

## Рекомендации по ведению пациентов с психотическими расстройствами и шизофренией

Психотические расстройства являются сравнительно распространенным явлением, а шизофрения среди них – наиболее часто встречающееся заболевание. За последние годы произошли значительные изменения в предоставлении помощи пациентам, что привело к некоторой утрате преемственности между службами оказания помощи и ухудшению мониторинга ключевых показателей физического здоровья. В обновленном руководстве Национального института здоровья и клинического совершенствования (NICE, 2014) рассмотрены интервенции, проводимые службами различных уровней с учетом физического здоровья пациентов, а также даны рекомендации относительно самопомощи, профессиональной реабилитации и поддержки родственников. Вашему вниманию представлен обзор рекомендаций E. Kuipers et al., опубликованный в *British Medical Journal* (2014; 348: g1173).

**С**огласно данным ВОЗ, психотическими расстройствами страдают около семи человек на 1 тыс. взрослого населения, а дебют заболевания зачастую наблюдается в возрасте от 15 до 35 лет.

Психотические расстройства характеризуются галлюцинациями и бредом, нарушениями поведения, памяти, мотивации, а также наличием серьезных личных, социальных, клинических и финансовых проблем (Work Foundation, 2013; Harwood et al., 2004; Collins et al., 2011; Schizophrenia Commission, 2012). Кроме того, с шизофренией прочно ассоциируется ухудшение физического здоровья: мужчины, страдающие шизофренией, умирают на 20 лет раньше, чем в общей популяции, а женщины – на 15 лет (Wahlbeck et al., 2011; Saha et al., 2007). Основными причинами этого являются сердечно-сосудистые патологии, сахарный диабет, хронические обструктивные заболевания легких, ВИЧ-инфекция, гепатит С и туберкулез (Leucht et al., 2007). В дополнение, продолжительность жизни больных тяжелыми психическими расстройствами сокращают трудности с доступом к службам первичной и вторичной медицинской помощи (Lawrence, Kisely, 2010).

Хотя у многих больных психотическими расстройствами отмечается терапевтический ответ на начальное лечение антипсихотиками, приблизительно у 80% из них имеют место рецидивы на протяжении пяти лет, в частности по причине прекращения приема медикаментов, потому что многие из них испытывают неприемлемые побочные эффекты (Brown et al., 2010). Однако, несмотря на это, более чем у половины таких пациентов в течение жизни отмечаются умеренно хорошие длительные общие результаты лечения (Brown et al., 2010; Jobe, Harrow, 2005).

### Физическое здоровье пациента во всех фазах лечения

Больным психотическими расстройствами или шизофренией, особенно тем, кто принимает антипсихотики, при оказании помощи должны быть рекомендованы комбинированные программы здорового питания и физической активности (*новая рекомендация; на основании доказательств от очень низкого до высокого качества рандомизированных контролируемых испытаний [РКИ]*).

Курящим пациентам, страдающим психотическими расстройствами или шизофренией, следует предлагать помощь в прекращении курения, даже если в прошлом эти попытки были безуспешными. Необходимо помнить о возможности влияния никотина на метаболизм других препаратов, в частности клозапина и оланзапина (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения группы разработчиков руководства [ГРП]*).

В качестве помощи для прекращения курения можно рассмотреть один из следующих подходов (*на основании доказательств от очень низкого до умеренного качества РКИ*):

- заместительную никотиновую терапию (обычно комбинация трансдермальных пластырей с такими продуктами короткого действия, как ингаляторы, жевательные резинки, леденцы или спреи) у больных психотическими расстройствами или шизофренией;
- бупропион у лиц с диагнозом шизофрении;
- варениклин у пациентов с психотическими расстройствами или шизофренией.

Однако необходимо предупредить больных, принимающих бупропион или варениклин, о повышенном риске нежелательных нейропсихиатрических симптомов и проводить их регулярный мониторинг, в частности на протяжении первых 2-3 недель лечения (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГРП*).

### Поддержка для родственников

Целесообразно как можно раньше обсудить с пациентами и их родственниками, каким образом им будет предоставляться необходимая информация. Обсуждая права и конфиденциальность, следует подчеркивать важность предоставления сведений о риске и потребность родственников понимать перспективы пациентов. Помимо этого, целесообразно развивать подход сотрудничества, поддерживающий как больных, так и родственников, а также уважающий индивидуальные потребности и независимость (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГРП*).

Более того, родственникам необходимо предложить оценку их потребностей, проводимую специалистами служб охраны психического здоровья, учитывая их мнение и возможности в предоставлении помощи. Также рекомендуется разработать план оказания помощи с учетом выявленных потребностей и предоставить его членам семьи и семейному врачу, обеспечив ежегодный пересмотр (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГРП*). Кроме того, следует посоветовать всем родственникам как можно раньше воспользоваться специальными программами обучения и поддержки, которые могут быть компонентами семейных вмешательств при психотических расстройствах и шизофрении. Эти интервенции должны быть доступными в случае необходимости и содержать позитивное послание о выздоровлении (*новая рекомендация; на основании доказательств от очень низкого до умеренного качества РКИ*).

### Профилактика психотических расстройств

Необходимо без промедления направлять пациента в специализированные службы охраны психического здоровья или ранних интервенций при психозах для оценки риска развития психозов, если у него обнаруживается нарушение привычного ритма жизни, ухудшение социального функционирования или что-либо из следующего (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГРП*):

- транзиторные (короткой продолжительности) или невыраженные (малой интенсивности) психотические симптомы;
- другие переживания или поведение, указывающие на возможный психоз;
- психотические расстройства или шизофрения у родственников первого уровня.

Если у пациента наблюдается высокий риск развития психоза, рекомендуются такие интервенции (*новая рекомендация; на основании доказательств от очень низкого до умеренного качества РКИ, опыте и мнении ГРП*):

- индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) с/без семейных вмешательств;
- интервенции, рекомендованные руководствами NICE для больных тревожными расстройствами (NICE, 2005, 2011, 2013), депрессией (NICE, 2009), расстройствами личности (NICE, 2009) или злоупотребляющих психоактивными веществами (NICE, 2007, 2011).

### Первый психотический эпизод

Службы ранних интервенций при психозах должны быть доступными для всех пациентов с первым психотическим эпизодом, независимо от их возраста и продолжительности нелеченого психоза (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*). Помимо этого, необходимо проводить оценку посттравматического стрессового расстройства и других реакций на травму, поскольку больные психотическими расстройствами или шизофренией с большой вероятностью могли перенести неприятные события или травму, с которыми связано развитие психоза, или же они, вероятно, стали причиной психоза. При ведении пациентов, обнаруживающих проявления посттравматического стресса, целесообразно следовать рекомендациям клинического руководства NICE по посттравматическому стрессовому расстройству (NICE, 2005) (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*). В дополнение, можно предложить пероральный прием антипсихотических средств в сочетании с семейными вмешательствами и индивидуальной КПТ (*новая рекомендация; на основании доказательств от очень низкого до высокого качества РКИ*). Однако не следует начинать антипсихотическое медикаментозное лечение у пациентов со стойкими психотическими симптомами в условиях первичной помощи без консультации психиатра (*исправленная рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*).

Перед началом фармакотерапии антипсихотиками необходимо провести обследование и задокументировать данные следующих исходных показателей (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*):

- масса тела (графическая диаграмма);
- окружность талии;
- пульс и артериальное давление;
- уровень глюкозы крови натощак, гликированного гемоглобина (HbA<sub>1c</sub>), профиль липидов крови и пролактина;
- есть ли какие-либо двигательные расстройства;
- режим питания и уровень физической активности.

### Выбор антипсихотических препаратов

Выбор антипсихотического средства должен проводиться совместно пациентом и специалистом с учетом взглядов родственника и согласия больного. Более того, необходимо предоставить информацию и обсудить вероятную пользу и возможные побочные эффекты каждого препарата, в том числе (*исправленная рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*):

- метаболические (включая увеличение массы тела и сахарный диабет);
- экстрапирамидные (включая акатизию, дискинезию и дистонию);
- сердечно-сосудистые (включая пролонгацию интервала QT);
- гормональные (включая повышение уровня пролактина в плазме крови);
- другие (включая неприятные субъективные ощущения).

Следует отметить, что нельзя начинать регулярную антипсихотическую терапию несколькими препаратами за исключением коротких периодов (например, при замене медикамента) (*на основании опыта и мнения ГПП*).

### Мониторинг при терапии антипсихотиками

Необходимо регулярно и систематически проводить мониторинг следующих показателей и документировать результаты во время лечения антипсихотиками, особенно при повышении дозы (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*):

- терапевтический ответ, включая изменения симптомов и поведения;
- побочные эффекты, учитывая схожесть определенных нежелательных реакций и клинических проявлений шизофрении (например, схожесть акатизии с ажитацией или тревогой) и их влияние на функционирование;
- появление двигательных расстройств;
- масса тела еженедельно на протяжении 6 недель, к 12-й неделе и затем один раз в год (в виде графика);
- окружность талии один раз в год (в виде графика);
- пульс и артериальное давление к 12-й неделе и затем один раз в год;
- уровень глюкозы крови натощак, HbA<sub>1c</sub> и профиль липидов крови к 12-й неделе и затем ежегодно;
- соблюдение назначенного лечения;
- общее физическое здоровье.

Команды профессионалов вторичной помощи должны брать на себя ответственность за проведение контроля физического здоровья пациентов и действия антипсихотических средств, как минимум, на протяжении 12 месяцев, до стабилизации состояния или дольше. В последующем выполнение такого мониторинга может быть передано в первичную помощь для проведения совместных мероприятий по оказанию помощи (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*).

### **Последующие острые эпизоды психотических расстройств или шизофрении**

При последующих острых эпизодах психотических расстройств или шизофрении рекомендуется пероральный прием антипсихотических препаратов в сочетании с психологическими вмешательствами (*новая рекомендация; на основании доказательств от очень низкого до высокого качества РКИ*).

Кроме того, надлежит предложить проведение КПТ для всех больных психотическими расстройствами или шизофренией, а также семейные вмешательства для всех членов семьи, которые вместе проживают с пациентом или находятся с ним в близком контакте. Данные интервенции могут быть начаты в острую фазу лечения или позднее, в том числе в условиях стационара (*на основании доказательств от очень низкого до умеренного качества РКИ*).

### **Способствование выздоровлению и возможное оказание помощи в будущем**

Врачи общей практики и другие специалисты первичной помощи должны проводить дальнейший мониторинг состояния здоровья больного психотическими расстройствами или шизофренией, как минимум, один раз в год, после того как он переведен под наблюдение специалиста вторичной помощи. Оценка состояния здоровья должна быть всесторонней и сосредоточенной на проблемах физического здоровья, которые часто встречаются у лиц с психотическими расстройствами и шизофренией. В дополнение, следует проводить все необходимые обследования ключевых показателей физического здоровья, а также обращаться к соответствующим руководствам NICE по проведению мониторинга сердечно-сосудистых патологий, сахарного диабета, ожирения и заболеваний легких. Копии результатов исследований надлежит отправить координатору предоставления помощи и психиатру с вложением записей специалистов вторичной помощи (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*).

Необходимо отметить, что как можно раньше должны быть выявлены лица, страдающие психотическими расстройствами и шизофренией, с повышенным артериальным давлением, отклонениями в профиле липидов крови, избыточным весом или ожирением, сахарным диабетом или риском такового (в том числе с отклонениями уровня глюкозы в крови), а также физически малоподвижные пациенты, чтобы иметь возможность следовать рекомендациям соответствующих руководств NICE (2006, 2008, 2010, 2011, 2013) (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*).

Помимо прочего, следует предложить программы поддержки трудоустройства для больных психотическими расстройствами или шизофренией, которые желают найти работу или вернуться к ней. Также рассматриваются другие виды профессиональной деятельности или обучения, в том числе допрофессиональный тренинг для лиц, не способных работать, или тех, кто не сумел трудоустроиться (*новая рекомендация; на основании доказательств от очень низкого до высокого качества РКИ*).

## Преодоление барьеров

Доступность психологических вмешательств (КПТ и семейные вмешательства) для профилактики психотических расстройств и шизофрении в длительной перспективе требует перехода от избыточно бюрократичной практики ведения пациента и практики управления рисками к организации общинных служб или ведения больного, вплоть до стабилизации его состояния в условиях прагматического подхода (Department of Health, 2008). Этого можно достичь, в частности, путем создания профессиональных групп, способствующих внедрению доказательных интервенций там, где они необходимы. Вследствие этого ответственность за мониторинг могут взять на себя службы первичной помощи при проведении совместных мероприятий (*новая рекомендация; на основании опыта и мнения ГПП*).

На протяжении длительного времени психиатрические службы в лечении больных психотическими расстройствами и шизофренией полагались исключительно на использование антипсихотических средств, что вело к полипрагмазии и неадекватному их применению, в том числе для профилактики психозов. Таким образом, психиатрическим службам следует проводить аудит соответствия назначения антипсихотиков наилучшим доказательствам (Royal College of Psychiatrists, 2012; POMH-UK, 2012).

Для того чтобы преодолеть барьеры в достижении оказания хорошей медицинской помощи, необходимо делать акцент на схемах предоставления помощи, способствующих привлечению врачей общей практики, других специалистов и пациентов (NHS Employers, 2013; NHS Commissioning Board, 2013; Kendall, 2013). Однако звенья первичной и вторичной помощи должны работать совместно, поскольку согласно действующим схемам мониторинга ответственность за его проведение лежит на специалистах вторичной помощи, а не на врачах общей практики.

Подготовил **Станислав Костюченко**

Оригинальный текст документа читайте на сайте [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)