


# **СТАНДАРТЫ И ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ: КЛЮЧЕВЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

**Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б.**

*Московский НИИ психиатрии*

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО  
ПО ТЕХНИЧЕСКОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ И МЕТРОЛОГИИ

	НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	ГОСТ Р — 200
---	---	--------------------

# ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ Шизофрения

Издание официальное

Москва  
Стандартинформ  
2008

# Содержание

**1 Область применения**

**2 Нормативные ссылки**

**3 Общие положения**

**3.1 Распространенность шизофрении**

**3.2 Этиология и патогенез**

**3.3 Диагностика и условия оказания помощи**

**3.4 Лечение**

**3.4.1 Психофармакотерапия**

**3.4.2 Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация**

**3.4.2.1 Этапы психосоциальной реабилитации больных шизофренией**

**3.4.2.2 Отдельные виды психосоциальных воздействий**

**3.4.3 Организация психиатрической помощи больным шизофренией**

**3.4.3.1 Скорая психиатрическая помощь**

**3.4.3.2 Психоневрологический диспансер (психиатрический кабинет)**

**3.4.3.3 Психиатрический стационар (психиатрические больницы, стационарные отделения при психоневрологический диспансерах, психиатрические отделения при центральных районных больницах, психосоматические отделения при многопрофильных больницах)**

**3.4.3.4 Дневной стационар**

**3.4.4 Бремя шизофрении и экономически обоснованное оказание помощи этим больным**

# МОДЕЛИ ПАЦИЕНТА

- 4.1. Амбулаторная диагностика
- 4.2. Стационарная диагностика
- 4.3. Стационарное лечение шизофрении в острой фазе (из расчета 75 дней)
- 4.4. Стационарное лечение шизофрении в подострой фазе (из расчета 75 дней)
- 4.5. Стационарное лечение шизофрении с затяжным течением (из расчета 120 дней)
- 4.6. Стационарное лечение шизофрении с резистентностью/интолерантностью к терапии (из расчета 180 дней)
- 4.7. Стационарное лечение шизофрении с затяжным течением и преобладанием социально-реабилитационных проблем (из расчета 360 дней)
- 4.8. Стационарное лечение обострения (приступа) амбулаторного уровня (из расчета 45 дней)
- 4.9. Стационарное лечение обострения (приступа) амбулаторного уровня с затяжным течением (из расчета 60 дней)
- 4.10. Амбулаторное лечение обострения (приступа) амбулаторного уровня (из расчета 42 дней)
- 4.11. Амбулаторное лечение обострения (приступа) амбулаторного уровня с затяжным течением (из расчета 56 дней)
- 4.12. Амбулаторное наблюдение и лечение больных в ремиссии (из расчета 365 дней)
- 4.13. Лечение в дневном стационаре шизофрении в подострой фазе (из расчета 56 дней)

## 4. Модель пациента

Критерии и признаки, определяющие модель пациента

Требования к диагностике

Требования к лечению

## **4.3. МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА. Обострение (приступ) шизофрении**

### **КРИТЕРИИ И ПРИЗНАКИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ МОДЕЛЬ ПАЦИЕНТА**

#### **Клинические проявления:**

**манифестация или усиление продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, сопровождающихся страхом, тревогой, нарастающими изменениями поведения, различными видами психомоторного возбуждения, кататонической и гебефренной симптоматикой. Характерна выраженность и острота психопатологических расстройств, грубое нарушение социально приемлемых форм поведения, нередко опасность для себя (суициды наблюдаются 9-13% больных) или окружающих. Данное состояние требует госпитализации.**

# МОДЕЛЬ 4.3: ТРЕБОВАНИЯ К СТАЦИОНАРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ (из расчета 75 дней)

Код	Наименование	Частота предоставления	Ср. кол-во
A01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза (объективного и субъективного) в психиатрии	1	27
A13.30.001	Психопатологическое обследование	1	27
A25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	1	27
D08.01.06	Выдача лекарственных средств пациентам в медицинских учреждениях	1	75
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов крови	1	3
A09.05.088	Исследование уровня пролактина в крови	0,1	2
D22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1	1

# ГРАФИК МОНИТОРИРОВАНИЯ СОМАТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ АНТИПСИХОТИКОВ

	До леч.	4 нед.	8 нед.	12 нед.	3 мес.	ежегодно
Личный и семейный соматический анамнез	X					X
Вес	X	X	X	X	X	X
Артериальное давление	X	X		X		X
Содержание сахара крови натощак	X			X		X
Содержание липидов крови натощак	X			X		X
Формула крови	X	X		X		X
ЭКГ	X			X		X



# ТРЕБОВАНИЯ К СТАЦИОНАРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ (продолжение)

Код	Наименование	Частота предоставления	Ср. кол-во
B01.34.01	Прием (осмотр, консультация) врача психотерапевта	0,3	10
	Обследование специалистов по социальной работе/социальным работником	0,5	10
	Взаимодействие специалистов терапевтической бригады по выработке тактики комплексного ведения больного	0,5	10
	Групповая психообразовательная работа с больным	0,5	10
	Групповая психообразовательная работа с родственниками больного	0,3	10
	Тренинг социальных навыков	0,05	10

# ЦЕЛЕВЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ И ЗАДАЧИ КОМПЛЕКСНОЙ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

## Проблема (количество больных)

## Вид вмешательства

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Частые и длительные госпитализации (10-15%)</li><li>➤ Частые и длительные поступления в ДС (5-10%)</li></ul>   | } | специальные программы   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Некомплаентность: частичная или полная (до 75%)</li><li>➤ Проблемы семейного взаимодействия (50-70%)</li><li>➤ Самообслуживание / социальные навыки (50%)</li><li>➤ Узкие социальные сети, одинокие больные (10-16%)</li></ul> |   | психообразование<br>семейная терапия<br>тренинг социальных навыков<br>Группы само- и взаимопомощи |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Трудовая дезадаптация</li></ul>  | } | трудоустройство как в специально созданных условиях, так и на общем производстве                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ безработные (8-11%)</li><li>➤ инвалиды</li></ul>   |   |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>➤ Бедственное материальное положение (2,5-5,5%)</li><li>➤ Юридические проблемы</li></ul>   |   | прямая социальная поддержка   |

# ХАРАКТЕРИСТИКА АЛГОРИТМОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ВЫПОЛНЕНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

## ➤ Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра

Проводится для осуществления осмотра, назначения фармакотерапии и психосоциального лечения, а также для контроля эффективности лечебных мероприятий. При этом обращается внимание на наличие характера сохранившихся или впервые появившихся жалоб и изменение психического состояния больного после проведенной терапии, отношение пациента к ней, соблюдение предписанного режима лечения, наличие побочных эффектов.

В стационаре осмотр / беседа с пациентом с записью в истории болезни проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее дневниковые записи делаются не реже 1 раза в 3 дня.

## ➤ Осмотр врача-психотерапевта

## ➤ Осмотр социального работника (специалиста по социальной работе)

# Требования к лекарственной помощи

<b>Международное непатентованное название</b>	<b>% б-ных, которым назначается данное лечение</b>	<b>Ср. сут. доза</b>	<b>Ср. курсовая доза</b>
---	--	----------------------	--------------------------

# ХАРАКТЕРИСТИКА АЛГОРИТМОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКАМЕНТОВ

- Опорные пункты при выборе отдельного препарата и алгоритма терапии в целом в зависимости от психического и соматического состояния больного
- Рекомендуемые дозы, способ введения препарата и длительности его назначения
- Критерии эффективности проводимой терапии

# ПРОБЛЕМЫ, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ

- **Вопросы классификации (диагностика)**
- **Обоснованный выбор фармакотерапии**
- **Внедрение психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации**
- **Организационные проблемы (внедрение новых форм оказания психиатрической помощи)**

# СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ (1)

- ✓ Не рассматривает **этиологию и патогенез** заболевания
- ✓ В проекте DSM-V отсутствует указание на **формы болезни**
- ✓ В МКБ-10 и DSM-IV не отражен ряд существенных проявлений заболевания:
  - не учитывается **депрессивная симптоматика**, которая рассматривается как коморбидная, хотя признается, что депрессия является типичным проявлением болезни и частота ее встречаемости значительно превышает вероятность простого сочетания двух расстройств;
  - не учтена **динамика синдрома**, в результате одно и то же состояние на разных этапах развития может быть диагностировано в различных рубриках (например, аффективное расстройство – шизоаффективное расстройство – кататоническая шизофрения)



# СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ (2)

- ✓ Не диагностируется **тяжесть расстройств**
- ✓ Не рассматривается **течение болезни**, в частности, не учитываются **ремиссии**; согласно предложенным критериям, ремиссиями считаются только наиболее стойкие состояния (более 6 мес.), а относительно непродолжительные и неполные послабления (более 60 баллов по PANSS) остаются вне рассмотрения
- ✓ В результате шизофрения рассматривается только как прогрессирующее заболевание с неблагоприятным **исходом** (игнорируется возможность полного выздоровления, которое после первого приступа наблюдается в 20% случаев, а малопрístupные варианты течения встречаются у 1/3 больных)



# СТАДИЙНОСТЬ В РАЗВИТИИ ШИЗОФРЕНИИ

(P.McGorry et al., 2010)

Стадия	Определение
0	Увеличенный риск психотического расстройства. Отсутствие текущих расстройств
1a	Легкие или неспецифические симптомы, включая нейрокогнитивный дефицит
1b	Ультравысокий риск: умеренные подпороговые симптомы, умеренные нейрокогнитивные изменения или функциональное снижение (GAF<70)
2	Первый эпизод психотического расстройства: отчетливые нарушения с симптоматикой от умеренной до тяжелой, нейрокогнитивным дефицитом и функциональным снижением (GAF=30-50)
3a	Неполная ремиссия после первого психотического эпизода (может быть переходным этапом к 4-ой стадии)
3b	Обострение (повторный приступ), которое с помощью проводимой терапии удерживает резидуальную психопатологическую симптоматику, функционирование и когнитивные нарушения на стабильном уровне, который, однако, ниже, чем достигнутый в ремиссии после первого эпизода
3c	Повторные обострения
4	Тяжелое персистирующее или безремиссионное течение, отражающееся на симптоматике, нейрокогнитивных нарушениях и функционировании

# СОВРЕМЕННЫЕ КЛАССИФИКАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ (3)

В научных исследованиях:

- ✓ Невозможно сопоставить **выборки** больных из разных исследований и, соответственно, их результаты
- ✓ Из-за высокой вероятности различий в случайных выборках больных - существенные **различия в результатах** биологических исследований (генетических, нейровизуализационных, нейрофизиологических и пр.)
- ✓ Отсутствует прогресс в возможностях **клинической диагностики** заболевания
- ✓ Проблемы проведения **лонгитудинальных исследований** (недоучет состояния больных на разных этапах болезни)
- ✓ Отсутствие данных, указывающих на различия в **спектре психотропной активности** препаратов нового поколения
- ✓ Недифференцированное назначение **психосоциальной терапии**

# СОВРЕМЕННЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗРАБОТКИ КЛАССИФИКАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

## ✓ **ЭТИОЛОГИЯ** – биопсихосоциальный подход

**Генетика:** шизофрения - разнородное, полигенно-мультифакторное заболевание с множественными распространенными генетическими полиморфизмами, каждый из которых вносит небольшой вклад в подверженность заболеванию

**Факторы среды:** перинатальные вредности (вирусные инфекции, недостаточное питание, осложнения в период родов), **психосоциальные стрессоры** (в т.ч. семейный коммуникативный стиль), **употребление наркотиков и др.** Существенное значение имеет **период воздействия негативных влияний, их повторность и непрерывность (временной фактор)**

✓ **Патогенез:** нарушение раннего развития головного мозга или/и прогрессирующее нарушение развития головного мозга → структурно-функциональная рассогласованность различных отделов головного мозга с **отрицательной динамикой** имеющихся расстройств как на структурном, так и на функциональном уровне  
→ **заболевание носит динамический характер**

# ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ МНОГООСЕВАЯ КЛАССИФИКАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

## ✓ Текущее психическое состояние – статус

Ведущий синдром / дименсии

    позитивная симптоматика

    негативная симптоматика

    когнитивные нарушения (оценка нарушенных и сохранных функций)

Выраженность (тяжесть) расстройств

Устойчивость состояния

## ✓ Динамика заболевания

Вариант течения

Этап: обострение (приступ) - ремиссия

## ✓ Активность процесса

Фаза активного течения

Фаза регрессиентности

Фаза стабилизации

# ПРИМЕР: КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕМИССИИ

**Наличие динамики ремиссионного состояния  
как на протяжении текущей ремиссии,  
так в длиннике заболевания**

- ✓ Представленность продуктивной, негативной симптоматики и когнитивных нарушений и их синдромальная оформленность
- ✓ Выраженность расстройств (полная/неполная ремиссии)
- ✓ Стойкость ремиссионного состояния (становление ремиссии / сформированная (устойчивая) ремиссия / предрецидив)
- ✓ Вариант течения заболевания
- ✓ Фаза (активность процесса)



# ПРЕИМУЩЕСТВА ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОЙ МНОГООСЕВОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ШИЗОФРЕНИИ

## Более полное описание состояния больных

- ✓ Большая степень единообразия в понимании состояния пациента специалистами (диагностика)
- ✓ **Дифференцированная** терапевтическая тактика:  
дифференцированное назначение **фармакотерапии**;  
дифференцированные подходы к проведению **психосоциальной терапии**
- ✓ Более точная оценка **прогноза**
- ✓ Более дифференцированный подход к проведению **научных исследований**

# ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ШИЗОФРЕНИИ (1)

- **Показания** (являющиеся юридически значимыми) для назначения того или иного препарата регистрируют фирмы-производители (исходя из маркетинговых стратегий), а не сообщества специалистов, изучающие фактические клинические возможности препарата
- **Клинические руководства по лечению шизофрении:** эффективность купирования симптоматики у различных антипсихотиков близка, различия касаются лишь спектра побочных эффектов терапии
- **Мета-анализ** прямого сопоставления атипичных антипсихотиков (Leucht S. et al., 2009): выявлены определенные преимущества некоторых препаратов над другими, однако величина эффекта (effect size) составляла от 0,11 до 0,29 (от 1,9 до 8,3 в баллах в PANSS), что соответствует слабой – умеренной выраженности (по J.Cohen) ➡

**Выбор препарата должен быть строго индивидуализированным**, учитывающим, как данный конкретный пациент реагирует на терапию и определяться широким спектром факторов, в том числе предшествующей реакцией на лечение (включая терапевтическое действие и побочные эффекты), соматическим состоянием, семейным анамнезом и, кроме того, индивидуальными предпочтениями больного.

# ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ШИЗОФРЕНИИ (2)

- **Подбор терапии** в каждом конкретном случае происходит **путем проб и ошибок** (различия между препаратами минимальны) с внимательным мониторингом клинического действия и побочных эффектов, соотношением риска – пользы и при необходимости переводом на другую схему (Tandon R., Nasrallah H.A, Keshavan M.S., 2010)
- При этом признается, что отсутствие различий, полученное на группах пациентов, **не может быть транслировано на каждый отдельный случай** лечения конкретного пациента [De Leon et al., 2005; Maury et al., 2007; Stroup, 2007; Tandon R., et al., 2010]
- ✓ Тем не менее, высказываются недифференцированные рекомендации **длительного поддерживающего лечения** вне связи с формой и течением заболевания (даже после первого психотического эпизода – R.Kahn, 2011), которые получены на статистическом материале больших групп больных, что неприменимо при принятии решения в отдельных случаях



# ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О НЕОБХОДИМОСТИ И ОБЪЕМЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПЕРВОГО ПСИХОЗА

- ✓ наследственная отягощенность
- ✓ наличие патологии беременности и родов
- ✓ ранее и последующее развитие ребенка,
- ✓ перенесенные заболевания
- ✓ когнитивные возможности
- ✓ социализация ребенка и подростка
- ✓ семейные отношения
- ✓ особенности и длительность продромального периода
- ✓ клинические проявления и быстрота развития манифеста
- ✓ переносимость терапии
- ✓ особенности обратного развития психотических расстройств
- ✓ наличие остаточной психопатологической симптоматики
- ✓ социальное функционирование и качество жизни
- ✓ наличие психосоциальных стрессовых факторов

# **ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ БРИГАДНОГО ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

- ✓ **Методы психосоциальной терапии и реабилитации в психиатрии далеко не в полной мере включены в стандарты оказания помощи больным**
- ✓ **Специалисты «немедицинских» профессий (психологи, социальные работники и др.) в первую очередь попадают в «зону риска» сокращений при попытках «оптимизировать» (сократить) расходы на психиатрию**
- ✓ **Затруднено внедрение новых форм оказания психиатрической помощи вследствие медленного прохождения регламентирующих документов**
- ✓ **Недостаточное осознание специалистами и руководителями на местах значения биопсихосоциального подхода к оказанию психиатрической помощи**

**НЕОБХОДИМО ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ  
РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ПСИХИАТРОВ  
В РАЗРАБОТКЕ, ВНЕДРЕНИИ  
И МОНИТОРИРОВАНИИ  
ПРОТОКОЛОВ И СТАНДАРТОВ  
ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ  
НА ОСНОВЕ ЗАПЛАНИРОВАННЫХ  
И ПРОВОДИМЫХ РОП СПЕЦИАЛЬНЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ И ПРОГРАММ**



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**

