

Согласно приказу Минздрава РФ (2002) выделяются 5 групп диспансерного наблюдения : Д-1 - больные с частыми и / или длительными госпитализациями (от 1 до 4-5 и больше в год) ; Д-2 - больные с декомпенсациями и обострениями психических расстройств , которые можно купировать в амбулаторных условиях, больные на этапе активного течения болезненного процесса , однако , не требующие для купирования обострений частых и длительных госпитализаций; Д-3 - больные со стабилизированными состояниями , в том числе с терапевтическими и спонтанными ремиссиями, с редкими обострениями симптоматики на этапе регридиентности или в стойкой ремиссии ; Д-4 - больные , нуждающиеся в решении неотложных задач по социально - трудовой реабилитации; **Д-5 - больные , находящиеся в состоянии ремиссии или компенсации с хорошей социально - трудовой адаптацией, но которые в связи с тяжестью перенесенных ранее расстройств не могут на данном этапе быть сняты с диспансерного наблюдения и нуждаются в ежегодном контрольном наблюдении для проверки стойкости достигнутого улучшения и социальной адаптации.** Отдельную группу составляют больные , склонные к общественно - опасным действиям, а также лица, направленные судом на амбулаторное принудительное наблюдение и лечение у психиатра, которые подлежат активному диспансерному наблюдению (частота осмотров не реже 1 раза в месяц).

Критериями дополнительной дифференцировки групп наблюдения могут быть проявления психических расстройств, требующих особых подходов: пациенты с суицидальными мыслями и намерениями (S) , пациенты на начальных этапах заболевания (Н) , пациенты , получающие терапию препаратами пролонгированного действия (П) , пациенты с проблемами комплаенса , то есть полностью или частично не выполняющие предписанный режим лечения (К) , пациенты с психическими расстройствами , осложненными болезнями зависимости (З) , пациенты с комплексом социальных проблем (С) в том числе с проблемами семейных отношений , отрицательно влияющих на проявления заболевания , с выраженными нарушениями социального функционирования , в том числе с проблемами трудового функционирования , а также со значительным снижением или утратой навыков самообслуживания , с нарушенными социальными связями , в том числе одинокие больные.

1.2. Решение о включении в группу лиц с психическими расстройствами, склонных к общественно опасным действиям, а также о выведении из нее в каждом конкретном случае принимается комиссией врачей-психиатров на основании медицинской документации психиатрических стационаров, а также данных, полученных врачами психоневрологических диспансеров.

Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 30.12.2021) "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании"

Статья 27. Диспансерное наблюдение

(1) Диспансерное наблюдение может устанавливаться за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями.

(2) Решение вопросов о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении принимается комиссией врачей-психиатров, назначенной руководителем медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в амбулаторных условиях, или комиссией врачей-психиатров, назначенной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения.
(часть 2 в ред. Федерального [закона](#) от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

(3) Мотивированное решение комиссии врачей-психиатров оформляется записью в медицинской документации. Решение об установлении или прекращении диспансерного наблюдения может быть обжаловано в порядке, установленном [разделом VI](#) настоящего Закона.

(4) Установленное ранее диспансерное наблюдение прекращается при выздоровлении или значительном и стойком улучшении психического состояния лица. После прекращения диспансерного наблюдения психиатрическая помощь в амбулаторных условиях оказывается в соответствии с [частью второй статьи 26](#) настоящего Закона. При изменении психического состояния лица, страдающего психическим расстройством, может быть освидетельствовано без его согласия или без согласия его законного представителя по основаниям и в порядке, предусмотренным [частью четвертой статьи 23](#), [статьями 24 и 25](#) настоящего Закона. Диспансерное наблюдение может быть возобновлено в таких случаях по решению комиссии врачей-психиатров.
(в ред. Федерального [закона](#) от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

(5) [Порядок](#) диспансерного наблюдения за лицом, страдающим хроническим и затяжным психическим расстройством с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями, устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Статья 27. Диспансерное наблюдение

Комментарий к [статье 27](#)

1. Настоящая [статья](#) специально посвящена основаниям и порядку установления и прекращения диспансерного наблюдения как вида амбулаторной психиатрической помощи (см. [комментарий](#) к ст. 26).

2. Основания для установления диспансерного наблюдения раскрываются в [ч. 1](#) настоящей статьи. Оно может устанавливаться за лицом, страдающим таким психическим расстройством, которое соответствует в совокупности трем критериям:

- а) психическое расстройство должно быть хроническим или затяжным;
- б) его болезненные проявления должны быть тяжелыми;
- в) тяжелые болезненные проявления должны быть стойкими или часто обостряющимися.

3. К категории хронических относятся психические расстройства, которые в силу присущих им закономерностей развития болезненного процесса имеют длительное течение - от нескольких лет до нескольких десятков лет, и даже на протяжении всей жизни индивида. Как правило, речь идет о таких психических заболеваниях, как шизофрения, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз, предстарческие (пресенильные) и старческие (сенильные) психозы, а также о некоторых типах психических расстройств, возникающих вследствие органического поражения головного мозга (атеросклеротического, травматического, инфекционного, интоксикационного, иного происхождения). Выявление клинических признаков, характерных для таких

заболеваний, дает врачу-психиатру основание квалифицировать данное психическое расстройство как хроническое независимо от того, имели ли место болезненные проявления в прошлом или диагноз заболевания установлен в начале его развития.

К затяжным относятся психические расстройства, существующие, как правило, не менее года, длительность течения которых определяется не их изначально хроническим характером, а особенностями проявления у данного лица при данных обстоятельствах. Так, реактивная или психогенная депрессия, возникающая в ответ на психическую травму и не относящаяся к категории хронических заболеваний, может при определенных условиях (у личностей астенического склада, при повторных психотравмах или длительно существующей психогенной ситуации) принять затяжной характер. Достоверно определить, что данное расстройство является затяжным, можно лишь по прошествии достаточно длительного периода его существования.

Поскольку для понятий "хроническое" и "затяжное" общим признаком служит длительность психического расстройства, под них подпадают и те нарушения психики, которые не относятся к собственно психическим заболеваниям, а представляют собой аномальные состояния или дефекты психического развития (расстройства личности, психопатии, умственная отсталость и т.п.).

Важно подчеркнуть, что одного указанного признака недостаточно для решения вопроса об установлении диспансерного наблюдения. Длительно существующие психические расстройства могут иметь разную степень тяжести и разные варианты течения. Например, при сравнении невроза и шизофрении или, в рамках шизофрении, при сравнении ее невротоподобной и бредовой (параноидной) форм более существенным признаком для решения вопроса о диспансерном наблюдении является не длительность психического расстройства (которая может быть одинаковой в приведенных примерах), а его тяжесть.

4. Понятие "тяжесть психического расстройства" отражает в обобщенном виде степень выраженности болезненных проявлений и степень нарушения психической деятельности в целом, включая понимание и оценку происходящего, собственной личности, способность адекватно строить свое поведение. К тяжелым относятся такие психические расстройства, которые не только имеют достаточно выраженные проявления, но и значительно снижают понимание окружающего и собственной личности, искажают оценки реальных событий и своего состояния, нарушают поведение, препятствуют поддержанию адекватного контакта с действительностью, а также лишают больного способности принимать осознанные решения относительно предлагаемых медицинских мер.

В психопатологии понятию тяжелого психического расстройства соответствуют:

- психозы, проявляющиеся синдромами помрачения сознания, выраженными в значительной степени аффективными, бредовыми, галлюцинаторными, кататоническими <*> расстройствами;

<*> От слова "кататония" - состояние обездвиженности (ступора) или хаотического двигательного возбуждения.

- выраженное слабоумие, развившееся вследствие различных психических заболеваний и органических поражений головного мозга;

- умственная отсталость, т.е. состояние остановившегося или неполного умственного развития, характеризующееся прежде всего интеллектуальной недостаточностью (в степени глубокой дебильности, имбецильности и идиотии).

К категории тяжелых психических расстройств могут быть отнесены также резко выраженные изменения личности (так называемые "негативные" расстройства, или "дефект" личности), обусловленные шизофреническим процессом, эпилепсией, другими

заболеваниями при их неблагоприятном течении. Однако оценку степени тяжести таких изменений следует производить с большой осторожностью.

Невротические расстройства, психопатии и другие психические расстройства непсихотического характера, несмотря на возможную выраженность болезненных проявлений (навязчивостей, астенических, истерических и других симптомов), к категории тяжелых психических расстройств, как правило, не относятся, поскольку не сопровождаются столь глубокими, как при вышеперечисленных состояниях, нарушениями психической деятельности в целом.

Тяжелые болезненные проявления при хронических и затяжных психических расстройствах могут не определять всей клинической картины заболевания, а появляться в виде отдельных эпизодов, приступов, фаз, обострений, сменяющихся периодами полного или относительного благополучия (так называемыми ремиссиями) либо менее тяжелыми психическими расстройствами. Поэтому даже наличия у пациента с хроническим и затяжным психическим расстройством тяжелых болезненных проявлений еще недостаточно для установления за ним диспансерного наблюдения. Необходимо оценить, какова длительность тяжелых болезненных проявлений на всем протяжении хронического или затяжного психического расстройства, т.е. какова их стойкость или частота обострений.

5. Тяжелые болезненные проявления следует считать стойкими, если к моменту осмотра больного они существуют не менее года и (или) если прогностические признаки течения психического расстройства с высокой вероятностью свидетельствуют об их существовании в будущем на протяжении года и более.

Под частыми обострениями обычно понимают возникновение тяжелых болезненных проявлений ежегодно или более одного раза в год. Частота обострений также определяется ретроспективно, путем анализа клинической картины заболевания в прошлом и (или) на основании прогноза его течения.

Прогнозирование стойкости тяжелых болезненных проявлений, как и частоты обострений, представляет собой сложную задачу, требующую учета множества факторов (биологических, личностных, средовых). Поскольку такой прогноз носит вероятностный характер, он нуждается в постоянной коррекции в процессе наблюдения за больным и его лечения.

6. Таким образом, только наличие всех трех квалифицирующих признаков (хронического или затяжного течения психического расстройства, тяжести болезненных проявлений и их стойкости или частоты обострений) дает основание для установления за больным диспансерного наблюдения. При отсутствии хотя бы одного из них или при сомнении в их наличии вопрос об установлении диспансерного наблюдения следует отложить, а амбулаторную психиатрическую помощь оказывать лицу в консультативно-лечебном виде. Например, диспансерное наблюдение может не устанавливаться за больным циклотимией (т.е. легкой формой маниакально-депрессивного психоза) ввиду отсутствия признака тяжести болезненных проявлений, несмотря на то что это заболевание хроническое и может протекать с частым чередованием расстройств настроения. Не подпадают под категорию нуждающихся в диспансерном наблюдении и лица с редкими транзиторными (кратковременными, преходящими) психотическими эпизодами ввиду отсутствия признаков хронического или затяжного течения, а также стойкости или частоты обострений болезненных расстройств. Больные шизофренией с редкими и непродолжительными приступами при отсутствии выраженных изменений личности

могут получать психиатрическую помощь без диспансерного наблюдения, т.е. в консультативно-лечебном виде (см. [комментарий](#) к ч. 2 ст. 26).

Формулировка [ч. 1](#) настоящей статьи: "Диспансерное наблюдение может устанавливаться..." не имеет строго обязывающего характера, а дает право врачам-психиатрам решать вопрос индивидуально, с учетом особенностей конкретного случая и конкретной ситуации.

7. В соответствии с [ч. 2](#) настоящей статьи вопрос о необходимости установления диспансерного наблюдения и о его прекращении решается не единолично врачом-психиатром, а комиссией врачей-психиатров. Такая комиссия назначается приказом главного врача лечебно-профилактического учреждения, оказывающего амбулаторную психиатрическую помощь. Если главный врач не возлагает обязанности председателя на себя, он может осуществлять председательствование в любом случае, когда сочтет это целесообразным.

Если вопрос о необходимости диспансерного наблюдения возникает по результатам первичного психиатрического освидетельствования лица, то врач, проводивший освидетельствование, участвует в работе комиссии в качестве ее полноправного члена независимо от того, назначен ли он членом комиссии. Это правило относится и к случаю, когда вопрос о необходимости диспансерного наблюдения возникает в отношении пациента, которому оказывается консультативно-лечебная помощь.