

Проект

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
Федеральное государственное учреждение
«Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии
имени В.П. Сербского
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

УТВЕРЖДАЮ
Директор
ФГУ «ГНЦССП Росздрава»,
академик РАМН
Т.Б. Дмитриева
«30» ноября 2008 года

**ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ
«ДЕТСКАЯ ШИЗОФРЕНИЯ»**

Москва, 2008 г.

Протокол ведения больных «Детская шизофрения» разработан
д.м.н. проф. Козловой И.А., к.м.н Горюновым А.В.

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Детская шизофрения» предназначен для применения в системе здравоохранения Российской Федерации. Область распространения настоящего протокола – специализированные психиатрические лечебно-профилактические учреждения (психоневрологические диспансеры, психиатрические больницы), психиатрические кабинеты и консультации в общемедицинских учреждениях.

II. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящем стандарте использованы ссылки на следующие документы:

- Конституция Российской Федерации («Российская газета» от 25.12.1993 г. №237);
- Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (Ведомости Съезда народных депутатов и Верховного Совета РФ. 1992. №33. Ст. 1913).
- Постановление Правительства Российской Федерации от 05.11.97 №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1997, №46, ст. 5312);
- Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 г.(утверждена постановлением Правительства РФ – от 28,07, 2005г. № 461.

III. ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящем стандарте используются следующие обозначения и сокращения:

ИДК - исследовательские диагностические критерии

МКБ - международная классификация болезней

ОСТ - отраслевой стандарт
ПМУ - перечень медицинских услуг
ПНД- психоневрологический диспансер
ЦНС -центральная нервная система
АЛТ - аланинтрансфераза
АСТ - аспартаттрансфераза
ВИЧ – вирус иммунодефицита человека
МАО - моноаминоксидаза
СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
ТЦА - трициклические антидепрессанты
ЭКГ - электрокардиограмма

IV. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Протокол ведения больных «Детская шизофрения» разработан с целью нормативного обеспечения Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» и Постановления Правительства Российской Федерации от 28.07.2005 г. №461 «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 г.»

Он служит для решения следующих задач:

- установление единых требований к условиям и порядку проведения диагностического обследования детей, обнаруживающих признаки шизофрении;
- унификация лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий среди детей с шизофренией с учетом психопатологических особенностей, фазы заболевания и клинической ситуации;
- обеспечения оптимальных объемов, доступности и качества диагностических и лечебных мероприятий, предпринимаемых для пациентов с различными формами шизофрении в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

Область распространения данного нормативного документа – лечебно-диагностические учреждения системы здравоохранения всех уровней психиатрического профиля.

V. ВЕДЕНИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА

Ведение отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Детская шизофрения» осуществляется Федеральным государственным учреждением «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

VI. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Определение:

Детская шизофрения - это вариант шизофренического болезненного эндогенного процесса, развивающегося на фоне формирования мозговых структур, физиологических и психических функций, что определяет возрастной патоморфоз заболевания, формирование типичного для детской шизофрении дефекта, наряду с сопутствующим нарушением развитием личности - дизонтогенезом.

Эпидемиология:

Клинически выраженные формы детской шизофрении составляют примерно 1/5 всех форм психозов шизофренического спектра. Распространенность шизофрении в детской популяции, составляет 0,1-0,175 %, что на порядок ниже, чем эта же величина среди взрослого населения- 0,8 - 1 %. Значительные границы распространенности детской шизофрении связаны с традиционно разными взглядами и подходами к диагностике. В США считается, что шизофрения крайне редко возникает до 14 летнего возраста . В Европе ранее 9 лет. В отечественной психиатрии диагноз шизофрении нередко устанавливается до 5 лет.

Этиология:

Мультифакториальная модель происхождения шизофрении отражает значение в развитии болезни как наследственного, так и средовых, в том числе социальных факторов. Влияние наследственности подтверждается нарастанием частоты заболевания в зависимости от степени родства. У сестер и братьев, больных шизофренией риск заболевания составляет 10-12%, у детей один из родителей которых болен шизофренией – 10- 14%, если оба родителя - 40%, у однояйцевых близнецов - 40-50%. В то же время это подтверждает, что наследуется предрасположенность к болезни, которая может проявляться, в том числе, особой по сравнению с другими ранимостью. Эта ранимость, свою очередь, определяет значительное влияние средовых факторов. Ряд исследований показали, что благоприятная атмосфера в семьях приемных родителей заметно снижает риск заболевания шизофренией у ребенка, мать которого страдает шизофренией, а напряженные отношения в приемных семьях увеличивают этот риск.

Особое значение придается отклонениям в развитии головного мозга, нередко связанных с пре-, интра- и постнатальным поражением ЦНС, приводящих к явлениям диатеза с личностной уязвимостью, при наличии которых сверхпороговые внешние раздражители (психосоциальные стрессовые факторы) приводят к прогрессирующему процессу, проявляющемуся психопатологической (позитивной и негативной) симптоматикой.

В основе наиболее принятой нейрохимической концепции патогенеза шизофрении – нарушение обмена нейромедиаторов, в частности дофамина, в головном мозге. В последнее время специальное внимание уделяется глутаматергической системе. Специфических тестов (биологических маркеров) для диагностики шизофрении не существует.

Общие диагностические критерии:

Диагноз шизофрении устанавливается на основании критериев Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) (Психические и поведенческие расстройства).

Для диагностики шизофрении необходимо наличие, как минимум, одного четкого симптома (или 2-х менее отчетливых симптомов), принадлежащего к перечисленным ниже признакам 1-4, или 2 симптомов, относящихся к признакам 5-9, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца.

1. Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость);
2. Бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие;
3. Галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела;
4. Стойкие бредовые идеи другого рода, которые не адекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию;
5. Постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель;
6. Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи; или неологизмы;
7. Кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость,

негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье;

8. "Негативные" симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией;

9. Значительное последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Состояния, соответствующие приведенным критериям, но продолжающиеся менее месяца (независимо от того находился больной на лечении или нет), должны быть квалифицированы как острое шизофреноподобное психотическое расстройство или перекодироваться, если симптомы продолжаются в течение более длительного периода. Диагноз шизофрении не должен ставиться при наличии выраженных депрессивных или маниакальных симптомов, если только шизофренические симптомы не предшествовали аффективным расстройствам. Не следует диагностировать шизофрению при наличии явных признаков болезней мозга или при наличии состояний лекарственной интоксикации или отмены.

Продромальные явления могут предшествовать острому психотическому эпизоду на протяжении недель или даже месяцев. К продромальным симптомам относятся: не сильно выраженные когнитивные нарушения, изменения моторики, отдельные расстройства восприятия, утрата интереса к работе, к социальной деятельности, к своей внешности, к гигиеническим привычкам, что сочетается с генерализованной тревогой, легкой степенью депрессии. Критерий наличия расстройств в течение одного месяца имеет отношение только к вышеупомянутым специфическим симптомам, а не к продромальному непсихотическому этапу.

Согласно МКБ-10, выделяют несколько форм шизофрении: параноидная, гебефреническая (гебефренная), кататоническая, недифференцированная и простая. Для диагностики определенной формы заболевания должны выявляться общие критерии шизофрении и кроме того:

- для параноидной формы должны быть выраженными галлюцинации и/или бред: галлюцинаторные голоса угрожающего или императивного характера или слуховые галлюцинации без вербального оформления, обонятельные или вкусовые галлюцинации, сексуальные или другие телесные ощущения; бред преследования, воздействия, отношения, значения, высокого происхождения, особого предназначения, телесных изменений или ревности. Эмоциональная сглаженность или неадекватность,

кататонические симптомы или разорванная речь не должны доминировать в клинической картине, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности;

- гебефреническая (гебефренная) форма чаще впервые диагностируется в подростковом или юношеском возрасте. Должны отмечаться: отчетливая и продолжительная эмоциональная сглаженность или неадекватность; поведение, которое характеризуется больше дурашливостью, нежели нецеленаправленностью; отчетливые расстройства мышления в виде разорванной речи. В клинической картине не должны доминировать галлюцинации или бред, хотя они могут присутствовать в легкой степени выраженности;

- при кататонической шизофрении в течение двух недель (и более) отчетливо определяется один (или более) из следующих кататонических симптомов: ступор или мутизм; возбуждение; застывания; негативизм; ригидность; восковая гибкость; подчиняемость (автоматическое выполнение инструкций);

- при недифференцированной шизофрении симптоматика или недостаточна для выявления другой формы шизофрении, или симптомов так много, что выявляются критерии более одной формы шизофрении;

- при простой форме отмечается медленное развитие на протяжении не менее года всех трех признаков: 1) отчетливое изменение преморбидной личности, проявляющееся потерей влечений и интересов, бездеятельностью и бесцельным поведением, самопоглощенностью и социальной аутизацией, 2) постепенное появление и углубление негативных симптомов, таких как выраженная апатия, обеднение речи, гипоактивность, эмоциональная сглаженность, пассивность и отсутствие инициативы, бедность невербального общения, 3) отчетливое снижение социальной, учебной или профессиональной продуктивности.

Для диагностики шизофрении начавшейся в детском возрасте не соответствующей другим рубрикам в МКБ-10 введен специальный раздел - «шизофрения (детский тип)», шифр- F 20.8xx3. Эта рубрика включает случаи шизофрении, манифестирующей в детском возрасте, характеризующиеся специфическим возрастным своеобразием и полиморфизмом клинической картины, в том числе возникающие в раннем детстве с выраженным дефектом олигофреноподобного типа.

Единство шизофрении у детей и взрослых проявляется в общности основных психопатологических симптомов, закономерностей течения и исхода заболевания, а также в сходстве соответствующих генетических данных. Однако наряду с общими закономерностями течения детской и взрослой шизофрении имеются и некоторые различия, которые важны для правильной диагностической оценки клинической

патологии в детском возрасте. Типичные для шизофрении синдромы в детском возрасте отличаются «незавершенностью патологической организации» - фрагментарностью, рудиментарностью, незрелостью отдельных компонентов, а также транзиторностью и изменчивостью. Галлюцинаторно-бредовые варианты параноидной шизофрении имеют относительно небольшой удельный вес в общем спектре клинических форм шизофрении у детей.

При развитии шизофрении в детском возрасте преобладает непрерывное течение процесса с разграничением его клинических разновидностей по степени прогрессивности от вялого с нерезко выраженными изменениями личности до значительной выраженности негативных синдромов и формированием олигофреноподобного дефекта. Приступообразно-прогрессивная (шубообразная шизофрения) встречается в детском возрасте реже и отличается также разной степенью прогрессивности.

Клинические характеристики форм детской шизофрении, подчеркивающие возрастные особенности психопатологии, наиболее выражены у детей младшего возраста. В повторных приступах или обострениях у детей происходит трансформация психопатологических образований, обусловленная как физиологическим онтогенетическим процессом на фоне диссоциированного дизонтогенеза, так и нарастающим дефектом. В старшем возрасте (15-18 лет) клиническая картина манифестных форм заболевания становится более сходной с описываемой у взрослых.

При **злокачественной рано начавшейся шизофрении** в клинической картине преобладают грубые симптомы регресса, быстро наступающие дефектные состояния с задержкой психического развития, соотносящиеся с возрастом манифестации болезни. Учитывая быстрое формирование грубого шизофренического дефекта и значительные отличия клинической картины от соответствующих форм шизофрении F20.1, F20.2, выделяемых в МКБ-10, рекомендуется пользоваться рубрикой F20.8xx3.

Инициальный период **рано начавшейся шизофрении** характеризуется отчуждением от близких, снижением интереса к окружающему, вялостью, сочетающейся с раздражительностью и упрямством. Близкими людьми эти изменения чаще всего оцениваются как характерологические сдвиги. На фоне этих явлений возникают неврозоподобные расстройства, в том числе немотивированные и разнообразные страхи, которые имеют тенденцию к генерализации и обуславливают поведение больного. Затем выявляются расстройства настроения: в одних случаях неопределенные тревожные ожидания, общая подавленность, в других — кратковременные гипомании с дурашливостью, эйфорией и неразвернутыми кататоническими расстройствами Аф-

фективные расстройства отличаются длительностью и стертой. Они составляют как бы фон, на котором развиваются другие нарушения. Дети могут быть то возбужденными, то заторможенными. Их игровая деятельность становится примитивной и однообразной (манипуляции с ниточкой, прутиком, нелепым собиранием каких-либо предметов и т.п.).

В дальнейшем негативные симптомы — пассивность, аутизм, эмоциональное обеднение углубляются, сопровождаясь диссоциированным замедлением психического развития.

Манифестная стадия болезни, как правило, наблюдается в более старшем возрасте — после 5 лет. Картина психоза становится более полиморфной и изменчивой. В клинической картине болезни наряду с описанными кататоническими расстройствами появляются более выраженные аффективные нарушения, а также рудиментарные галлюцинации (зрительные, обонятельные). Через 2—3 года от начала заболевания состояние больных характеризуется стабилизацией психопатологической симптоматики и признаками выраженного психического дефекта с регрессом речи и поведения, общей задержкой развития — олигофреноподобным дефектом.

Несмотря на неуклонное прогрессирование, течение злокачественной шизофрении неравномерное и характеризуется обострениями симптоматики преимущественно в периоды возрастных кризов. В эти периоды возникают или усиливаются аффективные расстройства (моно- или биполярные), иногда с выраженной тревогой, кататоническими и параноидными включениями. Могут возникать и более яркие бредовые идеи отношения в виде стойкой подозрительности, недоверчивости, "бредовой настроенности", которая не всегда приобретает законченное словесное оформление.

Нередко в структуре шизофрении у детей отмечаются депрессивные состояния, которые отличаются малой дифференцированностью собственно аффективных расстройств, маскированностью соматовегетативными или поведенческими расстройствами, отличаются слабой выраженностью идеаторного компонента аффективного синдрома, при неспособности детей к вербализации переживаний. Основными особенностями злокачественной шизофрении у детей являются быстрое нарастание негативных расстройств и формирование личностного и интеллектуального дефекта с выраженным аутизмом, снижением активности и эмоциональным оскудением. Детская шизофрения в сравнении с подобным типом течения при начале заболевания в подростковом возрасте отличается от последней значительно большей злокачественностью болезненного процесса и формированием олигофреноподобного дефекта.

В структуре **злокачественной рано начавшейся шизофрении** можно условно выделить типы с преобладанием гебефренной и кататонической симптоматики.

При **гебефренической форме** с ранним началом заболевания, наиболее отчетливо проявляются дурашливость с гримасничанием, нелепыми действиями, повышенная готовность к общению при сохраняющемся мутизме, выраженная обнаженность влечений, импульсивные разрушительные действия, гипоманиакальные состояния с явлениями гиперметаморфоза.

При **кататонической форме** на фоне аутистикоподобного поведения отмечаются полиморфные выраженные вычурные движения, импульсивность, частичный мутизм без двигательного торможения, стереотипии, вербегерации, эхолалии, эхопраксия, манерная лепетная речь, речевой напор, мимоговорение, негативизм, амбивалентность. Отмечаются также субступор, «статуэтные позы» без выраженного изменения мышечного тонуса и явлений восковой гибкости, но с отчетливой пассивной подчиняемостью (люцидная кататония).

Параноидная (F20.0) шизофрения сходная в целом (по течению и исходам) с таковой у взрослых может развиваться после 7-9 лет. Она отличается у детей и подростков большим полиморфизмом и рудиментарностью психопатологических синдромов, бедностью и однообразием аффективных проявлений, быстрой сменой соответствующих состояний, которые уменьшаются по мере взросления ребенка. Параноидная шизофрения развивается в рамках непрерывнотекущей и приступообразно-прогредиентной формы, хотя четкое разделение по типу течения является в детском возрасте часто условным. При первом варианте в клинической картине у детей (9-10 лет) преобладают синдромы бредоподобного фантазирования, трансформируясь в бред воображения, иногда с псевдогаллюцинациями. Реже встречается бред воображения, в структуре которого значительное место занимают конфабуляции - «ретроградная мифомания». Галлюцинации, как правило, рудиментарны и нестойки, характерна их фрагментарность и своеобразная расчлененность галлюцинаторных образов. Они сочетаются с чувством враждебности и чуждости, приближаясь к псевдогаллюцинациям, что дает основание считать их компонентом синдрома Кандинского-Клерамбо.

При приступообразно-прогредиентном течении параноидной шизофрении, также развиваются полиморфные синдромы. Для этой формы течения характерны приступы с преобладанием острого чувственного бреда с идеями отношения, ложными узнаваниями, бредовой дереализацией и деперсонализацией, галлюцинаторно-бредовые приступы с тенденцией к систематизации, тактильными и вербальными галлюцинациями, фазно-аффективные приступы с галлюцинаторно-иллюзорными расстройствами, кататано-параноидные приступы. Несмотря на полиморфизм, остроту, изменчивость симптоматики продолжительность приступа носит нередко «затяжной характер» от 3 мес. до 2 лет.

Эти расстройства развиваются на фоне углубляющихся негативных симптомов (шизоидизация личности, интеллектуальная дефицитарность выраженная менее чем при шизофрении злокачественной).

Следует отметить редкость **рекуррентной** формы шизофрении - менее чем 5% случаев манифестации в детском возрасте и 15 % случаев в пубертатном. Клинические проявления этой формы шизофрении у детей показывают большое сходство с шизофренией взрослых. В связи с этим целесообразно соотносить этот тип шизофрении с рубрикой «шизофрения (эпизодический ремиттирующий тип течения) F 20.x3.

Группа вялотекущей шизофрении в детском возрасте неоднородна по характеру и глубине формирующегося дефекта. Случаи, когда определяющими являются расстройства неврозоподобного, психопатоподобного и аффективного (циклотимоподобный вариант) регистров, а нарушение развития проявляется не столько в задержке, сколько в искажении развития и незрелости по типу психического инфантилизма следует относить к рубрике «шизотипическое расстройство» - F 21. Сюда же следует включить «бедную симптомами» шизофрению и особые формы шизофрении, протекающие с предпочтительными для детского возраста психопатологическими расстройствами, такими как патологическое фантазирование, синдром уходов, бродяжничества, патология влечений, протекающих без выраженных проявлений шизофренического дефекта. Если же эти проявления достаточно выражены, то следует воспользоваться диагнозом недифференцированной (F20.9) или простой формы шизофрении (F20.6).

VII. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ.

Общие вопросы:

Диагностическое обследование и лечение пациентов осуществляется при неуклонном соблюдении их конституционных прав на свободу и личную неприкосновенность, достоинство личности, неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну, а также иных прав и свобод человека и гражданина согласно общепризнанным принципам и нормам международного права и в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение детей в возрасте до 15 лет может быть проведено без их согласия, но при согласии родителей или заменяющих их лиц.

Диагностическое обследование (психиатрическое освидетельствование) и/или лечение подростков 15 лет и старше без их согласия и/или согласия его родителей или

заменяющих его лиц представителя в случаях, когда пациент совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обуславливает:

- его непосредственную опасность для себя или окружающих,
- его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности

согласно ст. 23 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании».

Лечение пациентов может производиться в добровольном, недобровольном и принудительном порядке (ст.28 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»). Пациенты, которые могут быть направлены на лечение в психиатрический стационар без их согласия или без согласия их законных представителей до постановления судьи, должны согласно ст. 29 Федерального Закона «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» обнаруживать тяжелые психические расстройства, представляющие опасность для пациента и его окружения, подлежащие лечению только в стационарных условиях, принудительно - по решению суда лица, признанного невменяемым.

Диагностическое исследование включает:

- - психиатрическое исследование, состоящее из *объективного анамнеза*, полученного в результате расспроса родителей и лиц, знающих характер пациента и его поведение в повседневной жизни, и *анализа медицинской документации, субъективного анамнеза* (если получение сведений представляется возможным в силу когнитивных способностей ребенка или подростка); *использование специально разработанных оценочных шкал*, предназначенных для балльной оценки гиперкинетических расстройств (9);
- проведение клинического (психопатологического), физикального, инструментальных и функциональных методов исследования, привлечения врачей-консультантов других специальностей (невролога, терапевта, окулиста и др.);
- экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование, состоящее из разнообразных методик, выбор которых зависит от задач исследования и вопросов, поставленных перед психологом врачом;
- консультация нейропсихолога с определением нейропсихологического статуса;
- при наличии осложняющих расстройств в виде специфических нарушений развития речи и школьных навыков – консультация логопеда, дефектолога.

VII.1 ПСИХИАТРИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

VII.1.1 ОБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ.

Первичный осмотр врача-психиатра проводится с целью уточнения диагноза шизофрении, определения ее формы, типа течения, необходимости стационарного лечения и надзора. Назначается фармакотерапия и психосоциальное лечение.

При диагностике шизофрении основным является клинический метод. В нем главное место принадлежит расспросу (клиническому интервью) и объективному наблюдению за поведением больного. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

Объективный анамнез собирается путем изучения медицинской документации, если таковая имеется, а также из бесед с родственниками пациента и, по возможности, с пациентом.

Целью сбора анамнеза является получение данных о:

- наследственной отягощенности психическими заболеваниями;
- данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, состояния ее здоровья до беременности и в период беременности (наличие сердечно-сосудистых заболеваний и др.), сведения о патогенных биологических воздействиях в периоде внутриутробного и перинатального развития пациента, перенесенных заболеваниях и экзогенных вредностей постнатального периода;
- преморбидных особенностях личности пациента, особенностях его развития, перенесенных экзогенных вредностях, особенностях реагирования на стрессовые ситуации, психических травмах:
 - особенности протекания возрастных кризов
 - данные о раннем психомоторном развитии пациента, особенностях формирования моторики, речи, коммуникативных функций, эмоционального реагирования в различных ситуациях, поведении дома, в организованных детских коллективах;
 - данные об особенностях формирования школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, включая занимаемое положение в школьном коллективе, взаимоотношениях с одноклассниками, педагогами, родителями и другими членами семьи; характеристика семьи и особенностей воспитания, наличие сопутствующих аномальных психосоциальных ситуаций;

- с учетом предъявляемых жалоб данные об особенностях психического состояния и поведения пациента в различные периоды развития, навыках самообслуживания, уровне социальной адаптации (способности устанавливать и поддерживать продуктивный контакт с окружающими людьми, строить свое поведение с учетом существующих морально-этических и культурных традиций).
- возрасте, в котором впервые возникли первые признаки заболевания; продромальные явления, когда заболевание впервые было диагностировано (неврозо- и психопатоподобные расстройства, аффективные колебания, сверценные образования, нарушения социального функционирования, транзиторные субпсихотические эпизоды);
- особенностях динамики заболевания (характер течения заболевания и его прогредиентность).
- особенности сформированной критики к перенесенному состоянию
- аккуратность выполнения терапевтических и реабилитационных рекомендаций
- переносимость проводимой лекарственной терапии.
- соматическом и неврологическом статусе;

VII.1.2. СУБЪЕКТИВНЫЙ АНАМНЕЗ .

С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет уровень психического развития пациента) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента.

Расспрос должен проводиться в атмосфере доверительности и непринужденности, максимально исключая постороннее вмешательство и любые другие отвлекающие факторы. Задаваемые вопросы должны быть по возможности краткими, простыми, однозначными и понятными пациенту. Анамнестические сведения собираются, как правило, от прошлого к настоящему. Иногда порядок расспроса может быть обратным. Схема анамнестического опроса – хронологическая последовательность в выявлении событий жизни, сохранившихся в памяти пациента до момента обследования. В зависимости от возраста пациента и его пожеланий сбор информации производится в присутствии или отсутствии родителей.

При сборе анамнеза у пациента с шизофренией следует обратить внимание на наличие суицидальных мыслей или поведения.

При описании психического статуса пациента оцениваются:

- состояние сознания – степень ориентировки в окружающей обстановке, во времени, собственной личности, понимании цели обследования;
- поведение больного

- уровень речевого развития, в том числе способность поддерживать речевой контакт с врачом, давать связные и последовательные анамнестические сведения, понимать сложные логико-грамматические конструкции;
- особенности развития грубой и тонкой моторики;
- сформированность мыслительных операций (анализ, синтез, установление причинно-следственных связей);
- уровень знаний об окружающем мире, степень ориентации в вопросах общежития, окружающего пациента социума; у детей школьного возраста проводится скрининговая оценка соответствия сформированности школьных навыков и знаний полученному образованию;
- индивидуальное социальное поведение;
- особенности мотивационно-потребностной сферы ;
- особенности памяти, внимания, работоспособности;
- особенности эмоциональных проявлений;
- сопутствующие психические и психоневрологические расстройства, имеющиеся на момент обследования;
- доступность в отношении пациента к имеющимся и имевшимся в прошлом болезненным психическим расстройствам, наличие или отсутствие критики к ним;
- психические расстройства, имеющиеся на момент обследования;
- особенности мышления, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, настроения, внимания и их нарушения;
- степень критики к настоящему и перенесенному состоянию;

Клиническое исследование завершается систематизацией выявленных феноменов, их психопатологической квалификацией для целостного анализа, соотнесения с критериями диагностики и разработки тактики лечения

Следует исключить любое соматическое, неврологическое и органическое психическое расстройство или употребление токсических веществ, которые могут вызвать острое психотическое состояние с шизофреноформной симптоматикой. С этой целью обязательно используют дополнительные методы обследования.

VII.1.III. ФИЗИКАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.

Соматическое и неврологическое обследование пациента вначале производится самим психиатром.

Общий осмотр тела включает:

- выявление стигм внутриутробного дисэмбриогенеза (долихоцефалическая, брахиоцефалическая, скафоцефалическая и другие формы головы, короткая шея,

крыловидные складки, микрогнатия, маленькая верхняя челюсть, недоразвитие нижней челюсти, незаращение неба и другие

- выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка);

- выявление следов инъекций различной давности, если они имеются;

Исследование соматического состояния по органам и системам и наличия соматических заболеваний в анамнезе включает:

- исследование органов дыхания (осмотр, перкуссия, аускультация);

- исследование сердечно-сосудистой системы (осмотр, аускультация, измерение частоты пульса и артериального давления);

- исследование желудочно-кишечного тракта (пальпация живота, определение границ печени методом перкуссии).

При неврологическом исследовании определяются:

- расстройства функций черепно-мозговых нервов;

- рефлексы и их изменения, произвольные движения (безусловные, условные, патологические – стопные, кистевые, защитные, верхняя и нижняя пробы Барре для уточнения пареза конечностей);

- экстрапирамидные нарушения (картина гипокинеза, нарушений мышечного тонуса, наличие различных гиперкинезов, миоклонии);

- мозжечковая патология и расстройства координации движений ;

- чувствительность и ее нарушения;

- расстройства функций вегетативной нервной системы;

К дополнительным методам обследования относится проведение:

1. клинического и биохимического анализов крови (в т.ч. показатели глюкозы, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы; тимоловой пробы);

3. реакции Вассермана, исследования крови на ВИЧ;

4. клинического анализа мочи;

5. ЭКГ;

В случае поступления пациента в стационар в дополнение к вышеуказанным обследованиям обязательно проводятся:

7. мазок из зева и носа на дифтерийную палочку;

8. бактериологический анализ.

При наличии показаний консультации терапевта-педиатра, невропатолога, окулиста, гинеколога (для девочек подростков), патопсихолога, нейропсихолога, другие лабораторные и инструментальные исследования, токсикологические тесты.

VII.1.VI. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Электроэнцефалографическое исследование отражает уровень зрелости и функциональной активности мозга, позволяет констатировать снижение порога судорожной готовности, эпилептической активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга.

Реоэнцефалографическое исследование отражает состояние сосудистой системы мозга (за счет каротидного и вертебрального бассейнов кровоснабжения).

Эхоэнцефалографическое исследование позволяет выявить наличие внутренней гидроцефалии, при которой наблюдается увеличение размеров боковых и третьего желудочков мозга, появление высокоамплитудных сигналов.

Компьютерная томография, магнитно-ядерно-резонансное исследование проводится при подозрении на наличие разнообразных органических внутричерепных изменений, в том числе дегенеративного характера.

Патопсихологическое диагностическое обследование.

Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) является дополнительным методом исследования и проводится в отдельных случаях. Показания к его проведению определяет врач. Исследование проводится медицинским психологом учреждения (отделения). Экспериментально-психологическое исследование должно дать информацию об индивидуально-психологических свойств и психическом состоянии пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и подбора психотерапевтической тактики.

Необходимо применять следующий минимальный набор экспериментальных методов, охватывающих основные сферы психической деятельности:

- А) исследование умственной работоспособности и внимания, включая оценку уровня интеллектуального развития, характеристику структуры интеллектуальной деятельности с выявлением наиболее и наименее сформированных ее функциональных образований, анализ познавательной деятельности пациента.
- Б) характеристику общих предпосылок продуктивности интеллектуальной деятельности (умственной работоспособности, внимания, памяти).
- В) исследование ассоциативной сферы;
- Г) исследование индивидуально-психологических особенностей, в том числе: исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей ребенка

Экспериментально-психологическое исследование включает в качестве обязательного компонента беседу с испытуемым и наблюдение.

Оценка уровня познавательной деятельности пациента проводится на материале перечисленных ниже методик: исключение предметов, исключение понятий, сравнение понятий, простые и сложные аналогии, объяснение пословиц и метафор, последовательные картинки, сюжетные картины, незаконченные предложения, проба на чувствительность к логическим противоречиям и др. (не менее трех методик, которые должны охарактеризовать операциональную, логическую, смысловую сферы мышления и включать как наглядный, так и вербальный материал). При возникновении сложностей при выполнении заданий акцент делается на определение уровня обучаемости, определяемого по объему помощи, необходимой испытуемому для решения предложенной задачи и по его способности к логическому переносу усвоенного.

При подозрении на интеллектуальную недостаточность пациента проводится по индивидуальным показаниям психометрическое исследование тестом Векслера. Исследование умственной работоспособности и внимания проводится с использованием следующих методик: таблицы Шульца (черно-белые и цветные), счет по Крепелину, корректурная проба Бурдона, тест Тулуз-Пьерона и др. – не менее одной методики;

Исследование памяти: запоминание 10 слов, рисунков, опосредованное запоминание по Леонтьеву, пиктограмма, запоминание коротких рассказов, картинок, пробы на опознание запоминаемых предметов и др. – не менее двух методик;

Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей проводится с использованием различных самооценочных шкал (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН, и др.), проективные тесты («Тематический апперцептивный тест» - ТАТ, тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.) – не менее одной методики.

Исследование общего уровня развития познавательной деятельности (опрос об общей осведомленности, практической ориентации, ориентации в социально значимых ситуациях и др., пробы на сформированность основных автоматизированных навыков чтения, письма, счета) включается в беседу.

Данные экспериментально-психологического исследования должны быть обобщены в заключении психолога. В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

VII.1.VIII. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля). Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

Дифференциальный диагноз с другими психическими заболеваниями требует изучения анамнеза, выделения ведущего синдрома и катамнестического наблюдения с целью уточнения характера течения заболевания. При рано начавшейся детской шизофрении дифференциальный диагноз следует проводить с олигофренией, dementia infantilis Геллера, с синдромом Мартина-Белла, различными формами детского аутизма. Приступообразную шизофрению на начальных этапах и Рекуррентную шизофрению следует дифференцировать от шизоаффективных психозов, расстройств настроения с психотическими симптомами, шизофреноформных психозов, непрерывнотекущую простую шизофрению от обострения шизотипического расстройства.

При сохранении относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого больного и окружающих тенденций психические нарушения могут купироваться во внебольничных условиях. При выраженности и остроте психопатологических расстройств, грубом нарушении социально приемлемых форм поведения, опасности для себя или окружающих - в стационарных условиях.

Повторный прием врача-психиатра проводится для окончательной диагностики заболевания (шизофрении) и определения динамики психического состояния, контроля эффективности лечебных мероприятий. 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.

Оценивается выраженность психопатологических расстройств и степень их редукции. Обращается внимание на темп редукции симптоматики, равномерность уменьшения выраженности отдельных компонентов синдрома, исчезновение расстройств, определяющих опасность для больного и его окружения, упорядоченность поведения, контакт с врачом, появление критики к болезненным переживаниям. В стационаре (дневном стационаре) осмотр проводится ежедневно в течение первых трех дней после госпитализации, далее 1 раз в 3 дня; в амбулаторных условиях – 1 раз в 10 дней.

После достижения ремиссии повторные осмотры проводятся для определения ее стойкости, упорядоченности поведения, готовности к контакту с врачом, констатации изменения в критике к болезненным расстройствам и своему положению. Проводится коррекция поддерживающей фармакотерапия, назначается поддерживающее

психосоциальное лечение, проводятся реабилитационные мероприятия, групповые и/или индивидуальные психосоциальные интервенции, мероприятия по социально-трудовой реабилитации, активизации больного в социальной среде, осуществляется контроль эффективности проводимых мероприятий. При этом обращается внимание на наличие и характер сохраняющихся или впервые появившихся жалоб и на изменения психического состояния больного, на соблюдение предписанного режима лечения, появление побочных эффектов и выраженность их.

Повторные осмотры проводятся в зависимости от стойкости ремиссии: обычно 1 раз в 1-3 месяца. При длительных стабильных ремиссионных состояниях – не реже 1 раза в год. При затяжном, с частыми обострениями или хроническом течении комиссионно определяется диспансерное наблюдение.

VII.П. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ШИЗОФРЕНИИ У ДЕТЕЙ

При обострениях, приступах или затяжном, хроническом течении фармакотерапия является методом выбора. Применяемое лечение должно ориентироваться на фазу заболевания в которой находится больной.

В системе лечебных мероприятий выделяют три относительно самостоятельных этапа:

- купирующая терапия, направленная на лечение текущего состояния;
- долечивающая или стабилизирующая (поддерживающая) терапия, направленная на предупреждение обострения предшествующего состояния;
- профилактическая терапия, направленная на предупреждение рецидива (повторного состояния).

Терапевтическими стратегиями на этапе купирования являются:

- 1) назначение специфической антипсихотической нейролептической терапии
- 2) стабилизация соматического состояния больного;
- 3) назначение препаратов направленных на лечение сопутствующих расстройств (депрессивных, тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и т.д.) .

Лечение при шизофрении обычно стационарное, длительность пребывания в стационаре зависит от скорости редукции симптоматики (в среднем 2-3 мес). Лечение проводится с учетом психопатологической структуры обострения (приступа), которая определяет выбор психотропных средств, а также особенностей терапевтической или спонтанной трансформации синдрома в процессе лечения, с чем может быть связана замена или присоединение других методов лечения.

Выбор конкретного препарата осуществляют с учетом спектра психотропной активности антипсихотика и характера возникающих побочных эффектов, а также противопоказаний к применению и возможных лекарственных взаимодействий. Режим дозирования, средние и максимально допустимые суточные дозы и возможный путь введения конкретного нейролептика определяется характером и выраженностью имеющейся психопатологической симптоматики, соматическим состоянием и возрастом больного.

В случае развития острого психоза (обострения процесса) с актуализацией и генерализацией психопатологической симптоматики, нарастанием ее выраженности, явлениями страха, тревоги, выраженным психомоторным возбуждением, агрессивностью, враждебностью следует прибегать к назначению нейролептиков с выраженным седативным компонентом действия (клозапин, хлорпромазин, левомепромазин, хлорпротиксен и др.), в том числе парентерально (убедительность доказательств В).

При преобладании в структуре психоза галлюцинаторно-параноидных расстройств (явления психического автоматизма, псевдогаллюцинации, бред воздействия, преследования) предпочтение следует отдавать нейролептикам с выраженным антигаллюцинаторным и антибредовым действием (галоперидол, трифлуоперазин, зуклопентиксол, рисперидон, оланзапин) (убедительность доказательств В).

Полиморфизм психопатологических расстройств с наличием симптоматики более глубоких регистров (кататонической, гебефренической) требует назначения нейролептиков с мощным общим антипсихотическим (инцизивным) действием, таких как тиопроперазин и клопиксол. Наряду с этим можно применять и атипичные антипсихотические препараты, такие как клозапин, рисперидон и оланзапин (убедительность доказательств В).

В случае приступов с наличием в структуре продуктивных расстройств неврозоподобной симптоматики (обсессивно-компульсивные, истероформные и другие расстройства), а также сомато-вегетативных нарушений и умеренно выраженных тревожных расстройств назначаются транквилизаторы: феназепам, клоназепам, диазепам (убедительность доказательств В).

Чтобы правильно оценить эффективность терапии и подобрать нужную дозу, следует, по возможности, избегать применения комбинаций различных нейролептиков. Однако в случае сочетания галлюцинаторно-бредовой симптоматики с возбуждением иногда применяют два нейролептика – один седативным и другой – с мощным антипсихотическим эффектом. Наиболее часто применяют комбинацию галоперидола с левомепромазином, хлорпромазином или хлорпротиксеном.

Долечивание на стадии стабилизации и формирования ремиссии возможно в полустационарных или амбулаторных условиях. Профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания, может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию повторного приступа и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. В связи с этим в случаях, когда нет объективных медицинских показаний для отмены профилактической терапии (подобные действия, возникновение сопутствующих интеркуррентных заболеваний, требующих назначения медикаментов, несовместимых с используемыми для профилактики препаратами и т.п.), тактика врача должна быть направлена на продолжение терапии неопределенно долго.

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ

Основной группой психофармакологических средств, применяемых для лечения шизофрении у детей являются антипсихотики (нейролептики).

Антипсихотическое действие нейролептиков связывают преимущественно с блокадой D₂-дофаминовых рецепторов и изменением дофаминергической нейротрансмиссии, что в свою очередь может вызвать экстрапирамидные расстройства и гиперпролактинемию. Развитие тех или иных клинических эффектов блокады D₂ рецепторов зависит от воздействия на различные дофаминергические пути в ЦНС. Угнетение нейротрансмиссии в мезолимбической системе ответственно за развитие собственно антипсихотического эффекта, в нигростриальной области – за экстрапирамидные побочные эффекты (нейролептический псевдопаркинсонизм), а в тубероинфундибулярной зоне – за нейроэндокринные нарушения, в том числе гиперпролактинемию. В мезокортикальных структурах у больных шизофренией наблюдается снижение дофаминергической активности. Антипсихотические препараты не одинаково связываются с D₂ рецепторами в разных структурах мозга. Одни вещества обладают сильным сродством и блокируют рецепторы на длительное время, другие, напротив, быстро высвобождаются из мест связывания. Если это происходит на уровне нигростриальной области и блокада D₂ рецепторов не превышает 70%, то экстрапирамидные побочные эффекты (паркинсонизм, дистония, акатизия) либо не развиваются, либо выражены незначительно. Антипсихотики, обладающие антихолинергической активностью, реже вызывают экстрапирамидную симптоматику, поскольку холинергическая и дофаминергическая системы находятся в реципрокных отношениях, и блокада мускариновых рецепторов I типа приводит к активизации дофаминергической передачи. На том же механизме действия основана способность центральных антихолинергических препаратов (тригексифенидил,

бипериден) корректировать нейролептические экстрапирамидные нарушения. Некоторые препараты в зависимости от применяемой дозы способны блокировать пресинаптические D_{2/3} рецепторы и парадоксально облегчать дофаминергическую нейротрансмиссию, в том числе на корковом уровне (сульпирид, амисульприд). В клинике это может проявляться в виде дезингибирующего или активирующего эффекта. Атипичные антипсихотики могут также блокировать 5-HT₂ серотониновые рецепторы, с чем связывают их способность уменьшать выраженность негативной симптоматики и когнитивных нарушений у больных шизофренией, поскольку серотониновые рецепторы 2 типа расположены преимущественно в коре головного мозга (особенно во фронтальных областях) и их блокада приводит к опосредованной стимуляции дофаминергической передачи. Частичные агонисты дофаминовых рецепторов (арипипразол) нормализуют дофаминовую нейротрансмиссию, уменьшая ее при гиперфункции D₂ рецепторов и увеличивая – при гипофункции. В настоящее время имеются существенные возрастные ограничения при назначении нейролептиков. Учитывая постоянную работу различных структур по внедрению современных препаратов в детскую психиатрическую практику возрастные ограничения на успешно применяемые лекарства у взрослых постепенно снимаются. При выборе препарата следует также руководствоваться современным состоянием психиатрии и рекомендациями фирм производителей в соответствии с законами РФ.

Наиболее часто применяемые нейролептики, разрешенные к применению в России в детском возрасте

Аминазин таб	С 5 лет
Аминазин р-р	после 3-х лет
Галоперидол ретиформ капл	с 3-х лет, с осторожностью детям и подросткам
Галоперидол таб	с 3-х лет
Галоперидол р-р	после 3-х лет
Клопиксол	детский возраст, точных данных нет
Клозапин	с 5 лет
Лепонекс	с 6 лет
Неулептил кап.	с 3 лет
Неулептил капс.	До 10 лет с осторожностью
Рисполепт квиклет	с 15 лет
Рисполепт	с 15 лет
Сонапакс	с 4 лет
Сперидан	с 15 лет
Стелазин	с 6 лет
Солиан	с 14 лет
Труксал	данных о детском возрасте нет
Тизерцин	с 12 лет
Трифтазин	старше 3-х лет с осторожностью.

Хлорпротиксен	точных данных нет
Эглонил капс.	с 6 лет
Этаперазин	с 12 лет

Для лечения детской шизофрении применяются нейролептики следующих групп:

1. Фенотиазины и другие трициклические производные:
 - Алифатические (алимемазин, промазин, хлорпромазин)
 - Пиперидиновые (перициазин, пипотиазин, тиоридазин)
 - Пиперазиновые (перфеназин, прохлорперазин, тиопроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин)
2. Тиоксантены (флупентиксол, хлорпротиксен)
3. Бутирофеноны (бенперидол, галоперидол).
4. Замещенные бензамиды (сульпирид, сультоприд, тиаприд)
5. Производные дибензодиазепина (кветиапин, клозапин)
6. Производные бензизоксазола (рисперидон)

Алифатические фенотиазины обладают сильной адренолитической и холинолитической активностью, что клинически проявляется выраженным седативным эффектом и мягким действием на экстрапирамидную систему. Пиперазиновые фенотиазины и бутирофеноны обладают слабыми адренолитическими и холинолитическими, но сильными дофаминблокирующими свойствами, т.е. наиболее выраженным глобальным антипсихотическим действием и значительными экстрапирамидными и нейроэндокринными побочными эффектами. Пиперидиновые фенотиазины, тиоксантены и бензамиды занимают промежуточное положение и обладают преимущественно средним антипсихотическим действием и умеренно или слабовыраженными экстрапирамидными и нейроэндокринными побочными явлениями. Отдельную группу составляют атипичные антипсихотики (амисульприд, кветиапин, клозапин, оланзапин, рисперидон, zipразидон, арипипразол), которые обладают достаточно выраженным общим антипсихотическим действием и отсутствием или дозозависимыми экстрапирамидными и нейроэндокринными побочными эффектами.

В спектре клинической активности антипсихотиков выделяют несколько определяющих параметров:

- **глобальное антипсихотическое (инцизивное) действие** – способность препарата равномерно редуцировать различные проявления психоза и препятствовать прогрессивности заболевания;
- **первичное седативное (затормаживающее) действие**, необходимое для быстрого купирования галлюцинаторно-бредового или маниакального возбуждения, сопровождается глобальным депримирующим действием на ЦНС, в том числе явлениями

брадипсихизма, нарушениями концентрации внимания, снижением вигилитета (уровня бодрствования) и гипнотическим действием;

- **избирательное (селективное) антипсихотическое действие** – связано с преимущественным воздействием на отдельные симптомы-мишени состояния, например, на бред, галлюцинации, расторможенность влечений, нарушения мышления или поведения; обычно развивается вторично вслед за глобальным антипсихотическим эффектом;
- **активирующее (растормаживающее, дезингибирующее и антиаутистическое) антипсихотическое действие** – обнаруживается, прежде всего, у больных шизофренией с негативной (дефицитарной) симптоматикой;
- **когнитотропное действие** проявляется при применении атипичных антипсихотиков в их способности улучшать высшие корковые функции (память, внимание, исполнительскую деятельность, коммуникативные и другие познавательные процессы);
- **депрессогенное действие** - способность некоторых, преимущественно седативных антипсихотиков при длительном применении вызывать специфические (заторможенные) депрессии; Некоторые препараты (напр., рисперидон, кветиапин, zipразидон, тиоридазин, флупентиксол, сульпирид и др.) обладают определенной способностью редуцировать вторичную депрессивную симптоматику у больных шизофренией.
- **неврологическое (экстрапирамидное) действие** – связано с влиянием на экстрапирамидную систему мозга и проявляется неврологическими нарушениями – от острых (пароксизмальных) до хронических (практически необратимых); неврологическое действие минимально у атипичных антипсихотиков;
- **соматотропное действие** – связано, в основном, с выраженностью адренолитических и антихолинергических свойств препарата. Проявляется в нейровегетативных и эндокринных побочных эффектах, в т.ч. гипотензивных реакциях и гиперпролактинемии.

Наибольшее значение при выборе нейролептика имеет соотношение первых двух параметров, т.е. глобального антипсихотического и первичного седативного эффектов, на основании чего выделяют:

1) группу *седативных антипсихотиков* (левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, алимемазин, перициазин и др.), которые независимо от дозы, сразу вызывают определенный затормаживающий эффект;

- 2) препараты с мощным глобальным антипсихотическим действием или *инцизивные антипсихотики* (галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, тиопроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин), которым при применении в малых дозах свойственны активирующие эффекты, а с нарастанием дозы возрастают и их купирующие психотическую (галлюцинаторно-бредовую) и маниакальную симптоматику свойства;
- 3) *дезингибирующие антипсихотики* (сульпирид, карбидин и др.), преимущественно (т.е. в большом диапазоне доз) обладающие растормаживающим, активирующим действием;
- 4) в силу особого механизма действия и спектра психотропной активности отдельную группу составляют *атипичные антипсихотики* (клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, амисульприд, zipразидон, сертиндол, арипипразол и др.), которые, обладая отчетливым антипсихотическим эффектом, не вызывают или вызывают дозозависимые экстрапирамидные расстройства и способны корригировать негативные и когнитивные нарушения у больных шизофренией.

Дифференцированный подход к назначению антипсихотиков осуществляется с учетом возраста пациента, клинической картины, индивидуальной переносимости и в соответствии со спектром психофармакологического действия и побочных эффектов препарата. Эффективность проводимой терапии оценивается на основании положительной динамики клинических проявлений. Основными показателями являются быстрота развития и стойкость эффекта, а также безопасность терапии.

При отсутствии urgentных показаний (острый психоз, сильное возбуждение) дозу нейролептика обычно повышают постепенно до достижения терапевтического результата или развития выраженного побочного эффекта. Адекватная доза подбирается индивидуально эмпирическим путем. В начале вводят небольшую тестовую дозу (напр., 25-50 мг хлорпромазина), при отсутствии в течение 2 часов аллергических или других реакций (повышение температуры тела, острые дискинезии) дозу постепенно увеличивают. Психомоторное возбуждение купируется, как правило, в первые дни терапии. Значительный антипсихотический эффект развивается обычно через 3-6 недель терапии. При замене одного антипсихотика другим следует руководствоваться следующими примерными эквивалентами дозировок для приема внутрь (так называемые аминазиновые эквиваленты). Каких-либо убедительных доказательств дифференцированного воздействия на отдельные клинические синдромы и формы течения шизофрении не существует.

При наличии в клинической картине выраженных циркулярных расстройств (состояние маниакального возбуждения) рекомендуется назначение нормотимических средств. При наличии в структуре психоза выраженного депрессивного аффекта

обоснованным будет присоединение антидепрессантов в дозах, достаточных для купирования патологически измененного аффекта; при этом следует учитывать возможность обострения других продуктивных расстройств, поэтому предпочтительно применение антидепрессантов с седативным компонентом действия. При назначении нормотимиков и антидепрессантов следует учитывать возраст пациента.

Наиболее часто применяемые антидепрессанты, разрешенные к применению в России в детском возрасте

Амитриптилин	с 6 лет
Анафранил	с 17 лет
Анафранил СР	с 5 лет
Депрефолт	от 6 лет с осторожностью
Депакин хроно	старше 3
Золофт	с 6 лет
Коаксил	с 15 лет
Кломипрамин	с 10 лет
Людиомил	С 13 лет
Мелипрамин	с 6 лет в случаях, когда не обнаружены органические поражения
Паксил	с 7 лет
Сертралин	с 6 лет
Феварин	с 8 лет
Флюоксетин	с 7 лет
Флювоксамин	с 8 лет
Ципрамил	с 15 лет

Наиболее частыми и тяжелыми побочными эффектами антипсихотической фармакотерапии являются экстрапирамидные расстройства. Риск их развития выше при лечении нейролептиками из группы пиперазиновых фенотиазинов и бутирофенонов. Они легко распознаются, однако, их возникновение весьма трудно предвидеть, так как оно связано отчасти с дозировкой, отчасти с особенностями самого препарата, отчасти с индивидуальной чувствительностью пациента. Они включают *паркинсонические симптомы* (например, тремор, мышечная ригидность, в том числе симптом «зубчатого колеса», двигательная заторможенность, гипомимия), которые могут нарастать постепенно; *дистоническую симптоматику* (гиперкинезы лица и туловища, например, тортиколис, окулогирный криз), которая может наблюдаться уже после первых дозировок; *акатизию* (неусидчивость), которая может быть ошибочно расценена как усиление психомоторного возбуждения вследствие основного заболевания; и *позднюю дискинезию*, развивающуюся, как правило, при длительном применении инцизивных нейролептиков. Паркинсоническая симптоматика исчезает после отмены препарата или может быть уменьшена присоединением центральных холинолитических средств, так называемых корректоров нейролептической терапии

2. Немедикаментозная терапия.

По минованию острого состояния терапевтическая тактика должна включать психотерапевтические аспекты, ставящие своей задачей укрепление личности. Используются различные методы психотерапевтического воздействия, включающие рациональную психотерапию. Особую работу необходимо проводить с родственниками и людьми, ухаживающими за больным, привлекая их к сотрудничеству в целенаправленном устранении болезненных проявлений. Следует стимулировать больных путем развития различных форм проведения досуга.

В периоды стабилизации процесса или достижения ремиссии на первый план должны выступать социореабилитационные мероприятия.

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо психотерапии, стимуляцию физической и социальной активности, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку людей, ухаживающих за больным. Этот аспект лежит в основе семейной терапии, главным методом которой является психопедагогическая работа с родственниками больных, в результате которой возникает групповое взаимодействие, направленное на изменение межличностных отношений в семье. Необходим правильный выбор формы и вида обучения, рода занятий, создание благоприятного климата в семье и коллективе.

Психосоциальная терапия не может обходиться только методами и способами воздействия, которыми располагают учреждения психиатрического профиля. Необходимо психолого-медицино-социальное сопровождение ребенка или подростка вместе с его семьей на основе межведомственного и межпрофессионального взаимодействия. Специалист по социальной работе (социальный работник) с момента первичного обращения (поступления) пациента в учреждение, оказывающее психиатрическую помощь, и на всем протяжении дальнейшего ведения случая оценивает особенности его социального положения и социального функционирования. Следует отмечать не только проблемы и трудности, но и благоприятные и положительные особенности. Сведения фиксируются как на настоящий момент, так и по данным истории жизни пациента.

Данные группируются по следующим категориям: семейное положение и особенности семьи; ближайшее (личностно-значимое) окружение; материальное положение; самообслуживание; жилищные условия; досуг; проблемы медицинского обслуживания; характеристика периода обучения (в прошлом и настоящем) и уровень соответствия полученных знаний возрастным нормам; юридические проблемы и проблемы, связанные с взаимодействием с государственными (в том числе правоохранительными) органами; другие психосоциальные проблемы.

Указанные сведения являются социальными составляющими функционального диагноза и учитываются в работе полипрофессиональной бригады. Дневниковые записи по мере заполнения прилагаются к истории болезни пациента. На основании выявленных данных разрабатывается план психосоциальных мероприятий и поэтапного ведения случая с выделением целей и форм вмешательства.

Комплексное использование медикаментозных и немедикаментозных методов лечения в сочетании с нейропсихологической и психолого-педагогической коррекцией, социальной работой с семьей и пациентом является одним из основополагающих принципов курации больных с шизофренией. Высокая эффективность комплексной терапии возможна только при тесном, эстафетном взаимодействии высококвалифицированных психиатров, неврологов, психотерапевтов, психологов, педагогов и социальных работников.

VIII. ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.

8.1. Модель пациента

Нозологическая форма: шизофрения

Фаза синдрома: острая

Стадия синдрома: нет

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: проведение диагностического исследования в амбулаторных условиях для решения вопроса о госпитализации или амбулаторном наблюдении, социальных вопросов, проведения дифференциальной диагностики.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациента.

1. Наличие у ребенка признаков шизофрении при отсутствии диагноза.
2. Несоответствие выраженности симптомов шизофрении ранее установленному диагнозу.

Алгоритм выбора режима обследования (амбулаторный или стационарный).

В амбулаторных условиях проводится предварительная диагностика детей с подозрением на шизофрению, определение стадии, фазы и ведущей симптоматики вне обострения или дифференциальная диагностика для снятия диагноза. Окончательный диагноз, особенно в

стадии обострения устанавливается в условиях стационара.

8.1.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.1.3. Требования к диагностике амбулаторно-поликлинической .

Диагностика проводится в объеме, необходимом для осуществления лечебной деятельности

ДИАГНОСТИКА

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.30.001	Сбор анамнеза (катамнеза) и жалоб в психиатрии	1	1
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	1	2
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	2
A 13.30.001	Психопатологическое обследование	1	2
A01.31.015	Составление родословной	1	1
A 01.31.009	Сбор анамнеза и жалоб общетерапевтический	1	1
A 01.31.010	Визуальный осмотр общетерапевтический	1	1
A 01.31.011	Пальпация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.012	Аускультация общетерапевтическая	1	1
A 01.31.016	Перкуссия общетерапевтическая	1	1
A 02.12.001	Исследование пульса	1	1
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A 02.12.002	Измерение базальной температуры	1	1
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	1
A 02.03.005	Измерение роста	1	1
A 01.23.001	Сбор анамнеза и жалоб при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 01.23.002	Визуальное исследование при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
A 01.23.004	Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга	1	1
B 01.023.01	Осмотр врача-невролога первичный	0,3	1
B 01.006.01	Прием (осмотр, консультация) врача-генетика первичный	0,01	1
	Обследование специалистом по социальной работе / социальным работником	0,5	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 13.30.001	Патопсихологическое (экспериментально-психологическое) обследование	0,3	1
A05.23.001	Электроэнцефалография	0,1	1
A 05.26.008	Ядерно-магнитно резонансная томография центральной нервной системы и головного мозга	0,001	1
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1	1
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	0,3	1
D12.02.01	Регистрация пациента в медицинской организации	1	1
D 22.02.02	Оформление и подготовка выписок из документов	1	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1	1

8.1.4. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях.

Диагностическое обследование детей с подозрением на шизофрению проводится при выявлении симптомов шизофрении у детей, не имевших ранее диагноз шизофрения;

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для предварительной диагностики шизофрении.

Этапы диагностики:

Изучение сопроводительной медицинской документации, характеристик с места учебы

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет возраст ребенка) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Сведения полученные от родителей и лиц, знающих пациента в повседневной жизни должны содержать объективные данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействиях внутриутробного и

перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, об особенностях протекания возрастных кризов, психопатологических симптомах на инициальном периоде, особенностях преморбидной личности (при манифестации в подростковом возрасте), наличии стрессовых событий и связи манифестации болезни с ними, а также данные об особенностях психического состояния и поведения пациента на момент осмотра, возможности самообслуживания, уровень социальной адаптации.

При составление родословной пациента необходимо выяснить, нет ли среди его родственников психически больных, умственно отсталых, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка), выявление следов инъекций различной давности, если они имеются.

Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения центральной нервной системы и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (***консультация невролога***). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт (***консультация терапевта***) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза шизофреноподобных состояний вследствие органического поражения головного мозга, эпилептических психозов и др. дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований.

Показаниями для **медико-генетического консультирования** являются:

- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента;

Медико-генетическое консультирование включает:

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- при показаниях:
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
 - лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом.

Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.), возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются симптомы шизофрении, симптомы других психических расстройств с шизофреноподобной симптоматикой, рассматриваемых в соответствующих протоколах ведения психически больных, или не выявляются соответствия критериям шизофрении, в связи с чем диагноз не подтверждается.

8.1.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Амбулаторно-поликлиническое лечение в рамках данного протокола не проводится. В случае необходимости проведения такого лечения, пациент параллельно данному протоколу включается в соответствующий протокол, включающий лечение психических расстройств.

8.1.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

Специальных требований нет.

8.1.7. Требования лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.1.8. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения лекарственной помощи.

Специальных требований нет.

8.1.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо когнитивного тренинга, стимуляцию физической активности, разъяснительную работу с членами семьи, психологическую поддержку родителей, рекомендации по выбору адекватной программы и способа обучения(на дому, индивидуально и др.).

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жары, духоты (в частности бани), уделять внимание умеренным физическим упражнениям, правильно питаться.

8.1.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Определяются возрастом ребенка и выраженностью процессуальных расстройств.

8.1.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

8.1.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.1.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у ребенка другого заболевания, проявляющегося симптомами шизофрении, врач-психиатр делает аргументированное заключение о целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

8.1.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи
Продление диагностического исследования	В 50 – 55% случаев	Выявление достаточных признаков для принятия предварительного диагностического	На любом этапе	Направление на стационарное диагностическое психиатрическое исследование и

		решения или сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость динамического наблюдения		переход в другую модель
Продление диагностического исследования с принятием диагностического решения, проведением социальных рекомендаций	В 15- 10% случаев	сложность диагностической оценки, связанная с неясностью клинической картины и необходимость дополнительного обследования	Длительность определяется объемом диагностических исследований и техническими возможностями мед. учреждений	Исключение из протокола
Принятие диагностического заключения с проведением социальных рекомендаций	В 30-40 % случаев	Выявление достаточных признаков для принятия диагностического решения	3 дня +2 дня для подготовки заключения	

8.1.15 *Стоимостные характеристики протокола*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.2 Модель пациента

Нозологическая форма: шизофрения

Фаза синдрома: подострая

Стадия синдрома: нет

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: проведение лечения в амбулаторных условиях, решения социальных вопросов.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.2.1. *Критерии и признаки, определяющие модель пациента.*

1. Наличие у ребенка диагноза шизофрении вне выраженного обострения (приступа).

2. Несоответствие выраженности симптомов шизофрении ранее установленному диагнозу.

Алгоритм выбора режима обследования и лечения (амбулаторный или стационарный).

Показаниями для амбулаторного лечения являются субпсихотические и неврозоподобные синдромы, церебрастенические, когнитивные и психопатоподобные расстройства без выраженных агрессивности и патологии влечений, постпсихотические депрессивные состояния без суицидальных тенденций, кратковременные и неглубокие психотические расстройства, пароксизмальные состояния с судорожными проявлениями и бессудорожные.

8.2.2. Порядок включения пациента в протокол.

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.2.3. Требования к диагностике

Диагностика проводится в объеме, необходимом для осуществления лечебной деятельности.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.30.001	Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии	1	12
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	1	12
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	12
	Психопатологическое обследование	1	12
A 02.12.001	Исследование пульса	1	12
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	12
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	12
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	12
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1	6
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	12
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	2
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 09.05.024	Исследование оседания эритроцитов	1	2
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,1	2
A 09.05.10	Исследование уровня общего белка в крови	0,1	2
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	0,1	2
A 09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	0,1	2
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	0,1	2
	Аланинаминотрансфераза	0,1	2
	Аспартатаминотрансфераза	0,1	2
	Тимоловая проба	0,1	2
	Протромбиновый индекс	0,1	2
A 09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	2
A 09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	2
A 09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	2
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
A 09.28.034	Исследование уровня билирубина в моче	1	2
A 09.28.053	Визуальное исследование мочи	1	2
	Определение реакции мочи	1	2
A 12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	0,01	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	0,01	1
	Исследование сыворотки крови на HBs-АГ	0,01	1
	Исследование сыворотки крови на анти-HCV	0,01	1
A 09.05.087	Исследование уровня лития в крови	0,01	12
A 09.05.088	Исследование уровня пролактина в крови	0,01	1
A 05.26.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
	Обследование специалистом по социальной работе / социальным работником	1	6
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	0,8	1
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	0,01	16
	Взаимодействие специалистов терапевтической бригады по выработке тактики комплексного ведения больного	0,5	2
D 12.02.04	Экспериментально-психологическое (психодиагностическое) исследование	0,3	1
A 13.30.005	Психотерапия	0,1	4
A 13.30.004	Назначение терапии средой	1	1
A 25.30.002	Назначение диетической терапии	0,3	1
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима	1	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
	при заболеваниях психической сферы		
D 22.02.01	Регистрация пациентов в медицинской документации	1	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1	1
D 22.05	Организация архивного хранения документов	1	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1	1

8.2.4. Характеристика алгоритмов выполнения медицинских работ и услуг в амбулаторно-поликлинических условиях.

Диагностическое обследование детей с шизофренией проводится для выявления ведущих симптомов шизофрении, степени их редукции, определения уровня формирующегося дефекта.

Перечисленные в таблице медицинские работы и услуги в неосложненных случаях могут быть достаточными для предварительной диагностики шизофрении.

Этапы диагностики:

Изучение сопроводительной медицинской документации, характеристик с места учебы

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии – т.е. проведение психодиагностического интервью. С помощью расспроса собирается субъективный анамнез (если позволяет возраст ребенка) и выявляются клинические факты, определяющие психическое состояние пациента. Сведения полученные от родителей и лиц, знающих пациента в повседневной жизни должны содержать объективные данные о наследственной отягощенности психическими заболеваниями; данные акушерско-гинекологического анамнеза матери, патогенных биологических воздействиях внутриутробного и перинатального периодов, особенностях психомоторного развития, формирования речи, школьных навыков, личности пациента, семейном и социальном статусе, перенесенных экзогенных вредностях постнатального периода, об особенностях протекания возрастных кризов, психопатологических симптомах на инициальном периоде, особенностях преморбидной личности (при манифестации в подростковом возрасте), наличии стрессовых событий и связи манифестации болезни с ними, а также данные об

особенностях психического состояния и поведения пациента на момент осмотра, возможности самообслуживания, уровень социальной адаптации.

При составление родословной пациента необходимо выяснить, нет ли среди его родственников психически больных, умственно отсталых, личностей с патологией характера и злоупотребляющих алкоголем и другими психоактивными веществами; описание особенностей передачи перечисленных видов психической патологии. Необходимо установить, не являются ли родители больного кровными родственниками, наличие кровнородственных браков среди предшествующих поколений

Визуальное обследование пациента должно проводиться с акцентом на выявление дисэмбриогенетических стигм, выявление следов различных повреждений (рубцов, шрамов, следов прикусов языка), выявление следов инъекций различной давности, если они имеются.

Психопатологическое исследование, наблюдение за поведением пациента позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах, проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения центральной нервной системы и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (**консультация невролога**). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт (**консультация терапевта**) и т.д.

Для подтверждения или исключения диагноза шизофреноподобных состояний вследствие органического поражения головного мозга, эпилептических психозов и др. дополнительно проводится одно или несколько инструментальных исследований.

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом.

Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.), возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются симптомы шизофрении, симптомы других психических расстройств с шизофреноподобной симптоматикой, рассматриваемых в соответствующих протоколах ведения психически больных, или не выявляются соответствия критериям шизофрении, в связи с чем диагноз не подтверждается.

8.2.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Целью амбулаторно-поликлинических терапевтических мероприятий является сохранение достигнутой редукции позитивной психотической симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности.

8.2.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

В процессе диагностического интервью выявляются причины, спровоцировавших или сопровождающих декомпенсацию состояния пациента с усилением продуктивных, когнитивных и поведенческих расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления когнитивных и поведенческих расстройств структура терапевтических мероприятий смещается в

сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций.

Если в ПНД налажена психотерапевтическая работа с детьми, пациенты с детской шизофренией могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности ребенка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

8.2.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Психотропные средства (нейролептики)	Согласно алгоритму
Антипаркинсонические препараты	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Нормотимики	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	

	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

8.2.8. Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания, может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года. Отмена антипсихотических препаратов должна проводиться постепенно под тщательным контролем врача во избежание риска развития синдрома отмены или обострения симптоматики. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию повторного приступа и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. В связи с этим в случаях, когда нет объективных медицинских показаний для отмены профилактической терапии (подобные действия, возникновение сопутствующих интеркуррентных заболеваний, требующих назначения медикаментов, несовместимых с используемыми для профилактики препаратами и т.п.), тактика врача должна быть направлена на продолжение терапии неопределенно долго.

ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ИЗ РАСЧЕТА 365 ДНЕЙ

Терапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения курсов терапии+	ОДД (мг, если не указано другое)	ЭКД (мг, если не указано другое)+
Острые состояния (приступ или обострение) – длительность пребывания в стационаре – 8-12 недель (2 курса терапии)					
Средства, влияющие на центральную нервную систему					
	<i>Антипсихотические средства</i>				
		Амисульприд, табл.	0,05	250	91250
		Алимемазин	0,2	50	18250
		Алимемазин, р-р для инъекций*	0,05	50	18250
		Галоперидол, табл.	0,5	20	
		Галоперидол, р-р для инъекций*	0,3	10	
		Клозапин, табл.	0,1	300	
		Клозапин, р-р для инъекций*	0,1	200	
		Левомепромазин, табл.	0,1	75	
		Левомепромазин, р-р для инъекций*	0,01	50	18250

Терапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения курсов терапии+	ОДД (мг, если не указано другое)	ЭКД (мг, если не указано другое)+
		Перициазин	0,5	30	
		Перициазин, капли	0,5	20	
		Рisperидон, табл.	0,1	4	
		Рisperидон, р-р для приема внутрь	0,1	4	
		Тиопроперазин, табл.	0,05	50	18250
		Тиоридазин, табл., драже	0,5	75	
		Трифлуоперазин, табл.	0,5	30	
		Трифлуоперазин, р-р для инъекций*	0,01	20	
		Фторфеназин	0,05	10	
		Фторфеназин-деканат	0,01	25	
		Хлорпромазин, табл., драже	0,5	150	
		Хлорпромазин, р-р для инъекций*	0,2	50	18250
		Хлорпротиксен, табл.	0,5	75	
		Этаперазин	0,1	30	
	<i>Антихолинергические препараты (корректоры нейролептической терапии)</i>				
		Бипериден, табл.	0,3	6	
		Бипериден, р-р для инъекций*	0,1	10	
		Тригексифенидил, табл.	0,8	6	
	<i>Антидепрессанты</i>				
		Амитриптилин, табл., драже	0,05	150	
		Амитриптилин, р-р для инъекций*	0,05	50	18250
		Имипрамин, табл., драже	0,025	100	
		Имипрамин, р-р для инъекций*	0,025	100	
		Кломипрамин, табл.	0,05	150	
		Кломипрамин, р-р для инъекций*	0,05	100	
		Мапротилин, табл.	0,01	150	
		Мапротилин, р-р для инъекций*	0,01	100	
		Миртазапин, табл.	0,05	45	

Терапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения курсов терапии+	ОДД (мг, если не указано другое)	ЭКД (мг, если не указано другое)+
		Пароксетин, табл.	0,025	20	
		Сертралин, табл.	0,025	150	
		Тианептин табл.	0,025	25	
		Флувоксамин, табл.	0,025	150	
		Флуоксетин, капсулы	0,025	20	
		Циталопрам	0,025	20	
		Эсциталопрам	0,025	10	
	<i>Нормотимики</i>				
		Вальпроат натрия, табл.	0,05	200	
		Карбамазепин, табл.	0,1	600	
		Лития карбонат, табл.	0,01	600	
	<i>Анксиолитики и гипнотики</i>				
		Диазепам, табл.	0,1	20	
		Диазепам, р-р для инъекций*	0,2	20	
		Клоназепам, табл.	0,1	2	
		Лоразепам, драже	0,2	4	
		Нитразепам, табл.	0,2	10	
		Феназепам, табл.	0,01	1	
Растворы для инфузий					
		Физиологический р-р	0,1	400 мл	
		Глюкоза, 5% р-р для инфузий	0,05	200 мл	
		Глюкоза, 10% р-р для инфузий	0,05	400 мл	
		Гемодез, р-р для инфузий	0,05	200 мл	
		Реополиглюкин, р-р для инфузий	0,05	400 мл	
		Трисоль, р-р для инфузий	0,05	200 мл	

* Курс для внутримышечных инъекций или инфузий составляет в среднем 10 дней, за исключением биперидена (см. инструкцию по применению)

** Курс ЭСТ составляет 10 сеансов, проводимых через день.

8.2.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо когнитивного тренинга, стимуляцию физической активности, разъяснительную работу с членами семьи,

психологическую поддержку родителей, рекомендации по выбору адекватной программы и способа обучения(на дому, индивидуально и др.).

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жары, духоты (в частности бани), уделять внимание умеренным физическим упражнениям, правильно питаться.

8.2.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Определяются возрастом ребенка и выраженностью процессуальных расстройств.

8.2.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

8.2.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.2.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у ребенка другого заболевания, проявляющегося симптомами детской шизофрении, врач-психиатр делает аргументированное заключение о целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

8.2.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Ремиссия		Отсутствие признаков шизофрении	На любом этапе	Исключение пациента из протокола
Частичная ремиссия		Уменьшение выраженности	На любом этапе	Ведение пациента по данной модели, повторный курс лечения
Терапевтическая ремиссия		Уменьшение или отсутствие симптомов шизофрении на фоне поддерживающей терапии	На любом этапе	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии
Интермиссия		Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	На любом этапе	Ведение пациента по данной модели, повторный курс с изменением терапии

Обострение			На любом этапе	Направление на стационарное лечение
Развитие осложнений		Появление осложнений, обусловленных проводимой терапией	На любом этапе	Оказание медицинской помощи по протоколу соответствующего заболевания

8.2.15 *Стоимостные характеристики протокола*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов

8.3 Модель пациента

Нозологическая форма: шизофрения

Фаза синдрома: острая

Стадия синдрома: нет

Осложнения синдрома: без осложнений

Клиническая ситуация: проведение лечения в стационаре, решения социальных вопросов.

Профильность подразделения: учреждения психиатрического профиля.

Группа заболеваний: психические расстройства и психическое здоровье. МКБ 10 (F0 – F99).

8.3.1. *Критерии и признаки, определяющие модель пациента.*

Наличие у ребенка признаков шизофрении

Алгоритм выбора режима обследования и лечения.

Показаниями для *стационарной* помощи являются развитие не купирующихся в условиях амбулаторной помощи острых психотических состояний, сопровождающихся ауто- и гетероагрессивными формами поведения, суицидальными намерениями или попытками не купирующихся в амбулаторных условиях, а также для решения диагностических и социальных вопросов.

8.3.2. *Порядок включения пациента в протокол.*

Состояние пациента соответствует критериям и признакам диагностики данной модели пациента.

8.3.3. *Требования к диагностике.*

Диагностика проводится в объеме, необходимом для осуществления лечебной деятельности.

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 01.30.001	Сбор жалоб в психиатрии	1	15
A 01.30.002	Визуальное исследование в психиатрии	1	15
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	15
	Психопатологическое обследование	1	15
A 02.12.001	Исследование пульса	1	15
A 02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	15
A 02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	15
A 02.01.001	Измерение массы тела	1	2
D 03.06	Взаимодействие с пациентами и их родственниками по решению лечебных и административных вопросов	1	2
A 12.30.008	Наблюдение за поведением больного с психическими расстройствами	1	15
A 11.05.001	Взятие крови из пальца	1	2
A 09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	1	2
A 08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	2
A 08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	2
A 09.05.024	Исследование оседания эритроцитов	1	2
A 11.12.009	Взятие крови из периферической вены	1	2
A 09.05.10	Исследование уровня общего белка в крови	1	2
A 09.05.021	Исследование уровня общего билирубина в крови	1	2
A 09.05.022	Исследование уровня свободного и связанного билирубина в крови	1	2
A 09.05.023	Исследование уровня глюкозы в крови	1	2
A 09.05.024	Исследование уровня общих липидов в крови	1	2
A 09.05.025	Исследование уровня триглицеридов в крови	1	2
A 09.05.026	Исследование уровня холестерина в крови	1	2
	Аланинаминотрансфераза	1	2
	Аспартатаминотрансфераза	1	2
	Тимоловая проба	1	2
	Протромбиновый индекс	1	2
A 09.28.001	Микроскопическое исследование осадка мочи	1	2
A 09.28.003	Определение белка в моче	1	2
A 09.28.011	Исследование уровня глюкозы в моче	1	2

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 09.28.015	Обнаружение кетоновых тел в моче	1	2
A 09.28.018	Анализ мочевых камней	1	2
A 09.28.023	Определение удельного веса (относительной плотности) мочи	1	2
A 09.28.034	Исследование уровня билирубина в моче	1	2
A 09.28.053	Визуальное исследование мочи	1	2
	Определение реакции мочи	1	2
A 12.06.011	Реакция Вассермана (RW)	1	1
	Исследование сыворотки крови на антитела к ВИЧ	1	1
	Исследование сыворотки крови на HBs-АГ	1	1
	Исследование сыворотки крови на анти-HCV	1	1
	Анализ мазка из зева и носа на дифтерийную палочку	1	1
	Бактериологический анализ на кишечную группу	1	1
A 09.05.087	Исследование уровня лития в крови	0,05	2
A 09.05.088	Исследование уровня пролактина в крови	0,01	1
A 05.26.001	Регистрация электрокардиограммы	1	2
A 05.10.007	Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных	1	2
	Обследование специалистом по социальной работе / социальным работником	0,5	1
A 25.30.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях психической сферы	1	1
	Раздача таблетированных лекарственных препаратов и контроль их приема	1	30
A 11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств	0,3	10
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств (струйное)	0,01	10
A 11.12.003	Внутривенное введение лекарственных средств (капельное)	0,05	10
A 17.30.001	Электросудорожная терапия	0,001	10
	Назначение нелекарственных методов биологической терапии	0,01	2
	Взаимодействие специалистов терапевтической бригады по выработке тактики комплексного ведения больного	0,5	2
A 13.30.005	Психотерапия	0,1	4
A 13.30.004	Назначение терапии средой	1	1
A 13.30.002	Трудотерапия	0,3	10
A 25.30.002	Назначение диетической терапии при заболеваниях психической сферы	0,3	1

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
A 25.30.003	Назначение лечебно-оздоровительного режима при заболеваниях психической сферы	1	1
B01.054.01	Прием (осмотр, консультация) врача-физиотерапевта первичный	0,5	1
B01.020.01	Прием (осмотр, консультация) врача лечебной физкультуры первичный	0,5	1
A 25.31.019	Назначение комплекса упражнений (лечебной физкультуры)	0,5	1
A19.23.002	Лечебная физкультура при заболеваниях центральной, периферической и вегетативной нервной системы	0,5	12
A21.23.001	Лечебный массаж	0,3	8
B01.029.01	Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный	1	1
B01.004.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гастроэнтеролога первичный	0,01	1
B01.058.01	Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный	0,01	1
B01.053.01	Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный	0,01	1
	Физиотерапевтические процедуры при последствиях органических поражений головного мозга	0,7	10
D 22.02.01	Регистрация пациентов в медицинской документации	1	1
D 22.02.02	Подготовка и написание заключений	1	1
D 22.02.04	Оформление и подготовка выписок из документов	1	1
D 22.02.06	Ведение медицинской документации	1	
D 22.05	Организация архивного хранения документов	1	1
D 07.06	Заполнение форм и ведение документов по статистике	1	1
D 07.07	Формирование учетно-отчетных форм	1	1

8.3.4. Характеристика алгоритмов и особенностей выполнения медицинских работ и услуг в условиях стационара.

При производстве диагностического обследования пациента в условиях стационарного отделения осуществляется полный комплекс исследований, необходимых для установления диагноза : психиатрическое, экспериментально-психологическое, дополнительные функциональные методы исследования врачей-консультантов (невролога, терапевта и др.).

Кроме того, проводятся исследования, регламентированные условиями содержания пациентов в психиатрическом стационаре, выполняемые для выявления сопутствующей соматической патологии у психически больных, по ряду заболеваний находящихся в группах риска (туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатиты, кишечные инфекционные заболевания, венерические заболевания).

В стационарных условиях проводится диагностическое обследование пациентов, установление диагноза у которых представляет сложности и требует наблюдения в динамике, а также проведение полного комплекса исследований.

Наблюдение за пациентом осуществляет не только врачом-психиатром, но и средним медицинским персоналом (свои наблюдения медицинские сестры фиксируют в Журнале наблюдений за пациентами).

Сбор жалоб и анамнеза в психиатрии, визуальное обследование в психиатрии, психопатологическое исследование, наблюдение за психически больным позволяют выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются симптомы детской шизофрении, наличие иного заболевания, проявляющегося шизофреноподобными симптомами, рассматриваемого отдельным протоколом ведения психически больных, или выраженность симптомов шизофрении не соответствуют критериям диагностики детской шизофрении.

Визуальное исследование, исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии центральной нервной системы и головного мозга, визуальный осмотр общетерапевтический, пальпация общетерапевтическая, аускультация общетерапевтическая, перкуссия общетерапевтическая, измерение частоты дыхания, измерение частоты пульса, измерение артериального давления на периферических сосудах проводятся врачом психиатром в рамках физикального исследования. Их проведение необходимо для выявления или исключения органического поражения центральной нервной системы при энцефалопатической форме гиперкинетических расстройств и выявления сопутствующей соматической патологии.

В случае выявления признаков текущего органического процесса при поражении центральной или периферической нервной системы к исследованию привлекается невролог (**консультация невролога**). При выявлении признаков текущего соматического заболевания - терапевт (**консультация терапевта**) и т.д.

Показаниями для **медико-генетического консультирования** являются:

- сочетаний психических, соматических расстройств и аномалий развития у пациента;

Медико-генетическое консультирование включает:

- прием (осмотр, консультация) врача-генетика;
- исследование хромосомного аппарата (кариотип);
- лабораторное исключение ряда генетических нарушений – по показаниям и при наличии технических возможностей лаборатории.

Экспериментально-психологическое исследование осуществляется медицинским психологом.

Анализ экспериментальных данных, полученных на материале всех использованных методик, проводится в трех направлениях: оценка сформированности психических процессов и функций (анализ, синтез, обобщение, установление логических связей и др.), возможности обучаемости испытуемого, а также особенностей общей организации психической деятельности (умственная работоспособность, память, внимание, аффективно-личностные и мотивационные особенности).

В заключении психолога должна содержаться целостная характеристика структуры психической деятельности и личностных особенностей пациента, с оценкой степени их выраженности как в познавательной, так и в эмоционально-волевой сферах.

Нейропсихологическое исследование направлено на выявление отклонений высших психических функций с анализом сформированности т.н. регуляторных функций (программирования, регуляции и контроля). Это позволяет провести оценку когнитивной деятельности ребенка и разработать индивидуальную программу коррекции.

При проведении указанных видов услуг у пациента выявляются симптомы шизофрении, симптомы других психических расстройств с шизофреноподобной симптоматикой, рассматриваемых в соответствующих протоколах ведения психически больных, или не выявляются соответствия критериям шизофрении, в связи с чем диагноз не подтверждается.

8.3.5. Требования к лечению амбулаторно-поликлиническому.

Целью амбулаторно-поликлинических терапевтических мероприятий является сохранение достигнутой редукции позитивной психотической симптоматики, влияние на негативные и когнитивные расстройства, обеспечение противорецидивного эффекта, т.е. поддержание устойчивой ремиссии, а также максимально длительное сохранение привычного образа жизни больных, поддержание их социальной активности.

8.3.6. Характеристика алгоритмов и особенностей проведения немедикаментозной помощи.

В процессе диагностического интервью выявляются причины, спровоцировавших или сопровождающих декомпенсацию состояния пациента с усилением продуктивных, когнитивных и поведенческих расстройств:

- воздействие психогенно-стрессовых факторов;
- возникновение аномальных психосоциальных ситуаций в семье, в школе, детском саду или другом организованном детском коллективе;
- воздействие дополнительных астенизирующих факторов (соматические заболевания, черепно-мозговые травмы и др.);
- начало критической фазы психического развития;
- аутохтонные сезонные колебания;
- сочетание нескольких факторов.

В зависимости от ведущей причины усиления когнитивных и поведенческих расстройств структура терапевтических мероприятий смещается в сторону преимущественно медикаментозной терапии, либо усиления психотерапевтической составляющей комплексного лечения.

Психотерапевтическое звено немедикаментозной терапии должно охватывать не только пациента, но и близкий круг его общения. В условиях амбулаторно-поликлинической помощи наиболее доступны индивидуальные беседы, направленные на повышение толерантности к больному, обучению формам общения, снижающих риск неадекватного аффективного реагирования, выявление и помощь в устранении (по возможности) аномальных психосоциальных ситуаций.

Если в ПНД налажена психотерапевтическая работа с детьми, пациенты с детской шизофренией могут приобщаться к групповым формам психотерапии. Целью групповой психотерапии является снижение коммуникативной напряженности ребенка, приобретение им безопасного опыта социальных контактов, формирование навыков саморегуляции. У детей старшего возраста (12-14 лет) может проводиться анализ внутригруппового взаимодействия, помогающий им осознать свою роль в дисгармоничных межличностных контактах, ведущие к социальной изоляции.

Проведение амбулаторной психокоррекционной работы позволяет оптимизировать социальное функционирование больных, повысить их общую уверенность, способность к снятию ситуационно обусловленного напряжения, и должно обязательно осуществляться на фоне психофармакотерапии.

8.3.7. Требования к лекарственной помощи амбулаторно-поликлинической

Лекарственные средства обязательного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Психотропные средства (нейролептики)	Согласно алгоритму
Антипаркинсонические препараты	Согласно алгоритму

Лекарственные средства дополнительного ассортимента

Наименование группы	Кратность или продолжительность назначения
Антидепрессанты	Согласно алгоритму
Нормотимики	Согласно алгоритму
Ноотропные препараты	Согласно алгоритму
Средства, улучшающие мозговой метаболизм и мозговое кровообращение	Согласно алгоритму

8.3.8 Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Профилактическая терапия, направленная на предотвращение развития рецидивов заболевания, может проводиться неопределенно долго, но не менее 1 года. Отмена антипсихотических препаратов должна проводиться постепенно под тщательным контролем врача во избежание риска развития синдрома отмены или обострения симптоматики. При этом следует помнить, что даже на фоне полного благополучия прекращение профилактической терапии может привести к развитию повторного приступа и дальнейшему утяжелению течения заболевания по сравнению с периодом до начала лечения. В связи с этим в случаях, когда нет объективных медицинских показаний для отмены профилактической терапии (подобные действия, возникновение сопутствующих интеркуррентных заболеваний, требующих назначения медикаментов, несовместимых с используемыми для профилактики препаратами и т.п.), тактика врача должна быть направлена на продолжение терапии неопределенно долго.

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ / СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ В СТАЦИОНАРЕ ИЗ
РАСЧЕТА 30 ДНЕЙ**

Терапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения курсов терапии+	ОДД (мг, если не указано другое)	ЭКД (мг, если не указано другое) +
Острые состояния (приступ или обострение) – длительность пребывания в стационаре – 8-12 недель (2 курса терапии)					
Средства, влияющие на центральную нервную систему					
	<i>Антипсихотические средства</i>				
		Амисульприд, табл.	0,05	250	7500
		Алимемазин	0,2	50	1500
		Алимемазин, р-р для инъекций*	0,05	50	500
		Галоперидол, табл.	0,5	20	600
		Галоперидол, р-р для инъекций*	0,3	10	100
		Клозапин, табл.	0,1	300	9000
		Клозапин, р-р для инъекций*	0,1	200	2000
		Левомепромазин, табл.	0,1	75	2340
		Левомепромазин, р-р для инъекций*	0,01	50	500
		Перициазин	0,5	30	900
		Перициазин, капли	0,5	20	600
		Рисперидон, табл.	0,1	4	120
		Рисперидон, р-р для приема внутрь	0,1	4	120
		Тиопроперазин, табл.	0,05	50	1500
		Тиоридазин, табл., драже	0,5	75	2340
		Трифлуоперазин, табл.	0,5	30	900
		Трифлуоперазин, р-р для инъекций*	0,01	20	600
		Фторфеназин	0,05	10	300
		Фторфеназин-деканат	0,01	25	750
		Хлорпромазин, табл., драже	0,5	150	4500
		Хлорпромазин, р-р для инъекций*	0,2	50	1500
		Хлорпротиксен, табл.	0,5	75	2340
		Этаперазин	0,1	30	900
	<i>Антихолинергические препараты (корректоры нейролептической терапии)</i>				
		Бипериден, табл.	0,3	6	180
		Бипериден, р-р для инъекций*	0,1	10	50
		Тригексифенидил, табл.	0,8	6	180
	<i>Антидепрессанты</i>				
		Амитриптилин, табл., драже	0,05	150	4500
		Амитриптилин, р-р для инъекций*	0,05	50	1500

Терапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование	Частота назначения курсов терапии+	ОДД (мг, если не указано другое)	ЭКД (мг, если не указано другое) +
		Имипрамин, табл., драже	0,025	100	3000
		Имипрамин, р-р для инъекций*	0,025	100	3000
		Кломипрамин, табл.	0,05	150	4500
		Кломипрамин, р-р для инъекций*	0,05	100	3000
		Мапротилин, табл.	0,01	150	4500
		Мапротилин, р-р для инъекций*	0,01	100	3000
		Миртазапин, табл.	0,05	45	
		Пароксетин, табл.	0,025	20	600
		Сертралин, табл.	0,025	150	4500
		Тианептин табл.	0,025	25	750
		Флувоксамин, табл.	0,025	150	4500
		Флуоксетин, капсулы	0,025	20	600
		Циталопрам	0,025	20	600
		Эсциталопрам	0,025	10	300
	<i>Нормотимики</i>				
		Вальпроат натрия, табл.	0,05	200	6000
		Карбамазепин, табл.	0,1	600	18000
		Лития карбонат, табл.	0,01	600	18000
	<i>Анксиолитики и гипнотики</i>				
		Диазепам, табл.	0,1	20	600
		Диазепам, р-р для инъекций*	0,2	20	600
		Клоназепам, табл.	0,1	2	60
		Лоразепам, драже	0,2	4	120
		Нитразепам, табл.	0,2	10	300
		Феназепам, табл.	0,01	1	30
Растворы для инфузий					
		Физиологический р-р	0,1	400 мл	4000 мл
		Глюкоза, 5% р-р для инфузий	0,05	200 мл	2000 мл
		Глюкоза, 10% р-р для инфузий	0,05	400 мл	4000 мл
		Гемодез, р-р для инфузий	0,05	200 мл	2000 мл
		Реополиглюкин, р-р для инфузий	0,05	400 мл	4000 мл
		Трисоль, р-р для инфузий	0,05	200 мл	2000 мл

* Курс для внутримышечных инъекций или инфузий составляет в среднем 10 дней, за исключением биперидена (см. инструкцию по применению)

** Курс ЭСТ составляет 10 сеансов, проводимых через день.

8.3.9. Требования к режиму труда, отдыха и реабилитации.

Реабилитационные мероприятия должны включать, помимо когнитивного тренинга, стимуляцию физической активности, разъяснительную и психообразовательную

работу с членами семьи и пациентом, психологическую поддержку родителей, обучение пациента по программе средней школы с выбором адекватной программы и способа обучения.

Больным требуется ограничивать эмоциональные и умственные перегрузки, избегать жары, духоты (в частности бани), уделять внимание умеренным физическим упражнениям, правильно питаться.

8.3.10. Требования к уходу за пациентом и вспомогательными процедурами.

Определяются возрастом ребенка и выраженностью процессуальных расстройств.

8.3.11. Требования к диетическим назначениям и ограничениям.

Специальных требований нет.

8.3.12. Форма информированного согласия.

Добровольное информированное согласие пациент дает в случаях, определенных законодательством.

8.3.13. Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращения требований протокола.

В случае выявления расстройств, свидетельствующих о наличии у ребенка другого заболевания, проявляющегося симптомами детской шизофрении, врач-психиатр делает аргументированное заключение о целесообразности продолжения диагностического обследования пациента в рамках соответствующего протокола.

8.3.14. Возможные исходы и их характеристика.

Наименование исхода	Частота Развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения	Преимственность и этапность в оказании медицинской помощи.
Улучшение состояния		Отсутствие или значительное уменьшение выраженности симптомов шизофрении	30 дней	Выписка
Стабилизация		уменьшение выраженности симптомов шизофрении не достигающего уровня интермиссии	30 дней	
Прогрессирование		Усиление	На любом этапе	

		симптомов шизофрении		
Отсутствие эффекта		Отсутствие как положительной, так и отрицательной динамики состояния	На любом этапе	
Развитие нового заболевания, связанного с основным				Переход в другую модель
Летальный исход				Исключение из протокола

8.3.15 *Стоимостные характеристики протокола*

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов