

# Проблемы стандартизации психиатрической помощи и современной фармакотерапии

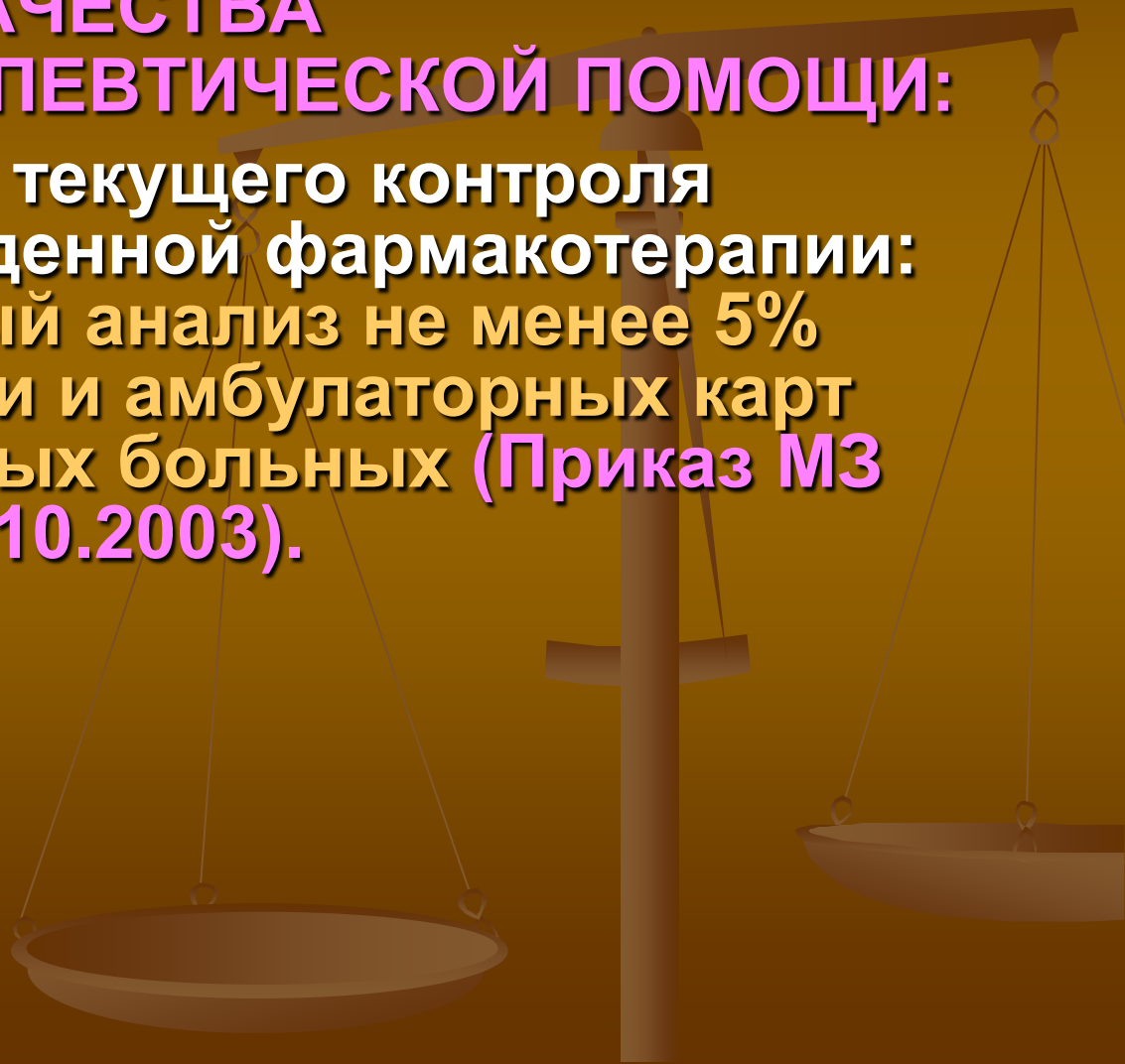
**Б.В. Андреев**

Санкт-Петербургский государственный университет  
Санкт-Петербургская психиатрическая больница №1  
им.П.П. Кащенко

# ЗАДАЧИ ВРАЧА-КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА:

## ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ:

- Осуществление текущего контроля качества проведенной фармакотерапии: ретроспективный анализ не менее 5% историй болезни и амбулаторных карт всех пролеченных больных (Приказ МЗ РФ № 494 от 22.10.2003).

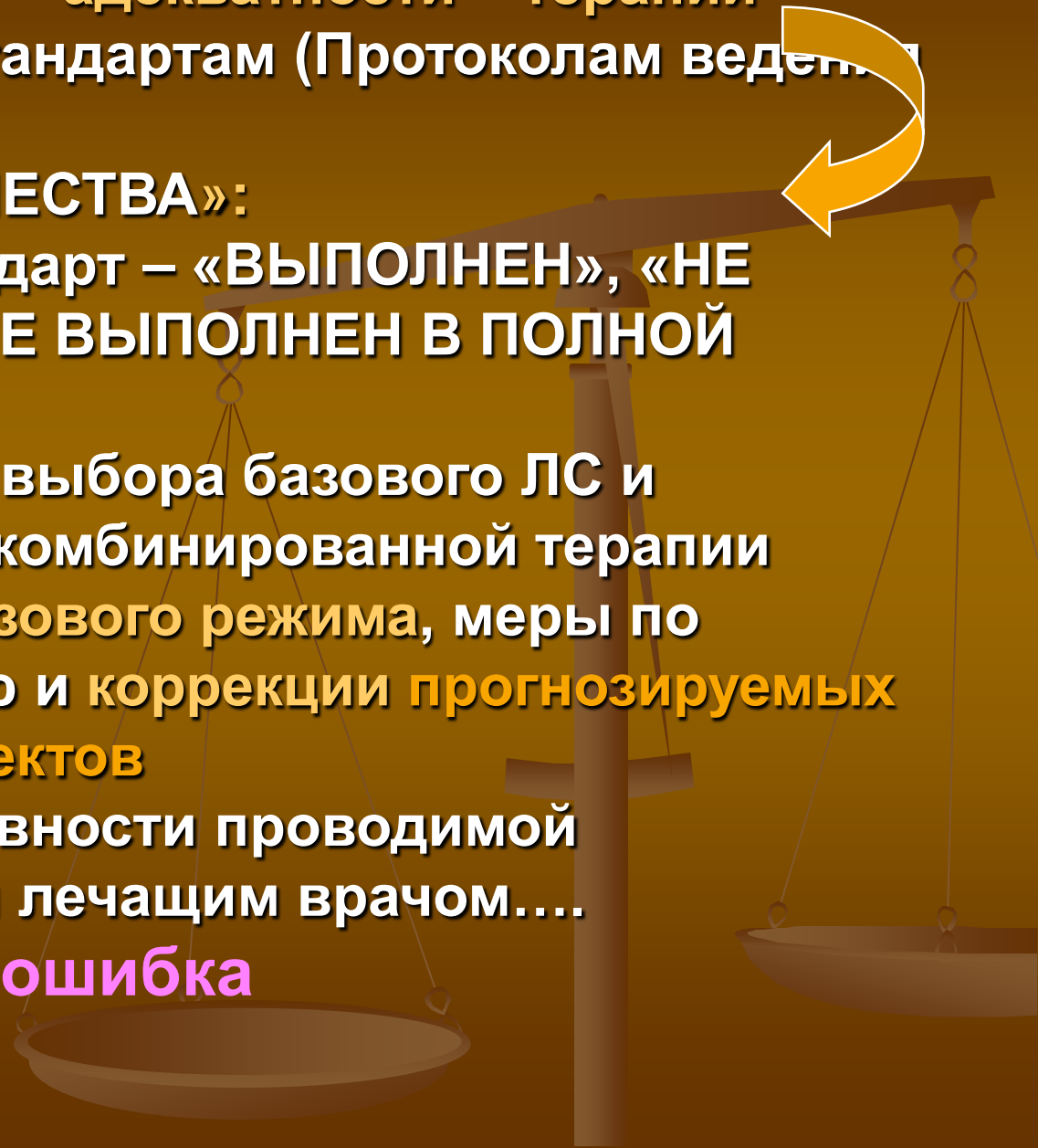


1. Определение адекватности терапии существующим Стандартам (Протоколам ведения больных).

**«ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА»:**

- Отраслевой стандарт – «ВЫПОЛНЕН», «НЕ ВЫПОЛНЕН», «НЕ ВЫПОЛНЕН В ПОЛНОЙ МЕРЕ».
- Рациональность выбора базового ЛС и препаратов для комбинированной терапии
- Адекватность дозового режима, меры по предупреждению и коррекции прогнозируемых побочных эффектов
- Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом....

☺ ☹ **Врачебная ошибка**



# Ситуация в психиатрии

- «Клиническое руководство: Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств», М., 1999 (утверждены Приказом МЗ РФ № 311 от 06.08.99)

**Реально - соответствие протоколу ведения больного в РФ**

- «Клиническое руководство: Психиатрическая помощь больным шизофренией», М., 2007

**Реально – не утверждено Министерством  
- мнение НИИ психиатрии Росздрава**

# Ситуация в психиатрии

## ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

### Шизофрения

Издание официальное

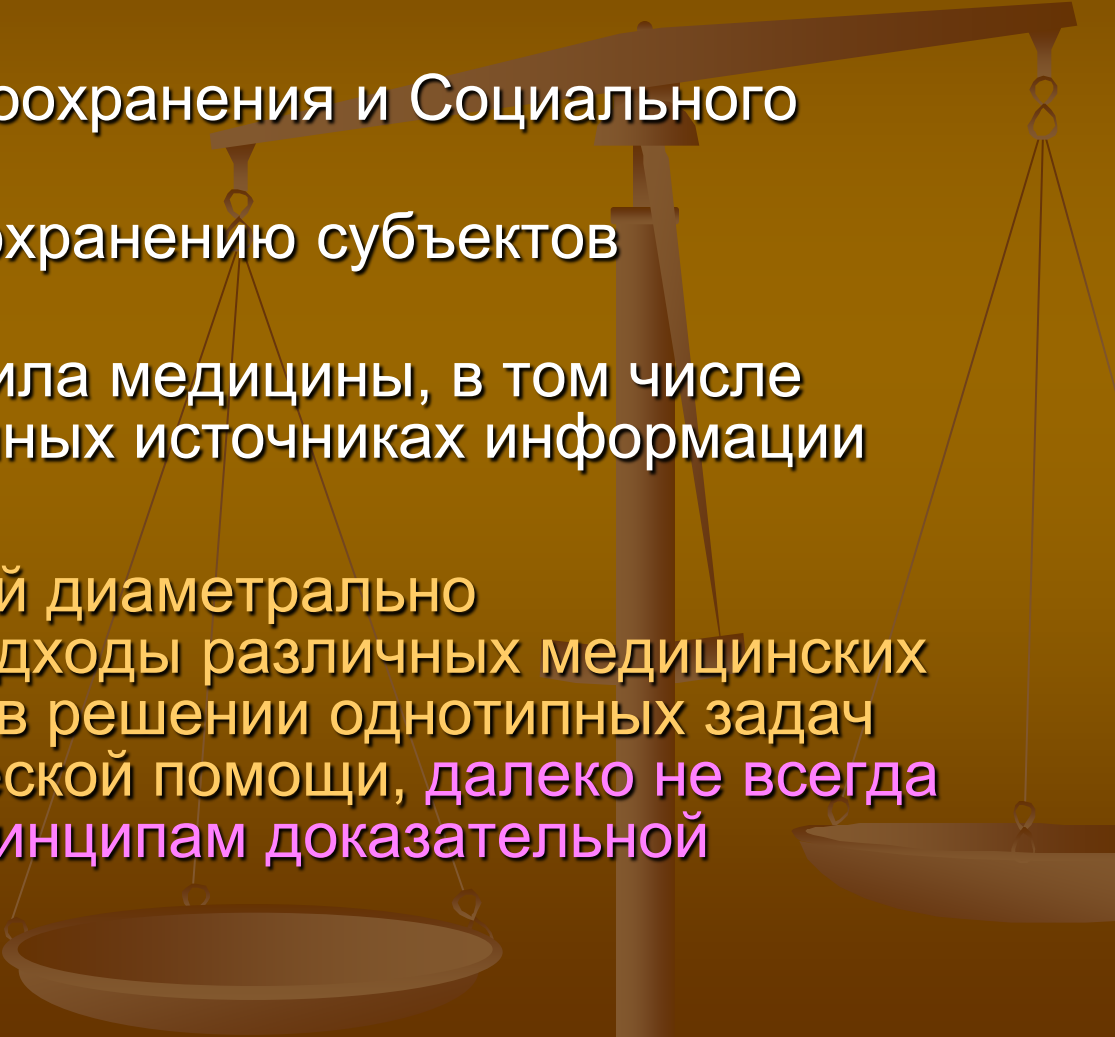
Москва

Стандартинформ

2008



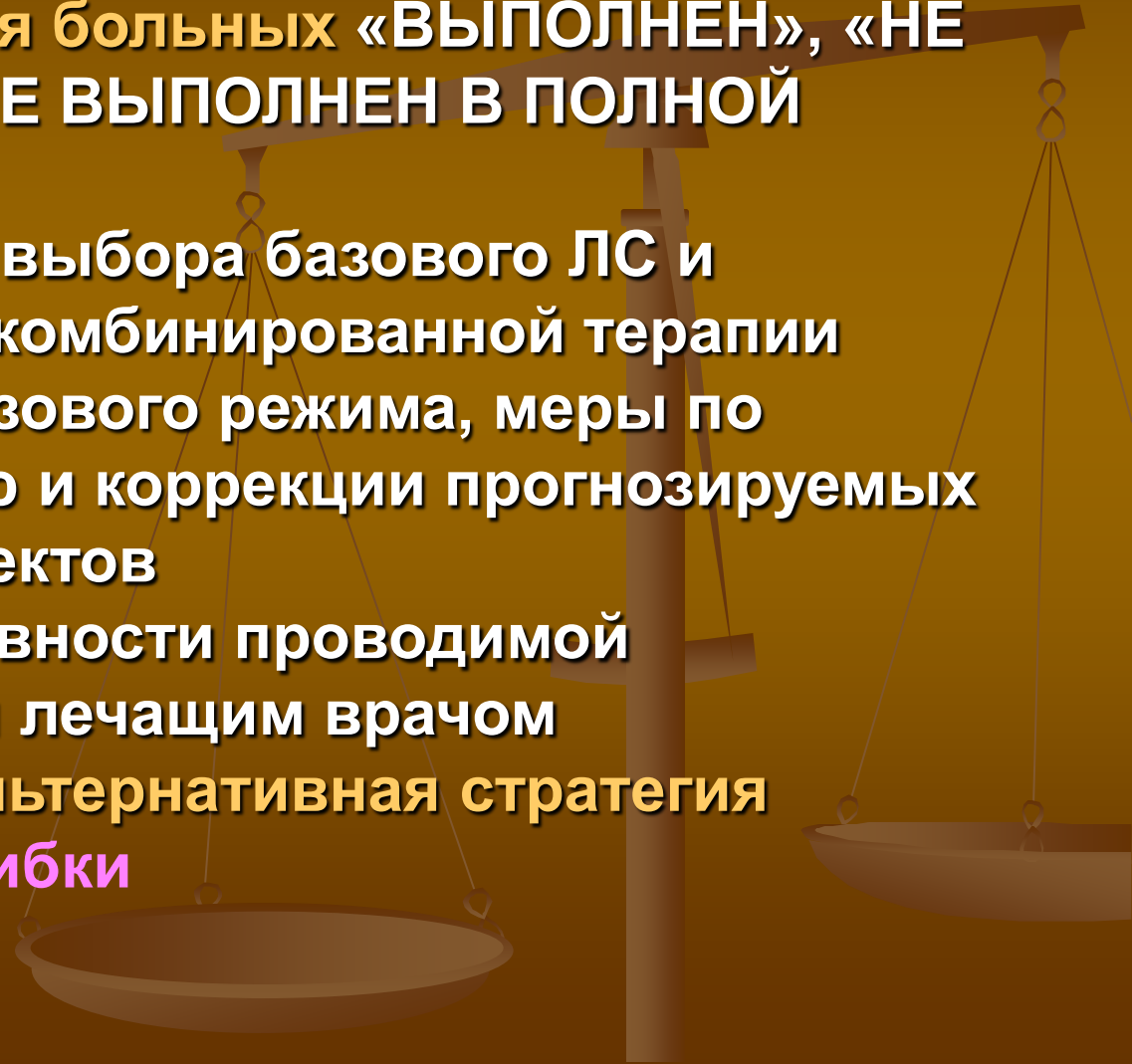
# КАЧЕСТВО МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПОМОЩИ

- Соответствие фармакотерапии инструкциям и стандартам (протокол ведения больных) оказания медицинской помощи:
  - Министерство Здравоохранения и Социального развития РФ
  - Комитеты по здравоохранению субъектов Федерации
  - Общепринятые правила медицины, в том числе изложенные в доступных источниках информации
- ☺ / ☹ Различия, а порой диаметрально противоположные подходы различных медицинских направлений и школ в решении однотипных задач лечебно-диагностической помощи, далеко не всегда соответствующим принципам доказательной медицины
- 

# 1. Определение адекватности терапии существующим Протоколам лечения.

## «ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА»:

- Протокол ведения больных «ВЫПОЛНЕН», «НЕ ВЫПОЛНЕН», «НЕ ВЫПОЛНЕН В ПОЛНОЙ МЕРЕ».
- Рациональность выбора базового ЛС и препаратов для комбинированной терапии
- Адекватность дозового режима, меры по предупреждению и коррекции прогнозируемых побочных эффектов
- Оценка эффективности проводимой фармакотерапии лечащим врачом
- ☺ Допустимая альтернативная стратегия
- ☺ Врачебные ошибки





# Юридическая помощь при врачебных ошибках

- Медицинский адвокат. Врачебная ошибка. Медицинские ошибки
- Медицинский юрист - Алтунян Жанна Олеговна
- ... адвокат, ошибки врачей: "врачебные ошибки" в юридической...
- Медицинский адвокат, ошибки врачей в практике коллегии адвокатов:
- Ошибки врачей в практике коллегии адвокатов «Домбровицкий и партнеры» (Москва). Адвокат по «врачебным ошибкам» - проведет полный анализ ситуации, зафиксирует нарушения, соберет необходимые документы, оформит претензию, **включая финансовую** медицинскому учреждению. Ходатайствует от имени коллегии адвокатов к проведению экспертиз.

Желаю Вам всего самого доброго!

**Адвокат Петр Домбровицкий**



# Адаптивные рецепторные изменения и их клиническая значимость.

- Для психотропные средства специфический рецепторный механизм действия. приближается к 100%: ☺ ☺ ☺
- На определенном этапе медикаментозной терапии пациент перестает адекватно отвечать на фармакотерапевтическое воздействие ► развитие функциональной толерантности, обозначаемой часто как феномен вторичной резистентности (down-регуляция / up-регуляция)



ПРЕПАРАТ	МАКСИМАЛЬНЫЕ СУТОЧНЫЕ (мг/сутки)		
	Проект Стандарт РФ	Стандарт региональный	Инструкция
ГАЛОПЕРИДОЛ	100	25	100
КЛОЗАПИН	600	850	600
ОЛАНЗАПИН	20	40	20
КВЕТИАПИН	750	950	750
РИСПЕРИДОН	8	10.5	8
ЗИПРАЗИДОН	160	180	160

# I. Выбор препаратов, дозы, эквивалентность доз

## Guideline 2: Адекватные дозы антипсихотиков

Препарат	Первый эпизод		Повторный эпизод		Наивысшая доза в острой фазе (мг/сут)
	Острая фаза (мг/сут)	Поддерживающая терапия (мг/сут)	Острая фаза (мг/сут)	Поддерживающая терапия (мг/сут)	
<b>Атипичные АП</b>					
Рisperидон	2,5 – 5	2 – 4,5	4 – 6,5	3,5 – 5,5	10,5
Клозапин	300 – 500	250 – 500	400 – 600	300 – 550	850
Оланзапин	10 – 20	10 – 20	15 – 25	12,5 – 22,5	40
Кветиапин	350 – 700	300 – 600	500 – 800	400 – 750	950
Арипипразол	10 – 20	10 – 20	15 – 30	15 – 20	30
Зипразидон	100 – 160	80 – 160	140 – 180	120 – 180	180

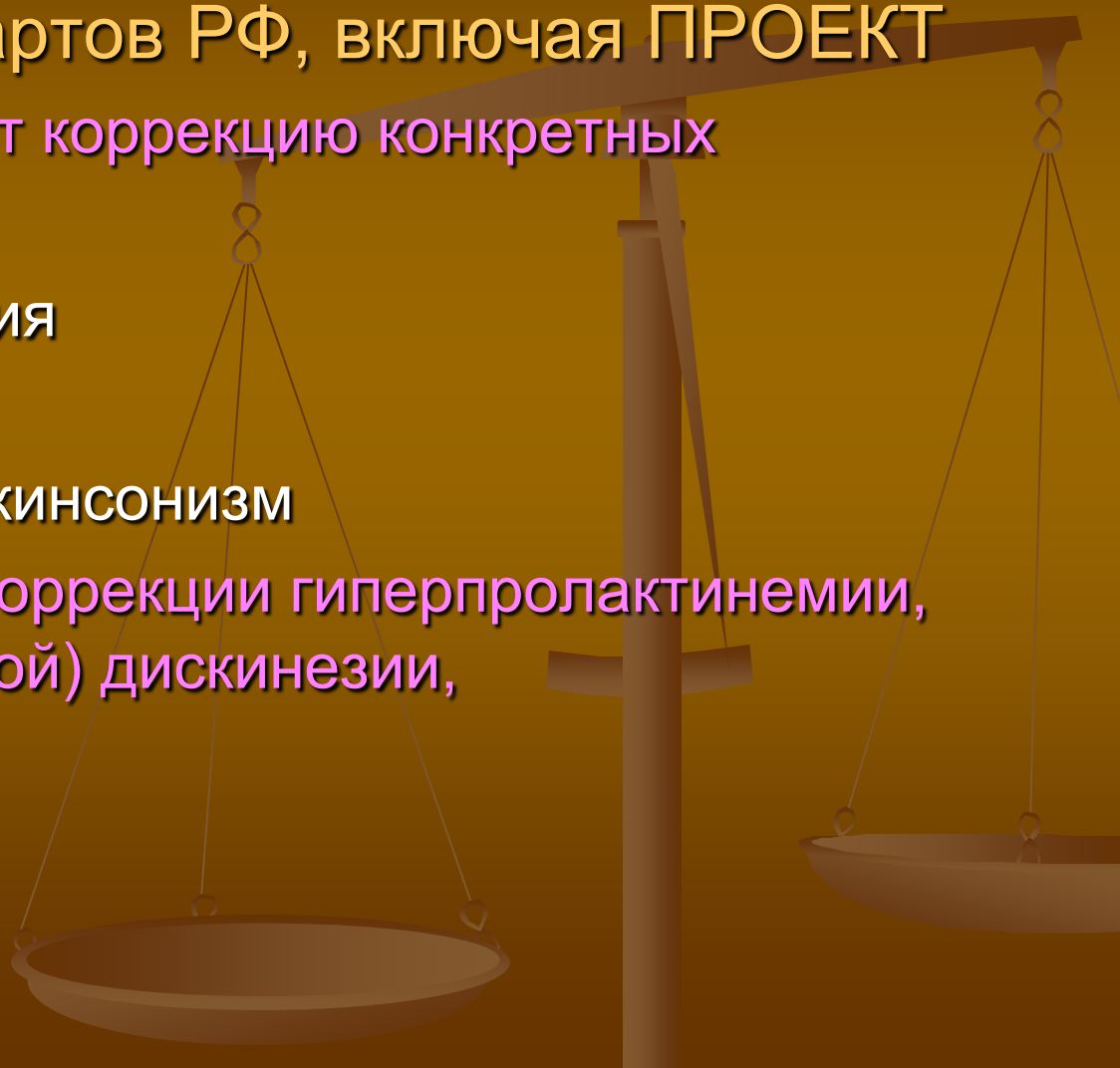
Врачебные ошибки при фармакотерапии:  
использование ЛС с нарушением инструкции по их  
применению (т.н. *off label* назначения –  
нерекомендованные назначения).

- Использование противопоказанного препарата (в том числе недоучет переносимости ЛС в прошлом);
- Назначение ЛС по новым, незарегистрированным показаниям;
- Использование в дозах, отличных от указанных в инструкции к препарату (разовая, суточная)
- Использование у детей в возрасте, официально не разрешенном в инструкции по применению;
- Назначение неблагоприятных лекарственных комбинаций;
- Выбор неоговоренного в инструкции пути введения.

ПРЕПАРАТ	МАКСИМАЛЬНЫЕ СУТОЧНЫЕ (мг/сутки)		
	Проект Стандарта РФ	Федеральное руководство по использованию ЛС, 2011	Инструкция
КЛОЗАПИН	600	900	600/900 азалептин лепонекс
АМИТРИПТИЛИН	400	NA	225/>300 саротен амитриптилин
ИМИПРАМИН	400	300	200/300 мелипрамин имипрамин

# СХЕМЫ КОРРЕКЦИИ дозо-зависимых и время-зависимых НПР

- Алгоритм Стандартов РФ, включая ПРОЕКТ  
Не дифференцирует коррекцию конкретных ЭПН
- Дистония/ дискинезия
- Акатизия
- Лекарственный паркинсонизм  
Не рассматривает коррекции гиперпролактинемии,  
поздней (отсроченной) дискинезии,





# ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

## Шизофрения

Издание официальное

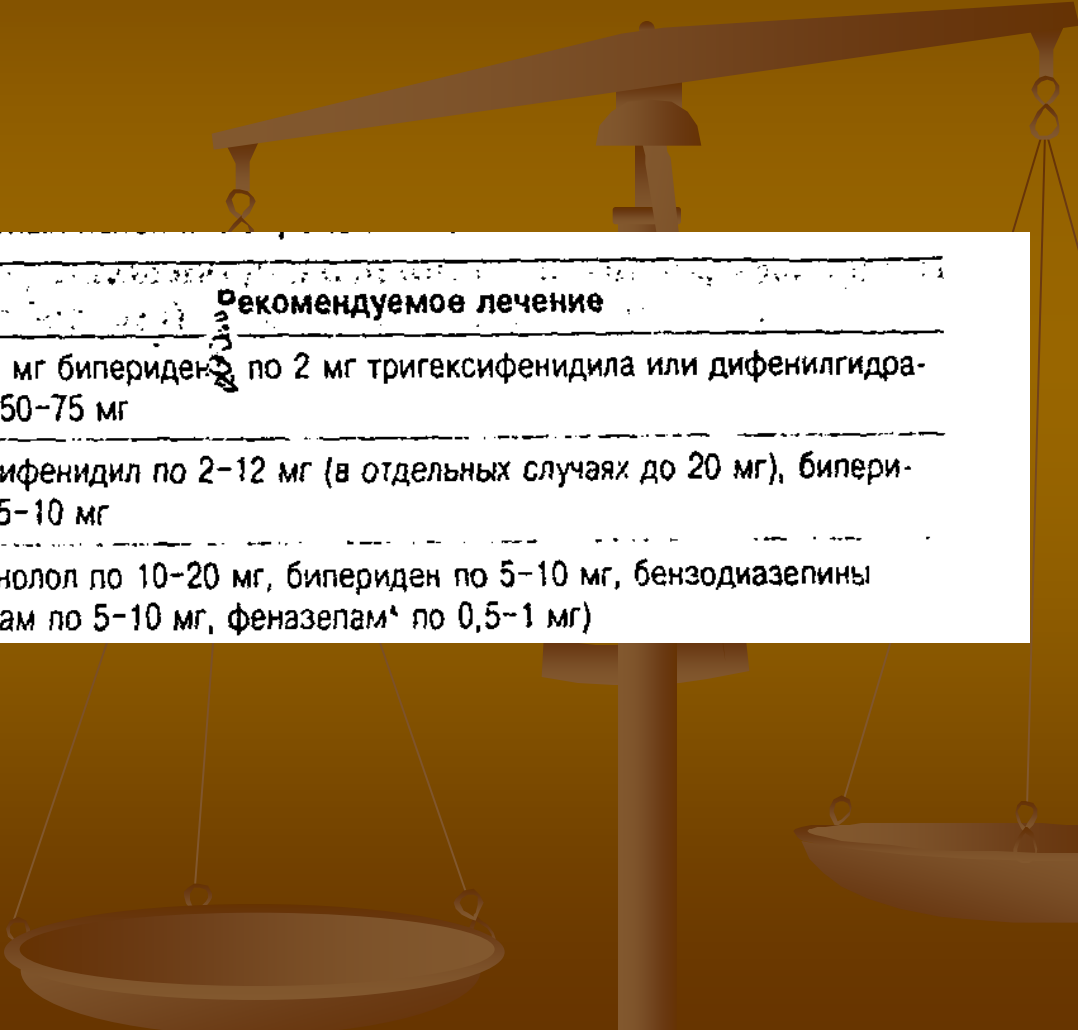
Москва

Стандартинформ

2008


- В случае развития ЭПС необходимо присоединение к терапии биперидена (1-4 мг перорально, 5 мг парентерально/ 3-12 мг/сут) или тригексифенидила (1-4 мг однократно/ 3-12 мг/сут). В качестве корректора ЭПС также возможно назначение бета-адреноблокаторов (атенолол 30-60 мг/сут) и бензодиазепинов (диазепам 5-20 мг однократно/ 10-20 мг/сут).

# Психиатрия. Национальное руководство. М., «Гэотар-Медиа». 2009



Нежелательное проявление	Рекомендуемое лечение
Острая дистония	по 5-10 мг бипериден <sup>2</sup> по 2 мг тригексифенидила или дифенилгидрамин по 50-75 мг
Экстрапирамидный синдром	Тригексифенидил по 2-12 мг (в отдельных случаях до 20 мг), бипериден по 5-10 мг
Акатизия	Пропранолол по 10-20 мг, бипериден по 5-10 мг, бензодиазепины (диазепам по 5-10 мг, феназепам <sup>4</sup> по 0,5-1 мг)

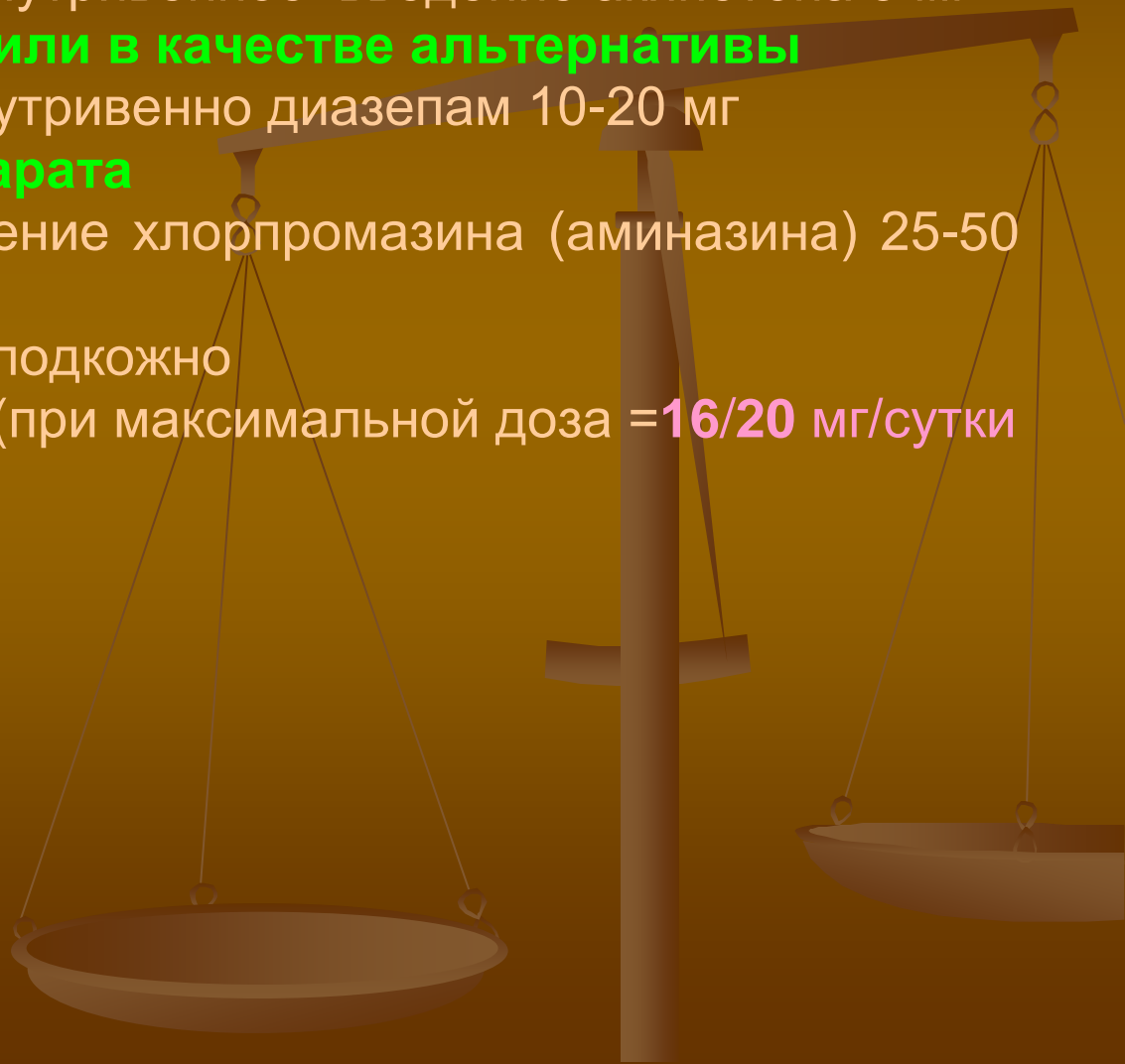
# АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СТРАТЕГИИ КОРРЕКЦИИ АКАТИЗИИ:

- Remington G., Bezchlibnyk-Butler K., 1996; Peuskens J., De Hert M., 1997; Арана Д., Розенбаум Д., 2004:
1. **Снизить дозу нейролептика – отсутствие эффекта**
  2. **β- адреноблокаторы:** пропранолол (20-90мг мг/сутки, бетаксоллол (10-20 мг/сутки)
  3. **Бензодиазепины:** диазепам (5-40мг/сутки), лоразепам (1.5-5мг/сутки), клоназепам( 0.5-3мг/сутки)
  4. **Антихолинергические ЛС/ Антигистаминные ЛС:** димедрол (75-400мг/сутки р/о и 10-50мг/сутки в/м)
- 

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСТРОЙ ДИСТОНИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ:

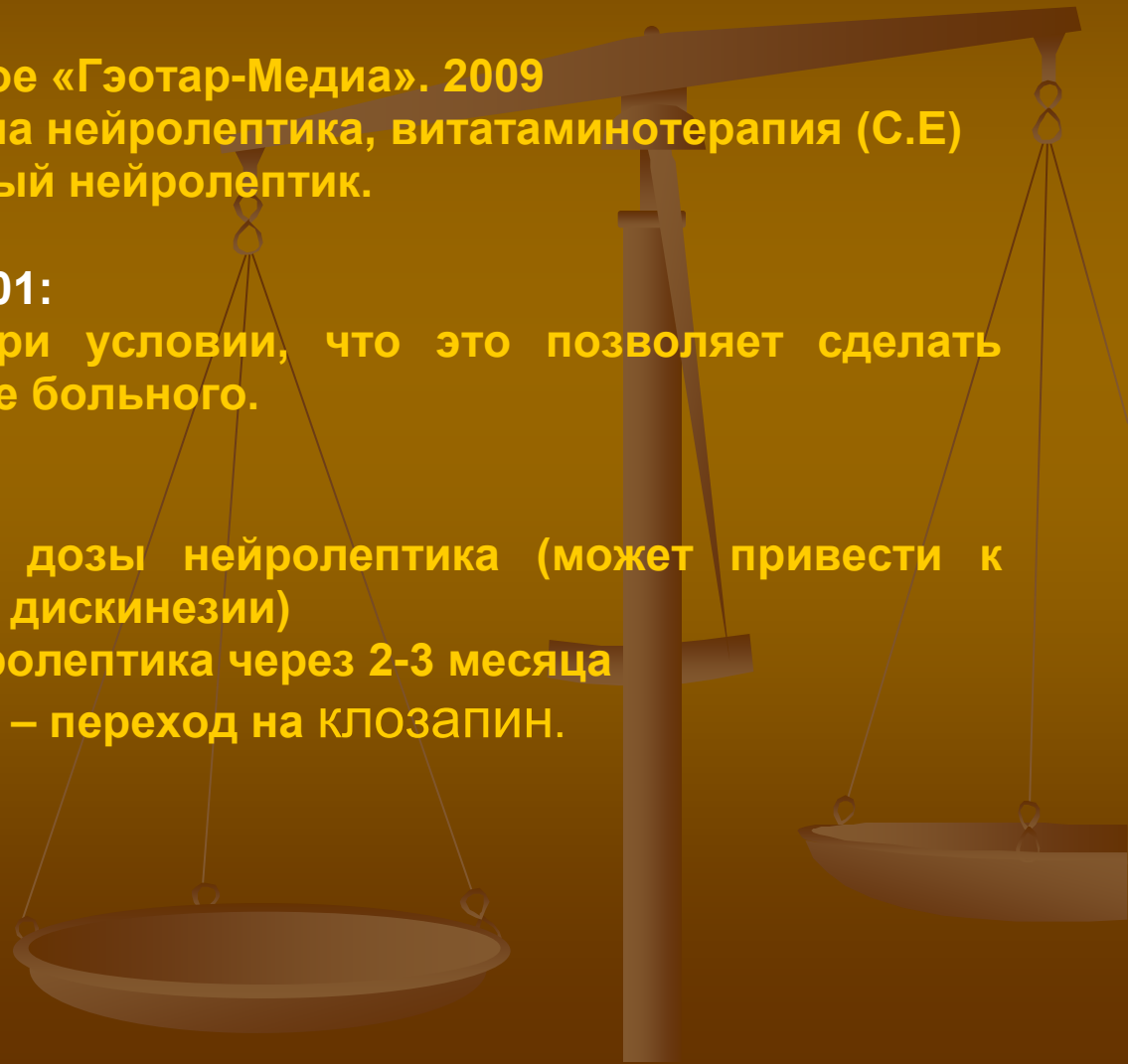
Малинин Д.И. и соавт. 2001.

1. Внутримышечное или внутривенное введение акинетона 5 мг
  - отсутствие эффекта или в качестве альтернативы
2. Внутримышечно или внутривенно диазепам 10-20 мг
  - при отсутствии препарата
3. Внутримышечное введение хлорпромазина (аминазина) 25-50 мг  
+ 2 мл 20% р-ра кофеина подкожно  
Акинетон до **24 мг/сутки** (при максимальной дозе = **16/20 мг/сутки**)



## РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНЕЙ (ОТСРОЧЕННОЙ) ДИСКИНЕЗИИ:

- В **СТАНДАРТАХ** («Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических заболеваний», Утверждено Приказом МЗ РФ № 311 от 26.08. 99.) и **ПРОЕКТЕ СТАНДАРТОВ НЕ ОПИСАНА**
- Психиатрия. Национальное «Гэотар-Медиа». 2009
  1. По возможности отмена нейролептика, витаминотерапия (С.Е)
  2. Перевод на атипичный нейролептик.
- Малинин Д.И. и соавт., 2001:
  - 1.Отмена препарата, при условии, что это позволяет сделать психическое состояние больного.
- Peuskens J. et al., 1997:
  - 1.Временное снижение дозы нейролептика (может привести к усилению проявлений дискинезии)
  2. Повышение дозы нейролептика через 2-3 месяца
  3. При неэффективности – переход на КЛОЗАПИН.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

