;

этосуксимид (капсулы 250 мг) внутрь:

для детей старше 6 лет с приступами пикнолептических абсансов, а также сложных и атипичных судорожных припадков, миоклонико-астатическими приступами, юношескими миоклоническими припадками – НД 5–10 мг/кг/сут, суточная доза может повышаться на 5мг/кг/сут с интервалом 4–7 дней до 20 мг/кг/сут, МСД 30 мг/кг/сут;

клобазам (таблетки 10 мг) внутрь:

для детей старше 3 лет при эпилепсии в качестве дополнительного препарата у пациентов, которым не помогло лечение одним или более противоэпилептическими препаратами – НД 5 мг/сутки, поддерживающая доза 0.3–1 мг/кг/сут;»;

дополнить главу 2 пунктом 37^1 следующего содержания:

«37^1. Шифр по МКБ-10 и наименование заболевания: G25 Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения (G25.8 Другие уточненные экстрапирамидные и двигательные нарушения); G26 Экстрапирамидные и двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках (F95 Тики):

37^1.1. обязательные диагностические мероприятия: консультации врача-педиатра, врача-детского невролога;

37^1.2. дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям):

консультация врача-психиатра детского;

ОАК;

БИК (АСЛО, глюкоза, мочевая кислота, медь, церулоплазмин, СРБ, мочевина, креатинин, АсАТ, АлАТ, ГГТ, ферритин);

гормоны ЩЖ и АТ-ТПО;

ЭЭГ;

МРТ головного мозга;

анализ мочи на наркотики;

37^1.3. лечебные мероприятия:

лекарственная терапия назначается при наличии тиков, приводящих к социальной дезадаптации и вызывающих выраженный дискомфорт у пациента:

центральные антагонисты дофаминовых рецепторов:

антипсихотические ЛС:

арипипразол (таблетки 10 мг, 15 мг) с 6 лет НД 2–2,5 мг/сут, при весе $\leq$ 50 кг – терапевтическая доза 5 мг/сут, МСД 10 мг в 1–2 приема, при весе > 50 кг – терапевтическая доза 10 мг/сут, МСД 20 мг в 1–2 приема, интервал повышения дозы 7 дней;

рисперидон (таблетки 1 мг, 2 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл) с 5 лет НД 0,25 мг, при необходимости дозу увеличивают на 0,25 мг/сут не чаще, чем 1 раз в два дня, терапевтическая доза 0,25–3 мг/сут в 1–2 приема;

галоперидол (таблетки 1,5 мг, 5 мг) с 3 лет НД 0,5 мг/сут с постепенным увеличением на 0,5 мг каждые 5–7 дней. Терапевтическая доза составляет 0,05–0,075 мг/кг/сут в 2–3 приема, МСД – 3 мг;

сульпирид (капсулы 50 мг, 100 мг, 200 мг) с 6 лет – 5–15 мг/кг/сут в 2–3 приема;

оланзапин (таблетки 5 мг, 10 мг) с 10 лет при весе $\leq$ 40 кг: первые три дня 2,5 мг через день, далее – 4 дня 2,5 мг ежедневно, далее – 7 дней 5 мг ежедневно, далее – 5–20 мг ежедневно 1 раз в день; при весе > 40 кг: первые три дня 2,5 мг ежедневно, далее – 4 дня 5 мг ежедневно, далее – 7 дней 10 мг ежедневно, далее – 5–20 мг ежедневно 1 раз в день (при фармакорезистентном течении);

противорвотные препараты (используются при фармакорезистентном течении):

метоклопрамид** (таблетки 10 мг) с 6 лет НД 0,5 мг/кг/сут, МСД 40 мг в 2–3 приема, продолжительность приема до 8 недель;

бензодиазепиновый транквилизатор:

клоназепам (таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг, 2 мг) с 6 лет при весе $\leq$ 30 кг НД 0,01–0,02 мг/кг/сут, терапевтическая доза 0,1–0,2 мг/кг/сут в 2–3 приема; при весе > 30 кг НД 0,25 мг/сут на ночь, терапевтическая доза 0,1–0,2 мг/кг/сут в 2–3 приема, МСД 4 мг/сут;

противоэпилептические ЛС:

топирамат (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) НД 0,5–1 мг/кг/сут, терапевтическая доза 1–9 мг/кг/сут в 2 приема, МСД 200 мг/сут;

леветирацетам (таблетки 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг) до 12 лет НД 10–20 мг/кг/сут, терапевтическая доза 20–60 мг/сут, старше 12 лет НД 250–500 мг/сут, терапевтическая доза 250–3000 мг/сут в 2 приема;

миорелаксанты:

баклофен (таблетки 10 мг, 25 мг) НД 5 мг 3 раза в сутки. В случае необходимости дозу можно с осторожностью увеличивать каждые 3 дня на 5 мг до терапевтической (до 8 лет 10–40 мг/сут, старше 8 лет 10–60 мг/сут);

ботулинический токсин типа А** применяется при фармакорезистентных стойких фокальных тиках по решению врачебного консилиума (лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 300 ЕД, 500 ЕД), локальные внутримышечные инъекции в дозе от 50 до 250 ЕД, суммарная введенная доза не должна превышать 30 ед./кг массы тела, количество инъекций и доза на 1 инъекцию определяются клиническими показаниями; инъекции повторяют по необходимости для поддержания эффекта каждые 3–6 месяцев.

После назначения ЛС показан контрольный осмотр для оценки эффективности, переносимости и коррекции терапии через 1 месяц от начала приема стабильной дозы, далее – ежеквартально. ЛС считается эффективным при условии снижения количества и интенсивности тиков на 25–50 %. Решение о дальнейшем лечении и кратности медицинского наблюдения принимается индивидуально лечащим врачом;

вспомогательная терапия:

ноотропные ЛС:

гопантеновая кислота (таблетки 250 мг, 500 мг) с 3 лет разовая доза 250–500 мг, суточная доза для детей – 750 мг–3 г в 3–6 приемов, продолжительность лечения 1–4 месяца (максимально 6 месяцев), повторный курс не ранее, чем через 3–6 месяцев;

фенибут (порошок для приема внутрь 100 мг, 250 мг, 500 мг, капсулы 250 мг, 500 мг, таблетки 250 мг) детям от 3 до 8 лет 100–125 мг 2–3 раза в день, от 8 до 14 лет – по 200–250 мг 3 раза в день, старше 14 лет – 250–500 мг 3 раза в день, продолжительность лечения 4–6 недель;

витамины:

соли магния+пиридоксин в дозе 5–10 мг/кг/сут элементарного магния в 2–3 приема, продолжительность лечения 1 месяц;

немедикаментозное лечение:

поведенческая терапия тиков;

ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция.

При неэффективности поведенческой терапии и транскраниальной магнитной стимуляции, а также в случаях фармакорезистентного течения тикозного расстройства, сопровождающегося травматизирующими тиками (самоповреждающее поведение), проводится врачебный консилиум с участием врача-нейрохирурга, врача – детского невролога, врача-психиатра детского для решения вопроса о возможности проведения глубокой стимуляции мозга;

37^1.4. исходы заболевания:

ремиссия;

улучшение;

ухудшение;

стабилизация.»;

дополнить главу 3 пунктом 60 следующего содержания:

«60. Шифр по МКБ-10 и наименование заболевания: G25 Другие экстрапирамидные и двигательные нарушения (G25.8 Другие уточненные экстрапирамидные и двигательные нарушения); G26 Экстрапирамидные и двигательные нарушения при болезнях, классифицированных в других рубриках (F95 Тики):

60.1. обязательные диагностические мероприятия: консультация врача-педиатра, врача-детского невролога;

60.2. дополнительные диагностические мероприятия (по медицинским показаниям):

консультация врача-психиатра детского;

ОАК;

БИК (АСЛО, глюкоза, мочевая кислота, медь, церулоплазмин, СРБ, мочевина, креатинин, АсАТ, АлАТ, ГГТ, ферритин);

гормоны ЩЖ и АТ-ТПО;

ЭЭГ;

МРТ головного мозга;

анализ мочи на наркотики;

60.3. лечебные мероприятия:

лекарственная терапия назначается при наличии тиков, приводящих к социальной дезадаптации и вызывающих выраженный дискомфорт у пациента:

центральные антагонисты дофаминовых рецепторов:

антипсихотические ЛС:

арипипразол (таблетки 10 мг, 15 мг) с 6 лет НД 2–2,5 мг/сут, при весе ≤ 50 кг – терапевтическая доза 5 мг/сут, МСД 10 мг в 1–2 приема, при весе > 50 кг – терапевтическая 10 мг/сут, МСД 20 мг в 1–2 приема, интервал повышения дозы 7 дней;

рисперидон (таблетки 1 мг, 2 мг, раствор для приема внутрь 1 мг/мл) с 5 лет НД 0,25 мг, при необходимости дозу увеличивают на 0,25 мг/сут не чаще, чем 1 раз в два дня, терапевтическая доза 0,25–3 мг/сут в 1–2 приема;

галоперидол (таблетки 1,5 мг, 5 мг) с 3 лет НД 0,5 мг/сут с постепенным увеличением на 0,5 мг каждые 5–7 дней. Терапевтическая доза – 0,05–0,075 мг/кг/сут в 2–3 приема, МСД – 3 мг;

сульпирид (капсулы 50 мг, 100 мг, 200 мг) с 6 лет – 5–15 мг/кг/сут в 2–3 приема;

оланзапин (таблетки 5 мг, 10 мг) с 10 лет при весе ≤ 40 кг: первые три дня 2,5 мг через день, далее – 4 дня 2,5 мг ежедневно, далее – 7 дней 5 мг ежедневно, далее – 5–20 мг ежедневно 1 раз в день; при весе > 40 кг: первые три дня 2,5 мг ежедневно, далее – 4 дня 5 мг ежедневно, далее – 7 дней 10 мг ежедневно, далее – 5–20 мг ежедневно 1 раз в день (при фармакорезистентном течении);

противорвотные препараты (используются при фармакорезистентном течении):

метоклопрамид** (таблетки 10 мг) с 6 лет НД 0,5 мг/кг/сут, МСД 40 мг в 2–3 приема, продолжительность приема до 8 недель;

альфа-адреномиметики:

клонидин** (таблетки 0,15 мг) с 7 лет НД 0,025–0,05 мг на ночь с увеличением на 0,05 мг каждые 3–7 дней до терапевтической дозы 0,1–0,4 мг/сут в 2–3 приема, МСД 0,6 мг. Лечение клонидином необходимо начинать в стационарных условиях под контролем ЭКГ и АД;

бензодиазепиновый транквилизатор:

клоназепам (таблетки 0,25 мг, 0,5 мг, 1 мг, 2 мг) с 6 лет при весе ≤ 30 кг НД 0,01–0,02 мг/кг/сут, терапевтическая доза 0,1–0,2 мг/кг/сут в 2–3 приема; при весе > 30 кг НД 0,25 мг/сут на ночь, терапевтическая доза 0,1–0,2 мг/кг/сут в 2–3 приема, МСД 4 мг/сут;

противоэпилептические ЛС:

топирамат (таблетки 25 мг, 50 мг, 100 мг) НД 0,5–1 мг/кг/сут, терапевтическая доза 1–9 мг/кг/сут в два приема, МСД 200 мг/сут;

леветирацетам (таблетки 250 мг, 500 мг, 750 мг, 1000 мг) до 12 лет НД 10–20 мг/кг/сут, терапевтическая доза 20–60 мг/сут, старше 12 лет НД 250–500 мг/сут, терапевтическая доза 250–3000 мг/сут в 2 приема;

миорелаксанты:

баклофен (таблетки 10 мг, 25 мг) НД 5 мг 3 раза в сутки. В случае необходимости дозу можно с осторожностью увеличивать каждые 3 дня на 5 мг до терапевтической (до 8 лет 10–40 мг/сут, старше 8 лет 10–60 мг/сут);

ботулинический токсин типа А** применяется при фармакорезистентных стойких фокальных тиках по решению врачебного консилиума (лиофилизат для приготовления раствора для инъекций 300 ЕД, 500 ЕД), локальные внутримышечные инъекции в дозе от 50 до 250 ЕД, суммарная введенная доза не должна превышать 30 ед/кг массы тела, количество инъекций и доза на 1 инъекцию определяются клиническими показаниями; инъекции повторяют по необходимости для поддержания эффекта каждые 3–6 месяцев.

После назначения ЛС показан контрольный осмотр для оценки эффективности, переносимости и коррекции терапии через 1 месяц от начала приема стабильной дозы, далее – ежеквартально. ЛС считается эффективным при условии снижения количества и интенсивности тиков на 25–50 %. Решение о дальнейшем лечении и кратности медицинского наблюдения принимается индивидуально лечащим врачом;

вспомогательная терапия:

ноотропные ЛС:

гопантеновая кислота (таблетки 250 мг, 500 мг) с 3 лет разовая доза 250–500 мг, суточная доза для детей – 750 мг–3 г в 3–6 приемов, продолжительность лечения 1–4 месяца (максимально 6 месяцев), повторный курс не ранее, чем через 3–6 месяцев;

фенибут (порошок для приема внутрь 100 мг, 250 мг, 500 мг, капсулы 250 мг, 500 мг, таблетки 250 мг) детям от 3 до 8 лет 100–125 мг 2–3 раза в день, от 8 до 14 лет – по 200–250 мг 3 раза в день, старше 14 лет – 250–500 мг 3 раза в день, продолжительность лечения 4–6 недель;

витамины:

соли магния+пиридоксин в дозе 5–10 мг/кг/сут элементарного магния в 2–3 приема, продолжительность лечения 1 месяц;

немедикаментозное лечение:

поведенческая терапия тиков;

ритмическая транскраниальная магнитная стимуляция.

При неэффективности поведенческой терапии и транскраниальной магнитной стимуляции, а также в случаях фармакорезистентного течения тикозного расстройства, сопровождающегося травматизирующими тиками (самоповреждающее поведение), проводится врачебный консилиум с участием врача-нейрохирурга, врача – детского невролога, врача-психиатра детского для решения вопроса о возможности проведения глубокой стимуляции мозга;

60.4. средняя длительность госпитализации (койко-дней): 10–14;

60.5. исходы заболевания:

ремиссия;

улучшение;

ухудшение;

стабилизация.».

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

Министр **А.В.Ходжаев**

СОГЛАСОВАНО
Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь