# Шизофрения

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: F20.0, F20.1, F20.2, F20.3, F20.5, F20.6, F20.8, F20.9 · Общественная организация "Российское общество психиатров"

Шизофрения — психическое расстройство с сочетанием продуктивных, негативных, когнитивных и поведенческих нарушений; она может начинаться в детском возрасте и иметь эпизодическое или длительное течение. Рекомендация посвящена диагностике и комплексному лечению детей и подростков: основа терапии — антипсихотики, а после купирования обострения важны поддерживающее лечение, реабилитация и контроль социального функционирования.

## Главное

- Диагноз не устанавливают по одному патогномоничному признаку: симптомы оценивают в совокупности. Нужен как минимум один четкий симптом из групп эхо/вкладывания мыслей, бреда воздействия, характерных галлюцинаторных голосов или стойкого культурно неадекватного бреда либо два менее отчетливых симптома из этих групп; альтернативно — два симптома из других диагностических групп, сохраняющиеся не менее 1 месяца.
- Для установления диагноза необходимы объективный и субъективный анамнез, клинический психопатологический осмотр и клиническое патопсихологическое исследование.
- Инструментального теста, подтверждающего шизофрению, нет. ЭЭГ, МРТ или КТ используют по клиническим или анамнестическим показаниям, прежде всего для дифференциальной диагностики органической патологии и оценки соматических рисков.
- Антипсихотики назначают детям с диагностированной шизофренией для купирования психотической симптоматики (УУР А, УДД 1). Предпочтительны препараты второго поколения, монотерапия и минимальная эффективная доза; при отсутствии эффекта за 4–6 недель при хорошей переносимости и оптимальной дозе препарат заменяют.
- Поддерживающее лечение антипсихотиками после купирования острого состояния продолжают не менее 1 года. Для профилактики рецидивов у подростков с 15 лет после первого психотического эпизода может применяться пролонгированный палиперидон внутримышечно 50–150 мг 1 раз в месяц в течение 12 месяцев (УУР С, УДД 4).
- При первичном обследовании, поступлении в стационар и динамическом наблюдении проводят общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови (УУР С, УДД 5). У детей с диагностированной шизофренией, получающих антипсихотики, оценивают уровень глюкозы и липидный профиль (УУР С, УДД 5), а при лечении антипсихотиками, влияющими на уровень пролактина, исследуют уровень пролактина в крови (УУР А, УДД 1).
- Реабилитационные вмешательства проводят вне обострения при сохранном интеллекте или отсутствии грубого интеллектуального дефицита: психообразование для ребенка и родственников, когнитивно-поведенческая терапия и тренинги когнитивных и социальных навыков.

## Диагностика

1. Собрать субъективный и объективный анамнез у ребенка и родителей: семейную психиатрическую отягощенность, течение беременности и родов, раннее развитие, обучение, социальную адаптацию, динамику симптомов, прежнее лечение и его переносимость (УУР В, УДД 2).
2. Провести первичный осмотр детского психиатра для сопоставления анамнеза и текущей психопатологической картины с критериями МКБ-10 (УУР В, УДД 2).
3. Выполнить клинико-психологическое психодиагностическое обследование для оценки высших психических функций и последующего планирования психокоррекции и реабилитации (УУР С, УДД 5).
4. Проверить диагностические критерии: психотические, кататонические, негативные, речевые или поведенческие симптомы должны соответствовать требуемому сочетанию и сохраняться не менее 1 месяца.
5. При подозрении на употребление психоактивных веществ привлечь детского психиатра-нарколога для исключения психотического эпизода, вызванного ПАВ (УУР С, УДД 5).

6. Провести педиатрический и неврологический осмотры для выявления соматической и неврологической патологии, а также противопоказаний и рисков терапии (УУР С, УДД 5).
7. В первичное обследование, при госпитализации и динамическом наблюдении включить общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимию крови (УУР С, УДД 5).
8. Перед терапией по показаниям выполнить ЭЭГ и нейровизуализацию; при диагностированной шизофрении провести ЭКГ с физической нагрузкой для оценки безопасности психофармакотерапии, особенно при риске удлинения QT (УУР С, УДД 4).

## Лечение

- Оланзапин применяют с 8 лет для редукции психотических и кататонических симптомов, возбуждения и грубых поведенческих нарушений, а также при резистентности к другим антипсихотикам в дозе 2,5–15 мг/сут (УУР А, УДД 1).
- Клозапин применяют при суицидальном риске или резистентности к другим антипсихотикам для профилактики суицидального поведения и повышения эффективности лечения в дозе 25–400 мг/сут (УУР А, УДД 1).
- Для коррекции экстрапирамидных расстройств на фоне антипсихотиков используют противопаркинсонические препараты; бипериден назначают парентерально без ограничения возраста, в таблетках — с 3 лет (УУР С, УДД 4).
- Антидепрессанты применяют преимущественно при постпсихотической депрессии или обсессивно-компульсивной симптоматике; предпочтение отдают СИОЗС с учетом риска суицида. Сертралин при депрессивной симптоматике назначают с 6 лет начиная с 25 мг/сут с последующим повышением дозы, при обсессивно-компульсивной симптоматике — 50 мг (УУР С, УДД 4).
- При маниакальных, депрессивных или смешанных аффективных нарушениях используют противоэпилептические препараты, а при психомоторном возбуждении, ступоре и других проявлениях кататонии — бензодиазепиновые анксиолитики (УУР С, УДД 4).
- Вне обострения при сохранном интеллекте применяют индивидуальную или групповую КПТ (УУР А, УДД 1), клинико-психологический тренинг (УУР В, УДД 2) и арттерапию (УУР В, УДД 1).
- Гипнотерапия не рекомендуется детям с диагностированной шизофренией и с подозрением на шизофрению из-за риска обострения (УУР С, УДД 5).
- Электросудорожная и иная шоковая терапия детям с диагностированной шизофренией не рекомендуется (УУР В, УДД 2).
- Проводят групповую психообразовательную работу с детьми с диагностированной шизофренией и их родственниками при условии сохранного интеллекта вне периода обострений (УУР А, УДД 1).

## Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при выраженном возбуждении или агрессии с риском вреда себе или окружающим, высоком суицидальном риске, яркой психотической симптоматике и грубо дезорганизованном поведении.
- Стационар нужен также при впервые установленном диагнозе для комплексного обследования и подбора терапии, тяжелой соматической патологии, резистентности или плохой переносимости лечения, недоступности адекватной амбулаторной помощи и невозможности обеспечить основные жизненные потребности из-за выраженной социальной дезадаптации.
- Выписку проводят после устранения суицидального риска, купирования выраженного возбуждения и агрессии, а также стабилизации психического и соматического состояния с уменьшением патологической симптоматики.
- Вне обострения ребенок с диагностированной шизофренией должен наблюдаться детским психиатром в динамике не реже 1 раза в год для выявления обострения и коррекции лечения (УУР С, УДД 5).

## Частые вопросы

**Какие симптомы позволяют поставить диагноз шизофрении по МКБ-10?**

Нужен минимум один четкий симптом из групп психического автоматизма, бреда воздействия, характерных галлюцинаций или стойкого неадекватного бреда либо два менее четких симптома из этих групп; возможен

также вариант с двумя симптомами из других диагностических групп. Симптомы должны сохраняться не менее 1 месяца.

**Нужны ли МРТ и ЭЭГ для подтверждения шизофрении?**

Нет, специфического инструментального метода диагностики шизофрении не существует. МРТ, КТ и ЭЭГ назначают по клиническим или анамнестическим показаниям для дифференциальной диагностики и оценки рисков.

**Как долго продолжать антипсихотическую терапию после купирования психоза?**

Поддерживающая терапия в рекомендациях должна продолжаться не менее 1 года. При отсутствии эффекта за 4–6 недель препарат заменяют, если он хорошо переносится и назначен в оптимальной терапевтической дозе.

**Когда при детской шизофрении используют клозапин?**

Клозапин показан при суицидальном риске и при резистентности к другим антипсихотикам; указанная доза составляет 25–400 мг/сут. Цели — профилактика суицидального поведения и повышение эффективности лечения (УУР А, УДД 1).

**Когда ребенка с шизофренией госпитализировать?**

Основные поводы — риск суицида или причинения вреда себе и окружающим, выраженное возбуждение и агрессия, тяжелая психотическая дезорганизация, впервые установленный диагноз с необходимостью комплексного обследования, тяжелая соматическая патология, неэффективность или плохая переносимость амбулаторной терапии, недоступность адекватной амбулаторной помощи и невозможность удовлетворить основные жизненные потребности из-за выраженной социальной дезадаптации.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/674-shizofreniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/674_3