

Возможности диагностики метаболического синдрома в психиатрической практике: системный анализ российских клинических рекомендаций

Н.В. Семенова, А.Ю. Гончаренко, В.Л. Козловский, С.В. Ляшковская, В.В. Фрейзе, М.В. Анохина

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии
имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Метаболический синдром (МС) является ключевым фактором, определяющим высокий уровень сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности у пациентов с психическими расстройствами. В психиатрической практике риск развития МС существенно повышен вследствие особенностей образа жизни пациентов и побочных эффектов психофармакотерапии. Несмотря на наличие международных руководств по кардиометаболическому мониторингу, степень интеграции скрининга МС в национальные клинические рекомендации (КР) по профилю «психиатрия» остается малоизученной.

Цель — провести системный анализ действующих российских клинических рекомендаций по профилю «психиатрия» в целях оценки возможности диагностики метаболического синдрома на основе предусмотренных в них методов обследования.

Материалы и методы. Проанализированы 15 действующих КР по профилю «психиатрия», предназначенных для взрослых, детей и пациентов пожилого и старческого возраста и размещенных в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России. Оценивали наличие пяти ключевых компонентов МС (антропометрия / окружность талии (ОТ), артериальная гипертензия, гипергликемия, гипертриглицеридемия, низкий холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП)). Рассчитывали индекс полноты диагностического охвата (ИПО). Применены методы описательной статистики и критерий χ^2 Пирсона.

Результаты. Ни одни КР не содержат прямого алгоритма диагностики МС. Антропометрия (индекс массы тела / масса тела) и измерение артериального давления предусмотрены в 100 % документов, однако измерение ОТ отсутствует во всех КР. Глюкоза крови указана в 73 % (11/15) рекомендаций, преимущественно как скрининг перед терапией. Липидный профиль в полном объеме обязателен только в 20 % (3/15) случаев — при шизофрении и биполярном аффективном расстройстве (БАР). Полный диагностический набор, позволяющий верифицировать МС, выявлен лишь в трех КР (20 %): шизофрения (взрослые и дети) и БАР. Выявлена статистически значимая связь между наличием в КР требований к мониторингу метаболических побочных эффектов психофармакотерапии и полнотой диагностического охвата ($\chi^2 = 12,7$, $p < 0,001$).

Заключение. В отечественных КР по профилю «психиатрия» отсутствует системный подход к скринингу МС. Ключевой пробел — игнорирование ОТ и нерегулярная оценка липидного профиля при большинстве диагностических категорий. Обоснована необходимость гармонизации КР с международными стандартами для улучшения соматического здоровья пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: метаболический синдром, клинические рекомендации, шизофрения, биполярное расстройство, антипсихотики, кардио-метаболический риск, скрининг, психиатрия

КОНТАКТЫ: Семенова Наталия Владимировна, nvs@bekhterev.ru, ORCID: 0000-0002-2798-8800
Гончаренко Андрей Юрьевич, goncharenko7@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-5208-4099
Козловский Владимир Леонидович, kvl1958@mail.ru, ORCID: 0000-0003-2972-235X
Ляшковская Светлана Владимировна, sl_dok@mail.ru, ORCID: 0000-0002-4765-2423
Фрейзе Виктория Васильевна, v.freize@mail.ru, ORCID: 0000-0003-1677-0694
Анохина Мария Валерьевна, anokhinabekhterev@yandex.ru, ORCID: 0009-0003-8707-0940

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Семенова Н.В., Гончаренко А.Ю., Козловский В.Л., Ляшковская С.В., Фрейзе В.В., Анохина М.В. Возможности диагностики метаболического синдрома в психиатрической практике: системный анализ российских клинических рекомендаций // Современная терапия психических расстройств. — 2026. — № 2. — С. 64–73. — DOI: 10.48612/psyph/9kkf-repp-tzp3

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: авторы заявляют, что при создании настоящей статьи технологии искусственного интеллекта не использовались.

ФИНАНСИРОВАНИЕ: Исследование выполнено в рамках государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М.Бехтерева» Минздрава России 2024–2026 гг. (XS0Z 2024 0012).

Diagnostic Capabilities for metabolic Syndrome in Psychiatric Practice: A Systems Analysis of Russian Clinical Guidelines

N.V. Semenova, A.Yu. Goncharenko, V.L. Kozlovsky, S.V. Lyashkovskaya, V.V. Freize, M.V. Anokhina

V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology of the Ministry of Health of Russian Federation, St. Petersburg, Russia

SUMMARY

Relevance. Metabolic syndrome (MS) is a key factor determining the high level of cardiovascular morbidity and mortality in patients with mental disorders. In psychiatric practice, the risk of developing MS is significantly increased due to patients' lifestyle characteristics and the side effects of psychopharmacotherapy. Despite the existence of international guidelines for cardiometabolic monitoring, the degree of integration of MS screening into national clinical guidelines (CGs) in the field of psychiatry remains insufficiently studied.

Aim — to conduct a systematic analysis of current Russian clinical guidelines in the field of psychiatry in order to assess the feasibility of diagnosing metabolic syndrome based on the examination methods they provide.

Materials and methods. Fifteen clinical guidelines (CGs) for psychiatry, including guidelines for adults, children, and older adults, available in the Rubricator of Clinical Guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation, were analyzed. The presence of five key components of MS (anthropometry/waist circumference (WC), hypertension (HTN), hyperglycemia, hypertriglyceridemia, low high-density lipoprotein cholesterol) was assessed. The diagnostic coverage completeness index (DCCI) was calculated. Descriptive statistics and Pearson's chi-squared test were applied.

Results. No CG contains a direct algorithm for diagnosing MS. Anthropometry (Body Mass Index /body weight) and blood pressure measurement are included in 100 % of the documents; however, WC measurement is absent from all CGs. Blood glucose is specified in 73 % (11/15) of the guidelines, primarily as a pre-treatment screening. A full lipid profile is mandatory in only 20 % (3/15) of cases — for schizophrenia and bipolar affective disorder (BAD). A complete diagnostic set enabling MS verification was found in only 3 CGs (20 %): schizophrenia (adults and children) and BAD. A statistically significant association was found between the presence of requirements in CGs for monitoring metabolic side effects of psychopharmacotherapy and the completeness of diagnostic coverage ($\chi^2 = 12.7$, $p < 0.001$).

Conclusion. Russian clinical guidelines (CGs) for psychiatry lack a comprehensive and systematic approach to metabolic syndrome screening. Clinical guidelines for substance use disorders were not included in the analysis. A key gap is the omission of waist circumference and the inconsistent assessment of lipid profiles for most nosologies. There is a clear need to harmonize CGs with international standards to improve the somatic health of patients.

KEYWORDS: metabolic syndrome, clinical guidelines, schizophrenia, bipolar disorder, antipsychotics, cardiometabolic risk, screening, psychiatry

CONTACTS: Semenova Nataliya Vladimirovna, nvs@bekhterev.ru, ORCID: 0000-0002-2798-8800
Goncharenko Andrey Yurievich, goncharenko7@yandex.ru, ORCID: 0000-0001-5208-4099
Kozlovsky Vladimir Leonidovich, kv1958@mail.ru, ORCID: 0000-0003-2972-235X
Lyashkovskaya Svetlana Vladimirovna, sl_dok@mail.ru, ORCID: 0000-0002-4765-2423
Freize Viktoriya Vasilievna, v.freize@mail.ru, ORCID: 0000-0003-1677-0694
Anokhina Mariya Valerievna, anokhinabekhterev@yandex.ru, ORCID: 0009-0003-8707-0940

CITATION: Semenova N.V., Goncharenko A.Yu., Kozlovsky V.L., Lyashkovskaya S.V., Freize V.V., Anokhina M.V. Diagnostic capabilities for metabolic syndrome in psychiatric practice: a systems analysis of Russian clinical guidelines // Sovrem. ter. psih. rasstrojstv [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2026. — No. 2. — Pp. 64–73. — DOI: 10.48612/psyph/9kkf-repp-tzp3 [in Russian].

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

STATEMENT ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES: authors declare that no artificial intelligence technologies were used in the creation of this article.

FUNDING: This study was conducted as part of the state assignment of the V. M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology, Ministry of Health of the Russian Federation, for the period 2024–2026 (project No. XSQZ 2024 0012).

Введение

Сокращение ожидаемой продолжительности жизни у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами (ТПР) остается одной из значимых проблем современной психиатрии. По данным эпидемиологических исследований, у пациентов с шизофренией, биполярным аффективным расстройством (БАР) и тяжелыми формами депрессивных расстройств ожидаемая продолжительность жизни в среднем на 10–20 лет меньше, чем в общей популяции [1–3]. Существенный вклад в этот разрыв вносят соматические заболевания, прежде всего сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и сахарный диабет 2-го типа [4]. По некоторым данным, риск внезапной сердечной смерти (ВСС) у молодых пациентов с ТПР превышает популяционный уровень [5]. Помимо ВСС сердечно-сосудистый риск у пациентов с ТПР включает повышенную частоту развития ишемической болезни сердца, сердечной недостаточности и цереброваскулярных событий. В крупном метаанализе C.U. Correll и соавт., включавшем более 3,2 млн пациентов с тяжелыми

психическими расстройствами и более 113 млн человек группы контроля, было показано повышение риска ССЗ и смертности, связанной с ними, у пациентов психиатрического профиля. Так, у пациентов с психическими расстройствами риск развития ССЗ повышен на 53 % (отношение шансов (odds ratio, OR) = 1,53; 95-процентный доверительный интервал (95% confidence interval, CI) = 1,27–1,83), а сердечно-сосудистой смерти — на 85 % (отношение рисков (hazard ratio, HR) = 1,85; 95 % CI 1,53–2,24) по сравнению с общей популяцией [6]. Эти данные подчеркивают необходимость своевременного выявления и коррекции кардиометаболических факторов риска в психиатрической практике.

Степень сердечно-сосудистого риска существенно варьирует в зависимости от диагноза: у пациентов с шизофренией он значительно выше, чем при БАР. Согласно метаанализу Lambert и соавт., риск смерти от инсульта при шизофрении более чем вдвое превышает популяционный (отношение рисков/коэффициент заболеваемости (hazard ratio/rate ratio, HR/rate ratio) = 2,40; 95% CI 2,25–2,55, тогда как при БР этот показатель заметно ниже (стандартизированное

отношение смерти (standardized mortality ratio, SMR) = 1,55; 95% CI 1,33–1,81). Кроме того, у пациентов с шизофренией риск развития сердечной недостаточности повышен почти в 4 раза (rate ratio, RR = 3,82; 95% CI 3,10–4,71) [7]. Ряд таких исходов потенциально предотвратим при своевременном выявлении и коррекции кардиометаболических факторов риска: согласно данным Hoang и соавт., именно ССЗ служат главной потенциально предотвратимой причиной преждевременной смерти у пациентов с ТПР [8].

За последние десятилетия разрыв в значениях риска смерти от ССЗ между пациентами с ТПР и общей популяцией не только сохраняется, но и увеличивается. В исследованиях, проводимых в 1990–2000-х годах, риски были выше по сравнению с более ранними периодами (например, для шизофрении и ишемической болезни сердца SMR в 2000-х составил 2,59 против 1,14 в 1980-х) [7].

Ряд авторов полагают, что большой разрыв в ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) и сердечно-сосудистых рисках между пациентами с ТПР и общей популяцией связан не столько со снижением ОПЖ у лиц с психическими расстройствами, сколько с ее устойчивым ростом в общей популяции [9]; при этом, согласно данным Nielsen и Licht, прогресс в лечении соматических заболеваний приносит больше пользы именно общей популяции, тогда как пациенты с ТПР в меньшей степени получают пользу от этих достижений [10].

Пациенты с ТПР имеют худший доступ к ранней диагностике и адекватному лечению распространенных соматических заболеваний (сахарный диабет, сердечно-сосудистые болезни, онкопатология) [11]. Одной из причин более низкого качества соматической помощи может быть то, что психиатры фокусируются преимущественно на психических симптомах, уделяя недостаточно внимания соматическим расстройствам [10].

Одним из ключевых клинико-лабораторных маркеров повышенного кардиометаболического риска является метаболический синдром (МС) — кластер факторов риска, включающий абдоминальное ожирение, дислипидемию, гипергликемию и артериальную гипертензию (АГ) [12]. По данным исследований, распространенность МС у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами составляет в среднем 32,6 %, что значительно превышает показатели в общей популяции и вносит существенный вклад в повышение ССЗ и смертности пациентов психиатрического профиля [11, 13–15].

Высокая распространенность МС при ТПР обусловлена множеством факторов. К ним относятся особенности течения психического расстройства, низкая физическая активность, нерациональное питание, высокая распространенность курения, ограниченный доступ к соматической помощи, а также неблагоприятные метаболические эффекты психофармакотерапии. Наибольшее значение в этом отношении имеют отдельные антипсихотики, применение которых может сопровождаться увеличением массы тела, нарушениями липидного и углеводного обмена [11, 12, 16–19]. В связи с этим оценка кардиометабо-

лических факторов риска служит необходимым компонентом безопасного ведения пациентов, получающих антипсихотическую терапию.

Более десяти лет назад международные профессиональные сообщества включили в свои руководства протоколы кардиометаболического мониторинга. Например, руководство Американской психиатрической ассоциации (American Psychiatric Association, APA) указывает на необходимость проведения оценки массы тела, окружности талии, артериального давления, уровня глюкозы и липидного профиля до начала терапии антипсихотиками и в динамике [18]. Аналогичные рекомендации содержатся в руководствах Национального института здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), которые подчеркивают необходимость регулярной оценки физического здоровья лиц с тяжелыми психическими заболеваниями [20].

В Российской Федерации при оказании медицинской помощи используются клинические рекомендации (КР), которые размещены в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России. Они определяют подходы к профилактике, диагностике, лечению, реабилитации и влияют на клиническую практику. Именно поэтому полнота отражения кардиометаболического мониторинга в КР по ведению пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения имеет практическое значение. Она связана не только с качеством и безопасностью фармакотерапии, но и с профилактикой соматической заболеваемости и преждевременной смерти. Однако вопрос о том, насколько полно эти рекомендации отражают необходимость скрининга компонентов МС, остается недостаточно изученным. В связи с этим настоящее исследование представляет собой системный анализ действующих российских КР, относящихся к группе «Психические расстройства и расстройства поведения», с целью оценки представленности в них мероприятий по выявлению и мониторингу компонентов МС.

Методы

Дизайн исследования. Проведен системный анализ содержания действующих КР по профилю «Психиатрия» с использованием подхода, основанного на адаптированных принципах PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Источники данных и отбор рекомендаций. Поиск осуществлялся в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (<https://cr.minzdrav.gov.ru/>) в период с 1 по 6 марта 2026 года.

Критерии включения:

1. Клиническая рекомендация имеет статус действующей КР (в системе это обозначено как «Применяется»).
2. Клиническая рекомендация относится к группе «Психические расстройства и расстройства поведения» (коды F00–F99 по МКБ-10).

3. Полный текст документа находится в открытом доступе и не запрещен для скачивания.

Критерии исключения (применялись последовательно):

1. Клиническая рекомендация посвящена соматическому, неврологическому или инфекционному заболеванию, при котором психическое расстройство выступает в роли сопутствующего, симптоматического, осложняющего течение основного заболевания либо развивается в его рамках и носит вторичный (соматогенный) характер.

2. Клиническая рекомендация целиком посвящена психическим и поведенческим расстройствам, вызванным употреблением психоактивных веществ (ПАВ) (коды F10–F19). Расстройства данной группы исключены из анализа, поскольку патогенез метаболических нарушений при аддитивных состояниях имеет существенные отличия (прежде всего, прямое токсическое действие этанола и других ПАВ на углеводный и липидный обмен), что требует отдельного исследования.

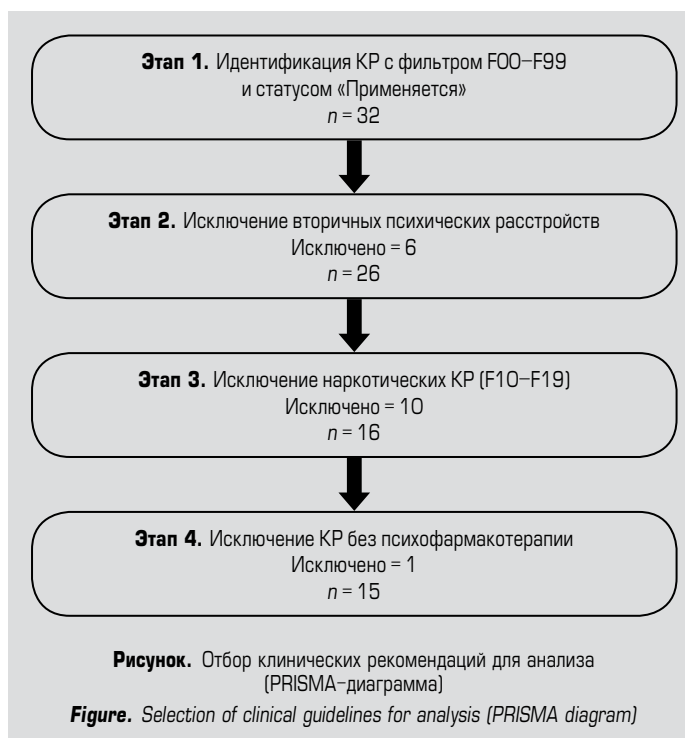
3. Клиническая рекомендация не предполагает длительной терапии основными группами психофармакологических препаратов — антипсихотиками, антидепрессантами, нормотимиками, анксиолитиками. Этот критерий введен для фокусировки на КР, в которых регулярный прием психофармакопрепаратов является рутинной практикой. Рекомендации, где основу лечения составляют немедикаментозные методы (например, логопедия, психотерапия), заведомо не могут содержать требований к мониторингу метаболических побочных эффектов.

Первоначальный поиск в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России (<https://cr.minzdrav.gov.ru>) с применением фильтров по рубрике F00–F99 и статусу «Применяется» идентифицировал 32 документа. Затем последовательно применялись критерии исключения. На первом этапе исключены шесть КР согласно критерию № 1. На втором этапе исключены 10 КР согласно критерию № 2 (расстройства, вызванные употреблением ПАВ, коды F10–F19). На третьем этапе исключена одна КР по критерию № 3 (специфические расстройства развития речи у детей, F80).

Таким образом, в финальный анализ включено 15 КР. Процесс отбора представлен на рисунке.

Для каждой КР проводился ручной контент-анализ разделов «Диагностика» и «Лечение, включая мониторинг безопасности». Данные фиксировались в структурированной матрице, включающей более 20 параметров:

- **антропометрия:** наличие указаний на измерение массы тела, роста, расчет индекса массы тела (ИМТ), измерение окружности талии (ОТ);
- **кардиоваскулярные параметры:** измерение артериального давления (АД), проведение электрокардиографии (ЭКГ);
- **углеводный обмен:** глюкоза крови натощак, гликированный гемоглобин (HbA1c);
- **липидный обмен:** общий холестерин, триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП);



– **контекст мониторинга:** указание на связь обследования с приемом психотропных препаратов.

За основу взяты объединенные критерии *IDF (International Diabetes Federation) / NCEP ATP III (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III)* [21], согласно которым для диагностики МС необходимо наличие не менее трех из пяти компонентов: абдоминальное ожирение (ОТ), гипертриглицеридемия, низкий ХС-ЛПВП, гипергликемия, АГ.

Возможность диагностики МС в рамках КР оценивали следующим образом:

- **полная диагностика:** наличие в рекомендации требований к оценке всех пяти групп показателей (антропометрия, глюкоза, липидный профиль (ТГ и ХС-ЛПВП), АД);
- **частичная диагностика:** возможность оценить от одного до четырех компонентов, но не все пять;
- **отсутствует:** невозможно оценить ни один из компонентов МС.

Для количественной оценки применялся индекс полноты диагностического охвата (ИПО):

$$\text{ИПО} = \frac{\text{Количество представленных компонентов МС}}{5}.$$

Интерпретация ИПО: 0–0,2 — крайне низкий; 0,21–0,4 — низкий; 0,41–0,6 — умеренный; 0,61–0,8 — высокий; 0,81–1,0 — полный охват.

Данные обработаны с использованием пакета статистических программ. Рассчитаны абсолютные и относительные частоты. Для сравнения категориальных данных (наличие полного набора критериев в группах с мониторингом терапии и без него) использовали критерий χ^2 Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

Общая характеристика включенных рекомендаций. В анализ включено 15 КР, охватывающих основные психические расстройства у взрослых, детей и пациентов пожилого и старческого возраста [22–36].

Все документы утверждены профессиональными сообществами и размещены в Рубрикаторе клинических рекомендаций Минздрава России.

Анализ показал, что ни одна из 15 КР не содержит прямого упоминания термина «метаболический синдром» как цели диагностического поиска. Однако отдельные компоненты обследования присутствуют.

Измерение массы тела и / или расчет ИМТ предусмотрены во всех 15 (100 %) КР. Чаще всего это требование является частью описания физикального осмотра. Однако измерение ОТ — ключевой критерий абдоминального ожирения — не упоминается ни в одном из проанализированных документов.

Измерение АД также входит в стандарт физикального осмотра и указано во всех 15 (100 %) рекомендациях. Это позволяет в полной мере выявлять такой компонент МС, как АГ.

Определение уровня глюкозы крови (как правило, натощак) рекомендуется в 11 из 15 (73,3 %) КР. В большинстве случаев это исследование предписано либо при первичном обследовании, либо для мониторинга безопасности терапии. Наиболее часто данное требование встречается при расстройствах, требующих назначения антипсихотиков (шизофрения, биполярное аффективное расстройство (БАР)). Гликированный гемоглобин

(HbA1c) упоминается крайне редко и только как опциональный тест (например, в КР по шизофрении).

Наибольшая вариабельность выявлена в отношении оценки липидного обмена. В полном объеме (триглицериды, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПНП, общий холестерин) исследование липидного спектра является обязательным только в трех из 15 (20 %) КР:

- 1) шизофрения (взрослые);
- 2) шизофрения (дети);
- 3) БАР.

В этих случаях мониторинг липидов прямо предписан для контроля метаболических побочных эффектов антипсихотической/нормотимической терапии. В остальных 12 КР (80 %) липидный профиль упоминается либо как опциональное исследование («по показаниям»), либо не упоминается вовсе (например, расстройства личности).

Оценка полноты диагностического охвата показала, что только три КР (20 %) предоставляют теоретическую возможность для полноценной диагностики МС (ИПО = 0,8). В этих документах (шизофрения и БАР) в совокупности присутствуют требования к оценке четырех из пяти ключевых компонентов МС (все, кроме ОТ). Отсутствие ОТ частично компенсируется наличием ИМТ для суждения об ожирении, что не позволяет достичь ИПО = 1,0, но дает высокий охват. Наиболее низкий уровень мониторинга — в рекомендациях по расстройствам личности (только ИМТ и АД, лабораторный контроль отсутствует).

Остальные 12 КР (80 %) позволяют диагностировать МС лишь частично (ИПО от 0,2 до 0,6). Как правило, в них можно выявить АГ и ожирение (по ИМТ), а также, в ряде случаев, гипергликемию «по показаниям», что не обеспечивает систематического

Таблица 1. Перечень включенных в анализ клинических рекомендаций

Table 1. List of clinical practice recommendations included in the analysis

№ п/п	Нозология (ID)	Категория пациентов	Год актуализации
1	Шизофрения (ID451)	Взрослые	2024
2	Тревожно-фобические расстройства (ID455)	Взрослые	2024
3	Паническое расстройство (ID456)	Взрослые	2024
4	Генерализованное тревожное расстройство (ID457)	Взрослые	2024
5	Обсессивно-компульсивное расстройство (ID650)	Взрослые	2025
6	Шизофрения (ID674)	Дети	2024
7	Биполярное аффективное расстройство (ID675)	Взрослые	2025
8	Депрессивный эпизод / рекуррентное депрессивное расстройство (ID301)	Взрослые	2024
9	Специфические расстройства личности (ID397)	Взрослые	2024
10	Расстройства аутистического спектра (ID594)	Дети	2024
11	Когнитивные расстройства у пожилых (ID617)	Пожилые	2024
12	Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста (ID742)	Пожилые	2022
13	Посттравматическое стрессовое расстройство (ID753)	Взрослые	2023
14	Умственная отсталость (ID676)	Дети	2024
15	Умственная отсталость (ID452)	Взрослые	2024

скрининга. Дислипидемия (гипертриглицеридемия и низкий ХС-ЛПВП) также остается вне зоны обязательного скрининга в 80 % КР, что увеличивает риск несвоевременного выявления метаболических нарушений. Детальная матрица соответствия критериям МС для каждой КР представлена в табл. 2.

Выявлена статистически значимая связь между наличием в КР требований к мониторингу метаболических побочных эффектов психофармакотерапии и полнотой диагностического охвата МС. Все три КР с наиболее полным диагностическим набором (ИПО = 0,8) содержат отдельные разделы, посвященные мониторингу безопасности терапии антипсихотиками и нормотимиками. В КР, где психофармакотерапия либо не рекомендуется, либо предполагает использование препаратов с низким метаболическим риском, полнота скрининга значительно ниже. Различия в частоте встречаемости полного диагностического набора между этими группами статистически значимы (критерий $\chi^2 = 12,7$; $p < 0,001$).

Обсуждение

Настоящее исследование представило системный анализ возможностей диагностики МС в российских клинических рекомендациях по профилю «психиатрия». Основной вывод работы заключается в том, что, несмотря на наличие отдельных элементов соматического скрининга, системный подход к выявлению кардиометаболического риска в них отсутствует. Это согласуется с данными международных обзоров и отечественных исследований, указывающих на субоптимальный характер метаболического мониторинга в реальной клинической практике [37–39].

Отечественные КР, даже наиболее детализированные в этом отношении (по шизофрении и БАП), соответствуют рекомендациям Американской психиатрической ассоциации APA и NICE лишь частично [18, 20, 22, 35, 36].

Например, NICE предусматривает четкий график мониторинга: исходно, через 6 недель, 12 недель,

Таблица 2. Матрица соответствия критериям метаболического синдрома в КР (N = 15)

Table 2. Matrix of compliance with metabolic syndrome criteria in clinical guidelines (N = 15)

№ п/п	Клиническая рекомендация	Ожирение (ИМТ)	Абдоминальное ожирение (ОТ)	АГ (АД)	Глюкоза	ТГ / ХС-ЛПВП	ИПО	Диагностика МС
1	Шизофрения (взрослые)	✓	✗	✓	✓	✓	0,8	Полная**
2	Шизофрения (дети)	✓	✗	✓	✓	✓	0,8	Полная**
3	Биполярное аффективное расстройство	✓	✗	✓	✓	✓	0,8	Полная**
4	Депрессивный эпизод / рекуррентное депрессивное расстройство	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
5	Тревожно-фобические расстройства	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
6	Паническое расстройство	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
7	Генерализованное тревожное расстройство	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
8	Обсессивно-компульсивное расстройство	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
9	Посттравматическое стрессовое расстройство	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
10	Расстройства аутистического спектра	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
11	Специфические расстройства личности	✓	✗	✓	✗	✗	0,2	Частичная
12	Когнитивные расстройства у пожилых	✓	✗	✓	✓	(✓)	0,6	Частичная
13	Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста	(✓)*	✗	✓	✓	(✓)	0,6	Частичная
14	Умственная отсталость (дети)	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная
15	Умственная отсталость (взрослые)	✓	✗	✓	(✓)	(✓)	0,4	Частичная

Примечания. ✓ — исследование обязательно по тексту КР; (✓) — исследование рекомендуется «по показаниям» или «при клинической необходимости»; ✗ — исследование не упоминается в КР; * — для делирия измерение массы тела указано, но ИМТ прямо не предписан; в остальных случаях ИМТ или масса тела обязательны.

** Полная диагностика МС указана условно, так как отсутствует измерение ОТ, но имеются все остальные компоненты (с заменой абдоминального ожирения на общее ожирение по ИМТ).

Notes. ✓ — the assessment is mandatory according to the text of the clinical guideline (CR); (✓) — the assessment is recommended “when indicated” or “based on clinical necessity”; ✗ — is not mentioned in the clinical guideline (CG); * — for delirium, body weight measurement is indicated, but BMI is not explicitly required; in all other cases, BMI or body weight is mandatory.

** Complete diagnosis of metabolic syndrome is indicated conditionally, since waist circumference (WC) measurement is absent, but all other components are present (with abdominal obesity replaced by general obesity based on BMI).

1 год и далее ежегодно [20]. В российских КР такие временные интервалы прописаны менее детально. Более того, ключевое расхождение — полное отсутствие требования измерять ОТ. Согласно гармонизированным критериям Международной диабетической федерации (International Diabetes Federation, IDF); Национального института сердца, легких и крови США (National Heart, Lung, and Blood Institute, NHLBI); Американской кардиологической ассоциации (American Heart Association, АНА) и др.), абдоминальное ожирение, оцениваемое по ОТ, является одним из пяти равнозначных диагностических компонентов МС, а его измерение рекомендуется как простой скрининговый инструмент [21]. Игнорирование ОТ в российских КР может приводить к значительной гиподиагностике МС у пациентов с нормальным ИМТ, но висцеральным ожирением.

Подтверждено, что полнота МС напрямую связана с риском назначаемой терапии [12, 16, 17]. Наиболее полный набор диагностических процедур предусмотрен для состояний, требующих длительного приема антипсихотиков и нормотимиков (шизофрения, БАР) [22, 35, 36]. Это отражает понимание разработчиками КР ятрогенной природы метаболических нарушений. Однако вызывает тревогу ситуация с рекомендациями по депрессии, тревожным расстройствам, расстройствам личности, где также часто назначаются антипсихотики (офф-лейбл или в качестве адъювантной терапии). Например, в КР по депрессивному эпизоду липидный профиль упоминается лишь по показаниям, хотя антипсихотики могут применяться в качестве аугментации терапии [17, 20, 25]. Это создает риск того, что у пациента с депрессией, получающего препарат с высоким метаболическим риском, дислипидемия останется невыявленной.

Отсутствие в КР четких алгоритмов скрининга может приводить к диагностическим изъясам и фрагментации медицинской помощи, когда ответственность за оценку соматического состояния пациентов с психическими расстройствами оказывается распределенной между специалистами разных профилей. Подобная ситуация способствует недостаточному выявлению кардиометаболических нарушений и факторов риска ССЗ у пациентов с шизофренией и другими ТПР, что в дальнейшем может неблагоприятно влиять на показатели их соматического здоровья и смертности [11, 39–44].

Проведенный анализ ограничен изучением текстов самих рекомендаций и не оценивает реальную практику их выполнения. Возможно, в рутинной ра-

боте врачи проводят более широкий скрининг, чем это предписано. Вместе с тем данные отечественных исследований показывают, что представления психиатров о метаболических последствиях антипсихотической терапии и практики мониторинга могут существенно различаться, что дополнительно подчеркивает значение четких указаний в КР [37].

Заключение

Проведенный системный анализ 15 российских КР по психическим расстройствам выявил критический пробел в системе оказания помощи: отсутствие стандартизированного подхода к скринингу МС. Наиболее полная диагностика МС представлена лишь в рекомендациях по шизофрении и биполярному расстройству [22, 35, 36]. Основными недостатками являются игнорирование измерения ОТ как ключевого маркера абдоминального ожирения и недостаточно строгие требования к оценке липидного профиля при большинстве нозологий.

В связи с высокой распространенностью кардиометаболической патологии у пациентов с психическими расстройствами [11, 13–15, 42, 43, 45], назрела необходимость гармонизации российских КР с международными подходами к кардиометаболическому мониторингу (АРА, NICE) [18, 20].

Предлагается внести в действующие КР следующие дополнения.

1. Включить в КР указание на обязательное измерение ОТ при первичном и динамическом обследовании пациентов, получающих антипсихотическую терапию.

2. Четко регламентировать временные интервалы мониторинга (исходно, через 6 недель, 12 недель, затем ежегодно).

3. Внести в КР обязательную оценку липидного профиля (с обязательным указанием ТГ и ХС-ЛПВП) не только при шизофрении и БАР, но и во всех случаях длительной антипсихотической терапии.

Также предлагается рассмотреть возможность более детального отражения вопросов метаболического мониторинга в КР по МС и в отдельных КР по психическим расстройствам.

Реализация этих мер позволит перейти от фрагментарного контроля к системному управлению кардиометаболическим риском, что является важнейшим условием улучшения соматического здоровья и увеличения продолжительности жизни данной категории пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Nordentoft M., Wahlbeck K., Hällgren J. et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8. – No. 1. – P. e55176. – <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
2. Chang C.K., Hayes R.D., Perera G. et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London // *PLoS One*. – 2011. – Vol. 6, no. 5. – P. e19590. – <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019590>
3. Lawrence D., Hancock K.J., Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: Retrospective analysis of population based registers // *BMJ*. – 2013. – Vol. 346. – P. f2539. – <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>
4. Polcwiartek C., O'Gallagher K., Friedman D.J. et al. Severe mental illness: Cardiovascular risk assessment and management // *Eur Heart J*. – 2024. – Vol. 45, no. 12. – Pp. 987–997. – <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae054>
5. Risgaard B., Waagstein K., Winkel B.G. et al. Sudden cardiac death in young adults with previous hospital-based psychiatric inpatient and outpatient treatment: A nationwide cohort study from Denmark // *J Clin Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76, no. 9. – Pp. e1122–e1129. – <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09742>
6. Correll C.U., Solmi M., Veronese N. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large scale meta analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls // *World Psychiatry*. – 2017. – Vol. 16, no. 2. – Pp. 163–180. – <https://doi.org/10.1002/wps.20420>
7. Lambert A.M., Parretti H.M., Pearce E. et al. Temporal trends in associations between severe mental illness and risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis // *PLoS Med*. – 2022. – Vol. 19, no. 4. – P. e1003960. – <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003960>
8. Hoang U., Goldacre M.J., Stewart R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England // *Acta Psychiatr Scand*. – 2013. – Vol. 127, no. 3. – Pp. 195–201. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01914.x>
9. Hayes J.F., Marston L., Walters K., King M.B., Osborn D.P.J. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000–2014 // *Br J Psychiatry*. – 2017. – Vol. 211, no. 3. – Pp. 175–181. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.202606>
10. Staudt Hansen P., Frahm Laursen M., Grøntved S., Puggard Vogt Straszek S., Licht R.W., Nielsen R.E. Increasing mortality gap for patients diagnosed with bipolar disorder – A nationwide study with 20 years of follow-up // *Bipolar Disord*. – 2019. – Vol. 21, no. 3. – Pp. 270–275. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12684>
11. De Hert M., Correll C.U., Bobes J. et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10, no. 1. – Pp. 52–77. – <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
12. Мосолов С.Н., Кабанов С.О. Метаболические нарушения при антипсихотической терапии // *Социальная и клиническая психиатрия*. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 162–172.
13. Алфимов П.В., Рыбкин П.В., Ладыженский М.Я., Мосолов С.Н. Метаболический синдром у больных шизофренией (обзор литературы) // *Современная терапия психических расстройств*. – 2014. – № 3. – С. 8–14.
14. Mitchell A.J., Vancampfort D., Sweers K. et al. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders: A systematic review and meta-analysis // *Schizophr Bull*. – 2013. – Vol. 39, no. 2. – Pp. 306–318. – <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>
15. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J. et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis // *World Psychiatry*. – 2015. – Vol. 14, no. 3. – Pp. 339–347. – <https://doi.org/10.1002/wps.20252>
16. De Hert M., Detraux J., van Winkel R. et al. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs // *Nat Rev Endocrinol*. – 2012. – Vol. 8, no. 2. – Pp. 114–126. – <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.156>
17. Correll C.U., Detraux J., de Lepeleire J., de Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder // *World Psychiatry*. – 2015. – Vol. 14, no. 2. – Pp. 119–136. – <https://doi.org/10.1002/wps.20204>
18. Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M. et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia // *Am J Psychiatry*. – 2020. – Vol. 177, no. 9. – Pp. 868–872. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
19. Nielsen R.E., Licht R.W. Could we do more? // *Bipolar Disord*. – 2018. – Vol. 20, no. 8. – Pp. 683–684. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12684>
20. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: Treatment and management (NG222). – 2022. – URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222> (accessed March 6, 2026).
1. Nordentoft M., Wahlbeck K., Hällgren J. et al. Excess mortality, causes of death and life expectancy in 270,770 patients with recent onset of mental disorders in Denmark, Finland and Sweden // *PLoS One*. – 2013. – Vol. 8. – No. 1. – P. e55176. – <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055176>
2. Chang C.K., Hayes R.D., Perera G. et al. Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London // *PLoS One*. – 2011. – Vol. 6, no. 5. – P. e19590. – <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0019590>
3. Lawrence D., Hancock K.J., Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: Retrospective analysis of population based registers // *BMJ*. – 2013. – Vol. 346. – P. f2539. – <https://doi.org/10.1136/bmj.f2539>
4. Polcwiartek C., O'Gallagher K., Friedman D.J. et al. Severe mental illness: Cardiovascular risk assessment and management // *Eur Heart J*. – 2024. – Vol. 45, no. 12. – Pp. 987–997. – <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae054>
5. Risgaard B., Waagstein K., Winkel B.G. et al. Sudden cardiac death in young adults with previous hospital-based psychiatric inpatient and outpatient treatment: A nationwide cohort study from Denmark // *J Clin Psychiatry*. – 2015. – Vol. 76, no. 9. – Pp. e1122–e1129. – <https://doi.org/10.4088/JCP.14m09742>
6. Correll C.U., Solmi M., Veronese N. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: A large scale meta analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls // *World Psychiatry*. – 2017. – Vol. 16, no. 2. – Pp. 163–180. – <https://doi.org/10.1002/wps.20420>
7. Lambert A.M., Parretti H.M., Pearce E. et al. Temporal trends in associations between severe mental illness and risk of cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis // *PLoS Med*. – 2022. – Vol. 19, no. 4. – P. e1003960. – <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003960>
8. Hoang U., Goldacre M.J., Stewart R. Avoidable mortality in people with schizophrenia or bipolar disorder in England // *Acta Psychiatr Scand*. – 2013. – Vol. 127, no. 3. – Pp. 195–201. – <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01914.x>
9. Hayes J.F., Marston L., Walters K., King M.B., Osborn D.P.J. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000–2014 // *Br J Psychiatry*. – 2017. – Vol. 211, no. 3. – Pp. 175–181. – <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.202606>
10. Staudt Hansen P., Frahm Laursen M., Grøntved S., Puggard Vogt Straszek S., Licht R.W., Nielsen R.E. Increasing mortality gap for patients diagnosed with bipolar disorder – A nationwide study with 20 years of follow-up // *Bipolar Disord*. – 2019. – Vol. 21, no. 3. – Pp. 270–275. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12684>
11. De Hert M., Correll C.U., Bobes J. et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care // *World Psychiatry*. – 2011. – Vol. 10, no. 1. – Pp. 52–77. – <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
12. Mosolov S.N., Kabanov S.O. Metabolicheskie narusheniya pri antipsihoticheskoy terapii // *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya*. – 2003. – Т. 13, № 2. – С. 162–172.
13. Alfimov P.V., Ryvkin P.V., Ladyzhenskij M.Ja., Mosolov S.N. Metabolicheskij sindrom u bol'nyh shizofreniej (obzor literatury) // *Sovremennaa terapiya Psihiceskih Rasstrojstv*. – 2014. – № 3. – С. 8–14.
14. Mitchell A.J., Vancampfort D., Sweers K. et al. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders: A systematic review and meta-analysis // *Schizophr Bull*. – 2013. – Vol. 39, no. 2. – Pp. 306–318. – <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr148>
15. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A.J. et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis // *World Psychiatry*. – 2015. – Vol. 14, no. 3. – Pp. 339–347. – <https://doi.org/10.1002/wps.20252>
16. De Hert M., Detraux J., van Winkel R. et al. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs // *Nat Rev Endocrinol*. – 2012. – Vol. 8, no. 2. – Pp. 114–126. – <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.156>
17. Correll C.U., Detraux J., de Lepeleire J., de Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder // *World Psychiatry*. – 2015. – Vol. 14, no. 2. – Pp. 119–136. – <https://doi.org/10.1002/wps.20204>
18. Keepers G.A., Fochtmann L.J., Anzia J.M. et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia // *Am J Psychiatry*. – 2020. – Vol. 177, no. 9. – Pp. 868–872. – <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
19. Nielsen R.E., Licht R.W. Could we do more? // *Bipolar Disord*. – 2018. – Vol. 20, no. 8. – Pp. 683–684. – <https://doi.org/10.1111/bdi.12684>
20. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: Treatment and management (NG222). – 2022. – URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222> (accessed March 6, 2026).

21. Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M. et al. Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention et al // *Circulation*. – 2009. – Vol. 120, no. 16. – Pp. 1640–1645. – <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>
22. Клинические рекомендации. Биполярное аффективное расстройство / Российское общество психиатров. – 2025. – ID675. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/675_2 (дата обращения 06.03.2026).
23. Клинические рекомендации. Генерализованное тревожное расстройство / Российское общество психиатров. – 2024. – ID457. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/457_3 (дата обращения 06.03.2026).
24. Клинические рекомендации. Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами, у лиц пожилого и старческого возраста / Российское общество психиатров и др. – 2022. – ID742. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/742_1 (дата обращения 06.03.2026).
25. Клинические рекомендации. Депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство / Российское общество психиатров. – 2024. – ID301. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/301_3 (дата обращения 06.03.2026).
26. Клинические рекомендации. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста / Российская ассоциация геронтологов и гериатров и др. – 2024. – ID617. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (дата обращения 06.03.2026).
27. Клинические рекомендации. Обсессивно-компульсивное расстройство / Российское общество психиатров. – 2025. – ID650. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/650_2 (дата обращения 06.03.2026).
28. Клинические рекомендации. Паническое расстройство / Российское общество психиатров. – 2024. – ID456. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/456_3 (дата обращения 06.03.2026).
29. Клинические рекомендации. Посттравматическое стрессовое расстройство / Российское общество психиатров. – 2023. – ID753. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1 (дата обращения 06.03.2026).
30. Клинические рекомендации. Расстройства аутистического спектра / Ассоциация психиатров и психологов за научно-обоснованную практику. – 2024. – ID594. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/594_3 (дата обращения 06.03.2026).
31. Клинические рекомендации. Специфические расстройства личности / Российское общество психиатров. – 2024. – ID397. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/397_3 (дата обращения 06.03.2026).
32. Клинические рекомендации. Тревожно-фобические расстройства / Российское общество психиатров. – 2024. – ID455. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/455_3 (дата обращения 06.03.2026).
33. Клинические рекомендации. Умственная отсталость (взрослые) / Российское общество психиатров. – 2024. – ID452. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/452_3 (дата обращения 06.03.2026).
34. Клинические рекомендации. Умственная отсталость (дети) / Российское общество психиатров. – 2024. – ID676. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/676_2 (дата обращения 06.03.2026).
35. Клинические рекомендации. Шизофрения / Российское общество психиатров. – 2024. – ID451. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/451_3 (дата обращения 06.03.2026).
36. Клинические рекомендации. Шизофрения у детей / Российское общество психиатров. – 2024. – ID674. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/674_3 (дата обращения 06.03.2026).
37. Корнетова Е.Г., Галкин С.А., Меднова И.А. и др. Метаболические последствия антипсихотической терапии: мнение психиатров // Современная терапия психических расстройств. – 2025. – № 3. – С. 23–28. – <https://doi.org/10.48612/psyp/6rr5-31p2-nbp2>
38. Bui T.N.T., Au R.T., Janetzi J.L. et al. Metabolic monitoring for adults living with a serious mental illness on a second-generation antipsychotic agent: A scoping review // *Administration and Policy in Mental Health*. – 2025. – Vol. 52, no. 2. – Pp. 289–317. – <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01408-9>
39. Firth J., Siddiqi N., Koyanagi A. et al. The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness // *Lancet Psychiatry*. – 2019. – Vol. 6, no. 8. – Pp. 675–712. – [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
40. Горобец Л.Н., Буланов В.С., Литвинов А.В. Особенности формирования нейроэндокринных дисфункций у больных шизофренией в амбулаторной практике (натуралистическое исследование) // *Фарматека*. – 2016. – № 54. – С. 41–45.
41. Мосолов С.Н. Некоторые актуальные теоретические проблемы диагностики, классификации, нейробиологии и терапии шизофрении: сравнение зарубежного и отечественного подходов // *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. – 2010. – Т. 110, № 6. – С. 4–11.
21. Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M. et al. Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention et al // *Circulation*. – 2009. – Vol. 120, no. 16. – Pp. 1640–1645. – <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644>
22. Klinicheskie rekomendacii. Bipoljarnoe affektivnoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2025. – ID675. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/675_2 (data obrashhenija 06.03.2026).
23. Klinicheskie rekomendacii. Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID457. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/457_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
24. Klinicheskie rekomendacii. Delirij, ne obuslovlennyj alkogolem i drugimi psihoaktivnymi veshstvami, u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov i dr. – 2022. – ID742. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/742_1 (data obrashhenija 06.03.2026).
25. Klinicheskie rekomendacii. Depressivnyj jepizod, rekurrentnoe depressivnoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID301. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/301_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
26. Klinicheskie rekomendacii. Kognitivnye rasstrojstva u lic pozhilogo i starcheskogo vozrasta / Rossijskaja associacija gerontologov i geriatrov i dr. – 2024. – ID617. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/617_5 (data obrashhenija 06.03.2026).
27. Klinicheskie rekomendacii. Obsessivno-kompul'sivnoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2025. – ID650. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/650_2 (data obrashhenija 06.03.2026).
28. Klinicheskie rekomendacii. Panicheskoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID456. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/456_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
29. Klinicheskie rekomendacii. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstrojstvo / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2023. – ID753. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/753_1 (data obrashhenija 06.03.2026).
30. Klinicheskie rekomendacii. Rasstrojstva avtisticheskogo spektra / Associacija psichiatrov i psihologov za nauchno-obosnovannuju praktiku. – 2024. – ID594. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/594_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
31. Klinicheskie rekomendacii. Specificheskie rasstrojstva lichnosti / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID397. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/397_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
32. Klinicheskie rekomendacii. Trevozhno-fobicheskie rasstrojstva / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID455. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/455_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
33. Klinicheskie rekomendacii. Umstvennaja otstalost' (vzroslye) / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID452. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/452_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
34. Klinicheskie rekomendacii. Umstvennaja otstalost' (deti) / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID676. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/676_2 (data obrashhenija 06.03.2026).
35. Klinicheskie rekomendacii. Shizofrenija / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID451. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/451_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
36. Klinicheskie rekomendacii. Shizofrenija u detej / Rossijskoe obshhestvo psichiatrov. – 2024. – ID674. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/674_3 (data obrashhenija 06.03.2026).
37. Kornetova E.G., Galkin S.A., Mednova I.A. i dr. Metabolicheskie posledstvija antipsichoticheskij terapii: mnenie psichiatrov // *Sovremennaja terapija Psichicheskij Rasstrojstv*. – 2025. – № 3. – S. 23–28. – <https://doi.org/10.48612/psyp/6rr5-31p2-nbp2>
38. Bui T.N.T., Au R.T., Janetzi J.L. et al. Metabolic monitoring for adults living with a serious mental illness on a second-generation antipsychotic agent: A scoping review // *Administration and Policy in Mental Health*. – 2025. – Vol. 52, no. 2. – Pp. 289–317. – <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01408-9>
39. Firth J., Siddiqi N., Koyanagi A. et al. The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness // *Lancet Psychiatry*. – 2019. – Vol. 6, no. 8. – Pp. 675–712. – [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30132-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30132-4)
40. Gorobec L.N., Bulanov V.S., Litvinov A.V. Osobennosti formirovaniya nejroendokrinnyh disfunkcij u bol'nyh shizofrenij v ambulatornoj praktike (naturalisticheskoe issledovanie) // *Farmateka*. – 2016. – № 54. – S. 41–45.
41. Mosolov S.N. Nekotorye aktual'nye teoreticheskie problemy diagnostiki, klassifikacii, nejrobiologii i terapii shizofrenii: sravnenie zarubezhnogo i otechestvennogo podhodov // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova*. – 2010. – T. 110, № 6. – S. 4–11.

42. Петрова Н.Н. Метаболический синдром в клинической психиатрической практике // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2024. – Т. 124, № 8. – С. 13–20. – <https://doi.org/10.17116/jnevro202412408113>

43. Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Жилаева Т.В., Мазо Г.Э. Шизофрения и кардиометаболические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 6. – С. 132–138. – <https://doi.org/10.17116/jnevro2021121061132>

44. Liu N.H., Daumit G.L., Dua T. et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas // World Psychiatry. – 2017. – Vol. 16, no. 1. – Pp. 30–40. – <https://doi.org/10.1002/wps.20384>

45. Яковлева Я.В., Корягина Д.А., Касьянов Е.Д., Мазо Г.Э. Терапевтические стратегии коррекции повышения массы тела у пациентов с биполярным расстройством // Современная терапия психических расстройств. – 2025. – № 4. – С. 38–48. – <https://doi.org/10.48612/psyph/zkz8-h1px-tnbm>

42. Petrova N.N. Metabolicheskij sindrom v klinicheskoy psixiatricheskoj praktike // Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2024. – T. 124, № 8. – S. 13–20. – <https://doi.org/10.17116/jnevro202412408113>

43. Rukavishnikov G.V., Kas'janov E.D., Zhiljaeva T.V., Mazo G.Je. Shizofrenija i kardiometabolicheskie narushenija // Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2021. – T. 121, № 6. – S. 132–138. – <https://doi.org/10.17116/jnevro2021121061132>

44. Liu N.H., Daumit G.L., Dua T. et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas // World Psychiatry. – 2017. – Vol. 16, no. 1. – Pp. 30–40. – <https://doi.org/10.1002/wps.20384>

45. Yakovleva Ja.V., Korjagina D.A., Kas'janov E.D., Mazo G.Je. Terapevticheskie strategii korrekcii povyshenija massy tela u pacientov s bipoljarnym rasstrojstvom // Sovremennaa terapija Psihicheskix Rasstrojstv. – 2025. – № 4. – S. 38–48. – <https://doi.org/10.48612/psyph/zkz8-h1px-tnbm>

Бланк бесплатной подписки на журнал

«Современная терапия психических расстройств»

Ф.И.О.

Место работы

Специальность

Почтовый адрес

индекс

республика, край, область

город

улица

дом №

корп.

кв. №

Адрес электронной почты

Согласен на персональную обработку данных в соответствии с законом РФ №152-ФЗ «О защите персональных данных» от 27 июля 2006 г.

Дата _____ Подпись _____

Подтверждаю, что я являюсь медицинским работником ☐ Да ☐ Нет

Заполненные бланки высылайте по адресу:

107076, Москва, ул. Потешная, д. 3, Московский НИИ психиатрии, проф. Мосолову С.Н.

или по e-mail: psypharma@yandex.ru

www.psypharma.ru

СОВРЕМЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ № 2/2026

73