Шизофрения

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.4, F20.5, F20.6, F20.8 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Шизофрения — психическое расстройство с сочетанием продуктивных, негативных, поведенческих и когнитивных нарушений. Рекомендация охватывает диагностику по критериям МКБ-10, исключение органических/токсических причин, лечение антипсихотиками, ведение резистентности, кататонии, возбуждения, суицидального риска и длительную противорецидивную терапию.

Главное

- Диагноз F20.0–F20.3 требует психотического эпизода не менее 1 месяца: либо ≥1 симптома первого ранга (эхо/вкладывание/отнятие/открытость мыслей, бред воздействия, комментирующие/обсуждающие голоса, культурально невозможный стойкий бред), либо ≥2 других признаков — хронические галлюцинации с бредом, разорванность мышления/речи, кататония, негативные симптомы.
- Шизофрению не ставят, если психотические симптомы лучше объясняются органическим заболеванием мозга, интоксикацией/отменой алкоголя или наркотиков; при выраженной мании/депрессии шизофренические симптомы должны предшествовать аффективным.
- Базовое лечение острого эпизода и профилактики рецидивов — антипсихотики; УДД 1, УУР B для купирования симптомов установленной шизофрении.
- При первом психотическом эпизоде подходят АПП и АВП, но АВП предпочтительнее из-за меньшего риска ЭПС; дозу титруют постепенно и стремятся к минимально эффективной. УДД 1, УУР B для выбора АПП/АВП; УДД 2, УУР C для предпочтения АВП.
- Недостаточный эффект антипсихотика оценивают только после 4–6 недель в оптимальной терапевтической дозе при хорошей переносимости; при отсутствии эффекта двух адекватных курсов — резистентность и переход к клозапину.
- Длительная терапия после первого эпизода — минимум 1 год; после нескольких эпизодов — 2–5 лет, а при сохраняющейся симптоматике и частых рецидивах — пожизненно. УУР C, УДД 5 для первого эпизода; УУР C, УДД 4 для нескольких эпизодов.
- Фебрильная кататония — кататония с гипертермией центрального генеза, тахикардией/нестабильным АД/потоотделением, изменениями крови и повышением КФК; антипсихотики при ней не назначают, применяют интенсивную инфузионную терапию, высокие дозы бензодиазепинов, при неэффективности — ЭСТ.

Диагностика

1. Собрать жалобы и объективный/субъективный анамнез: наследственность, преморбидные особенности, возраст первых признаков, продром, первые диагнозы, социальное функционирование, травмы/инфекции мозга, соматические болезни, прием ПАВ или лекарств перед обострением. УДД 5, УУР C.
2. Оценить психический статус: поведение, ориентировку, доступность переживаний, продуктивные и негативные симптомы, критику к болезни; отдельно описать социальный статус и динамику заболевания.
3. Сверить симптомы с критериями МКБ-10: длительность ≥1 месяца для F20.0–F20.3; для кататонической формы — ≥1 кататонический симптом минимум 2 недели; для простой формы — медленное прогрессирование всех трех ключевых признаков не менее 1 года; для резидуальной — минимум 4 негативных симптома за предшествующие 12 месяцев.
4. Исключить органические, токсические и аффективные причины: не диагностировать шизофрению при явных болезнях мозга, интоксикации или отмене; при депрессии/мании психотические симптомы должны быть раньше расстройства настроения.
5. Выполнить стандартный физикальный и неврологический осмотр, определить массу тела и ИМТ; физикальных методов, подтверждающих шизофрению, нет. УДД 5, УУР C.
6. Провести базовые лабораторные обследования: ОАМ, развернутый ОАК, биохимию крови с электролитами, глюкозой, креатинином, белком, мочевиной, мочевой кислотой, билирубином, АСТ/АЛТ, С-реактивным белком, ТТГ; HBsAg, anti-HCV, антитела к Treponema pallidum, ВИЧ-1/2 — первично, при госпитализации и далее каждые 12 месяцев. УДД 5, УУР C.

7. Прицельно оценить аффективные симптомы, дезорганизацию мышления и речи, суицидальные/аутоагрессивные мысли, агрессивность; при необходимости — экспериментально-психологическое и нейропсихологическое обследование памяти, внимания, скорости обработки информации и проблемно-решающего поведения.

Лечение

- Острый психотический эпизод лечат антипсихотиком; целевой диапазон доз — 400–800 мг хлорпромазиновых эквивалентов, дозы <300 мг ХПЭ часто недостаточны, >900 мг ХПЭ не дают прироста эффекта. УДД 5, УУР С для диапазона.
- Не использовать быстрые ударные и высокие дозы ради усиления ответа: они не эффективнее, но дают больше побочных эффектов. УДД 1, УУР В.
- При рецидиве выбор антипсихотика строят по прежней эффективности и переносимости, форме выпуска, коморбидности и взаимодействиям; АВП предпочтительны при высокой чувствительности к ЭПС и для повышения приверженности. Для приверженности: УДД 1, УУР В.
- Клозапин — препарат первой линии при терапевтически резистентной шизофрении; целевая доза 100–600 мг/сут. Резистентность — отсутствие эффекта двух адекватных курсов антипсихотиков 4–6 недель; в комментарии уточнено: два препарата разных химических классов, минимум один АВП, по 6–8 недель каждый.
- При первичной негативной симптоматике необходимо исключить ее вторичный характер вследствие психоза, депрессии и ЭПС; персистирующей считается негативная симптоматика средней или высокой степени выраженности на протяжении 6 месяцев и более при отсутствии или минимальной выраженности позитивных и депрессивных симптомов, а также псевдопаркинсонизма. У пациентов с первым эпизодом и персистирующей негативной симптоматикой рекомендуется карипразин (УДД 1, УУР А); при первичной негативной симптоматике — амисульприд 50–300 мг/сут (УДД 2, УУР В); при преимущественно негативной симптоматике — оланзапин или кветиапин; рекомендуется комбинированное применение миртазапина 30 мг/сут и миансерина 15 мг/сут с антипсихотическими средствами.
- При депрессии сначала исключить психоз как причину, побочные эффекты антипсихотиков и первичные негативные симптомы; антидепрессанты ограничивать в основном постпсихотическими депрессиями. Если нужны антидепрессанты — СИОЗС, при неэффективности через 4–6 недель заменить на СИОЗСН, ТЦА или миртазапин. УДД 2, УУР В для выбора классов.
- При возбуждении сначала деэскалация и пероральная/буккальная терапия при комплаентности; при неэффективности, невозможности приема внутрь или тяжелой симптоматике — парентеральная терапия. Лоразепам предпочтителен среди бензодиазепинов; парентеральные АВП по эффективности не уступают в/м галоперидолу и дают меньше неврологических побочных эффектов. УДД 1, УУР В для парентеральных АВП.
- Кататонию лечат бензодиазепинами — диазепамом или лоразепамом; эффект обычно появляется за несколько дней. Если эффекта нет или он недостаточен, особенно при злокачественной кататонии, применяют ЭСТ; антипсихотики в остром периоде нежелательны из-за риска утяжеления и ЗНС.

Когда направить и как наблюдать

- Предпочтительно оказывать помощь в наименее ограничительных условиях — амбулаторно или в дневном стационаре; стационар используют при необходимости круглосуточного наблюдения и лечения.
- Решение о недобровольной психиатрической помощи или заключение для его рассмотрения — исключительное право врача-психиатра или комиссии врачей-психиатров.
- При тяжелом резистентном возбуждении после неэффективности комбинированной в/м терапии дальнейшее ведение — в психореанимационном отделении; при в/в введении нужны постоянное наблюдение у постели, мониторинг ЭКГ, АД и сатурации.
- При суицидальном риске по SAD-Persons: 0–2 — наблюдение; 3–4 — интенсивное амбулаторное наблюдение без госпитализации; 5–6 — госпитализация зависит от кооперации, при необходимости недобровольная; 7–10 — обязательная госпитализация.
- Диспансерное наблюдение включает регулярные осмотры психиатра, контроль ремиссии, поддерживающее лечение, коррекцию побочных эффектов, оценку приверженности, психосоциальную реабилитацию и профилактику опасных действий и суицида.

Частые вопросы

Сколько должны длиться симптомы, чтобы поставить шизофрению?

Для F20.0–F20.3 психотический эпизод должен длиться не менее 1 месяца, причем характерные симптомы присутствуют большую часть эпизода или в большинстве дней. Состояния короче месяца квалифицируют иначе и перекодируют при большей длительности.

Когда считать шизофрению терапевтически резистентной?

Резистентность устанавливают при отсутствии эффекта двух адекватных курсов антипсихотической терапии. В комментарии уточнено: два антипсихотика разных химических классов, минимум один — АВП, в терапевтических дозах по 6–8 недель каждый; первым шагом нужно проверить прием препаратов, по возможности — концентрации в плазме.

Как долго продолжать антипсихотик после ремиссии?

После первого эпизода — непрерывно не менее 1 года. После нескольких эпизодов — 2–5 лет; при частых рецидивах или сохраняющейся симптоматике терапия может быть пожизненной.

Какие шкалы использовать в практике?

PANSS применяют для оценки позитивных и негативных симптомов и ответа на лечение; BNSS — для негативных симптомов; шкала Калгари — для депрессии при шизофрении; PSP — для социального функционирования; SAD-Persons и C-SSRS — для суицидального риска; SAS — для ЭПС; Буша–Френсиса — для кататонии.

Что делать с экстрапирамидными побочными эффектами?

Профилактически антихолинергические средства не назначают. При ЭПС возможны бипериден или тригексифенидил, снижение дозы типичного антипсихотика или перевод на АВП; при поздней дискинезии — отмена/снижение дозы, при необходимости переход на клозапин или кветиапин, при стойких тяжелых проявлениях — тетрабеназин.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/451-shizofreniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/451_3