

Березанцев А.Ю.¹, Костюк Г.П.¹, Бурьгина Л.А.², Левин М.Е.², Масыкин А.В.³

Новый этап развития системы лечения и реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра

¹ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева» Департамента здравоохранения города Москвы, 117152, Москва, Россия;

²ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина» Департамента здравоохранения города Москвы, 107076, Москва, Россия;

³Министерство здравоохранения Московской области, 143407, Красногорск-7, Россия

Цель. Оценка статистических данных о распространенности больных с расстройствами шизофренического спектра (РШС) по г. Москве для обоснования нового этапа развития внебольничной системы лечения и реабилитации данной категории пациентов.

Материал и методы. Рассматривается динамика учтенного контингента больных с РШС по г. Москве за 15 лет (2004–2018 гг.).

Результаты. Констатируется снижение числа пациентов с РШС (с 0,53% до 0,44% постоянного населения г. Москвы), находящихся под наблюдением в государственной системе здравоохранения, что объясняется процессами деинституционализации и смещением акцентов в сторону амбулаторного звена оказания психиатрической помощи. С позиций биопсихосоциального подхода обсуждается тенденция к изменению соотношения наблюдающихся пациентов мужского и женского пола (повышение удельного веса пациентов мужского пола и снижение — женского) за указанный период времени. Анализируется проект новой версии международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-11) в части, касающейся РШС, с точки зрения оптимизации психиатрической помощи данному контингенту больных.

Вывод. Отмечаемые изменения учтенного контингента пациентов и появление новых подходов к диагностике и терапии больных с РШС свидетельствуют о наступлении нового этапа развития внебольничной системы лечения и реабилитации на основе последних достижений психофармакологии и развития систем социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами.

Ключевые слова: шизофрения; расстройства шизофренического спектра; оптимизация психиатрической помощи; гендерные аспекты; международная классификация болезней; пролонгированные инъекционные антипсихотики.

Для цитирования: Березанцев А.Ю., Костюк Г.П., Бурьгина Л.А., Левин М.Е., Масыкин А.В. Новый этап развития системы лечения и реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра. *Здравоохранение Российской Федерации*. 2020; 64(4): 181-189. DOI: <http://dx.doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-4-181-189>

Для корреспонденции: Березанцев Андрей Юрьевич, докт. мед. наук, проф., глав. науч. сотр. Образовательного центра Клинической психиатрической больницы № 1 им. Н.А. Алексеева. 117152, Москва, Россия. E-mail: berintend@yandex.ru

Участие авторов:

Бурьгина Л.А., Костюк Г.П., Масыкин А.В. — концепция и дизайн исследования.

Березанцев А.Ю., Левин М.Е. — сбор и обработка материала.

Березанцев А.Ю., Левин М.Е. — статистическая обработка.

Березанцев А.Ю. — написание текста.

Левин М.Е., Масыкин А.В. — редактирование.

Все соавторы – утверждение окончательного варианта рукописи, ответственность за целостность всех частей рукописи.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила: 12.12.2019

Принята в печать: 03.03.2020

Опубликована 27.08.2020

Andrey Yu. Berezantsev¹, Georgiy P. Kostyuk¹, Larisa A. Burygina², Mikhail E. Levin², Anton V. Masyakin³

The new stage in the development of a system for the treatment and rehabilitation of patients with schizophrenic spectrum disorders

¹Alekseev psychiatric hospital № 1 of the Moscow Department of Health, Moscow, 117152, Russia;

²Gannushkin psychiatric hospital № 4 of the Moscow Department of Health, Moscow, 107076, Russia;

³Ministry of Health of the Moscow Region, Moscow Region, 143407, Russia

Aim. Evaluation of statistical data on the prevalence of patients with schizophrenic spectrum disorders in Moscow, to substantiate a new stage of the development of out-patients system of treatment and rehabilitation of this category of patients.

Methods. There is considered trend of the accounted contingent of patients with schizophrenic spectrum disorders in Moscow for fifteen years (2004-2018).

Results. There is a decrease in the number of patients with schizophrenic spectrum disorders (from 0.53% to 0.44% of the permanent population of Moscow) under observation in the state health care system, which is explained by the processes of deinstitutionalization and a shift in emphasis towards the outpatient level of psychiatric care. From the standpoint of the biopsychosocial approach, the tendency to change the ratio of observed male and female patients (increase in the proportion of male patients and decrease in female) over the specified period is discussed. The article analyzes the draft of the new version of the international classification of mental and behavioral disorders (ICD-11) in terms of schizophrenic spectrum disorders in terms of optimizing psychiatric care for this contingent of patients.

Conclusion. The observed changes in the considered contingent of patients and the introduction of new approaches to the diagnosis and therapy of patients with schizophrenic spectrum disorders indicate the onset of a new stage in the development of out-patient treatment and rehabilitation system based on the latest achievements of psychopharmacology and the development of social support systems for patients with mental disorders.

Keywords: *schizophrenia; schizophrenic spectrum disorders; optimizing mental health care; gender aspects; international classification of diseases (ICD); long-acting injectable antipsychotics – LAIs.*

For citation: Berezantsev A. Yu., Kostyuk G.P., Burygina L.A., Levin M.E., Masyakin A.V. The new stage in the development of a system for the treatment and rehabilitation of patients with schizophrenic spectrum disorders. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation)*. 2020; 64 (3): 181-189. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.46563/0044-197X-2020-64-3-181-189>

For correspondence: Andrey Yu. Berezantsev, D. Sci. (Med.), Professor, Chief researcher of the educational center of the N. Alekseev clinical psychiatric hospital № 1, Moscow Department of Health, Moscow, 117152, Russia. E-mail: berintend@yandex.ru

Information about the authors:

Berezantsev A. Yu., <http://orcid.org/0000-0002-1985-7894>

Kostyuk G.P., <http://orcid.org/0000-0003-4320-3644>

Burygina L.A., <http://orcid.org/0000-0002-2613-8783>

Levin M.E., <http://orcid.org/0000-0002-9197-1691>

Masyakin A.V., <http://orcid.org/0000-0002-9614-7343>

Contribution:

Berezantsev A. Yu. — the collection and processing of the material, statistical processing, writing text.

Kostyuk G.P. — concept and design of the study.

Burygina L.A. — concept and design of the study.

Levin M.E. — collection and processing the material, statistical processing, editing.

Masyakin A.V. — concept and design of the study, editing.

Acknowledgment. The study had no sponsorship.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: 12 December 2019

Accepted: 03 March 2020

Published 27 August 2020

Введение

Проблема шизофрении является центральной для психиатрической науки и одной из наиболее социально значимых, поскольку расстройство доставляет страдания пациентам и ложится тяжелым бременем на их семьи и общество в целом [1]. Распространенность шизофрении, по данным различных исследователей составляет от 0,85% населения, а с учетом расстройств шизофренического спектра (РШС) может достигать 1,5% и более [2]. Согласно данным Г.И. Каплан и соавт. [3], распространенность заболевания в течение жизни в популяции составляет приблизительно 1%, примерно 0,25–0,50% населения лечится от шизофрении ежегодно, 2/3 из этих больных нуждаются в госпитализации. Различающиеся цифры показателей заболеваемости РШС, помимо особенностей национальных систем здравоохранения, могут зависеть от диагностических критериев, используемых для установления расстройства [4].

Помимо патологических состояний, соответствующих диагностическим рубрикам психических и поведенческих расстройств, в популяции не менее распространены шизотипические аномалии личности (хотя даже приблизительно статистические данные, характеризующие их

распространенность, отсутствуют). Подобные состояния могут наблюдаться как в детско-подростковом, так и во взрослом возрасте и проявляются в искажении нейрокогнитивных функций, мягких неврологических признаках и высоком риске поведенческих проблем. Шизотипические личностные аномалии весьма часто могут рассматриваться как признаки риска развития РШС — «патос шизофрении» [5], и во многих случаях данные лица могут нуждаться в сопровождении психолога, психотерапевта или психиатра. Распространенность шизотипии выше в группе с установленными (теми или иными) психиатрическими диагнозами, нежели у условно психически здоровых, а распространенность в семьях пациентов с шизофренией — выше, чем в популяции, примерно на 10% [6]. Таким образом, количество учтенных пациентов с шизофренией (находящихся под наблюдением государственных органов здравоохранения и получающих лечение) зависит от двух основных факторов: применяющихся диагностических критериев и особенностей национальной организации системы здравоохранения.

Исходя из приведенных данных, а также из повседневной психиатрической практики, можно утверждать, что далеко не все пациенты с РШС, в том числе нуждающиеся

ся в психиатрическом лечении, находятся в поле зрения специалистов-психиатров и обеспечены необходимой помощью. По данным ВОЗ (2018), более 50% лиц с шизофренией не получают надлежащей помощи (при этом 90% лиц с нелеченой шизофренией проживают в развивающихся странах) [7]. Важной проблемой является отсутствие доступа к психиатрическому обслуживанию. Кроме того, лица с шизофренией с меньшей вероятностью обращаются за помощью, чем население в целом. Необходимо отметить, что этому способствует несколько факторов — в первую очередь боязнь пациентов стигматизации из-за установления психиатрического диагноза.

Стигматизация в психиатрии — это отрицательный ярлык, накладываемый социумом на лиц, страдающих психическими расстройствами, и проявляющийся пренебрежением или недоверием, которые отделяют человека от остальных. Стигма психического расстройства, несмотря на то что она чаще относится к контексту, чем к внешнему виду человека, остается мощной негативной характеристикой во всех социальных отношениях [8].

Социальные процессы в обществе, процессы реформирования психиатрических служб также могут оказывать влияние на количество наблюдающихся пациентов, что будет показано ниже на примере г. Москвы. В течение последних десятилетий во многих странах мира проводится так называемая деинституционализация психиатрии — процесс реформирования психиатрической службы, начавшийся в ряде западных стран в 1950-х гг. Он заключается в широкомасштабном сокращении числа психиатрических коек и психиатрических больниц с параллельным развитием различных форм внебольничной помощи психически больным, выписываемым из психиатрических стационаров [9]. Это должно предотвратить развитие у пациентов госпитализма, устранить ущемление их прав и отрыв от общества.

Деинституционализации во многом способствовало антипсихиатрическое движение [9, 10]. В материалах Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) указывается что «имеются убедительные фактические данные о том, что психиатрические больницы старого типа неэффективно обеспечивают лечение, которое необходимо лицам с психическими нарушениями, и нарушают их основные права человека. Следует расширить и ускорить усилия по передаче оказания медицинской помощи от психиатрических учреждений местным сообществам. Очень важное значение имеет вовлечение в оказание помощи членов семьи и более широкого сообщества» [7]. Согласно позиции ВОЗ, деинституционализация является одним из приоритетов при реформировании системы психиатрической помощи в различных странах. Так, ВОЗ принят Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013—2020 гг.» (принят на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 27.05.2013 г.). В основу плана действий заложен принятый в глобальных масштабах принцип, согласно которому «не существует здоровья без психического здоровья» и который предусматривает «обеспечивать руководство и распространять информацию о научно обоснованных действиях в области деинституционализации и реорганизации обслуживания и обеспечивать

техническую поддержку для расширения масштабов лечения и поддержки, профилактики и укрепления психического здоровья на базе ориентированных на исцеление служб психического здоровья и социальной поддержки на первичном уровне» [11]. Указанные масштабные процессы реорганизации психиатрических служб, курируемые ВОЗ, не обошли стороной и отечественную психиатрию, с учетом последних достижений психофармакологии и совершенствования систем социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами.

Процессы деинституционализации затронули и отечественное здравоохранение, хотя, в отличие от некоторых стран Западной Европы, сокращение коечного фонда проводится в России не столь радикально и носит, скорее, характер оптимизации психиатрической помощи населению, опираясь при этом на развивавшееся в течение многих десятилетий амбулаторное звено оказания психиатрической помощи. Например, в Москве в настоящее время проходят достаточно масштабные преобразования психиатрической службы. Так, если в 2016 г. психиатрический коечный фонд для работы с прикрепленным населением (за исключением узкоспециализированных коек для детской психиатрии, принудительного лечения и т.д.) составлял в Москве 5652 койки (45,8 койки на 100 тыс. прикрепленного населения), то к 2020 г. его планируется сократить более чем на треть — до 2612 коек (21,2 на 100 тыс. населения) [12]. Сокращение коечного фонда сопровождается развитием и совершенствованием амбулаторного звена городской психиатрической службы.

Цель данной работы — изучение динамики учтенного контингента пациентов с РШС и анализ статистических данных для обоснования нового этапа развития внебольничной системы лечения и реабилитации больных с РШС.

Материал и методы

Предметом рассмотрения в данной работе явилась динамика учтенного контингента пациентов с РШС (диагностические шифры F20–F29 по МКБ-10) и анализ статистических данных по г. Москве за 2004–2018 гг. Источником данных является автоматизированная информационная система психиатрической и наркологической служб территориального уровня (АИС «ТЕРПИНС»), созданная на основе приказа Департамента здравоохранения г. Москвы¹.

Результаты

За 15 лет численность постоянного населения Москвы непрерывно увеличивалась — с 10535,7 тыс. человек в 2004 г. до 12506,5 тыс. в 2018 г. [13]. При этом общая численность пациентов с РШС поначалу также обнаруживала тенденцию к росту с 55 696 человек в 2004 г. (табл. 1), достигнув максимальных показателей в 2012 г. (64 003 чел.), однако затем стала снижаться, особенно в 2016–2018 гг. (что совпадает с началом активного периода реорганизации психиатрической службы), достигнув в 2018 г. уровня ниже аналогичного показателя 2004 г. При этом, с учетом

¹Приказ № 310 от 30.05.2003 г. «О создании городского регистра взрослых больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах г. Москвы».

Таблица 1. Удельный вес учтённого контингента пациентов (взрослые) с РШС по отношению к постоянному населению г. Москвы за 2004–2018 гг.**Table 1. The proportion of registered patients (adults) with schizophrenic spectrum disorders in relation to the permanent population of Moscow in 2004-2018**

Год Year	Численность постоянного населения г. Москвы, (тысяч человек) Size of the permanent population in the city of Moscow (thousands people)	Численность пациентов с расстройствами шизофренического спектра (человек) Number of patients with schizophrenic spectrum disorders (people)	Удельный вес пациентов с расстройствами шизофренического спектра (%) Proportion of patients with schizophrenic spectrum disorders (%)
2004	10 535.7	55 696	0.53
2005	10 726.4	61 334	0.57
2006	10 923.8	63 150	0.58
2007	11 091.4	62 807	0.57
2008	11 186.9	62 709	0.56
2009	11 281.6	62 968	0.56
2010	11 382.2	63 250	0.56
2011	11 541.1	63 335	0.55
2012	11 612.9	64 003	0.55
2013	11 979.5	63 217	0.53
2014	12 108.3	62 979	0.52
2015	12 197.6	61 532	0.50
2016	12 330.1	60 054	0.49
2017	12 380.7	57 577	0.47
2018	12 506.5	55 579	0.44

динамики населения, удельный вес пациентов с РШС по отношению к постоянному населению Москвы обнаруживал тенденцию к волнообразному изменению — с 0,53% в 2004 г. с некоторым последующим ростом, а затем снижением до 0,44% к 2018 г.

Данные тенденции можно объяснить несколькими факторами. Так, пациентов при достижении устойчивых ремиссий стали чаще переводить с активного диспансерного наблюдения в консультативную группу, а также совсем снимать с наблюдения при отсутствии обращений за психиатрической помощью в течение длительного времени. Этой тенденции, несомненно, способствовало и внедрение в психиатрическую практику современных пролонгированных инъекционных антипсихотиков (LAIs). В то же время в этой динамике имеются определенные структурные изменения, которые могут представлять интерес для анализа в плане более глубокого понимания происходящих процессов, а также возможной коррекции процессов реорганизации и совершенствования психиатрической помощи.

Анализ динамики контингента учтенных больных шизофренией выявил любопытные тенденции в плане соотношения лиц мужского и женского пола (**табл. 2**).

Так, в 2004 г. отмечалось заметное преобладание наблюдающихся в амбулаторном звене психиатрической помощи пациенток женского пола (находящихся как на диспансерном, так и на консультативном наблюдении) — 54,9% женщин против 45,1% мужчин, причем среди пациентов, находящихся на консультативном наблюдении, этот разрыв был наиболее значительным в сторону преобладания женщин — 13% (56,5 и 43,5% соответственно). Однако в течение последующих 15 лет этот разрыв неуклонно сокращался, и в 2018 г. соотношение пациентов женского и мужского пола, находящихся на обоих видах наблюдения, почти сравнялось и составило 51,7 и 48,3% соответственно.

Чтобы обоснованно интерпретировать наблюдающиеся тенденции, необходимо обратиться, с одной стороны, к гендерным различиям в клинике и течении шизофрении, а с другой — к аспектам психологии пола. В социологической и психологической литературе термином «гендер» обозначается социальная конфигурация пола, т.е. словоупотребление грамматической категории «гендер» подразумевает то, что видимые различия личностных и поведенческих характеристик мужчин и женщин не связаны напрямую с действием биологических факторов, а определяются спецификой социального взаимодействия, в которое включены мужчины и женщины, обладающие субъективным знанием о своих сексуальных признаках. Вместе с тем в настоящее время различия в смысловой нагрузке при использовании терминов «пол» и «гендер» не всегда очевидны, и очень часто понятия «гендер» и «гендерные различия» используются в широком смысле, включающем не только понятие социального пола, но и просто пола, поэтому термин «гендер» в данной работе используется как синоним понятия «пол».

Все чаще медицинские исследования уделяют внимание роли гендерных факторов в проявлениях болезни. В психиатрии изучение гендерных различий обеспечивает «идеальное окно, через которое можно наблюдать взаимодействие биологических и психосоциальных факторов» [14]. В мире примерно у 1% населения шизофрения приблизительно с одинаковой частотой встречается у мужчин и женщин [15]. Данные мировой литературы свидетельствуют о том, что у женщин и мужчин, страдающих шизофренией, отмечаются многие существенные клинические различия, включая особенности преморбидных функций, возраст начала заболевания, симптоматику, течение болезни и реакции на типичные антипсихотические препараты, а также возможные различия в нейроанатомии.

Таблица 2. Динамика учтённого контингента пациентов (взрослые) с расстройствами шизофренического спектра с учетом пола — мужчин и женщин в г. Москве за 2004–2018 гг.

Table 2. Dynamics of the registered of patient population (adults) with schizophrenic spectrum disorders taking into account gender — men and women in Moscow for 2004-2018

Год Year	Диспансерное наблюдение Dispensary observation					Консультативное наблюдение Advisory monitoring					Всего Total				
	муж. (чел.) men (per- sons)	%	жен. (чел.) women (per- sons)	%	всего total	муж. (чел.) men (per- sons)	%	жен. (чел.) women (per- sons)	%	всего total	муж. (чел.) men (per- sons)	%	жен. (чел.) women (per- sons)	%	Итого Total
2004	22 769	45.3	27 516	54.7	50 285	2 352	43.5	3 059	56.5	5 411	25 121	45.1	30 575	54.9	55 696
2005	24 813	45.4	29 884	54.6	54 697	2 878	43.4	3 759	56.6	6 637	27 691	45.1	33 643	54.9	61 334
2006	25 404	45.5	30 369	54.5	55 773	3 240	43.9	4 137	56.1	7 377	28 644	45.4	34 506	54.6	63 150
2007	25 040	45.7	29 766	54.3	54 806	3 568	44.6	4 433	55.3	8 001	28 608	45.5	34 199	54.5	62 807
2008	24 947	45.9	29 450	54.1	54 397	3 744	45.0	4 568	55.0	8 312	28 691	45.8	34 018	54.2	62 709
2009	25 072	46.1	29 264	53.9	54 336	3 954	45.8	4 678	54.2	8 632	29 026	46.1	33 942	53.9	62 968
2010	25 247	46.5	29 076	53.5	54 323	4 091	45.8	4 836	54.2	8 927	29 338	46.4	33 912	53.6	63 250
2011	25 254	46.7	28 855	53.3	54 109	4 299	46.6	4 927	53.4	9 226	29 553	46.7	33 782	53.3	63 335
2012	25 490	46.9	28 835	53.1	54 325	4 540	46.9	5 138	53.1	9 678	30 030	46.9	33 973	53.1	64 003
2013	25 336	47.3	28 268	52.7	53 604	4 517	47.0	5 096	53.0	9 613	29 853	47.2	33 364	52.8	63 217
2014	25 098	47.6	27 607	52.4	52 705	4 916	47.8	5 358	52.2	10 274	30 014	47.7	32 965	52.3	62 979
2015	24 769	47.9	26 990	52.1	51 759	4 713	48.2	5 060	51.8	9 773	29 482	47.9	32 050	52.1	61 532
2016	24 084	47.9	26 234	52.1	50 318	4 740	48.5	4 996	51.5	9 736	28 824	48.0	31 230	52.0	60 054
2017	23 327	48.2	25 086	51.8	48 413	4 431	48.4	4 733	51.6	9 164	27 758	48.2	29 819	51.8	57 577
2018	22 692	48.3	24 241	51.7	46 933	4 152	48.0	4 494	52.0	8 646	26 844	48.3	28 735	51.7	55 579

ческих нарушениях и когнитивном дефиците. Женщины, как правило, имеют лучшее преморбидное функционирование, более поздний возраст развития заболевания с более яркими дебютными клиническими проявлениями и более благоприятным течением болезни, различия в уровне когнитивного дефицита в период менопаузы, значительно лучший терапевтический ответ на типичные нейролептики по сравнению с мужчинами. Некоторые авторы указывали, что данные различия обусловлены взаимодействием между гормональными, нейроэволюционными факторами и психосоциальными различиями [16–18]. Вместе с тем в зарубежной научной медицинской литературе основное внимание уделяется именно протективной роли женских гормонов (эстрогена), при этом психосоциальные факторы упоминаются вскользь. Однако традиционные социально-психологические гендерные (полоролевые) поведенческие стереотипы играют не меньшую роль в течении заболевания и социальной адаптации пациентов. Поэтому взвешенный научный подход определяет необходимость трактовки различий в поведении мужчин и женщин с позиций биопсихосоциальной парадигмы и объяснение их как влиянием биологических различий (в том числе гормональных, церебральных, морфологических), так и психологических и социальных установок общества.

Гендерные стереотипы (которые можно обозначить как «традиционные») влияют и на поведение, связанное с соматическим и психическим здоровьем. Так, установлено, что женщины во многих странах потребляют более здоровую пищу, что может быть связано с большей заботой женщин о своем здоровье в связи с задачей рождения и воспитания детей. Возможно, в связи с этим и пропаган-

да здорового образа жизни, которая проводится во многих странах, более успешна именно среди женского населения [19]. Разница в отношении к своему здоровью у мужчин и женщин была установлена и в результате многих исследований. Так, при опросе психически здоровых лиц выявлено, что ценность здоровья у женщин значимо выше и занимает среди прочих ценностей 1-е место (у мужчин — лишь 4-е). Те же психологические установки свойственны и пациентам, страдающим шизофренией. Женщины, как правило, получают более качественную медицинскую помощь, даже при отсутствии различий в выраженности симптомов или психосоциальных факторов; они чаще посещают амбулаторные службы, лучше следуют назначениям и получают больше психологической, психотерапевтической и социально-реабилитационной помощи [14]. Также женщины реже, чем мужчины, злоупотребляют алкоголем и иными психоактивными веществами: соотношение между мужчинами и женщинами с алкогольной зависимостью, по разным данным, составляет от 5,2:1 до 3:1 [20]. Низкая социальная адаптация у мужчин с шизофренией объясняется в психиатрической литературе более низким уровнем их преморбидного функционирования, влиянием на их социальное развитие неблагоприятных факторов раннего возраста и их большей склонностью к социально девиантному поведению, обусловленному болезнью (собственная запущенность, некомплаентность и злоупотребление психоактивными веществами) [16, 21].

Обсуждение

С учетом полученных данных можно интерпретировать гендерные аспекты динамики учтенного контингента

пациентов с РПС в условиях модернизации психиатрической службы. Преобладание наблюдающихся пациенток женского пола при в среднем более благоприятном течении заболевания объясняется их более активным обращением за психиатрической помощью и взаимодействием с амбулаторными психиатрическими службами, большей сохранностью когнитивных функций, лучшей комплаентностью и последовательностью в выполнении терапевтических рекомендаций. При этом тенденция к снижению удельного веса наблюдающихся пациенток женского пола может объясняться (хотя это и звучит парадоксально) теми же факторами, т.к. приверженность терапии позволяет достичь более качественных ремиссий, и пациенток более активно переводят в консультативную группу и снимают с наблюдения, а более высокий уровень социальной адаптации в некоторых случаях может служить основанием для получения психиатрической помощи и наблюдения в негосударственном секторе медицинских услуг.

Как говорилось выше, цифры показателей заболеваемости РПС могут зависеть от диагностических критериев, используемых для установления расстройства, поэтому в настоящее время происходят унификация и сближение национальных и международных классификационных принципов с целью избегания различий в установлении диагнозов. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го пересмотра (DSM-4) [22], действовавшее в США с 1994 г., уступило в 2013 г. место DSM-5 [23], в котором классификация РПС претерпела достаточно революционные изменения (прежде всего это касается собственно раздела «шизофрения»). На Всемирной ассамблее здравоохранения ВОЗ 25.05.2019 г. государства-члены согласились принять 11-й пересмотр Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-11), который должен вступить в действие 01.01.2022 г. и в которой приняты практически аналогичные изменения. Крепелиновская категориальная модель шизофрении, включающая ее классические клинические разновидности (и пока ещё используемая в МКБ-10), сыгравшая огромную роль в становлении клинической психиатрии и утвердившая многообразие продуктивно-психотической феноменологии шизофрении при едином базисе негативно-личностных изменений, уступает место более прагматичному статистико-вероятностному подходу, декларированному еще в DSM-4, где говорится о «больших сомнениях в отношении того, что любая категория психических расстройств представляет собой полностью самостоятельную единицу с четкими границами, которые отделяют ее от другого психического расстройства» [22]. Следует отметить, что в разных медицинских дисциплинах состояния часто рассматриваются как континуум между «нормой» и патологией и не определяются с помощью строгой границы, которая отделяет болезнь от ее отсутствия. Развивая подобный подход, DSM-5 (а затем и МКБ-11) наряду с нозологическими категориями включает dimensionальные (измерительные) аспекты диагноза. В конечном счете, диагноз все еще сильно зависит от решения «да» или «нет», но использование спецификаторов, подтипов, шкал тяже-

сти и поперечной («cross-cutting») оценки симптомов поможет врачам лучше определять степень выраженности болезни, что невозможно при строгом категориальном подходе [24]. Проект МКБ-11, в том числе раздел психических и поведенческих расстройств, широко обсуждался в научном сообществе и доступен для просмотра и комментариев на сайте ВОЗ [25].

В МКБ-11 существенным моментом является введение в раздел «Шизофрения и другие преимущественно психотические расстройства» уточняющих лонгитюдальных критериев течения (первый и множественные эпизоды, непрерывное течение), указателей текущего кросс-секционного статуса (текущая симптоматика, неполная и полная ремиссия), оценки уточняющих критериев выраженности симптомов (которые заменяют типы шизофрении). Каждый случай оценивается по 6 доменам:

- 1) позитивные симптомы;
- 2) негативные симптомы;
- 3) депрессивные аффективные симптомы;
- 4) маниакальные аффективные симптомы;
- 5) психомоторные симптомы;
- 6) когнитивные симптомы.

Шкала уточняющих критериев симптоматики включает следующие оценочные категории:

- 0 = симптомы отсутствуют;
- 1 = присутствуют, но в легкой степени;
- 2 = присутствуют в умеренной степени;
- 3 = присутствуют в тяжелой степени;
- 9 = невозможно вынести оценку, базируясь на имеющихся данных.

В диагностических критериях шизофрении понижен рейтинг «симптомов первого ранга» (ощущения воздействия, овладения или контроля) с первой (в МКБ-10) до четвертой позиции.

Таким образом, новыми в МКБ-11 являются:

- устранение классических подтипов шизофрении;
- снижение значимости симптомов первого ранга;
- включение когнитивных симптомов в симптомокомплекс шизофрении;
- введение новых спецификаторов течения для всех первично психотических расстройств;
- введение новых спецификаторов симптоматики («dimensionальный принцип»).

О преимуществах dimensionального подхода писал С.Н. Мосолов [26] ещё до введения в практику DSM-5, подчеркивая, что он лучше описывает все многообразие клинических проявлений при шизофрении, поскольку рассматривает поражение отдельных сфер психической деятельности, лучше, чем категориальная модель согласуется с полигенной системой наследования при шизофрении, позволяет более эффективно подобрать адекватную фармакотерапию, т.к. терапевтическое воздействие на отдельные сферы психопатологических нарушений (позитивные и негативные симптомы, а также нейрокогнитивный дефицит) подразумевает использование препаратов с разными, а часто даже с противоположными механизмами воздействия. К дискуссионным аспектам dimensionального подхода можно отнести полное размывание классификационных границ, отсылающее нас к концепции

«единого психоза» [27, 28], хотя новейшие достижения нейронаук позволяют по-новому осмыслить взаимосвязи патобиологических процессов в центральной нервной системе при различных психических расстройствах.

Диагностические спецификаторы шизофрении в МКБ-11 позволяют формулировать трехмерный «функциональный диагноз» [29] на клиническом уровне, включающий качественные и количественные характеристики структуры и динамики психического расстройства, актуального психического статуса, обозначить надежные вехи для подбора фармакотерапии и даже получить ориентиры для прогноза течения заболевания и социальной адаптации пациента. Для уточнения роли классификационных критериев МКБ-11 в плане улучшения диагностики и оптимизации психофармакотерапии необходимо кратко обозначить современные тенденции в лечении больных шизофренией. Наряду с выделением краткосрочных целей психофармакотерапии (быстрое купирование симптомов) сегодня принято выделять и долгосрочные цели (минимизация риска рецидива и связанных с ним последствий). Реализацию этих целей связывают, прежде всего, с применением атипичных антипсихотиков, которые в настоящее время являются стандартом фармакотерапии пациентов с шизофренией [30, 31].

Одной из существенных проблем эффективной терапии больных шизофренией является проблема комплаенса. Плохая приверженность пероральной антипсихотической терапии отмечается более чем у 40% пациентов [32], что приводит к повторным госпитализациям и существенным материальным издержкам. Появление LAIs позволило успешно решать проблемы преодоления нон-комплаентности. Современная терапия шизофрении представлена LAIs рисперидоном и палиперидоном с доказанной клинико-экономической и социальной эффективностью. При этом инъекционные депонированные препараты палиперидона имеют определенные преимущества перед рисперидоном, поскольку не требуют на первом этапе перевода с пероральных форм на инъекционные, дополнительного приема таблеток, и в целом лучше переносятся. Все современные руководства рекомендуют применение антипсихотиков пролонгированного действия второй генерации, ориентируясь на два параметра: проблемы с приверженностью терапии и личные предпочтения пациента [33–35].

Новым шагом эволюционного развития перспективного ряда LAIs стала форма палиперидона пальмитата для внутримышечного введения 1 раз в 3 мес, зарегистрированного в России в 2016 г. [36]. Пролонгированные формы палиперидона пальмитата открывают новые перспективы в лечении больных шизофренией, однако необходимо выделение групп-мишеней пациентов, уточнение их социодемографического и клинического профиля (портрета) с целью оптимизации клинико-социальных и экономических результатов лечения [37]. Подобными группами могут быть пациенты с фармакозависимыми ремиссиями при неполном комплаенсе (что может быть связано не только с некритичностью, но и с плохой переносимостью обычного лечения), жители отдаленных районов из-за малодоступности помощи. Кандидатами на лечение, с

учетом личных предпочтений, становятся социально сохраняющие пациенты, нуждающиеся в поддерживающей терапии, но стремящиеся сохранить личностную автономию и статус максимально здорового и активного члена общества, «дистанцированного» от болезни. Согласно МКБ-11 к данной категории пациентов можно отнести лиц с первым эпизодом заболевания, хронической, не длительно протекающей формой шизофрении (до 5 лет), а также с низкими «двумерными» показателями (0–1 балл) в ремиссии по 6 психопатологическим доменам. Данные параметры, что представляется очевидным, необходимо использовать с учетом гендерных факторов. Таким образом, МКБ из почти исключительно диагностико-статистической классификации превращается в практически ориентированный клинический инструмент, позволяющий определять научно обоснованные показания к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий.

Заключение

В рамках реформы здравоохранения в России проводится оптимизация психиатрической помощи населению. Основная направленность реформирования психиатрической службы соответствует провозглашенной ВОЗ концепции деинституционализации и заключается в сокращении числа психиатрических коек (хотя этот процесс в отечественном здравоохранении не носит радикального характера), переносе основного акцента оказания психиатрической помощи на амбулаторное звено, развитии стационарозамещающих технологий и, в конечном итоге, в оптимизации психиатрической помощи населению. На примере г. Москвы показано, что с 2016 по 2020 г. коечный фонд, предназначенный для обслуживания прикрепленного населения, должен сократиться более чем в 2 раза (с одновременным развитием амбулаторного звена психиатрической помощи). В контексте реформирования психиатрической службы, а также внедрения в психиатрическую практику новых средств и методов психиатрической помощи, в частности LAIs, происходит постепенное снижение числа пациентов с РШС, находящихся под наблюдением в государственной системе здравоохранения (на примере г. Москвы).

На тенденции динамики учтенного контингента пациентов заметное влияние оказывает также фактор пола вследствие гендерных различий в клинике и течении шизофрении и приверженности лечению, что необходимо учитывать при организации психиатрической помощи и выработке показаний к назначению LAIs. Вступающая в силу с 01.01.2022 г. новая версия Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-11) содержит достаточно радикальные изменения в части, касающейся РШС, и, безусловно, приближает классификацию к потребностям практической психиатрии и будет способствовать оптимизации психиатрической помощи данному контингенту больных.

Таким образом, реорганизации психиатрической службы способствуют два взаимодополняющих фактора — внедрение в повседневную практику LAIs нового поколения (прежде всего палиперидона пальмитата), позволяющих резко повысить эффективность противорецидивной терапии больных шизофренией при максимальном сохранении

их трудоспособности, социальной адаптации и качества жизни, и новые классификационные категории МКБ-11, которые позволяют конкретизировать актуальный психопатологический статус пациентов и дать надежные ориентиры для диагностики, прогностической оценки течения заболевания, а также выработки показаний для выбора терапии, в том числе LAIs. Вышесказанное позволяет говорить о наступлении нового этапа развития внебольничной системы лечения и реабилитации больных с РПС на основе последних достижений психофармакологии, которые должны дополняться развитием систем социальной поддержки пациентов с психическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

- Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(2): 149-62. <http://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- Тиганов А.С., ред. *Руководство по психиатрии*. Том 1. М.: Медицина; 1999.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1990: 143-74.
- Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper J.E., et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation 10-Country Study. *Psychol. Med. Monogr. Suppl.* 1992; 20: 1-97. <http://doi.org/10.1017/s0264180100000904>
- Снежневский А.В., ред. *Шизофрения: Клиника и патогенез*. М.: Медицина; 1969.
- Kendler K.S., Gardner C.O. The risk for psychiatric disorders in relatives of schizophrenic and control probands: a comparison of three independent studies. *Psychol. Med.* 1997; 27(2): 411-9. <http://doi.org/10.1017/s003329179600445x>
- World Health Organization. Schizophrenia. Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Вуме Р. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv. Psychiatr. Treat.* 2000; 6(1): 65-72. <http://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
- Ястребов В.С. Организация психиатрической помощи: Исторический очерк. В кн.: Тиганов А.С., ред. *Руководство по психиатрии*. Том 1. М.: Медицина; 1999.
- Цыганок Л.А. Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы (обзор реформ в психиатрии в США и Европе, предпосылки, сущность реформ, проблемы на пути их реализации, результаты реформ, планы на будущее). *Независимый психиатрический журнал*. 2007; (3): 64-74. *Meditsina*; 1999. (in Russian)
- World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013 – 2020. Available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html
- Мелик-Гусейнов Д.В. Психиатрическая служба города Москвы: от аудита к управленческим решениям. Available at: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/magic/default/download/5027.html>
- Мосстат. Официальная статистика. Москва. Население. Available at: <https://mosstat.gks.ru/folder/64634>
- Riecher-Rössler A., Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2000; (407): 58-62. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00011.x>
- Robins L.N., Helzer J.E., Weissman M.M., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J.D., et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1984; 41(10): 949-58. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210031005>
- Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology.* 2003; 28(Suppl. 2): 17-54. [http://doi.org/10.1016/s0306-4530\(02\)00125-7](http://doi.org/10.1016/s0306-4530(02)00125-7)
- Leung A., Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2000; 401: 3-38. <http://doi.org/10.1111/j.0065-1591.2000.0ap25.x>
- Seeman M.V., Lang M. The role of estrogen in schizophrenia gender differences. *Schizophr. Bull.* 1990; 16(2): 185-94. <http://doi.org/10.1093/schbul/16.2.185>
- Бендас Т.В. *Гендерная психология*. СПб.: Питер; 2006.
- Kohen D. Psychiatric services for women. *Br. J. Psychiatry.* 2001; 178: 296-8.
- Goldstein J.M. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1988; 145(6): 684-9. <http://doi.org/10.1176/ajp.145.6.684>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
- Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. DSM-5: Классификация и изменения критериев. *Всемирная психиатрия*. 2013; 12(2): 88-94.
- WHO. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Available at: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2010; 110(6): 4-11.
- Griesinger W. *Die Pathologic und Therapie der psychischen Krankheiten*. Braunsduweig: Verlag von Friedrich Wreden; 1871: 53-85. (in German)
- Hoche A. *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen*. Darmstadt; 1925. (in German)
- Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Бурковский Г.В. *Функциональный диагноз в психиатрии*. СПб.: Спецлит; 2013.
- American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1997; 154(Suppl. 4): 1-63. <http://doi.org/10.1176/ajp.154.4.1>
- Davis J.M., Chen N., Glick I.D. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003; 60(6):553-64. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.6.553>
- Hasan A., Falkai P., Wobrock T., Lieberman J., Glenthøj B., Gattaz W.F., et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J. Biol. Psychiatry.* 2013; 14(1): 2-44. <http://doi.org/10.3109/15622975.2012.739708>
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia. 2nd edition. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161(Suppl. 2): 1-56.
- Barnes T.R. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Psychopharmacol.* 2011; 25(5): 567-620. <http://doi.org/10.1177/0269881110391123>
- NICE Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178], March 2014. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
- Регистр лекарственных средств в России, 2016. Тревикта (Тревикта). Инструкция по применению, противопоказания и состав. Available at: <https://www.rlsnet.ru/>
- Любов Е.Б. «Сверхдлительный» палиперидон пальмитат (тревикта) при шизофрении: надежда и опыт. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017; 27(1): 48-54.

REFERENCES

- Awad A.G., Voruganti L.N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*. 2008; 26(2): 149-62. <http://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- Tiganov A.S., ed. *Handbook of Psychiatry*. Volume 1 [Руководство по психиатрии]. Том 1]. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
- Kaplan H.I., Sadock B.J. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1990: 143-74.
- Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A.,

- Cooper J.E., et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation 10-Country Study. *Psychol. Med. Monogr. Suppl.* 1992; 20: 1-97. <http://doi.org/10.1017/s0264180100000904>
5. Snezhnevskiy A.V., ed. *Schizophrenia: Clinical Features and Pathogenesis [Shizofreniya: Klinika i patogenez]*. Moscow: Meditsina; 1969. (in Russian)
 6. Kendler K.S., Gardner C.O. The risk for psychiatric disorders in relatives of schizophrenic and control probands: a comparison of three independent studies. *Psychol. Med.* 1997; 27(2): 411-9. <http://doi.org/10.1017/s003329179600445x>
 7. World Health Organization. Schizophrenia. Available at: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
 8. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv. Psychiatr. Treat.* 2000; 6(1): 65-72. <http://doi.org/10.1192/apt.6.1.65>
 9. Yastrebov V.S. Organization of mental health care: A historical sketch. In: Tiganov A.S., ed. *Handbook of Psychiatry. Volume 1 [Rukovodstvo po psikiatrii. Tom 1]*. Moscow: Meditsina; 1999. (in Russian)
 10. Tsyganok L.A. Reforming of psychiatric service. Experience of the USA and Europe. Independent psychiatric journal. *Nezavisimyy psikiatricheskyy zhurnal.* 2007; (3): 64-74. (in Russian)
 11. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013 – 2020. Available at: http://www.who.int/mental_health/mhgap/consultation_global_mh_action_plan_2013_2020/en/index.html
 12. Melik-Guseynov D.V. Psychiatric Service of the City of Moscow: From the Audit to Management Decisions. Available at: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/magic/default/download/5027.html> (in Russian)
 13. Mosstat. Official statistics. Moscow. Population. Available at: <https://mosstat.gks.ru/folder/64634> (in Russian)
 14. Riecher-Rössler A., Häfner H. Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2000; (407): 58-62. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00011.x>
 15. Robins L.N., Helzer J.E., Weissman M.M., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J.D., et al. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1984; 41(10): 949-58. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210031005>
 16. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology.* 2003; 28(Suppl. 2): 17-54. DOI: [http://doi.org/10.1016/s0306-4530\(02\)00125-7](http://doi.org/10.1016/s0306-4530(02)00125-7)
 17. Leung A., Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2000; 401: 3-38. <http://doi.org/10.1111/j.0065-1591.2000.0ap25.x>
 18. Seeman M.V., Lang M. The role of estrogen in schizophrenia gender differences. *Schizophr. Bull.* 1990; 16(2): 185-94. <http://doi.org/10.1093/schbul/16.2.185>
 19. Bendas T.V. *Gender Psychology [Gendernaya psikhologiya]*. St. Petersburg: Piter; 2006. (in Russian)
 20. Kohen D. Psychiatric services for women. *Br. J. Psychiatry.* 2001; 178: 296-8.
 21. Goldstein J.M. Gender differences in the course of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1988; 145(6): 684-9. <http://doi.org/10.1176/ajp.145.6.684>
 22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
 23. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
 24. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. The DSM-5: Classification and criteria changes. *World psychiatry.* 2013; 12(2): 92-8. <http://doi.org/10.1002/wps.20050>
 25. WHO. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Available at: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
 26. Mosolov S.N. Actual theoretical problems of diagnostic, classification, neurobiology and therapy of schizophrenia: a comparison of International and Russian experience. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova.* 2010; 110(6): 4-11. (in Russian)
 27. Griesinger W. *Die Pathologic und Therapie der psychischen Krankheiten.* Braunsduweig: Verlag von Friedrich Wreden; 1871: 53-85. (in German)
 28. Hoche A. *Die Medizin der Gegenwart in Selbstdarstellungen.* Darmstadt; 1925. (in German)
 29. Kotsyubinskiy A.P., Sheynina N.S., Burkovskiy G.V. *Functional Diagnosis in Psychiatry [Funktsional'nyy diagnost v psikiatrii]*. St. Petersburg: Spetslit; 2013. (in Russian)
 30. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 1997; 154(Suppl. 4): 1-63. <http://doi.org/10.1176/ajp.154.4.1>
 31. Davis J.M., Chen N., Glick I.D. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2003; 60(6):553-64. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.6.553>
 32. Hasan A., Falkai P., Wobrock T., Lieberman J., Glenthøj B., Gattaz W.F., et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, Part 2: Update 2012 on the long-term treatment of schizophrenia and management of antipsychotic-induced side effects. *World J. Biol. Psychiatry.* 2013; 14(1): 2-44. <http://doi.org/10.3109/15622975.2012.739708>
 33. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Schizophrenia. 2nd edition. *Am. J. Psychiatry.* 2004; 161(Suppl. 2): 1-56.
 34. Barnes T.R. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of schizophrenia: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Psychopharmacol.* 2011; 25(5): 567-620. <http://doi.org/10.1177/0269881110391123>
 35. NICE Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178], March 2014. Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>
 36. Register of medicines in Russia, 2016. Trevikta (Trevikta). Instructions for use, contraindications and composition. Available at: <https://www.rlsnet.ru/> (in Russian)
 37. Lyubov E.B. Paliperidone palmitate 3-month injection in schizophrenia: hope and experience. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya.* 2017; 27(1): 48-54. (in Russian)