

Омский психиатрический журнал

1 (11) 2017



Omsk Journal of Psychiatry

16 +

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

научно-практическое сетевое издание

*Омская областная общественная организация
«Омское общество психиатров»*

*Omsk regional public organization
"Omsk Society of Psychiatrists"*

**1 (11)
2017**

**ISSN
2412-8805**

Сетевое издание
зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № **ФС77-58937** от
5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
<http://omskoop.ru>
Адрес редакции:
644070. Омская область,
г. Омск, ул. Куйбышева, 30.
Тел. (+7812)56-67-82

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых Интернет-
источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Frida Kahlo
«Sin Esperanza»,

1949

Главный редактор

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.

Редакционная коллегия:

Александрова Н.В., к.м.н.

Белебева Е.А.

Богачев М.А.

Воронкова Т.А.

Малюткина Т.В.

Стаценко О.А., к.м.н.

Редакционный совет:

Антилогова Л.Н., д.пс.н. (Омск)

Асмаковец Е.С., к.пс.н. (Омск)

Дроздовский Ю.В., д.м.н. (Омск)

Лопанова Е.В., д.п.н. (Омск)

Иванова Т.И., д.м.н. (Омск)

Кожей Славомир, д.п.н. (Польша, Кельце)

Крахмалева О.Е., к.м.н. (Омск)

Одарченко С.С., д.м.н. (Омск)

Рягин С.Н., д.п.н. (Омск)

Чеперин А.И., к.м.н. (Омск)

Федотов И.А., к.м.н. (Рязань)

Содержание / Contents

Колонка редактора	3	Editor's column
Региональные аспекты психиатрии		Regional aspects of psychiatry
Распространенность и симптоматическая структура расстройств настроения депрессивного спектра у школьников города Омска <i>Т.И. Иванова, Д.В. Пушкарева</i>	5	Prevalence and symptomatic structure mood disorder of depressive spectrum in schoolchildren the city of Omsk <i>T.I. Ivanova, D.V. Pushkareva</i>
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Применение антипсихотиков в период беременности <i>А.А. Усова, И.В. Напалков</i>	11	The use of antipsychotics during pregnancy <i>A.A. Usova, I.V. Napalkov</i>
Клиническое наблюдение ЦАДАСИЛ-синдрома <i>Т.В. Петрова, Э.Р. Ханафеева, А.В. Павликова, Л.С. Новицкая, И.Л. Кутенкова, Т.А. Кузнецова</i>	16	Clinical case of CADASIL-syndrome <i>T.V. Petrova, E.R. Hanafeeva, A.V. Pavliková, L.S. Nowicka, I.L. Kutenkova, T.A. Kuznetsova</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Аутоагрессивная характеристика юношей, имеющих отца, страдающих алкогольной зависимостью <i>А.В. Меринов</i>	24	Autoagressive characteristics of young men with the father, are dependent on alcohol <i>A.V. Merinov</i>
Сестринское дело в психиатрии		Nursing in psychiatry
Социальные характеристики психически больных, совершивших ООД: роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у пациентов с психозами <i>Т.А. Воронкова, А.А. Аплетаев, Е.П. Гирфанова, Т.И. Скотникова</i>	27	Social characteristics of mentally patients with crime: the role of nurses in prevention of publically hazardous actions in patients with psychosis <i>T.A. Voronkova, A.A. Apletayev, E.P. Girfanova, T.I. Skotnikova</i>

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий выпуск «Омского психиатрического журнала» открывает статья, посвященная региональным аспектам и синдромальной структуре депрессий у детей. Проведенное исследование 346 детей и подростков города Омска показало высокую распространенность расстройств настроения среди школьников. Уровень субдепрессивных проявлений отмечается у 9 % детей, а у 28 % обследуемых выявлены отчетливые депрессивные проявления. Наибольшую роль в формировании симптомов депрессии авторы отводят межличностным проблемам и негативному настроению, причем среди девочек наибольшее значения имеют межличностные проблемы, а среди мальчиков межличностные проблемы и негативная оценка собственной эффективности. Эта тенденция указывает на весомую роль социальных факторов в генезе депрессивных расстройств детского возраста. Настораживающим является тот факт, что у 20% детей выявлены суицидальные тенденции. Проведенное исследование подчеркивает необходимость разработки программ профилактики детских психических расстройств на доклиническом уровне, требующих объединения усилий образовательной системы и специалистов психиатрического профиля.

Сотрудниками кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ОмГМУ представлен литературный обзор, посвященный актуальнейшей проблеме практической психиатрии – применению антипсихотических препаратов при беременности. Практически все психотропные средства проникают в плаценту и могут оказывать три типа нежелательных эффектов на плод:

- тератогенный эффект – способность психотропного средства вызывать структурные и функциональные дефекты, этот эффект чаще сопряжен с применением препаратов в первом триместре беременности,

- неонатальная токсичность и синдром отмены – побочные эффекты, вызванные действием психотропных средств на «сформированный» организм плода. Они связаны с применением препаратов в третьем триместре беременности;

- нейроповеденческая тератогенность – эффекты, влияющие на поведение и развитие, могут манифестировать позднее, в детском возрасте. Это может выражаться в нарушении психомоторного развития, ухудшении адаптации к условиям окружающей среды, снижении способности к обучению и решению поставленных задач и в других тонких когнитивных и аффективных нарушениях. «Функциональный тератогенный эффект» может

обнаруживаться при применении препаратов в дозах ниже тех, которые приводят к морфологическим изменениям.

Несмотря на то, что применение антипсихотиков в период гестации сопряжено с повышенным риском неблагоприятных исходов, у большинства женщин с шизофренией польза от фармакотерапии значительно превышает риск, связанный с обострением во время беременности. Оценивая использование антипсихотиков у женщин с психозами в течение беременности, можно согласиться с неопределенностью результатов, особенно в отношении атипичных нейролептиков. Веским аргументом является утверждение о том, что многие рекомендации об использовании препаратов в периоды беременности и лактации не базируются на доказательствах рандомизированных и контролируемых исследований.

В то же время во время беременности не должно быть никакой двусмысленности относительно лечения женщины, страдающей психозом, поскольку слишком высоки риски, связанные с отменой лечения.

Учитывая потенциальную возможность развития нежелательных эффектов нейролептиков, на сегодняшний день разработаны следующие рекомендации по их применению у беременных, которые приводят авторы. Думаем, что данные рекомендации будут полезны в первую очередь практикующим психиатрам и гинекологам.

Клинический раздел журнала представляет развернутое описание редкого заболевания – CADASIL-синдрома, которое наблюдали специалисты соматогериатрического отделения. Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией — синдром ЦАДАСИЛ (англ. CADASIL) характеризуется повторными ишемическими инсультами подкорковой локализации, мигренью с аурой, субкортикальной деменцией, аффективными нарушениями в виде депрессии и тревожности. Распространенность ЦАДАСИЛ в различных популяциях составляет не менее 1 случая на 100 000 населения. Тип наследования ЦАДАСИЛ аутосомно-доминантный, оба пола поражаются одинаково (3). Причиной ЦАДАСИЛ является мутация в гене Notch3 на 19-й хромосоме, что вызывает изменение третичной структуры белка, а соответственно, и нарушение его функции.

В клиническом описании представлен симптомокомплекс, включавший повторные транзиторные нарушения мозгового кровообращения с

полным регрессом неврологической симптоматики, эпилептический синдром с простыми и сложными парциальными приступами. В биохимическом анализе крови выявлено повышение креатинина и мочевины, что указывает на возможное идентичное повреждение мелких артерий почек. По данным нейровизуализации выявлена картина выраженных проявлений с дисциркуляторной энцефалопатией с множественными очагами постишемического глиоза, мелких лакунарных кист. Критериями подтверждающими данное заболевание, являются возраст пациентки на начало болезни (раньше 50 лет), нарушения настроения (тревожно-депрессивная симптоматика), снижение когнитивных функций, наличие отягощенной наследственности (подобная симптоматика, идентичная картина МРТ у родного брата и матери пациентки).

Наши рязанские коллеги представляли работу, в которой проанализированы личностно-психологические и суицидологической характеристики молодых людей, которые воспитывались в семьях, где отец страдал алкогольной зависимостью. По сравнению с контрольной группой у юношей из данных семей достоверно выше встречаемость аутоагрессивных паттернов, как суицидальных, так и несуицидальных. У них чаще обнаруживается «аддиктивный» личностно-психологический профиль. Полученные в ходе исследования данные, позволяют нам расширить понимание о негативном воздействии подобных семей на ребенка в процессе воспитания.

Завершает выпуск журнала статья ведущих специалистов по сестринскому делу в психиатрии, посвященная превенции общественно опасных действий психически больных. Авторами были изучены социальные характеристики психически больных, совершивших общественно опасные деяния, показана роль фельдшера в профилактике опасных действий у пациентов с психозами. Разработаны методические материалы для оценки возможных социальных последствий психоза, а также информационные материалы для родственников психически больных.

Нынешний, 2017 год – юбилейный для Омской психиатрической больницы. 120 лет назад в Омске было основано лечебное учреждение, ко-

торое вот уже более века является центральной и единственной профильной больницей. К Юбилею больницы в конце ноября 2017 года будет проведена региональная научно-практическая конференция «Современные направления в оказании психиатрической помощи населению». Конференция проводится в соответствии с Планом основных организационных мероприятий Министерства здравоохранения Омской области на 2017 год. Цель планируемой конференции обмен научными достижениями и практическим опытом социально-психологических, клинических, биологических исследований в области психиатрии, наркологии, психотерапии.

Основные темы конференции:

- Организационно-эпидемиологические вопросы психиатрии.
- Клинико-диагностические аспекты эндогенных, пограничных, аффективных и аддиктивных расстройств.
- Социально-психологические вопросы превенции и реабилитации в психиатрии.
- Вопросы психосоциореабилитации в психиатрии.

Заявки на участие в конференции и тезисы принимаются до 15 сентября 2017 г.

Требования к оформлению публикаций: Материалы принимаются в текстовом редакторе Microsoft Word 97/2003/XP, объем – не более 3 страниц через 1,5 интервала, шрифт «Times New Roman», размер шрифта 12, все поля 2,5 см без рисунков и микрофотографий. Название файла дается по фамилии первого автора. Публикации в сборнике и журнале – без оплаты.

Материалы для публикации направлять по e-mail: okpb.buzoo@gmail.com.

Также нашем журнале в этот год планируется ряд публикаций, посвященных Омской психиатрии. В этой связи Правление Омского общества психиатров и редакция журнала обращается ко всем нашим читателям и авторам с просьбой направлять текстовые и графические материалы, которые характеризуют славный путь Омской психиатрии в благородном деле лечения психически больных, в укреплении психического здоровья жителей нашей области.

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

Региональные аспекты психиатрии

УДК: 616.89-008.454

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДА ОМСКА

Т.И. Иванова, Д.В. Пушкарева

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. Проведено исследование 346 детей и подростков города Омска. Оно показало высокую распространенность расстройств настроения среди школьников. Субдепрессивные проявления отмечаются у 9% детей, а у 28% обследуемых выявлены депрессии. Наибольшую роль в формировании симптомов депрессии отводится межличностным проблемам и негативному настроению, причем среди девочек наибольшее значения имеют межличностные проблемы, а среди мальчиков межличностные проблемы и негативная оценка собственной эффективности. Эта тенденция указывает на весомую роль социальных факторов в генезе формирования депрессивных расстройств детского возраста. Настораживающим является тот факт, что у 20% детей выявлены суицидальные тенденции. Проведенное исследование подчеркивает необходимость разработки программ превенции детских психических расстройств на доклиническом уровне, требующих объединения усилий образовательной системы и специалистов психиатрического профиля.

Ключевые слова. Эпидемиология психических расстройств, депрессии у детей, Омск, превенция в психиатрии.

PREVALENCE AND SYMPTOMATIC STRUCTURE MOOD DISORDER OF DEPRESSIVE SPECTRUM IN SCHOOLCHILDREN THE CITY OF OMSK

T.I. Ivanova, D.V. Pushkareva

Resume. A study of 346 children and adolescents of the city of Omsk showed a high prevalence of mood disorders among schoolchildren. Level subdepressive manifestations observed in 9% of children and 28% of the surveyed revealed depressive symptoms. The greatest role in the formation of the symptoms of depression given to interpersonal problems and negative mood, and girls are the most important personal problems, and interpersonal problems among boys and negative assessment of their own effectiveness. This trend points to the important role of social factors in the genesis of the formation of childhood depressive disorders. Alarming is the fact that 20% of children identified suicidal tendencies. The study emphasizes the need to develop prevention programs, children's mental health at the preclinical level, requiring joint efforts of the educational system and the mental health professionals.

Keywords. Epidemiology of mental disorders, depression in children, Omsk, prevention in psychiatry.

В настоящее время расстройства депрессивного спектра занимают лидирующие позиции среди всего спектра психических расстройств. Распространенность депрессивных нарушений за последнее столетие как минимум в 30 раз (с 0,5 – 1% в начале XX века, до 30% в первой половине XXI) [2,3,4]. Проблема выявления и изучения депрессивных нарушений среди детей и подростков в современном обществе является одной из ведущих проблем психиатрии. Бремя депрессии у детей сопровождается не только повышенным риском суицидального поведения, но и ростом отклоняющихся форм поведения, злоупотреблением психоактивными веществами (ПАВ) и снижением познавательных функций. Дети и подростки с аффективными расстройствами с опозданием попадают в поле зрения психиатра, поскольку на первый план выступает нарушения поведения, которые окружающие расценивают как проявление «дурного характера и распушенности». Таким образом, диагностика депрессий в детско-подростковом возрасте затруднена маскированными депрессивными эквивалентами. Наиболее затрудняют распознавание депрессии

делинквентные варианты: лживость, конфликтность, агрессивность, жестокость и насилие, уходы из дома, прогулы школы, использование ПАВ, совершение самоубийств [5]. Часто с поведенческими расстройствами коморбидны тревожные и аффективные симптомы, которые развиваются позднее, чем нарушенное поведение. Таким образом депрессивное расстройство, возникшее в детском или подростковом возрасте, является актуальным объектом исследования в связи с высокой социальной значимостью, со смещением акцентов на доклинические состояния депрессивного спектра [3]. Ранняя диагностика расстройств настроения детского возраста, своевременное использования методов психолого-педагогической коррекции и специализированное лечение в последующем улучшает показатели психического здоровья у взрослых.

С целью изучения распространенности расстройств настроения у детей вне психиатрической сети, было проведено скрининговое обследование учеников трех школ г. Омска (СОШ – “S” (как школа, в который была совершена попытка суицида школьником); СОШ – “A” (как

школа – гимназия с хорошими показателями успеваемости и дисциплины), СОШ – “К” (контрольная школа). Всего было исследовано 346 подростков в возрасте от 11 до 17 лет. Однако, после проверки правильности заполнения опросников, был выявлен ряд нарушений, в связи с чем некоторые из них были исключены из исследования. Окончательную выборку составили 310 подростков в возрасте от 11 до 17 лет. Из них мальчиков – 128 (11–14 лет – 54,7% (n=70); 15–17 лет – 45,3% (n=88)); девочек – 182 (11–14 лет – 44,8% (n=88); 15–17 лет – 51,6% (n=94)). Таким образом, в возрасте пика пубертатного криза (11–14 лет) обследовано – 51% (n=158); в пост пубертатном периоде (15 до 17 лет) – 49% (n=152). В школе “S” всего приняло участие 118 детей. Из них мальчиков – 52 (11–14 лет – 84,6% (n=44); 15–17 лет – 15,4% (n=8)); девочек – 66 (11–14 лет – 84,8% (n=56); 15–17 лет – 15,2% (n=10)). В школе “К” всего приняло участие 107 детей. Из них мальчиков – 39 (11–14 лет – 9 человек; 15–17 лет – 12 человек); девочек – 68 (11–14 лет – 23% (n=30); 15–17 лет – 77% (n=56)). В школе “А” всего приняло участие 85 детей. Из них мальчиков – 37 (11–14 лет – 46% (n=17); 15–17 лет – 54% (n=20)); девочек – 48 (11–14 лет – 41,7% (n=20)); 15–17 лет – 58,3% (n=28)).

Методы исследования:

1. Особенности наследственности, семейного окружения оценивались со слов ребенка, путем заполнения оригинального скрининг-опросника, специально разработанного для целей и задач исследования.

2. Для оценки уровня распространённости и уровня глубины депрессии у детей был использован опросник CDI (M. Kovacs).

3. Для выявления количественных показателей спектра депрессивных симптомов – сни-

женного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностного поведения, а также для оценки влияния данных показателей на уровень депрессии учащихся общеобразовательных учреждений г. Омска был использован клинико – психоаналитический тест и использованием шкал опросника CDI M. Kovacs.

Все участники исследования самостоятельно заполняли данные опросники после предварительного разъяснения правил заполнения в присутствии учителя и психолога. Статистическому анализу полученные данные подвергались с помощью программ Statistica 7.0 for Windows и Microsoft Excel.

Проводя оценку распространенности депрессивных расстройств настроения среди школьников города Омска, на основании анализа опросника выявления депрессивных форм настроения CDI (M. Kovacs) выявлено, что уровень субдепрессивных проявлений (17-19 баллов) отмечается у 9% детей (n=28). Уровень клинически значимого показателя депрессивного нарушения у школьников (20 и более баллов по шкале CDI) выявлен у 28% (n=87) обследуемых. Проводя сравнительное изучение распространённости субдепрессивных форм настроения среди трёх исследуемых школ, выявлено, что самый высокий показатель отмечается в школе «К» (11,3%; n=12), а самый низкий (5,9%; n=5) в школе «А». Анализ распространённости депрессивных проявлений среди учащихся в изучаемых школах г. Омска также продемонстрировал, что школа «К» имеет наиболее высокие показатели по данному признаку (38,3%; n=41), а школа «А» наиболее низкие (15,3%; n=13) (Рисунок 1.).

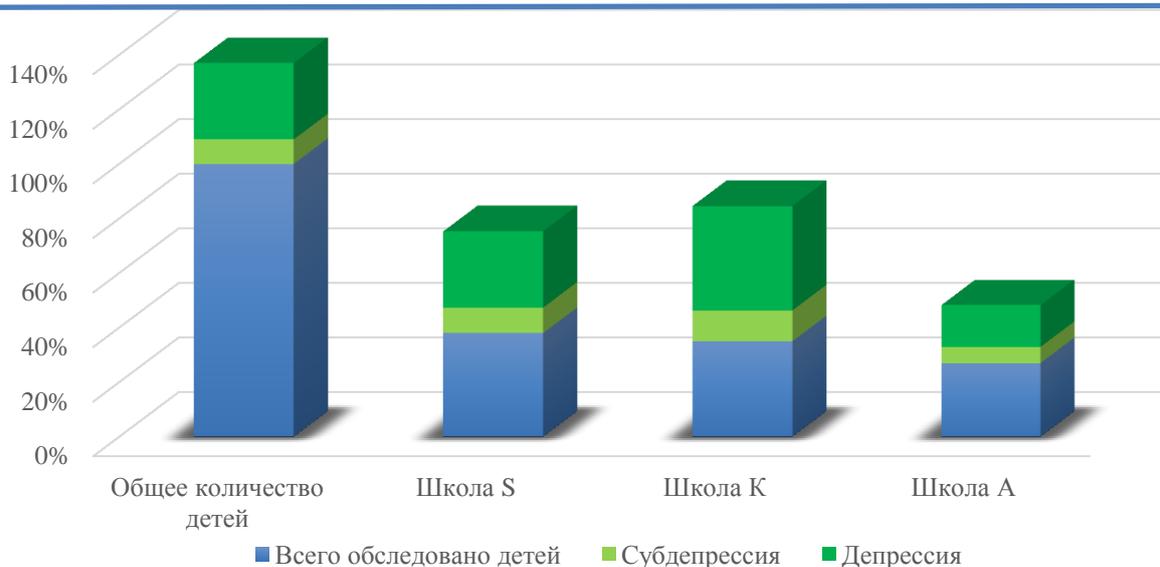


Рисунок 1. Сравнительная характеристика распространённости субдепрессивных и депрессивных состояний среди учащихся в исследуемых школах г. Омска

Общая распространённость субдепрессивных проявлений в возрасте 11-14 лет (9,5%; n-15) и возрасте 15-17 лет (8,5%; n-13). Депрессивные проявления в возрасте 11-14 лет имеют 27,8% (n-44) детей и возрасте 15-17 лет 28,4% (n-43) детей. При этом мальчики в возрасте 15-17 лет (5,2%; n-3) в 2 раза реже страдают субдепрессией по сравнению с мальчиками и девочками в возрасте 11-14 лет (10%; n-7 и 9,1%; n-8 соответственно), и девочками в возрасте 15-17 лет (10,6%; n-10). При анализе по половозрастному критерию было выявлено, что девочки в обеих возрастных группах чаще обнаруживают депрессивные проявления, по сравнению с

мальчиками: девочки 11-14 лет и 15-17 лет (28,4%; n-25 и 28,7%; n-27) соответственно; мальчики 11-14 лет и 15-17 лет (27,1%; n-19 и 27,6%; n-16) соответственно (Рисунок 2).

В литературных источниках есть данные о том, что гендерные различия сильно увеличиваются в возрасте между 15 и 18 годами (Hankin et al., 1998) - соотношение депрессивных девочек и мальчиков возрастает примерно от 2: 1 в пубертатный период до 3: 1 после его завершения и остаётся неизменным на всём протяжении юности и зрелого возраста. Однако проведённое исследование не выявило данного соотношения.

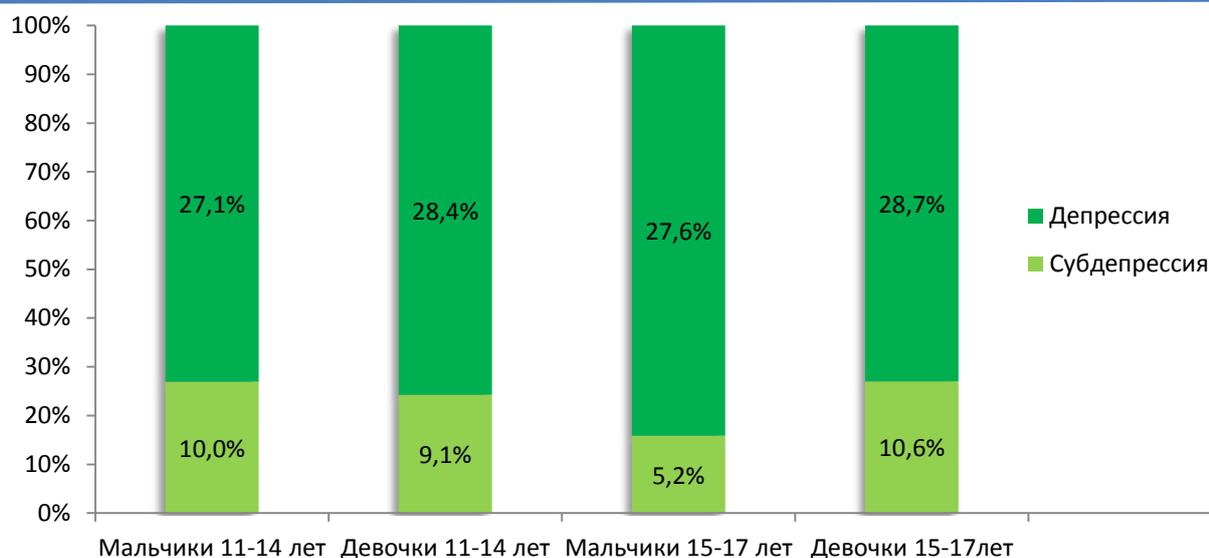


Рис.2. Сравнительная характеристика распространённости субдепрессивных и депрессивных проявлений по половозрастному критерию, среди учащихся исследуемых школ г. Омска

Сравнивая уровень распространённости субдепрессивных проявлений по гендерному признаку в школах г. Омска, можно видеть, что самый высокий показатель среди мальчиков наблюдается в школе «S» (9,5%; n-5), а самый высокий показатель среди девочек в школе «К» (11,8%; n-8). Наиболее низкий показатель, как среди мальчиков, так и среди девочек, наблюдается в школе «А» (2,7%; n-1) и (8,3%; n-4) соответственно. Сравнительный анализ депрессивных состояний показал, что самые высокие показатели, как среди мальчиков, так и среди девочек, наблюдаются в школе «К» (41%; n-16) и (36,8%; n-25) соответственно, а самый низкий уровень по данному критерию и у мальчиков и девочек имеет школа «А» (16,2%; n-6 и 14,6%; n-7 соответственно).

Сравнительный анализ депрессивных и субдепрессивных проявлений в изучаемых школах г. Омска показал, что школа «К» имеет самый высокий уровень выраженности депрессивных состояний, как среди мальчиков,

так и среди девочек и субдепрессивных проявлений у девочек, по сравнению с остальными школами. Школа «А» имеет самый низкий показатель по данным проявлениям. Что касается школы «S», которая была включена в исследование по причине попыток суицида, то она показала самый высокий уровень субдепрессивных проявлений среди мальчиков, остальные же значения в данной школе чуть ниже значений, наблюдаемых в школе «К». Из чего можно сделать вывод о том, что на показатели аффективных расстройств у подростков влияют не столько биологические и генетические факторы, сколько психосоциальные аспекты.

Следует помнить о том, что опросник CDI М. Kovacs является скрининговым методом исследования, и только на его основании постановка диагнозов субдепрессивных и депрессивных расстройств неправомерно. Благодаря данному опроснику, можно выявлять детей и подростков, которым необходимо пристальное внима-

ние как группе риска по вероятному возникновению аффективных нарушений. Это может способствовать раннему выявлению и предотвращению клинически очерченных вариантов аффективной патологии.

Изучая наследственную отягощенность по депрессивным расстройствам в роду обследуемых детей выявлено, что всего у 8% родителей отмечались депрессивные нарушения, причем

самый высокий показатель отмечен в школе "К" – 11,2 %, самый низкий в гимназии "А" – 5,9 %. (табл.1). Исходя из данных о том, что школа "К" занимает первое место по распространённости депрессивных проявлений, можно сделать вывод о том, что в подростковом возрасте негармоничная семья принимает активное участие в формировании психогенных депрессий.

Таблица 1

Наследственная отягощенность по депрессивным расстройствам настроения у детей исследуемых групп

Категория риска (FDA)	Родственники страдающие депрессией		Отсутствие депрессии у родственников	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Школа "С"	8	6,8 %	110	93,2 %
Школа "К"	12	11,2 %	95	88,8 %
Школа "А"	5	5,9 %	80	94,1 %
Всего	25	8 %	285	92 %

Субдепрессивные и депрессивные расстройства в подростковом возрасте имеют достаточно обширную картину. Опросник CDI (М. Kovacs) позволяет выявить 5 групп показателей, наиболее полно отражающих депрессивные и субдепрессивные проявления. К ним относятся: негативное настроение, межличностные проблемы, неэффективность, ангедония, негативная самооценка.

При анализе данных по шкале «негативное настроение» (общее снижение настроения, негативная оценка собственной эффективности в целом, постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности), полученных при исследовании трёх школ г. Омска, было выявлено, что процент подростков с депрессивными и субдепрессивными проявлениями, чей уровень по данной шкале «очень значительно выше среднего» и «значительно выше среднего» составил (52,2%; n-60), из них: мальчиков (44,4%; n-20), девочек (57%; n-40). Изучив данные по шкале «межличностные проблемы» (идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм, непослушание), были выявлены следующие показатели: общий процент подростков с депрессивными и субдепрессивными проявлениями равен (64,3%; n-74), мальчиков (53,3%; n-24), девочек (71,4%; n-50). Следующей шкалой, по которой был проведён сравнительный анализ, является шкала «неэффективность». Общий процент подростков с де-

прессивными и субдепрессивными проявлениями равен (41%; n-47), мальчиков (17,7%; n-8), девочек (55,7%; n-39). При анализе данных по шкале «ангедония» (высокий уровень истощаемости, наличие чувства одиночества) были получены следующие результаты: количество подростков с депрессивными и субдепрессивными проявлениями составило (48,7%; n-56), мальчиков (46,6%; n-21), девочек (55%; n-35). Изучив значения по шкале «негативная самооценка» (негативная оценка собственной эффективности, наличие суицидальных мыслей) были получены следующие результаты: общий процент подростков с депрессивными и субдепрессивными проявлениями равен (46%; n-53), мальчиков (53%; n-37), девочек (35,5%; n-16).

Лидирующее положение среди подростков с депрессивными и субдепрессивными проявлениями в исследуемых школах г. Омска занимает шкала «межличностные проблемы» (идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм, непослушание), на втором месте – шкала «негативное настроение» (общее снижение настроения, негативная оценка собственной эффективности в целом, постоянное ожидание неприятностей, склонность к плаксивости, повышенный уровень тревожности) что свидетельствует о необходимости, в первую очередь, обратить внимание именно на подростков, проявляющих себя подобным образом, как составляющих группу риска (Рисунок 3).

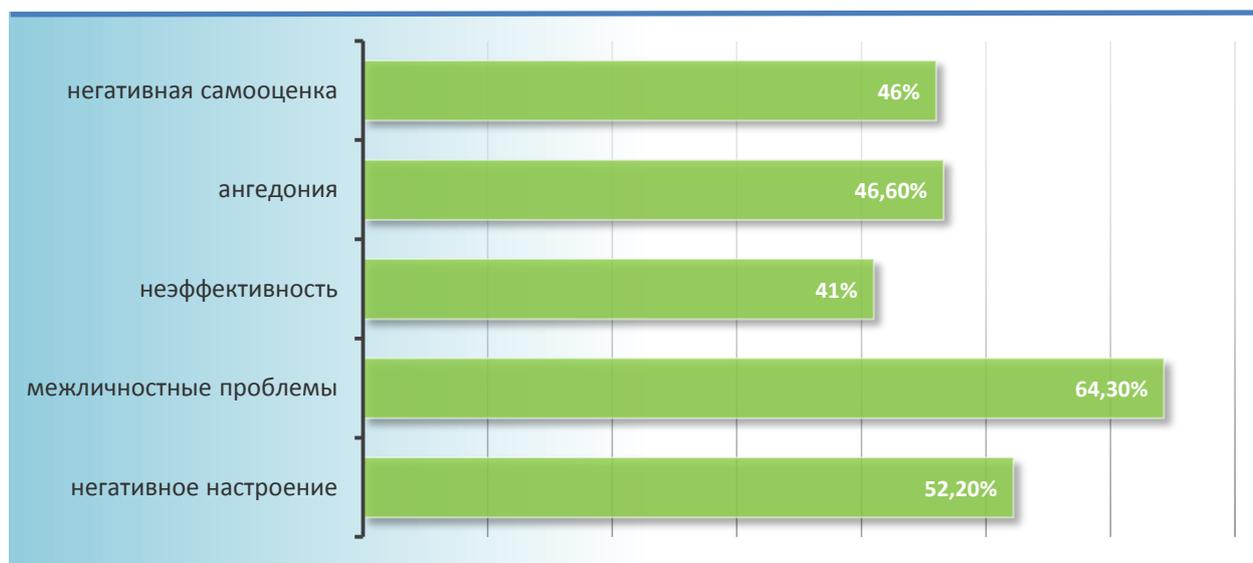


Рисунок 3. Сравнительная характеристика показателей, согласно опроснику CDI (М. Kovacs), отражающих субдепрессивные и депрессивные проявления среди учащихся школ г. Омска.

Согласно литературным данным, внешние проявления депрессивного состояния, тревога, фобии, жалобы соматического характера и поведенческие проблемы чаще встречаются у более молодых, чем у людей старшего возраста. Во взрослом возрасте начинают больше проявляться симптомы ангедонии (ослабление интереса к любым видам деятельности и отсутствие чувства удовольствия практически от любой деятельности), психомоторная заторможенность, чаще возникают попытки суицида, а также наблюдается общее ухудшение состояния организма, что и было подтверждено в данном исследовании [6,7].

У девочек первое место занимает шкала «межличностные проблемы» (идентификация себя с ролью плохого, агрессивное поведение, высокий негативизм, непослушание). Шкала «негативная самооценка» (негативная оценка собственной эффективности, наличие суицидальных мыслей) занимает последнее место. Среди мальчиков на первом месте стоит шкала «межличностные проблемы» и шкала «негативная самооценка» (негативная оценка собственной эффективности, наличие суицидальных мыслей), что может стать триггером асоциального поведения, злоупотребления алкоголем, ПАВ, а также высоким риском совершения суицида. (Рисунок 4).

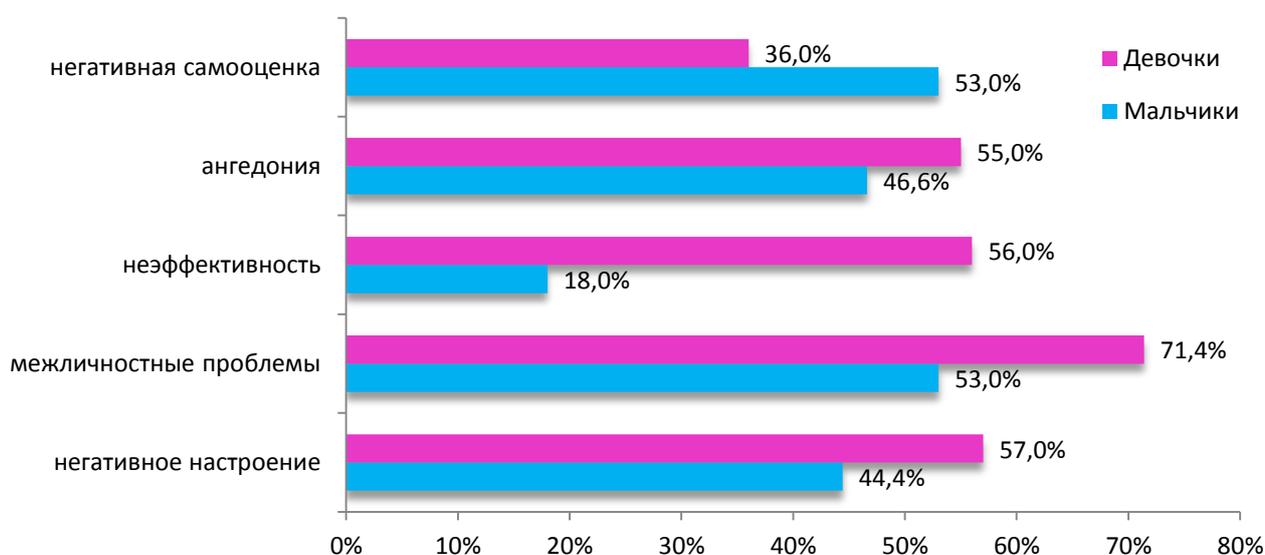


Рисунок 4. Сравнительная характеристика показателей, согласно опроснику CDI (М. Kovacs), отражающих субдепрессивные и депрессивные проявления среди мальчиков и девочек, обучающихся в исследуемых школах г. Омска.

На вопрос о суицидальных мыслях у подростков, имеющих депрессивные и субдепрессивные проявления (n-115), согласно опроснику CDI (M. Kovacs), (44,3%; n-51) выбрали вариант ответа – «Я не думаю о том, чтобы покончить с собой», из них мальчиков (44,4%; n-20), девочек

(44,3%; n-31). «Я думаю о самоубийстве, но я не совершу его», всего – (35,7%; n-41), из них мальчиков (33,3%; n-15), девочек (37,1%; n-26). «Я хочу убить себя» всего – 20% (n-23), из них мальчиков (22,2%; n-10), девочек (18,6%; n-13) (Рисунок 5).

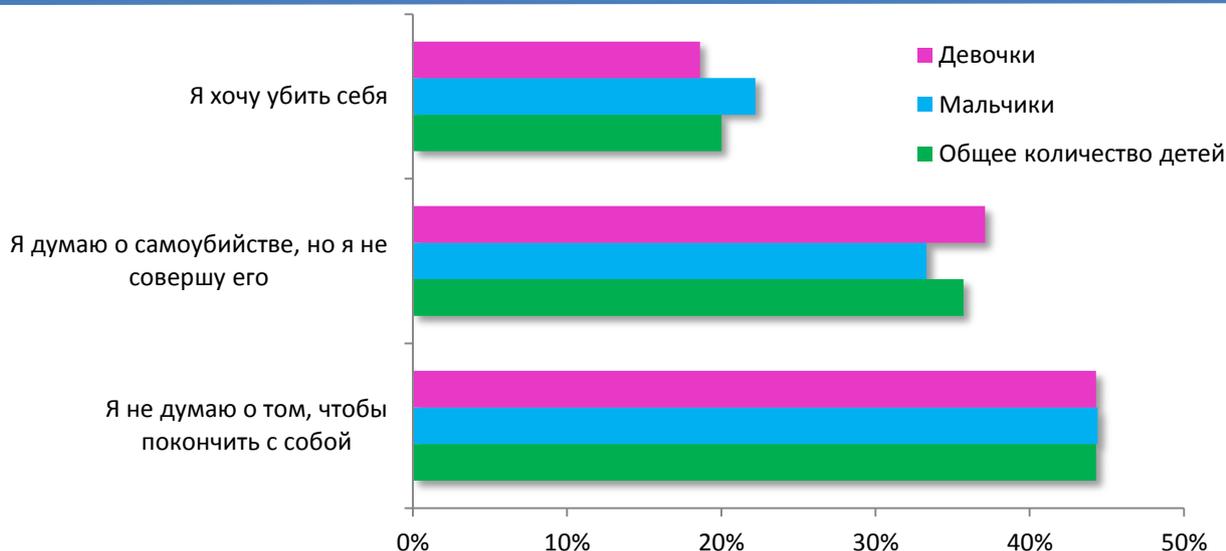


Рисунок 5. Сравнительная характеристика показателей (опроснику CDI), отражающих наличие суицидальных мыслей среди подростков, имеющих депрессивные и субдепрессивные проявления

Рисунок 5 демонстрирует, что и мальчики, и девочки с депрессивными проявлениями обнаруживают сходный уровень отсутствия суицидальных мыслей, однако утвердительный вариант «Я хочу убить себя» выбрало больше мальчиков. Литературные данные свидетельствуют об обратном – соотношение суицидальных попыток составляет 1:2,5 [1].

Таким образом, проведенное исследование показывает высокую распространенность расстройств настроения среди школьников г. Омска. Уровень субдепрессивных проявлений отмечается у 9% детей, а у 28% обследуемых выявлены депрессивные проявления. Наибольшую роль в формировании симптомов депрессии отводится межличностным проблемам и

негативному настроению. Среди девочек наибольшее значение имеют межличностные проблемы, а среди мальчиков к ним присоединяется негативная оценка собственной эффективности. Эта тенденция указывает на весомую роль социальных факторов в генезе формирования депрессивных расстройств. Настораживающим является тот факт, что у 20% детей выявлены суицидальные высказывания. Проведенное исследование подчеркивает необходимость разработки программ превенции детских психических расстройств на доклиническом уровне требующей объединения усилий образовательной системы и специалистов психиатрического профиля.

Литература

1. Алимова М.А Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, лечение. Барнаул, 2014. – 100 с. (электронный ресурс).
2. Иовчук Н.М., Северный А.А. К проблеме дидактогенных расстройств у школьников// Вопросы психического здоровья детей и подростков (научно-практический журнал психиатрии, психологии, психотерапии и смежных дисциплин). – 2007(7). - № 2. – С. 9-17
3. Олейчик И.В. "Депрессивные расстройства с синдромом юношеской астенической несостоятельности" Дис. канд. мед. наук. 1998., 25с.
4. Adewuya A.O. Factors associated with depressive symptoms in Nigerian adolescents.// J. Child Abuse Negl.- 2006 - 6 - P. 15
5. Goldstein T.R., Birmaher B., Axelson D., et.al . History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. // J. Bipolar Disord. 2005 Dec;7(6): P. 525-35
6. Strober M., Lampert C., Schmidt S., et al. The course of major depressive disorder in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and non-psychotic subtypes// Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1993. -Vol. 32, P. 34-42
7. Zoccolillo M., Pickles A., Quinton D., et al. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder// Psychological Medicine, 1992. - Vol. 22, P. 971-986

Клиника психических расстройств

УДК: 615.03

ПРИМЕНЕНИЕ АНТИПСИХОТИКОВ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

А.А. Усова, И.В. Напалков

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Аннотация. Лечение психических расстройств у беременных является актуальной проблемой. Подбор терапии таким пациенткам требует особой осторожности и учета возможного негативного влияния препаратов не только на пациентку, но и на плод. В настоящем обзоре представлены литературные данные, касающиеся применения типичных и атипичных антипсихотиков при лечении психозов у беременных. Определены основные подходы к назначению препаратов этой группы в период беременности.

Ключевые слова. Беременность, гестация, антипсихотики.

THE USE OF ANTIPSYCHOTICS DURING PREGNANCY

A.A. Usova, I.V. Napalkov

Resume. Treatment of mental disorders in pregnant women is an important issue. Selection of therapy for such patients requires special care and consideration of the possible negative impact of drugs not only on the patient but also the fetus. In the present review, the literature data concerning the use of typical and atypical antipsychotics in treating psychosis in pregnant women are provided. The basic approaches to the appointment of this group of drugs during pregnancy are determined.

Keywords. Pregnancy, gestation, antipsychotics.

Актуальность

Из литературных данных известно, что фертильность женщин с шизофренией значительно улучшилась в последние десятилетия. Это связывают с широким внедрением в психиатрическую практику атипичных антипсихотиков, не влияющих на детородную функцию и улучшающих социальное функционирование пациенток, а также с применением новых принципов организации психиатрической помощи, подразумевающих сохранение максимального качества жизни лиц с психическими расстройствами [5, 10].

В ряде исследований [7, 8] показано, что обострение симптомов шизофрении во время гестации наблюдается приблизительно у 60% женщин, прекративших прием препаратов.

Таким образом, в последнее время становится все более актуальной проблема определения тактики ведения беременных женщин с психическими расстройствами и выбора относительно безопасных для матери и плода и эффективных психофармакологических средств. При этом идеального решения вопроса о терапии психических заболеваний при беременности не существует: определение риска и пользы психофармакотерапии приходится осуществлять в отсутствие достоверных данных [3]. В последние годы вопросы психофармакотерапии женщин в период гестации достаточно широко освещаются в литературе, однако имеющиеся сведения зачастую довольно противоречивы и требуют дальнейшего подтверждения. [7].

Целью настоящей работы является обзор современных доступных литературных источников по проблеме применения антипсихотиков во

время беременности для выявления основных принципов их назначения и определения наиболее безопасных и эффективных препаратов этой группы.

Задачи исследования

Систематизировать представления о возможных нежелательных эффектах антипсихотиков в отношении беременной женщины и плода, проанализировать данные о применении различных антипсихотиков в терапии психозов у беременных, определить подходы к антипсихотической терапии пациенток в гестационный период.

Материалы и методы исследования

Проведён теоретический анализ ряда научных работ российских и зарубежных исследователей, в которых освещаются результаты применения нейролептиков у беременных женщин, их влияние на плод и новорожденного.

Результаты исследования

Известно, что практически все психотропные средства проникают в плаценту и могут оказывать три типа нежелательных эффектов на плод [3, 8]:

– тератогенный эффект – способность психотропного средства вызывать структурные и функциональные дефекты (расщепление позвоночника, укорочение конечностей, дефекты сердца и других органов) в период развития плода. Этот эффект чаще сопряжен с применением препаратов в первом триместре беременности.

– неонатальная токсичность и синдром отмены – побочные эффекты, вызванные действием

психотропных средств на «сформированный» организм плода. Они связаны с применением препаратов в третьем триместре беременности.

– нейрорповеденческая тератогенность – эффекты, влияющие на поведение и развитие, могут манифестировать позднее, в детском возрасте. Это может выражаться в нарушении психомоторного развития, ухудшении адаптации к условиям окружающей среды, снижении способности к обучению и решению поставленных задач и в других тонких когнитивных и аффективных нарушениях. «Функциональный тератогенный эффект» может обнаруживаться при применении препаратов в дозах ниже тех, которые приводят к морфологическим изменениям.

Несмотря на то, что применение антипсихотиков в период гестации сопряжено с повышенным риском неблагоприятных исходов, у большинства женщин с шизофренией польза от фармакотерапии значительно превышает риск, связанный с обострением во время беременности. В связи с этим существует необходимость оценки безопасности у беременных.

Типичные антипсихотические препараты являются более изученными в отношении действия на плод, однако данные об их применении все-таки нельзя считать однозначными. Так, некоторые авторы указывают, что типичные нейролептики увеличивают тератогенный риск, когда беременные получают фенотиазины в течение 4-10 недель гестации. Их использование ухудшает исход беременности и родов, приводит к низкой массе тела у новорожденного и малому гестационному возрасту. В течение всего периода беременности рекомендуют назначать минимальные поддерживающие дозы, снижая их к концу срока для предотвращения развития атропиноподобных эффектов (левомепромазин, тиоридазин) у новорожденных. Использование типичных нейролептиков может отрицательно сказаться на исходе беременности и родов, привести к низкой массе тела у новорожденного и малому гестационному возрасту [2, 4, 7].

В других исследованиях по изучению производных фенотиазина, и в частности хлорпромазина, не отмечалось увеличения количества анатомических аномалий или отклонений в развитии, связанного с этим лечением [1].

Низкая доза галоперидола в первом триместре беременности не оказывала вредного воздействия на массу тела плода, продолжительность беременности, внутриутробную или неонатальную смертность, а также на частоту пороков развития и уродств [8, 9, 11].

Важно подчеркнуть, что антипсихотики с низкой антипсихотической активностью обладают более высоким потенциалом тератогенности, чем препараты с мощным антипсихотическим действием (например, галоперидол), поэтому большинство исследователей рекомендуют отка-

заться от применения слабодействующих веществ [1, 10].

В случае использования антипсихотиков первого поколения на поздних сроках беременности, возможно развитие перинатального синдрома, который проявляется симптомами угнетения дыхания, нарушения кормления, гипертонусом, синдромом вялого младенца, слабой выраженностью или отсутствием рефлексов, экстрапирамидными нарушениями, тремором, патологическими движениями, повышенной возбудимостью и раздражительностью [3, 4]. Эти симптомы возникают достаточно редко и обычно саморазрешаются в течение нескольких дней, однако в отдельных случаях могут персистировать на протяжении первого года жизни ребенка [9]. Проявления перинатального синдрома зависят от используемых препаратов, так, применение слабых антипсихотиков чаще ассоциируются с развитием антихолинергических эффектов у новорожденных, а мощных – с экстрапирамидными симптомами.

Среди типичных нейролептиков большинство экспертов отдают предпочтение хлорпромазину, трифлуоперазину или галоперидолу [8, 9, 10]. Фенотиазины также являются практически единственной группой антипсихотиков, для которой получены предварительные данные об отсутствии негативного влияния на нейрорповеденческое развитие детей в отдаленном периоде. Однако при выборе антипсихотиков, наряду с безопасностью, следует учитывать их эффективность. В качестве препарата первого выбора у женщин, не получавших терапию в прегравидарном периоде, многие эксперты рассматривают галоперидол [9, 10].

Препаратом выбора для лечения экстрапирамидных симптомов у матери является дифенгидрамин, зарекомендовавший себя достаточно безопасным для плода [3]. Бета-блокаторы, обычно применяющиеся во время беременности при акатизии, также не приводят к учащению случаев врожденных пороков развития и уродств [6]. Напротив, применение тригексифенидила и амантадина ассоциировалось с повышенным риском развития мальформаций [3].

Несмотря на вышеописанные риски в целом вероятность нежелательных последствий применения антипсихотиков первого поколения во время гестации рассматривается как относительно невысокой [10]. Ряд авторов [1, 10] указывают, что типичные антипсихотические препараты не ассоциируются с пороками развития и уродствами плода и относительно безопасны.

Атипичные антипсихотические препараты. Данные о применении атипичных антипсихотиков беременными менее обширны и более противоречивы в сравнении со «старыми» препаратами. В одних исследованиях было показано, что приём препаратов этой группы во время беременности увеличивает риск появления вро-

дённных аномалий. Результаты других проспективных и ретроспективных исследований подтверждают, что приём атипичных нейролептиков не ассоциирован с появлением серьёзных врождённых аномалий [7]. В целом, считается, что современные атипичные антипсихотики не увеличивают тератогенный риск, но и не показывают очевидной безопасности по сравнению с типичными антипсихотиками [4].

Наибольшее беспокойство вызывают неблагоприятные метаболические эффекты атипичных антипсихотиков. У беременных женщин, получающих препараты второго поколения, часто наблюдаются гипергликемия и ожирение. Более серьёзным осложнением их приема является риск дефекта нервной трубки у новорожденного, т.к. атипичные нейролептики вызывают уменьшение всасывания фолатов, ведущих к фолатной недостаточности и ожирению [4]. В связи с этим в случае применения атипичных нейролептиков является целесообразным дополнительное назначение препаратов фолиевой кислоты в дозировке от 600 мкг в сутки.

Дети матерей, получавших во время беременности атипичные антипсихотики обычно имеют большую массу тела и рост, чем дети матерей, принимавших препараты первого поколения. У таких детей в последующей жизни повышен риск развития ожирения, ишемической болезни сердца и сахарного диабета.

Выявлено, что оланзапин и кветиапин могут привести к увеличению массы тела беременной, усилению аппетита и даже развитию гестационного диабета. Также было показано, что при приеме оланзапина во время беременности вес новорождённых был достоверно выше по сравнению с детьми, матери которых принимали во время беременности другие нейролептики. Применение оланзапина не вызывало дефектов развития органов и систем у младенца [1].

Имеющиеся данные в отношении рisperидона не позволяют с определенностью констатировать тератогенный эффект препарата [7]. Однако при его применении существует вероят-

ность развития гестационного диабета и гиперпролактинемии у беременной, а также появления экстрапирамидной симптоматики в перинатальном периоде у новорожденного.

Менее вероятно развитие данных нарушений при приеме беременными клозапина. Данный препарат признан наиболее безопасным по показателям тератогенности и неонатальной токсичности. В тоже время вызывают опасения его способность вызывать агранулоцитоз, в связи с этим рекомендуется определять количество лейкоцитов у новорожденного, мать которого принимала клозапин.

Зипразидон повышает частоту дефектов межжелудочковой перегородки и почечных мальформаций у плода, в связи с чем не рекомендован к применению у беременных.

Таким образом, очевидно, что ни один из рассмотренных выше препаратов не является идеально безопасным при беременности, с другой стороны, нельзя оставлять женщин с расстройствами психики без лечения в период беременности. В каждом случае терапия должна подбираться индивидуально, с учётом критериев «эффективность – безопасность» не только для ребёнка, но и для матери [7].

Для обозначения потенциальной опасности лекарственных препаратов для плода в разных странах разрабатывают классификации категорий риска при беременности. Наиболее широко применяется классификация FDA (США), классификация FASS (Швеция) и классификация ADEC (Австралия). Категории риска, разработанные FDA, приводятся в настоящее время в отечественном Государственном реестре лекарственных средств, «Справочнике лекарственных средств, отпускаемых по рецепту врача», а также в описаниях препаратов [5]. Данная классификация рекомендуется для практического применения Всемирной организацией здравоохранения. Согласно классификации FDA все лекарственные препараты подразделяются на пять групп в зависимости от опасности для плода (таблица 1).

Таблица 1

Категории безопасности препаратов по классификации Food and Drug Association (FDA)

Категория риска (FDA)	Комментарии	Препараты
A	Контролируемые исследования показали отсутствие риска	-
B	Нет доказательства риска у людей	клозапин
C	Нельзя исключить риск у человека	хлорпромазин, левомепромазин, трифторперазин, перфеназин, галоперидол, зуклопентиксол, оланзапин, кветиапин, рisperидон, арипипразол, тиоридазин, зипразидон
D	Доказательства фетального риска без абсолютных противопоказаний при беременности	-
X	Абсолютно противопоказаны при беременности	-

Эта классификация основана преимущественно на показателях тератогенности и неонатальной токсичности, поскольку данные о поведении и развитии детей на более отдаленных этапах (после родов) крайне ограничены.

Оценивая использование антипсихотиков у женщин с психозами в течение беременности, можно согласиться с неопределенностью результатов, особенно в отношении атипичных нейролептиков. Веским аргументом является утверждение о том, что многие рекомендации об использовании НЛ в периоды беременности и лактации не базируются на доказательствах рандомизированных и контролируемых исследований [4].

В то же время во время беременности не должно быть никакой двусмысленности относительно лечения женщины, страдающей психозом, поскольку слишком высоки риски, связанные с отменой лечения [1].

Учитывая потенциальную возможность развития нежелательных эффектов нейролептиков, на сегодняшний день разработаны следующие рекомендации по их применению у беременных:

1. Вопрос об отмене лекарственных средств, хотя бы на первые 6-10 недель, можно рассмотреть у женщин с легким течением заболевания [6, 8, 9]. По возможности, отмену лекарственного препарата следует проводить постепенно, поскольку такая тактика позволяет снизить риск развития обострения.

2. Женщинам с умеренными и тяжелыми симптомами рекомендуется продолжать фармакотерапию на протяжении всей беременности, включая I триместр [8].

3. Отмена лекарственных препаратов также очень опасна для пациенток, у которых, несмотря на их прием, не формируется полная ремиссия и часть симптомов заболевания сохраняется в межприступный период. В случае отмены фармакотерапии у них быстро наступает декомпенсация.

4. Предпочтение следует отдавать монотерапии.

5. Следует применять минимальную эффективную дозу антипсихотика. Для ее подбора и коррекции в разные стадии гестации необходимо регулярно оценивать эффективность и проверять возможные побочные эффекты лечения на протяжении всей беременности.

6. Суточную дозу препарата целесообразно разделить на несколько приемов в течение дня.

7. Не рекомендуется применять препараты пролонгированного действия.

8. Не следует назначать препараты, в отношении которых доказано тератогенное воздействие на плод.

9. При выборе фармакотерапии беременной, уже получавшей психотропные средства, большое значение имеет ответ на лечение в анамнезе. Проводить смену антипсихотика, позволявшего хорошо контролировать заболевание до зачатия, не рекомендуется [8].

10. В случае, если психотические симптомы развиваются во время беременности у женщины, ранее не получавшей лекарственных препараты, ей следует назначать антипсихотики первого поколения, зарекомендовавшие себя относительно безопасными для плода и матери [9]. Среди них большинство экспертов отдают предпочтение галоперидолу, клопромазину или трифлуоперазину [4, 6, 10]. Из перечисленных наименее тератогенным является галоперидол. У женщин, получающих препараты первого поколения, рекомендуется тщательный мониторинг экстрапирамидных симптомов.

11. Использование атипичных антипсихотиков во время беременности считается оправданным лишь у женщин с плохим терапевтическим ответом в анамнезе на препараты первого поколения, у которых при их применении существует значительный риск развития рецидива. В силу своей относительной безопасности в отношении плода препаратом выбора из данной группы является клозапин. Также возможно назначение рисперидона и оланзапина. При применении атипичных антипсихотиков, следует контролировать вес, уровень глюкозы в крови, липидный профиль крови и артериальное давление [9].

12. В связи с существенным увеличением объема жидкости в организме и объема распределения лекарственных средств, может возникнуть необходимость повышения дозы антипсихотика в третьем триместре гестации.

13. Для снижения вероятности возникновения перинатального синдрома плода и прочих осложнений можно рассмотреть вопрос о постепенном снижении дозы препаратов за 10-14 дней до предполагаемых родов. Однако нужно учитывать, что это может повлечь за собой ухудшение состояния матери и потребовать назначения более высоких доз антипсихотиков в послеродовом периоде [6].

14. При выборе препарата беременным также рекомендуется учитывать его потенциальные взаимодействия с непсихотропными лекарственными средствами, которые могут понадобиться для лечения сопутствующих соматических заболеваний или акушерских осложнений.

Литература

1. Kohen, D. Psychotropic medication in pregnancy [Text] / D. Kohen // *Advances in Psychiatric Treatment* 2004. Vol. 10, p. 59–66.
2. Petersen, I. Risks and benefits of psychotropic medication in pregnancy: cohort studies based on UK electronic primary care health records [Text] / I. Petersen, R.L McCrea, C.J. Sammon, D. PJ Osborn, S.J Evans, Ph.J Cowen, N. Freemantle, I. Nazareth // *Health technology assessment*.— 2016. Vol. 20, issue 23.
3. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей / Ю.А. Александровский, Н.Г. Незнанов, Р.В. Ахапкин – М. : Литтерра, 2014. –1080 с.
4. Голенков, А.В. Рациональная психофармакотерапия в свете охраны материнства и детства [Текст] / А.В. Голенков // *Здравоохранение Чувашии*.— 2005.— № 2.
5. Касютина, О.Л. Изучение и выявление категории безопасности лекарственных препаратов, применяемых при беременности [Текст] / О.Л. Касютина, С.А. Михайлова // *Современные проблемы науки и образования*. – 2012. – № 3.
6. Петрюк, П. Т. Шизофрения и беременность: состояние вопроса и пути решения [Текст] // *Психичне здоров'я*. — 2009. — № 2. — С. 108–118.
7. Романова, И.С. Применение психотропных лекарственных средств в период беременности (практика назначения врачей и рекомендации в соответствии с доказательной медициной) [Текст] / И.С. Романова, И.Н. Кожанова, Л.Н. Гавриленко, М.М. Сачек // *Рецепт*.— 2015.— № 6 (104).
8. Романова, О.Л. Безопасность применения психотропных средств при беременности [Текст] / О.Л. Романова, Н.В. Стуров // *Земский врач*.— 2011.— № 2 – С. 34–37.
9. Ушкалова, А.В. Ведение больных шизофренией во время беременности и в послеродовом периоде [Текст] / А.В. Ушкалова, Е.А. Ушкалова // *Современная терапия психических расстройств*. – 2014. – №3.
10. Ушкалова, Е.А. Лечение психических заболеваний в период беременности и лактации: Учеб. пособие/ Е.А. Ушкалова, А.В. Ушкалова, Е.М. Шифман – М. : Инфра-М, 2013. – 284 с.
11. Шмуклер, А.Б. Психофармакотерапия в период беременности [Текст] /А.Б. Шмуклер // *Доктор.Ру* – 2010. – №4 (55) С. 71-77.



КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЦАДАСИЛ-СИНДРОМА

**Т.В. Петрова, Э.Р. Ханафеева, А.В. Павликова,
Л.С. Новицкая, И.Л. Кутенкова, Т.А. Кузнецова**

*Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»*

Аннотация. Дана краткая клинико-патологоанатомическая характеристика ЦАДАСИЛ-синдрома. Представлено описание больной с данной патологией. Пациентка перенесла несколько эпизодов нарушения мозгового кровообращения с регрессией неврологической симптоматики. В данном случае описаны расстройства психики и когнитивные нарушения. Диагноз подтвержден результатами МРТ головного мозга, а также данными о наследственности.

Ключевые слова. ЦАДАСИЛ-синдром, МРТ головного мозга, когнитивные нарушения.

CLINICAL CASE OF CADASIL SYNDROME

T.V. Petrova, E.R. Hanafeeva, A.V. Pavlíková, L.S. Nowicka, I.L. Kutenkova, T.A. Kuznetsova

Resume. In the article done a brief description of the clinical and pathologic CADASIL-syndrome. The description of a patient with this pathology. The patient had several episodes of cerebrovascular accidents with regression of neurological symptoms. In this case, describes mental disorders and cognitive impairment. Diagnosis is confirmed by the results of MRI of the brain, as well as data on heredity.

Keywords. CADASIL-syndrome, brain MRI, cognitive impairment.

Клинико-патологоанатомическая характеристика

Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией — синдром ЦАДАСИЛ (англ. CADASIL). Характеризуется повторными ишемическими инсультами подкорковой локализации, мигренью с аурой, субкортикальной деменцией, аффективными нарушениями в виде депрессии и тревожности (3, 4).

Синдром ЦАДАСИЛ – достаточно распространенное заболевание, выявленное к настоящему времени в сотнях семей (в настоящее время обнаружено около 400 подобных семей) по всему миру (1,3,6,10). Распространенность ЦАДАСИЛ в различных популяциях составляет не менее 1 случая на 100 000 населения (3,13). Тип наследования ЦАДАСИЛ аутосомно-доминантный, оба пола поражаются одинаково (3).

Причиной ЦАДАСИЛ является мутация в гене Notch3 на 19-й хромосоме, что вызывает изменение третичной структуры белка, а соответственно и нарушение его функции(3).

Предполагается, что основным возможным механизмом в патогенезе является артериопатия с прогрессирующей окклюзией мелких перфорирующих сосудов белого вещества головного мозга (3). Генетически обусловленные специфические изменения стенки мелких сосудов приводят к развитию хронической гипоперфузии. Гранулярные осмиофильные включения, ответственные за утолщение средней оболочки, вызывают пролиферацию компонентов базальной мембраны с механической странгуляцией мелких артерий. Данные включения в средней оболочке приводят также к нарушению гематоэнцефалического ба-

рьера, что способствует развитию отека мозга. Кроме того, активированные ишемией астроциты в микроокружении сосудистой стенки высвобождают эндотелин-1, который вызывает вазоконстрикцию и нарушение кровотока, что является дополнительным фактором сужения мелких артерий (4,7).

Таким образом, морфологической характеристикой синдрома ЦАДАСИЛ является системная артериопатия с преимущественным поражением мелких церебральных артерий и артериол (1,2,5,9). Типичны концентрическое утолщение сосудистой стенки за счет субэндотелиальной фиброзной пролиферации и гиалиноза интимы, фибриноидный некроз и интрамуральный отек. При электронной микроскопии могут выявляться гранулярные осмиофильные включения вблизи гладкомышечных клеток мелких артерий. Указанные изменения наблюдаются не только в церебральных сосудах, но и в артериях внутренних органов (почки, печень, селезенка), а также в скелетных мышцах и коже, что позволяет использовать ультраструктурное исследование биоптатов кожи (мышцы) в качестве удобного метода прижизненной диагностики ЦАДАСИЛ (3,4,9,14,15). Кроме того, с диагностической целью может быть также использована и биопсия периферического нерва (4). Следует в то же время отметить, что изменения в коже в подтвержденных случаях синдрома могут отсутствовать. Специфичность биопсии кожи при ЦАДАСИЛ составляет 100 % (т.е. выявление гранулярных осмиофильных включений и других характерных изменений мелких артерий достоверно подтверждает диагноз), но при этом чувствительность данной процедуры не превышает 45 % (2,14).

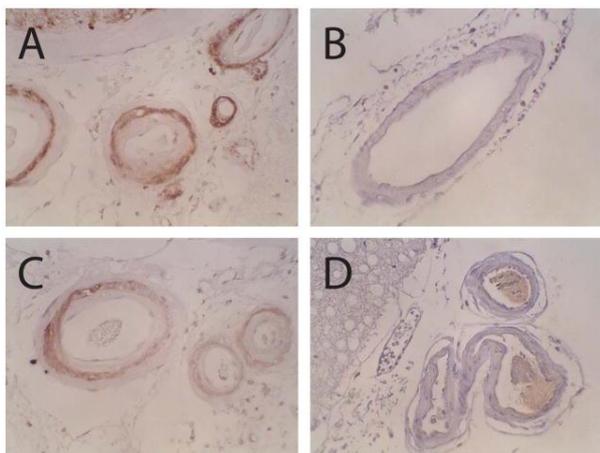


Рисунок 1. Патоморфологические изменения при ЦАДАСИЛ.

N-концевые эпитопы в лептоменингеальных артериях при CADASIL и в норме. Антитела 5210 (A, B) и 2079 (C, D) окрашивали лептоменингеальных артерий головного мозга CADASIL (A, C), но не в норме (B, D). Окрашивание при CADASIL наблюдалось в медиальном слое артерий, которые показали интенсивное утолщение вследствие гиперплазии интимы и медиального фиброза. Антитела 5209 и 2078 продемонстрировали аналогичные модели окрашивания.

Источник: Xiaojie Zhang. Latent NOTCH3 epitopes unmasked in CADASIL and regulated by protein redox state. // Brain Res. 2014 Oct 2; 1583: 230–236.

Клинически синдром ЦАДАСИЛ проявляется обычно на 3–7-м десятилетии жизни повторными ишемическими инсультами (средний возраст развития инсульта составляет 49 лет) или транзиторными ишемическими атаками. Инсульты носят лакунарный характер и, что характерно, возникают обычно в отсутствие артериальной гипертензии и иных сосудистых факторов риска, имеют рецидивирующее течение. Характеризуются наличием классических синдромов лакунарных инсультов и полной клинической ремиссией через несколько дней или недель (в частности, после первых инсультов) (1-3). Нередкими предвестниками лакунарных инсультов и наиболее ранними клиническими симптомами болезни является мигреноподобная головная боль (часто начинается в возрасте до 20 лет) (1,4,7). В большинстве случаев наблюдается мигрень с аурой или ее сочетание с мигренью без ауры (4). Спустя несколько лет течение болезни может меняться: на смену острым сосудистым эпизодам приходят постепенно прогрессирующая деменция подкоркового типа, нарастающий псевдобульбарный и мозжечковый синдромы, а также аффективные расстройства (чаще по типу депрессии либо биполярных расстройств) (1-3).

Весьма характерными ранними (в том числе доклиническими) признаками болезни являются изменения головного мозга, обнаруживаемые при

КТ и МРТ: они включают комбинацию небольших лакунарных инфарктов в белом веществе больших полушарий и моста с диффузными изменениями белого вещества по типу лейкоареоза (1,19). Достаточно специфичным МРТ-признаком считается вовлечение полюса височной доли (3,14). То есть лейкоареоз в области височных долей, обнаруживаемый у всех больных, является нейровизуализационным маркером ЦАДАСИЛ (2,14,16).



Рисунок 1. Типичная МРТ при ЦАДАСИЛ.

Типичная картина гиперинтенсивного распределения на МРТ 42-летней женщины.

Источник: Espagnet M.C.R. et al. Grey matter volume alterations in CADASIL: a voxel-based morphometry study // J. Headache Pain. – 2012 Apr. – Vol. 13(3) – P. 231–238.

Критериями диагностики вероятного ЦАДАСИЛ являются: возраст в дебюте заболевания моложе 50 лет; наличие хотя бы 2 из следующих клинических симптомов: инсульты, мигрень, нарушения настроения, субкортикальная деменция; отсутствие сосудистых факторов риска, этиологически связанных с неврологическими проявлениями; очевидность наследственной аутосомно-доминантной передачи; поражение белого вещества полушарий головного мозга и отсутствие кортикальных инфарктов при МРТ. Для установления достоверного диагноза необходимо соответствие критериям вероятной ЦАДАСИЛ и выявление генетической мутации и/или артериопатии с характерными гранулярными осмиофильными включениями при биопсии кожи/мышцы. Диагноз возможной ЦАДАСИЛ может быть поставлен, если возраст в дебюте заболевания старше 50 лет; имеются инсульты, нарушения настроения, деменция; выявлены сосудистые факторы риска в виде легкой артериальной гипертензии, гиперлипидемии, курения или приема оральных контрацептивов; отсутствуют сведения о состоянии здоровья родствен-

ников; имеется нетипичное поражение белого вещества при МРТ головного мозга (4,7).

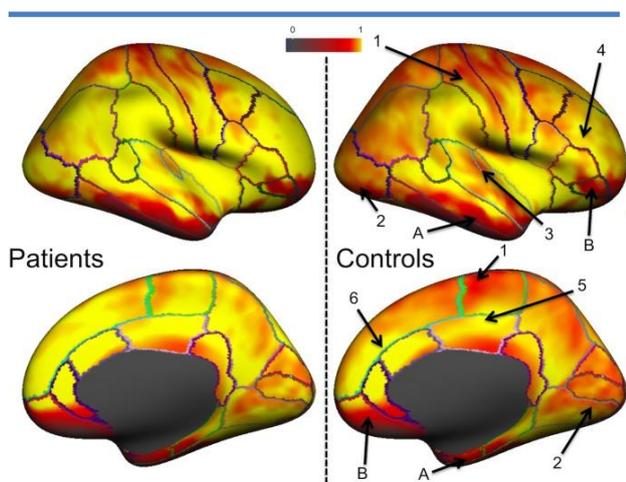


Рисунок 1. Нормализованный T2 сигнал при ЦАДАСИЛ-синдроме и в норме (схема).

Нормализованный T2-сигнал оценивается в 7 Тесла на обеих группах отображается на средней поверхности правого полушария. В обеих группах гипointенсивный сигнал находится вокруг центральной борозды (1) из-за высокого содержания миелина. Кроме того контрольная группа демонстрирует более короткий T2-сигнал в визуальной (2) и слуховой (3) областях и увеличенный T2 в верхней и средней лобной бороздах (4), а также в задней (5) и передней (6) поясной извилинах, височной и лобной (B) областях (A) из-за восприимчивости эффектов. Пациенты с CADASIL показывают общее удлинение T2 по сравнению с контрольной группой, что приводит к меньшему количеству вариаций между различными корковыми областями.

Источник: De Guio F. et al. In vivo high-resolution 7 Tesla MRI shows early and diffuse cortical alterations in CADASIL. // PLoS One. 2014; 9(8): e106311.

Специфического лечения больных CADASIL в настоящее время нет. Рекомендуют постоянный прием антиагрегантов и статинов, регулирующих функцию эндотелия. Прием антикоагулянтов противопоказан из-за возможного развития геморрагического инсульта. В случаях развития психических расстройств назначаются седативные препараты, антидепрессанты. Продолжительность заболевания различна (в среднем 15 лет), смерть наступает в 55-60 лет.

Клиническое наблюдение

Пациентка Г. 1972 г.р. (44 года).

Анамнез. Наследственность: у матери с 45 лет нарастало снижение памяти, постепенно утрачивала гигиенические навыки, нуждалась в уходе. Наблюдалась с диагнозом рассеянный лейкоэнцефаломиелит. Умерла в возрасте 49 лет. Брат 47

лет, в 43 года перенес транзиторное нарушение мозгового кровообращения.

Образование высшее медицинское. Работает врачом фтизиопедиатром. Замужем, двое детей. ЧМТ, туберкулез, гепатит отрицает. Оперирована в 2006 году по поводу рака щитовидной железы. Принимает заместительную терапию L-тироксин.

В период с 2005 по 2015 г трижды отмечались эпизоды транзиторного нарушения мозгового кровообращения, сопровождающиеся онемением конечностей, головной болью, нарушением речи, повышением систолического АД до 150-160 мм. рт. ст. Получала лечение в неврологическом отделении сосудистыми, ноотропными препаратами, с положительным эффектом, возвращалась к работе. В дальнейшем обследовалась у кардиолога, невролога, эндокринолога, искала причину. В течение 2015 года стала меняться психическое состояние. Появился страх возобновления приступов, одна перестала выходить из дома, боялась упасть, передвигалась только в сопровождении мужа. При повышении АД испытывала панику, появлялась плаксивость. Впервые находилась на госпитализации в Омской Областной психиатрической больнице, в отделении неврозов с 23.09.15 по 08.12.15 При поступлении была ориентирована в месте пребывания, времени, собственной личности. Путалась в изложении анамнестических сведений. Постоянно обращалась к мужу с просьбой ответить за нее или дополнить. Если муж что-то забывал, то раздражалась, повышала голос. Говорила, что все забывает, «стала тупой». Жаловалась на головокружение, головные боли без определенной локализации, колебания настроения, предобморочные состояния, плохую память, невозможность думать и сосредотачиваться, тревогу за здоровье, страх упасть, замедленную речь. Свое настроение описывала как нормальное, но при этом отмечала, что стала часто плакать. Тревогу отрицала, но часто в беседе использовала слова «боюсь», «испугалась», «конечно, беспокоюсь, ведь непонятно что со мной...». Обращало на себя внимание легковесность суждений, пациентка отрицала у себя наличие психических расстройств, но факт пребывания в психиатрической больнице объясняла тем, что больше некуда идти. Статус определялся тревожно-депрессивным состоянием с фобическими, истероформными, ипохондрическими симптомами, явлениями церебрастенического синдрома. При обследовании выявлен повышенный уровень мочевины и креатинина в биохимическом исследовании крови. В результате экспериментально-психологического обследования у пациентки было выявлено снижение памяти, внимания, интеллектуального уровня. В отделении перенесла несколько приступов на фоне повышения АД до 140 мм рт.ст, протекавших с онемением левой руки и половины лица, нарушением речи, заторможенностью, растерянностью, продолжительно-

стью до нескольких минут, не сопровождающихся тревогой. Состояние купировалось назначением гипотензивных препаратов, феназепамом. Считала, что ей нужно лечится в «отделении терапии», что у нее острая почечная недостаточность. Неохотно соглашалась с назначением психотропных средств, могла самостоятельно их не принять или принять в меньшей дозе. Была осмотрена терапевтом, неврологом, выставлен диагноз: Энцефалопатия смешанного генеза. Терапевт диагностировал артериальную гипертензию 2 стадии, риск 4. Состояние после удаления щитовидной железы (2006г). Получала сосудистые, ноотропные препараты, антидепрессанты, транквилизаторы, симптоматическую терапию. Выписана с диагнозом Органического смешанного (тревожно-депрессивного) расстройства в связи со смешанными заболеваниями. После самостоятельной отмены поддерживающей терапии состояние вновь ухудшилось – снизилось настроение, испытывала беспричинный страх. Дома вела себя неадекватно: обвиняла мужа в краже чужого ребенка, в подлоге документов. Резко ухудшилась память, не могла говорить, либо говорила бессвязно («будто слова наоборот произносила»), перестала ходить («ноги не слушались»), отказалась от еды, сама себя не обслуживала. Поступила в Областную клиническую больницу, в отделении реанимации, через день на фоне системы с цитофлавином стало лучше, восстановилась речь, стала ориентироваться в окружающей обстановке. После выписки вышла на работу. В этот же период стала замечать отсутствие аппетита, иногда беспокоили кошмарные сновидения. В январе 2016 года снова возникли нарушения речи, генерализованный тремор. Обратилась за консультацией невролога в ОКБ, были назначены инъекции дибазола, цитофлавин капельно. На данных препаратах стало лучше («появился интерес к жизни»), однако через неделю появились жалобы на головные боли и головокружения, стала слезливой, тревожной, «не было сил разговаривать, что-то делать», вследствие пониженного аппетита похудела на 25 кг. Со слов сельского психиатра пришла на планерку неопрятной в одежде, с закатанной штаниной, говорила нелепости. 16.02.16г. доставлена в отделение неврозов психиатрической больницы. Жалобы при поступлении на похудание на 25 кг, головокружение, плаксивость, повышенное артериальное давление.

Соматический статус. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык чистый, влажный. Питание пониженное. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет.

Неврологический статус. Менингеальных знаков и общемозговых симптомов не выявлено. Зрачки равные, реакция сохранена. Сухожильные

рефлексы живые, равномерные. Походка шаткая. В позе Ромберга неустойчива, пошатывается, пальценосовую пробу выполняет.

Психический статус. Во время беседы сонлива, голос тихий, темп речи медленный, мимика невыразительная, взгляд затуманенный. Несколько заторможена, выглядит подавленной. Беседует только в присутствии мужа. С трудом подбирает слова, ответы односложные, после пауз в несколько секунд. Правильно называет календарное время, место пребывания, ориентируется в собственной личности. О событиях после выписки в декабре рассказывает, но путается, удалось собрать сведения со слов супруга. Свое настроение описывает как сниженное, с тревогой, непониманием происходящего с ней. Наличие расстройств ощущений, восприятия отрицает, поведением не обнаруживает. Бредовых идей при опросе выявить не удалось. В ходе беседы утомилась, увеличились паузы между ответами. Интеллект снижен, отмечается снижение памяти на недавние события.

Лабораторные исследования. В ОАК понижен уровень гемоглобина 80 г/л, В биохимическом анализе крови повышен уровень креатинина 375 мкмоль/л и мочевины (9.37 мкмоль/л). Маркеры гепатитов, реакция Вассермана отрицательно. Антитела к ВИЧ не обнаружены. Проба Манту, диаскинтест отрицательно.

T3 – 0,933 ммоль/л T-4 – 70.3 ммоль/л ТТГ – 11.4

Параклинические исследования.

ЭКГ – синусовый ритм. Полугоризонтальное положение ЭОС. Циркулярная ишемия. Удлинение интервала QT.

УЗИ щитовидной железы: состояние после струмэктомии.

УЗИ гинекологическое: структурных изменений не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения в печени, поджелудочной железе, калкоэктазия в обеих почках.

Осмотр специалистов

Окулист: Миопия слабой степени обоих глаз. Начальная катаракта обоих глаз. Ангиопатия сетчатки.

Гинеколог: здорова.

MPT головного мозга.

Исследование от 2012 года: В белом веществе обоих полушарий головного мозга множественные очаги гиперинтенсивного сигнала на T2 и flair размером преимущественно 4-7 мм, расположенных перивентрикулярно, где они носят сливной характер. В субкортикальных отделах обоих полушарий головного мозга множественные зоны аналогичного сигнала преимущественно неправильной и треугольной формы, а также и овальной формы очаги размером от 5-6 мм в диа-

метре до 15-17 мм по протяженности. Более выраженные по протяженности зоны в лобных долях. Отмечаются зоны и в области височных полюсов в 15 мм. Менее интенсивный очажок определяется в левой половине моста в 8-9 мм. Головки хвостатых ядер, чечевицеобразные ядра обоих полушарий полностью имеют повышенный сигнал на T2-ВИ и flair. Практически все очаги и зоны повышенного сигнала на T2-ВИ и flair изоинтенсивные на T1-ВИ за исключением одиночного очага в 4 мм в области правой наружной капсулы, который гипоинтенсивный. Срединные структуры не смещены. Боковые желудочки с небольшой асимметрией: правый около 11 мм, левый около 13 мм (на уровне тел). Перивентрикулярно зоны повышенного сигнала. Третий желудочек около 4 мм. Субарахноидальные пространства не расширены. Гипофиз не изменен.

Исследование от 2015 года проведено после внутривенного введения контрастного препарата. Исследование выполнено только в режиме T1-ВИ. Очагов патологического накопления не выявлено. В динамике увеличение лакунарных мелких кист, которые в количестве двух появились в белом веществе левого полушария головного мозга размером около 4-6 мм на фоне имеющейся одной кисты в области правой наружной капсулы. Заключение: картина выраженных проявлений с дисциркуляторной энцефалопатией с множественными очагами постишемического глиоза, мелких лакунарных кист. В целом, картину можно рассматривать с позиций проявления синдрома ЦАДАСИЛ (Церебральная аутосомная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией).

Динамика состояния. За время пребывания в отделении в клинической картине наблюдалась тревожно-депрессивная симптоматика, когнитивные нарушения с дезориентацией, эмоциональная лабильность. Сохранялись жалобы на головные боли, головокружение, контакт был малопродуктивным. В течение дня периодически становилась дезориентированной во времени. При осмотре разговаривала тихо, иногда голос становился беззвучным, подолгу раздумывала над ответами на простые вопросы, на просьбу перечислить жалобы говорила, что её не навещает отец, начинала плакать. На просьбу посчитать «24 - 7» пыталась это сделать на пальцах, просила повторить вопрос, затем ответила «7», на просьбу сложить 5 и 5 отвечала «1 февраля. Правильно называла предметы в палате: пульт, бутылка, ручка, но не смогла назвать пальцы на руке. Отмечался эпизод психомоторного возбуждения, сначала плакала навзрыд, выкрикивая чьё-то имя, затем бесцельно металась по отделению, заглядывая в другие палаты и хватая разные вещи, зачастую чужие, вступила в словесную перепалку с пациенткой из соседней палаты после того, как попыталась забрать её куртку, проявляла агрес-

сию по отношению к мед. персоналу. На высоте возбуждения поведением обнаруживала зрительные галлюцинации.

В биохимическом анализе крови нарастал уровень креатинина и мочевины. Осмотрена консилиумом врачей выставлен диагноз: Деменция неясного генеза с психотическими симптомами. Туболоинтерстициальный нефрит. АГ. Состояние после оперативного лечения щитовидной железы. Гипотиреоз. Хроническая ЖДА легкой степени. Энцефалопатия смешанного генеза. С 25.02.16г. состояние ухудшается, отказывается от приема пищи и жидкости, нарастают шлаки, в связи с чем переведена в психосоматическое отделение.

При переводе продуктивному контакту недоступна. Речь невнятная, тихая. На вопросы не отвечает. Испытывает страхи, тревогу. Поведением обнаруживает зрительные обманы восприятия. В связи с отказом от приема пищи введен назогастральный зонд. Физиологические отправления не контролирует, пользуется памперсами. Нарастают шлаки крови (креатинин до 466). В последующем неоднократно осмотрена терапевтом, неврологом, проведена консультация с нефрологом, даны рекомендации (препараты железа, витамины, преднизолон, мочегонные, элтироксин, антибиотики, цитофлавин), дообследование. С 04.03.16г. отмечается положительная динамика. Самостоятельно принимает пищу, жидкость, не поперхивается. Стала понимать, что находится в больнице. Частично дает сведения о себе. Самостоятельно передвигается. Выглядит растерянной, не отрицает, что испытывает страхи. С трудом формулирует свои мысли. Не всегда может сказать, где находится. Не всегда понимает и выполняет просьбы.

Осмотрена совместно с зав. кафедрой неврологии, установлен клинический **диагноз:**

Энцефалопатия 3 ст. смешанного генеза, дисциркуляторно-метаболическая. Наружная, внутренняя гидроцефалия. Множественные очаги, лейкоареоз. Псевдобульбарные расстройства. Гипертоническая болезнь. ХПН-2. Состояние после резекции щитовидной и паращитовидной желез, послеоперационный гипотиреоз. Гипопаратиреоз. Синдром когнитивных нарушений, коркового и подкоркового разобщения.

В дальнейшем состоянии определялось расстройствами памяти и интеллекта. Не могла вспомнить события до госпитализации, факта перевода в др. отделение, путалась в календарной дате, не могла сказать в каком году закончила ВУЗ, путалась в анамнестических сведениях. Выглядела растерянной, тревожной. Постоянно спрашивала о родных. Переживаниями до конца не делилась. Стали отмечаться бессудорожные пароксизмальные эпизоды, например: ложилась под кровать; падала с кровати, при этом была неопытна мочой; эпизоды эти амнезировала. Про-

ведено ЭЭГ, выявлены признаки повышенной судорожной готовности.

Осмотрена неврологом, рекомендован прием депакина. Состояние с положительной динамикой - стала адекватнее, восстановилась память, но амнезировала острый период пребывания в стационаре, полностью правильно стала ориентироваться во всех сферах. Улучшилось настроение, уменьшилась тревога. Появилась критика к заболеванию. В биохимическом анализе крови уменьшился уровень креатинина, мочевины. Взят биоптат кожи, но в исследуемом материале гранулярных осмиофильных включений, характерных для данной патологии, выявлено не было. Для подтверждения диагноза ЦАДАСИЛ получен результат нейровизуализации головного мозга родного брата пациентки, где обнаружены идентичные изменения. Проведена МСЭ, определена 2 группа инвалидности. Из отделения выписалась.

Обсуждение

Таким образом, у нашей больной имелся клинический симптомокомплекс, включавший повторные транзиторные нарушения мозгового кровообращения с полным регрессом неврологической симптоматики, эпилептический синдром с простыми и сложными парциальными приступами. В биохимическом анализе крови выявлено повышение креатинина и мочевины, что указывает на возможное идентичное повреждение мелких артерий почек. В то же время по данным нейровизуализации выявлена картина выраженных проявлений с дисциркуляторной энцефалопатией с множественными очагами постишемического глиоза, мелких лакунарных кист. Проведена биопсия кожного лоскута, но изменения характерные для синдрома ЦАДАСИЛ не выявлены (чувствительность данной процедуры не превышает 45 %). Критериями подтверждающими данное заболевание, являются возраст пациентки на начало болезни (раньше 50 лет), нарушения настроения (тревожно-депрессивная симптоматика), снижение когнитивных функций, наличие отягощенной наследственности (подобная симптоматика, идентичная картина МРТ у родного брата пациентки; мать наблюдалась с диагнозом рассеянный лейкоэнцефаломиелит, страдала деменцией, умерла в возрасте 49 лет) что позволило нам поставить диагноз: ЦАДАСИЛ - синдром — достоверный, с повторными нарушениями мозгового кровообращения, аффективной симптоматикой, снижением когнитивных функций, симптоматической эпилепсией с простыми и сложными парциальными приступами амбулаторного автоматизма.

Заболевание нашей пациентки началось в раннем возрасте (33 года), с нескольких эпизодов нарушения мозгового кровообращения, с быстрой редукцией неврологической симптоматики. Это один из критериев синдрома ЦАДАСИЛ. Наблюдалась с диагнозом энцефалопатия. По МРТ выявлены признаки сосудистой энцефалопатии, внутренней гидроцефалии. Выраженных аффективных и когнитивных расстройств на этом этапе не отмечалось. В течение 2015 года присоединилась тревожно-фобическая симптоматика с когнитивными расстройствами умеренной степени, в связи с чем впервые находилась на лечении в психиатрической больнице. Состояние рассматривалось как органическое тревожно-депрессивное расстройство при смешанном заболевании, учитывая перенесенные эпизоды НМК, а также отягощенный соматический анамнез. После выписки психическое состояние утяжелилось, с присоединением бредовой симптоматики, галлюцинаторных расстройств, возбуждения, нарушением сознания, когнитивными нарушениями, псевдобульбарными расстройствами, утратой гигиенических навыков. Все это также наблюдается в клинической картине ЦАДАСИЛ. В данном случае все эти симптомы имели обратное развитие на фоне симптоматической терапии. Позже в клинике стали отмечаться бессудорожные пароксизмальные эпизоды, на ЭЭГ выявлена повышенная судорожная готовность. Все это также наблюдается в клинической картине ЦАДАСИЛ синдрома. Кроме того получено заключение МРТ головного мозга, где выявлены признаки ЦАДАСИЛ синдрома - картина выраженных проявлений с дисциркуляторной энцефалопатией с множественными очагами постишемического глиоза, мелких лакунарных кист. Повышение АД на высоте психоза связано с психотическими перереживаниями и стабилизировалось после краткосрочного курса лечения гипотензивными препаратами. Также стабилизировался уровень шлаков крови. Для классической картины при ЦАДАСИЛ синдроме не характерно повышение АД. В данном случае это может быть связано с патологией почек. В анамнезе есть указания на головную боль, но она не носит характер мигреноподобной. Головная боль появлялась чаще на фоне повышения АД и не имела четкой локализации.

Для окончательного подтверждения диагноза необходимо проведение повторного гистологического исследования кожи с разных участков, генетическое исследование, а также для уточнения специфичных изменений проведение биопсии почек.

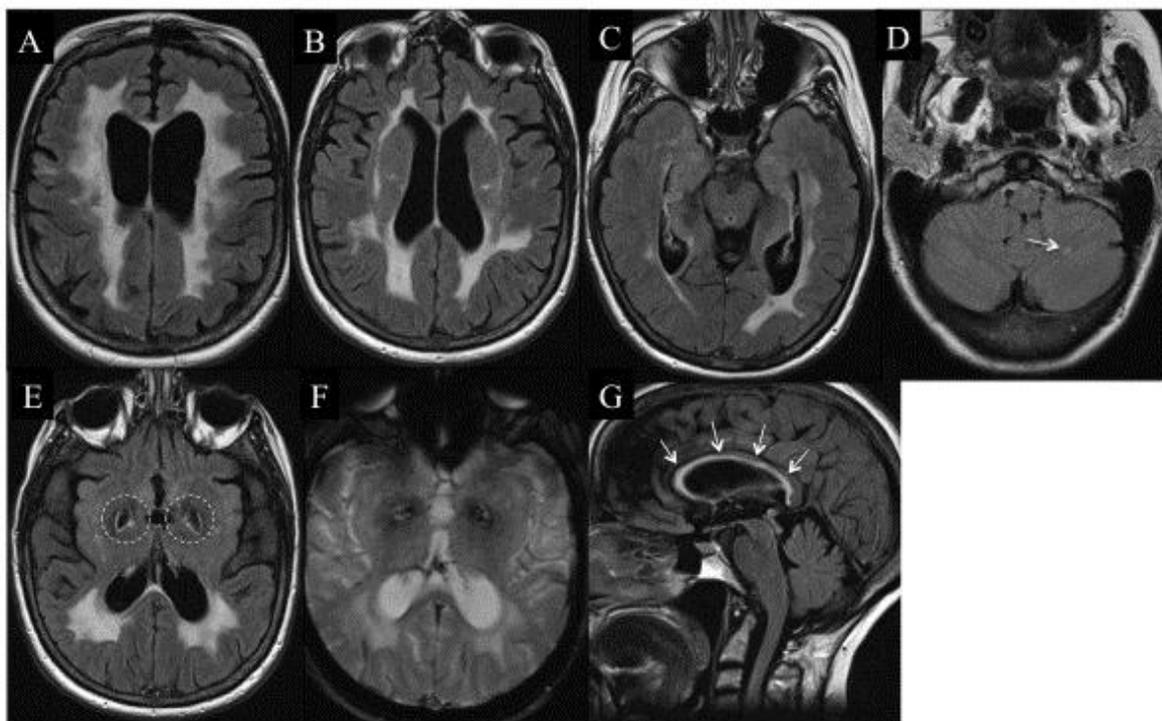


Рисунок 4. МРТ головного мозга пациента с ЦАДАСИЛ-синдромом.

Изменения, характерные для CADASIL (A), включая внешнюю капсулу (B), но с многочисленными атипичными выводами: отсутствие временного участка лепестка (C), мозжечковые поражения в левом полушарии (D, стрелка), большие двусторонние полости в паллидуме (E, пунктирные кружки) без каких-либо геморрагий на T2 последовательностях (F), а также поражение в мозолистом теле, которое было редко описано в CADASIL (G, стрелки).

Источник: Collongues N., Derache N., Blanc F. Inflammatory-like presentation of CADASIL: a diagnostic challenge. // BMC Neurol. – 2012, Aug. – P. 12-78.

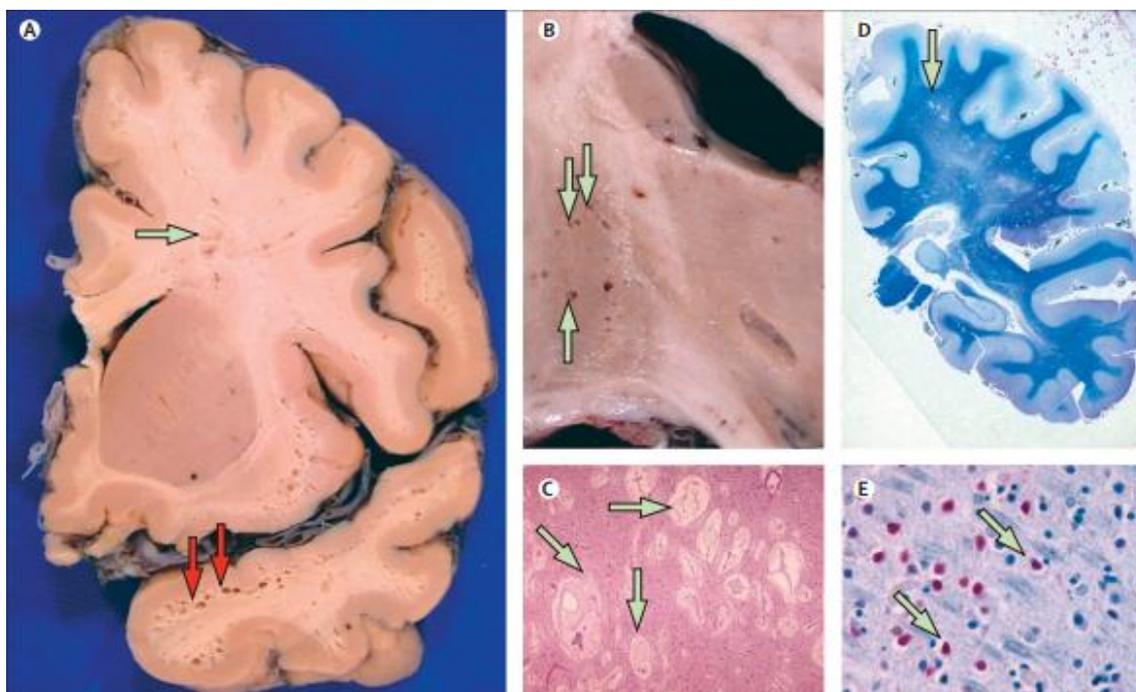


Рисунок 5. Патологические признаки ишемического поражения головного мозга

Источник: Этиология и методы диагностики церебральной аутосомно-доминантной артериопатии с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией // Молодежный научный форум: Естественные и медицинские науки: электр. сб. ст. по материалам XXIII студ. междунар. заочной науч.-практ. конф. — М.: «МЦНО». — 2015 — № 4(22) / [Электронный ресурс] — Режим доступа. — URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_nature/4\(22\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_nature/4(22).pdf).

Литература

1. Буссер М.Г. ЦАДАСИЛ — церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией / М.Г. Буссер, А. Жутель, Х. Шабрия // Неврологический журнал. — № 3. — 1997. — С. 20–25.
2. Евтушенко С.К., Евтушенко И.С. Мигрень и лакунарные инсульты как базисное проявление церебральной аутосомно-доминантной артериопатии с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией (CADASIL-синдром) // МНЖ. — 2011. — № 8(46). — С. 40–42.
3. Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией (ЦАДАСИЛ): первое описание российской семьи с идентифицированной мутацией в гене Notch3 / С.Н. Иллариошкин, П.А. Сломинский, М.И. Шадрина [и др.] // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. — 2008. — Т. 2, № 2. — С. 45–50.
4. Церебральная аутосомно-доминантная артериопатия с субкортикальными инфарктами и лейкоэнцефалопатией / Ю.В. Мозолевский, Т.А. Янакаева, Е.А. Мельникова [и др.] // Неврологический журнал. — № 2. — 2005. — С. 34–40.
5. Autosomal dominant leukoencephalopathy and subcortical ischemic strokes: a clinicopathological study / M. Baudrimont, F. Dubas, A. Joutel [et al.] // Stroke. — 1993. — Vol. 24. — P. 122–125.
6. CADASIL (cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy): clinical features and neuroimaging / H. Chabriat, A. Joutel, Vahedi [et al.] // Bull. Acad. Natl. Med. — 2000. — Vol. 184. — P. 1523–1531.
7. Davous P. CADASIL: a review with proposed diagnostic criteria / P. Davous // Eur. J. Neurol. — 1998. — Vol. 5, № 3. — P. 219–233.
8. Dichgans M. Cognition in CADASIL / M. Dichgans // Stroke. — 2009. — Vol. 40. — P. 45–47.
9. CADASIL: a common form of hereditary arteriopathy causing brain infarcts and dementia / H. Kalimo, M. Ruchoux, M. Viitanen [et al.] // Brain Pathol. — 2002. — Vol. 12. — P. 371–384.
10. Characteristics of CADASIL in Korea: a novel cysteine-sparing Notch3 mutation / Y. Kim, E.J. Choi, C.G. Choi [et al.] // Neurology. — 2006. — Vol. 66. — P. 1511–1516.
11. Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy: progression of MR abnormalities in prospective 7-year follow-up study / M.K. Liem, S.A. Lesnik Oberstein, J. Haan [et al.] // Radiology. — 2008a. — Vol. 249. — P. 964–971.
12. Homozygosity for a NOTCH3 mutation in a 65-year-old CADASIL patient with mild symptoms: a family report / M.K. Liem, S.A. Lesnik Oberstein, M.J. Vollebregt [et al.] // J. Neurol. — 2008b. — Vol. 255. — P. 1978–1980.
13. Markus H.S. Genes for stroke / H.S. Markus // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. — 2004. — Vol. 75. — P. 1229–1231.
14. Diagnostic strategies in CADASIL / H.S. Markus, R.J. Martin, M.A. Simpson [et al.] // Neurology. — 2002. — Vol. 59. — P. 1134–1138.
15. Muscle and skin biopsies are a sensitive diagnostic tool in the diagnosis of CADASIL / M. Mayer, A. Straube, R. Bruening et al. // J. Neurol. — 1999. — Vol. 246. — P. 526–532.
16. MRI hyperintensities of the temporal lobe and external capsule in the patients with CADASIL / M. O'Sullivan, J.M. Jrosz, R.J. Martin [et al.] // Neurology. — 2001. — Vol. 56. — P. 628–634.
17. Peripheral nerve and skeletal muscle involvement in CADASIL / J.M. Schroder, S. Zuchner, M. Dichgans [et al.] // Acta Neuropathol. (Berl.). — 2005. — Vol. 110. — P. 587–599.
18. Peripheral neuropathy in CADASIL / F. Sicurelli, M.T. Dotti, N. De Stefano [et al.] // J. Neurol. — 2005. — Vol. 252. — P. 1206–1209.
19. Lacunar lesion are independently associated with disability and cognitive impairment in CADASIL / A. Viswanathan, A. Gshwendther, J.-P. Guichard [et al.] // Neurology. — 2007. — Vol. 69. — P. 172–179.



Клиническая психология

УДК 616.8

АУТОАГРЕССИВНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЮНОШЕЙ, ИМЕЮЩИХ ОТЦА, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

А.В. Меринов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет имени акад. И.П. Павлова»

Аннотация. В данной работе проанализированы личностно-психологические показатели и характеристика суицидологического поведения молодых людей, которые воспитывались в семьях, где отец страдал алкогольной зависимостью. По сравнению с контрольной группой у юношей из данных семей достоверно выше встречаемость аутоагрессивных паттернов, как суицидальных, так и несуйцидальных. У них чаще обнаруживается «аддиктивный» личностно-психологический профиль. Полученные в ходе исследования данные, позволяют нам расширить понимание о негативном воздействии подобных семей на ребенка в процессе воспитания.

Ключевые слова. взрослые дети, выросшие в семье больных алкогольной зависимостью, аутоагрессия, алкогольная зависимость, суицидальное поведение.

AUTOAGGRESSIVE CHARACTERISTICS OF YOUNG MEN WITH THE FATHER, ARE DEPENDENT ON ALCOHOL

A.V. Merinov

Resume. In this article we have tried to highlight the personal, psychological, and suicidal characteristics of adolescent boys who were brought up in families where at least one of the parents suffered from alcohol dependence. Compared with the control group, the boys from families where the parent was providing significantly higher incidence of autoaggressive patterns as suicidal and resizecaller. In addition, these young men is more common "addictive" personality and psychological profile. Survey data allow us to increase the understanding of the negative impact of the family on the child in the process of education, to the same alcohol-dependent parents is important presuicidal factor for their children.

Keywords. Grown-up children brought up in families of the alcohol-addicted, alcoholic addiction, autoaggression.

Введение

Длительное время внимание ученых обращено на детей, которые воспитывались в семьях, где родители страдают от алкогольной зависимости. Около 40% взрослого населения США имеют близких родственников, страдающих от алкоголизма [1], а доля подростков, воспитывающихся в семьях с родителями, страдающими от алкоголизма составляет от 1:5 до 1:8 [2]. С учетом этих данных и данных отечественных авторов можно предположить, что число взрослых детей, воспитывавшихся в семье с алкогольными проблемами, составляет от 25% до 50% [3]. Ряд исследований сообщает, что значительное число людей, совершивших суицид, воспитывались в семье, где хотя бы один из родителей был болен алкогольной зависимостью [4]. В данной работе мы решили пойти «от обратного» и изучить аутодеструктивные паттерны у взрослых детей отцы которых зависимы от алкоголя.

Материалы и методы исследования

Для получения требуемых данных было проведено выборочное рандомизированное обследование студентов, в котором приняли участие 31 неженатый юноша, имеющий как минимум одного родителя, страдающего алкогольной зависимостью. Контрольная группа состояла из 100 юношей, не имеющих родителей, страдаю-

щих алкогольной зависимостью. Возраст в группах составил $21,4 \pm 2,2$ года и $21,4 \pm 1,7$ года соответственно.

В качестве диагностического инструмента мы использовали модифицированный опросник, направленный на выявление аутоагрессивных паттернов в прошлом и настоящем [5]. Для оценки личностно-психологических показателей в группах была использована батарея тестов, состоящая из: теста диагностики преобладающих психологических защитных механизмов, опросника для диагностики специфики переживания гнева STAXI, теста Mini-Mult.

Обработку данных и статистический анализ проводили посредством параметрических и непараметрических методов математической статистики (с использованием критериев Стьюдента и Вилкоксона). Выборочные дескриптивные статистики в работе представлены в виде $M \pm m$ (средней \pm стандартное квадратичное отклонение).

Результаты и их обсуждение

Суицидологические особенности юношей, выросших в семьях, где отец страдал алкогольной зависимостью, значимо отличающие их от контрольной группы, приведены в таблице 1.

Таблица 1

Суицидологические спецификации юношей, имеющих и не имеющих отца, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Алкоголизм отца	
	да	нет
Суицидальная аутоагрессия		
Суицидальная попытка в анамнезе	16,13%	0%
Суицидальные мысли в анамнезе	32,26%	4,0%
Несуицидальные аутоагрессивные паттерны и предикторы саморазрушающего поведения		
Суицидальная попытка у родственника	12,9%	2,0%
Моменты острого одиночества	61,29%	26,0%
Моменты безысходности	45,16%	22,0%
Склонность к перееданию, отказу от пищи	35,48%	16,0%
Отсутствие «смысла жизни»	22,58%	6,0%
Нанесение себе самоповреждений	32,26%	8,0%
Употребление наркотических веществ (несистематическое)	32,26%	14,0%
Склонность к неоправданному риску	51,61%	24,0%

Из таблицы видно, что в группе юношей, воспитанных в семье, где родитель был болен алкогольной зависимостью достоверно выше встречаемость классических суицидальных реакций, то есть мыслей о суициде и суицидальных попыток по сравнению с контрольной группой.

Эти показатели согласуются с данными, которые приводят другие исследователи [4]. Кроме этого, суицидальные попытки у близких родственников детей из «алкогольных» семей, встречается более чем в два раза чаще, чем в контрольной группе.

Такие предикторы суицидального поведения, как отсутствие «смысла жизни», чувство одиночества и безысходности в большей мере характеризуют именно юношей из семей, где родитель страдал алкогольной зависимостью.

В этой группе так же достоверно чаще встречаются такие паттерны несуйцидального аутоагрессивного поведения как эпизоды импульсивного приёма психоактивных веществ, склонность к рискованному поведению, нанесение себе самоповреждений.

Личностно-психологические характеристики исследуемой группы представлены в таблице 2.

Таблица 2

Личностно-психологические характеристики юношей, имеющих и не имеющих отца, страдающего алкогольной зависимостью (пары сравнений с $p < 0,05$)

Признак	Алкоголизм отца	
	да	нет
Шкала Mini-Mult Pt (7)	5,3±3,2	3,9±2,9
Использование защитного механизма «Замещение»	4,3±2,0	2,7±2,4
Шкала теста STAXI AX/IN (направленность гнева на себя)	15,4±5,1	11,6±2,8
Шкала теста STAXI AX/OUT (направленность гнева вне)	15,2±3,1	12,2±2,9

В группе юношей имеющих родителя с алкогольной зависимостью, отмечаются высокие показатели шкалы Mini-Mult Pt (7), которые говорят о доминировании в группе психастенических черт характера (высокий уровень тревожности, нерешительность, гложущие сомнения), что в общем, сходится с характеристиками «взрослых детей алкоголиков» и самих аддиктов, описанных в литературе [1].

Так же обращает на себя внимание частота использования такого защитного психологического механизма, как замещение (смещение), суть которого заключается в том, что проявление инстинктивного (например, гнев) импульса переадресовывается от более угрожающего объекта или личности к менее угрожающему. Часто смещение импульса направлено против себя самого: враждебные импульсы, адресован-

ные другим, переадресуются себе, что вызывает ощущение подавленности или осуждение самого себя. Данный механизм хорошо иллюстрирует тип совладания с внутрисемейными конфликтами в семьях аддиктов, где очень часто вербальная и невербальная агрессия направляется на ребёнка, который ей противостоять не в состоянии.

Обращает внимание то, что значения коэффициентов, отражающих направленность гнева и агрессии (AX/IN и AX/OUT) у юношей, воспитанных в «алкогольных» семьях, достоверно превышают эти показатели у детей, родители которых не страдали алкогольной зависимостью.

Если говорить о результатах сравнения групп юношей в общих чертах, то сразу видно, что аутоагрессивные паттерны (суицидального и несуйцидального характера) достоверно преобладают в группе юношей, имеющих как минимум одного родителя, страдающего от алкогольной зависимости. Все показатели в среднем в 2-4 раза больше, чем в контрольной группе.

Личностно-психологические характеристики (психастеничность, гнев и агрессия, направленная и на себя благодаря замещению) отражают фон, способствующий реализации аутодеструктивных паттернов.

Выводы

Данные полученные в настоящей работе, в целом соответствуют данным, полученным при исследовании завершённых суицидальных попыток у подростков, демонстрируя значимо более высокие показатели суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии у юношей, воспитанных в семье, где отец страдал алкогольной зависимостью.

Психологический фон группы является способствующим возникновению и реализации антивитальных тенденций.

В результате исследования, выяснено, что дети, воспитанные в семьях, где отец страдал алкогольной зависимостью, принадлежат к группе повышенного суицидального риска, что диктует необходимость разработки соответствующих мероприятий превентивного суицидологического характера.

Литература

1. Hall C.W., Webster R.E. Traumatic symptomatology characteristics of adult children of alcoholics / C.W. Hall, R.E. Webster // J. Drug Educ. - 2002. - Vol. 32. - № 3. - P. 195-211.
2. Jordan S. The promotion of resilience and protective factors in children of alcoholics and drug addicts / S. Jordan // Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. - 2010. - №. (53) 4. - P. 340-346.
3. Москаленко В.Д. Наркологические, психопатологические нарушения, психологические проблемы в популяции взрослых сыновей и дочерей больных зависимостями / В.Д. Москаленко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 2006. - № 3. - С. 55-61.
4. Положий Б.С. Суицидальное поведение (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты) / Б.С. Положий. - М.: РИО «ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. - 232 с.
5. Шустов Д.И., Меринов А.В. Диагностика аутоагрессивного поведения при алкоголизме методом терапевтического интервью. Пособие для врачей психиатров-наркологов и психотерапевтов / Д.И. Шустов, А.В. Меринов. - Москва, 2000. - 20 с.



Сестринское дело в психиатрии

УДК: 616.89-053.5-082.8

СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ ООД: РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ОБЩЕСТВЕННО ОПАСНЫХ ДЕЙСТВИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСИХОЗАМИ

Т.А. Воронкова, А.А. Аплетаяев, Е.П. Гирфанова, Т.И. Скотникова

Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова»

Аннотация. Общественно опасных действия психически больных представляет одну из наиболее важных проблем психиатрии. Были изучены социальные характеристики психически больных, совершивших общественно опасные деяния, показана роль фельдшера в профилактике опасных действий у пациентов с психозами. Разработаны методические материалы для оценки возможных социальных последствий психоза, а также информационные материалы для родственников психически больных.

Ключевые слова. Общественно опасных действия психически больных, средний медицинский персонал.

SOCIAL CHARACTERISTICS OF MENTALLY PATIENTS WITH CRIME: THE ROLE OF NURSES IN PREVENTION OF PUBLICALLY HAZARDOUS ACTIONS IN PATIENTS WITH PSYCHOSIS

Т.А. Voronkova, A.A. Apletayev, E.P. Girfanova, T.I. Skotnikova

Resume. The socially dangerous actions of the mentally ill represent one of important problems of psychiatry. We have studied the social characteristics of mentally ill people who have committed socially dangerous acts, the role of a paramedic in the prevention of dangerous actions in patients with psychoses is shown. Methodical materials for assessing the possible social consequences of psychosis, as well as information materials for relatives of mentally ill patients, have been developed.

Keywords. Socially dangerous actions of mentally ill, nursing in psychiatry.

Актуальность проблемы. Общественно опасных действия (ООД) психически больных представляет одну из наиболее важных проблем психиатрии. Общественно опасные действия психически больных по своему характеру отличаются от преступлений психически здоровых лиц. Статистические данные показывают, что частота ООД больных в состоянии психоза и в целом с лиц с психическими заболеваниями в России за 10 лет возросла на 10,2 %; средний ежегодный прироста 1 %. Число ООД, совершаемых больными в состоянии психоза, превалирует в структуре общей криминальной активности психически больных; суммарное число ООД за 10 лет выросло более чем в 2 раза. Примечательно, что зачастую деликты возникают абсолютно непредсказуемо, подчиняясь непрогнозируемой динамике психотического состояния. И фактически любой человек может столкнуться с данным явлением. Безусловно, наиболее часто в подобных ситуациях оказываются медицинские работники разных специальностей. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости усиления мер первичной и вторичной профилактики ООД психически больных в состоянии психоза с акцентом на профессиональном функционале средних медицинских работников.

Целью исследования: показать роль фельдшера в профилактике общественно опасных действий у пациентов с психозами.

Нами решались следующие задачи:

1) изучение литературы по вопросам факторов риска развития правонарушений / общественно опасных действий у пациентов, страдающими психическими расстройствами в состоянии психоза;

2) проведение анализа ООД у психически больных в состоянии психоза по данным БУ-300 «КПБ им. Н.Н. Солодникова»;

3) анализ факторов риска ООД у пациентов с психозами с разработкой специализированных опросников для фельдшеров ФАПов («Выявление психотических состояний», «Выявление факторов риска ООД»);

4) изучение мер медицинской профилактики ООД у пациентов с психозами, разработка памятки для родственников психически больных по своевременному выявлению предвестников развития рецидива заболевания и профилактики ООД.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в 2016 году на базе Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодникова». В исследовательскую группу вошли 90 пациентов молодого и среднего возраста (до 50 лет) мужского пола с

психозами эндогенной этиологии, которые совершили ООД, были признаны невменяемыми и проходили принудительное лечение в отделениях специализированного типа. Проводился анализ тематической литературы, социально-демографическое и клинико-динамическое исследование выборки.

История взглядов на общественную опасность психически больных отражает взгляды на сущность душевного заболевания в различные исторические периоды. В XIX и начале XX веков ведущая роль в генезе ООД отводилась самому психическому расстройству. Среди криминогенных психопатологических факторов выделяли бредовые идеи, эмоциональное огрубление и морально-этическое снижение. В современном российском законодательстве согласно ст. 434 УПК РФ, «связь психического расстройства лица с опасностью для него или других лиц, либо возможностью причинения им иного существенного вреда» является одним из обстоятельств, подлежащих доказыванию. Общие основания для применения принудительных мер медицинского характера сформулированы в ст. 97 УК РФ. Ее вторая часть указывает, что принудительные меры медицинского характера назначаются в случаях, «когда психические расстройства связаны с возможностью причинения этими лицами иного существенного вреда либо с опасностью для себя или других лиц». Таким образом, уголовное право в данном случае подразумевает потенциальную опасность, что обуславливает необходимость смыслового наполнения термина «потенциальная общественная опасность».

Квалификация особо опасных действий совершенными пациентами с психическими расстройствами учитывает ряд клинико-динамических параметров: характер, тяжесть, близость во времени, частоту и вероятность деликтов, ситуацию, условия, влияющие на вероятность.

Психопатологическое состояние не предопределяет полностью совершение ООД, которое определяется также динамическими, социальными, криминологическими и психологическими факторами.

Психозы – выраженное расстройство психики, проявляющееся полностью или преимущественно резким неадекватным отражением окружающей действительности с нарушением поведения, изменением различных сторон психической деятельности, что проявляется нарушением поведения и возникновением не свойственных нормальной психике явлений (галлюцинаций, бреда, психомоторных, аффек-

тивных расстройств, помрачения сознания и др.). Различают острые и хронические психозы. Острые психозы протекают преимущественно по типу острых экзогенных реакций. Возможность острого начала эндогенных психозов остается дискуссионной. Считается, что в большинстве случаев при этом имеет место экзогенная провокация эндогенного заболевания. Хронические психозы характеризуются многолетним, чаще всего прогрессирующим течением, с образованием специфических личностных дефектов в когнитивной и эмоционально сфере.

В России на основании статистической отчетности за 10-летний период число особо опасных действий завершённых пациентами с психическими расстройствами увеличилось на 10,2 % (средний ежегодный темп прироста составил 1 %). В целом по РФ из числа лиц, направленных на СПЭ в 2015 г., лица с психическими расстройствами составили 71,3 % (94,6 тыс. чел.), а психически здоровые — 28,7 % (38,1 тыс. чел.).

Результаты клинико-демографического исследования. При изучении медицинской документации, в качестве источника сведений о пациентах нами использовались: истории болезни пациентов, находившихся на стационарном принудительном лечении, амбулаторные карты пациентов, беседы с пациентами и их родственниками. Мы разделили пациентов на две группы.

В первой группе (основная группа) у 60 человек характер ООД, совершенных пациентами обусловлен характером синдрома, т.е. психическое заболевание существовало до ООД и моделировало его характер.

Во второй группе (группа сравнения) у 30 человек общественно опасные действия отнесены к ситуационно-спровоцированным и инициативным ООД. В этих случаях больной является непосредственным участником или инициатором криминальной ситуации, а психические расстройства являются своего рода «поломаным инструментом». Преобладающими в этой группе являются негативные и психопатологические расстройства.

В основной группе обследованных доля больных с низким уровнем образования составила 41,6%. При оценке трудового статуса оказалось, что доля лиц, не имеющих постоянного места работы составила 76,4%. Сравнение по уровню доходов пациентов определило долю лиц с низким материальным статусом в 64%. Обобщенная характеристика социального статуса пациентов основной группы представлена на рисунке 1.

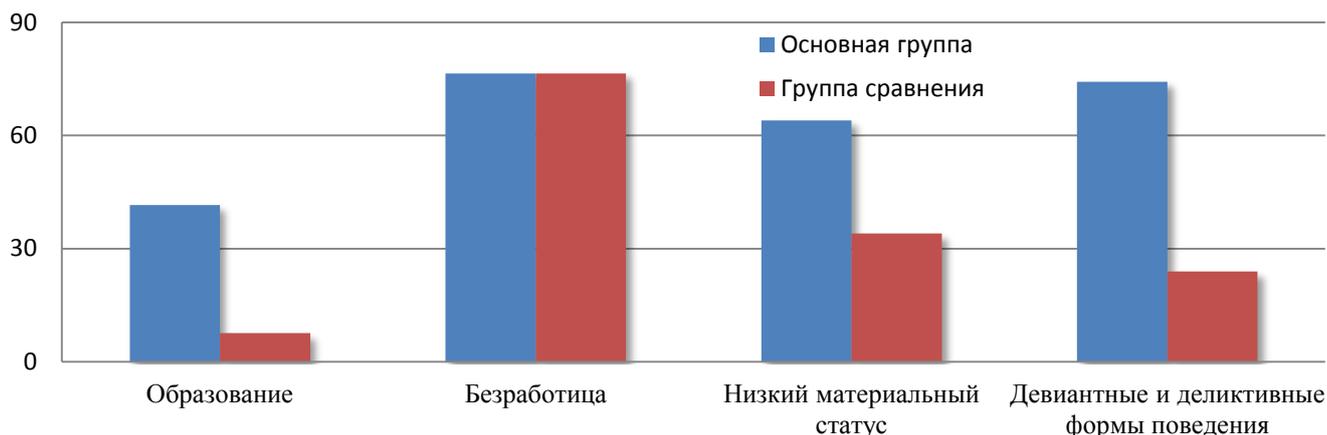


Рисунок 1. Социальный статус в пациентов, перенесших психоз и совершивших ООД

Правильная оценка уровня опасности пациента возможна лишь с учетом всего комплекса выделенных факторов, участвующих в реализации противоправного деяния.

Изучив анализ факторов риска совершения ООД пациентами в состоянии психоза нами был разработан опросник для ранней диагностики психотических расстройств для фельдшера ФАПов (приложение 1) и памятка для родственников пациентов, страдающих психическими расстройствами для своевременного выявления предвестников развития рецидива заболевания и профилактики общественно опасных действий у таких пациентов (приложение).

Все разработанные материалы будут эффективно влиять на снижение уровня повторных общественно опасных действий у пациентов с психическими расстройствами, а также будут помогать выявлять рецидивы заболеваний. Из всего вышесказанного роль фельдшера в профилактике общественно опасных деяний у пациентов с психозами велика, а своевременно проведенные профилактические мероприятия будут влиять не только на прогноз, но и повышение качества жизни пациентов и их родственников. Добиться этого можно внедряя разработанные методические материалы с догоспитального этапа.

Приложение 1

ОПРОСНИК ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ПСИХОЗА

Анкета поможет Вам распознать первые признаки, свидетельствующие о повышенном риске возникновения психоза. Просматривая вопросы, положитесь на Ваши чувства и давайте ответы, соответствующие Вашей личной ситуации.

Если на некоторые из предположенных вопросов Вы дадите положительно, это еще не значит, что Вы автоматически относитесь к группе повышенного риска, просто в данном случае Вам не мешало бы побеседовать о Ваших проблемах с психиатром.

Какие из перечисленных ниже пунктов обратили на себя Ваше внимание за последние 6 месяцев, какие из них расстроили Вас или привели в подавленное состояние?

1.	Вы стали менее разговорчивыми и больше замыкаетесь себе, не желая иметь с другими ничего общего.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
2.	По отношению к другим Вы испытываете неуверенность и нерешимость.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
3.	Неделями подряд Вы находились в подавленном, печальном настроении или пребывали в отчаянии.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
4.	Вы стали хуже спать – напр. Вам трудно заснуть, Вы несколько раз за ночь просыпаетесь или просыпаетесь раньше, чем обычно, у Вас нарушился аппетит, Вы стали есть больше или меньше обычной нормы.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
5.	У Вас значительно замедлилось движения, мышление и речь.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
6.	У Вас заметно снизилась мотивация и выносливость в учебе, в профессиональном обучении и при организации досуга.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
7.	Вы стали реже обращать внимание на Ваши личные потребности или уделять внимание вопросам здоровья, питания, личной гигиены, одежды,	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

	поддержания порядка в доме.		
8.	Вы стали часто нервничать, беспокоиться или испытывать внутреннее напряжение.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
9.	По сравнению с прошлым Вам стали чаще вступать в споры и дискуссии с родственниками, друзьями и другими окружающими вас людьми.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
10.	Иногда ваши мысли путаются	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
11.	Вас стало чаще казаться, будто окружающие хотят одурачить, использовать или обмануть Вас.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
12.	Вам все больше стало казаться, что определенные события в течении дня (напр. Какие-то признаки или послания, которые Вы замечаете вокруг себя) имеют К вам непосредственное отношение или предназначены только для Вас	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
13.	Ваше привычно окружение иногда кажется Вам нереальным или чужим (напр. по-особенному выразительными, волнующими, угрожающими)	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
14.	Вы с необычной интенсивностью и ясностью воспринимаете шумы и цвета вокруг себя. Иногда Вам кажется, что вещи или люди внешне изменились, утратили форму или объём.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
15.	Иногда одни Ваши мысли вдруг перебиваются или нарушаются другими мыслями.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
16.	Иногда Вам кажется, будто за Вами пристально следят, наблюдают или Вам что-то угрожает.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет
17.	Вы видите, слышите, ощущаете на вкус или запах то, что не воспринимают другие люди.	<input type="radio"/> Да	<input type="radio"/> Нет

Наше желание Вам распознать пусть даже незначительный риск возникновения заболевания становится с тем фактом, что многие респонденты при заполнение анкеты отвечают положительно на некоторые вопросы.

Даже если Вы ответите «да» на три или более вопроса из первых тринадцати предложенных, это еще не значит, что Вам угрожает психоз. Даже наличие таких переживаний, о которых идет речь в пунктах 14 - 17 и которые с большей вероятностью можно отнести к психотическим симптомам, еще мало по себе ни о чем не свидетельствует. Не стоит сильно тревожиться, если Вы обнаружили у себя некоторые приведенные в анкете состояния.

Многие физические и психические изменения, о которых идет речь в анкете, могут иметь абсолютно разные причины; возможно, так организм реагирует на неблагоприятные жизненные обстоятельства или стресс. Особенно многозначными и нехарактерными являются первые девять пунктов. Тем не менее, они были внесены в анкету, потому что многие больные описывают именно эти симптомы в связи с началом психоза.

Приложение 2

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Под психозами (психотическими расстройствами) понимают самые яркие проявления психических заболеваний, при которых психическая деятельность больного не соответствует окружающей действительности, отражение реального мира в сознании резко искажено, что проявляется в нарушениях поведения, появлении несвойственных в норме патологических симптомов и синдромов.

Кто они - душевнобольные?

На протяжении веков в обществе формировался собирательный образ душевнобольного. К сожалению, в представлении все еще многих людей - это неопрятный, небритый человек с горящим взором и явным или тайным желанием наброситься на окружающих. Душевнобольных боятся, потому что, якобы, «невозможно понять логику их поступков». Психические болезни считают ниспосланными свыше, передающимися строго по наследству, неизлечимыми, заразными, ведущими к слабоумию. Многие полагают, что причиной душевных заболеваний являются тяжелые условия жизни, длительные и тяжелые стрессы, сложные внутрисемейные отношения, отсутствие сексуальных контактов. Душевнобольных считают или «слабаками», которые просто не могут взять себя в руки или, впадая в другую крайность, изощренными, опасными и безжалостными маньяками, совершающими серийные и массовые убийства, сексуальные насилия. Полагают, что люди, страдающие психическими расстройствами, не считают себя больными и не способны думать о своем лечении.

К сожалению, родственники больного часто усваивают типичные в обществе взгляды и начинают относиться к несчастному в соответствии с господствующими в обществе заблуждениями. Нередко семьи, в которых появился душевнобольной, во что бы то ни стало стремятся скрыть свою беду от окружающих и тем самым еще более усугубляют ее, обрекая себя и больного на изоляцию от общества.

Психическое расстройство - такое же заболевание, как и все другие. Нет причин стыдиться того, что эта болезнь проявилась в вашей семье. Болезнь имеет биологическое происхождение, т.е. возникает в результате нарушения обмена ряда веществ в головном мозге. Страдать психическим расстройством - примерно то же самое, что болеть диабетом, язвенной болезнью или другим хроническим заболеванием. Душевная болезнь не является признаком моральной слабости. Душевнобольные люди не могут усилием воли устранить симптомы болезни, так же как усилием воли невозможно улучшить зрение или слух. Психические болезни не заразны. Заболевание не передается воздушно-капельным или иным путем заражения, поэтому невозможно заболеть психозом, тесно общаясь с больным. Согласно статистическим данным случаи агрессивного поведения среди душевнобольных встречается реже, чем среди здоровых людей. Фактор наследственности у больных психическими заболеваниями проявляется так же, как у больных онкологическими заболеваниями или сахарным диабетом. Если больны двое родителей - ребенок заболевает примерно в 50% случаев, если один - риск составляет 25%. Большинство людей с психическими расстройствами понимают, что они больны, и стремятся к лечению, хотя на начальных стадиях болезни человеку трудно ее принять. Способность человека принимать решения относительно собственного лечения значительно повышается, если члены его семьи занимают заинтересованную позицию, одобряют и поддерживают его решения. И, конечно, не стоит забывать, что многие гениальные или знаменитые художники, писатели, архитекторы, музыканты, мыслители страдали серьезными психическими расстройствами. Несмотря на тяжелый недуг, им удалось обогатить сокровищницу человеческой культуры и знаний, обессмертить свое имя величайшими достижениями и открытиями.

Признаки начинающегося заболевания или обострения

Для родственников, чьи близкие страдают тем или иным психическим расстройством, может оказаться полезной информация о начальных проявлениях психоза или о симптомах развернутой стадии заболевания. Тем более полезными могут оказаться рекомендации о некоторых правилах поведения и общения с человеком, находящимся в болезненном состоянии. В реальной жизни часто бывает трудно сразу понять, что происходит с Вашим близким, особенно если он напуган, подозрителен, недоверчив и не высказывает прямо никаких жалоб. В таких случаях можно заметить лишь косвенные проявления психических расстройств. Психоз может иметь сложную структуру и сочетать галлюцинаторные, бредовые и эмоциональные расстройства (расстройства настроения) в различных соотношениях. Приведенные ниже признаки могут появляться при заболевании все без исключения, либо же по отдельности.

Проявления слуховых и зрительных галлюцинаций:

- Разговоры с самим собой, напоминающие беседу или реплики в ответ на чьи-то вопросы (исключая замечания вслух типа "Куда я подевал очки?").
- Смех без видимой причины.
- Внезапное замолкание, как-будто человек к чему-то прислушивается.
- Встревоженный, озабоченный вид; невозможность сосредоточиться на теме разговора или определенной задаче.
- Впечатление, что ваш родственник видит или слышит то, что вы воспринять не можете.

Появление бреда можно распознать по следующим признакам:

- Изменившееся поведение по отношению к родственникам и друзьям, появление необоснованной враждебности или скрытности.
- Прямые высказывания неправдоподобного или сомнительного содержания (например, о преследовании, о собственном величии, о своей неискупимой вине.)
- Защитные действия в виде зашторивания окон, запираания дверей, явные проявления страха, тревоги, паники.
- Высказывание без явных оснований опасений за свою жизнь и благополучие, за жизнь и здоровье близких.
- Отдельные, непонятные окружающим многозначительные высказывания, придающие загадочность и особую значимость обыденным темам.
- Отказ от еды или тщательная проверка содержания пищи.
- Активная сутяжническая деятельность (например, письма в милицию, различные организации с жалобами на соседей, сослуживцев и т.д.).

Как реагировать на поведение человека, страдающего бредом:

- Не задавайте вопросы, уточняющие детали бредовых утверждений и высказываний.
- Не спорьте с больным, не пытайтесь доказать своему родственнику, что его убеждения неправильны. Это не только не действует, но и может усугубить имеющиеся расстройства.

- Если больной относительно спокоен, настроен на общение и помощь, внимательно выслушайте его, успокойте и постарайтесь уговорить обратиться к врачу.

Заболел ваш родственник

Все члены семьи, где появился душевнобольной, вначале испытывают смятение, страх, не верят в случившееся. Затем начинаются поиски помощи. К сожалению, весьма часто в первую очередь обращаются не в специализированные учреждения, где могут получить консультацию квалифицированного психиатра, а, в лучшем случае, к врачам других специальностей, в худшем - к целителям, экстрасенсам, специалистам в области нетрадиционной медицины. Причиной этого является ряд сложившихся стереотипов и заблуждений. Многие люди испытывают недоверие к психиатрам, что связано с искусственно раздутой средствами массовой информации в годы перестройки проблемой так называемой «советской карательной психиатрии». С консультацией психиатра большинство людей в нашей стране до сих пор связывает различные тяжелые последствия: постановка на учет в психоневрологическом диспансере, поражение в правах (ограничение возможности вождения автотранспорта, выезда за границу, ношения оружия), угроза потери престижа в глазах окружающих, социальная и профессиональная дискредитация. Боязнь этого своеобразного клейма, или, как сейчас принято говорить, «стигмы», убежденность в сугубо соматическом (например, неврологическом) происхождении своего страдания, уверенность в неизлечимости психических расстройств методами современной медицины и, наконец, просто отсутствие понимания болезненного характера своего состояния заставляют заболевших людей и их родственников категорически отказываться от всяких контактов с психиатрами и приема психотропной терапии - единственной реальной возможности улучшить их состояние. Следует подчеркнуть, что после принятия в 1992 г. нового Закона РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» большинство из вышеперечисленных опасений являются безосновательными.

Печально знаменитый «учет» отменен уже десять лет назад, и в настоящее время визит к психиатру не грозит негативными последствиями. В наши дни понятие «учет» заменено понятиями консультативно-лечебной помощи и диспансерного наблюдения. К консультативному контингенту относятся больные с нетяжелыми и кратковременными психическими расстройствами. Помощь им оказывается в случае самостоятельного и добровольного обращения в диспансер, по их просьбе и с их согласия. Несовершеннолетним пациентам в возрасте до 15 лет помощь оказывается по просьбе или с согласия их родителей либо законных представителей их прав. В группу диспансерного наблюдения входят больные, страдающие тяжелыми, стойкими или часто обостряющимися психическими расстройствами. Диспансерное наблюдение может устанавливаться решением комиссии врачей-психиатров независимо от согласия лица, страдающего психическим расстройством, и осуществляется путем регулярных осмотров врачами психоневрологических диспансеров (ПНД). Прекращение диспансерного наблюдения осуществляют при условии выздоровления или значительного и стойкого улучшения состояния больного. Как правило, наблюдение прекращают при отсутствии обострений в течение пяти лет.

Следует отметить, что часто при появлении первых признаков душевного расстройства обеспокоенные родственники предполагают худшее - шизофрению. Между тем, как уже было сказано, психозы имеют и другие причины, поэтому каждый больной требует тщательного обследования. Иногда промедление с обращением к врачу чревато самыми тяжелыми последствиями (психотические состояния, развившиеся вследствие опухоли головного мозга, инсульта и т.д.). Для выявления истинной причины психоза необходима консультативная помощь квалифицированного психиатра с использованием сложнейших высокотехнологических методов. Вот еще почему обращение к нетрадиционной медицине, не располагающей всем арсеналом современной науки, может привести к непоправимым последствиям, в частности, к неоправданной задержке доставки больного на первую консультацию к психиатру. В итоге нередко в клинику больного привозит карета скорой помощи в состоянии острейшего психоза либо больной попадает на обследование в развернутой стадии психического заболевания, когда время уже упущено и налицо хроническое течение с формированием трудно поддающихся лечению негативных расстройств.

Больные с психотическими расстройствами могут получать специализированную помощь в ПНД по месту жительства, в научно-исследовательских учреждениях психиатрического профиля, в кабинетах психиатрической и психотерапевтической помощи при поликлиниках общего профиля, в психиатрических кабинетах ведомственных поликлиник.

Профилактическая терапия

Среди психотических расстройств различного происхождения психозы, развивающиеся в рамках эндогенных заболеваний, составляют львиную долю. Течение эндогенных заболеваний отличается длительностью и склонностью к рецидивированию. Именно поэтому в международных рекомендациях, касающихся продолжительности амбулаторного (поддерживающего, профилактического) лечения, четко оговариваются его сроки. Так, пациентам, перенесшим первый приступ психоза в качестве профилактической терапии необходимо принимать малые дозы препаратов в течение одного-двух лет. При возникновении повторного обострения этот срок увеличивается до 3-5 лет. Если же заболевание обнаруживает признаки перехода к непрерывному течению, срок поддерживающей терапии увеличивается на неопределенное время. Вот почему среди практических

психиатров обоснованно бытует мнение, что для лечения впервые заболевших больных (во время их первой госпитализации, реже амбулаторной терапии) следует предпринять максимальные усилия, провести как можно более длительный и полноценный курс лечения и социальной реабилитации. Все это окупится сторицей, если удастся уберечь больного от повторных обострений и госпитализаций, ведь после каждого психоза нарастают негативные расстройства, особенно трудно поддающиеся лечению.

Предотвращение рецидивов психозов

Уменьшению рецидивов психических заболеваний способствует упорядоченный повседневный стиль жизни, оказывающий максимальное терапевтическое воздействие и включающий в себя регулярные физические упражнения, разумный отдых, стабильный распорядок дня, сбалансированное питание, отказ от наркотиков и алкоголя и регулярный прием препаратов, назначенных врачом в качестве поддерживающей терапии.

Признаками приближения рецидива могут быть:

- Любые существенные изменения поведения, режима дня или активности больного (нестабильный сон, ухудшение аппетита, появление раздражительности, тревожности, смена круга общения и т.д.).
- Особенности поведения, которые наблюдались накануне прошлого обострения болезни.
- Появление странных или необычных суждений, мыслей, восприятий.
- Затруднения при выполнении обычных, несложных дел.
- Самовольное прекращение приема поддерживающей терапии, отказ посещать психиатра.

Заметив настораживающие признаки, примите следующие меры:

- Поставьте в известность лечащего врача и попросите решить, не нужно ли скорректировать терапию.
- Устраните все возможные внешние стрессовые воздействия на больного.
- Сведите к минимуму (в разумных пределах) все изменения в привычной ежедневной жизни.
- Обеспечьте больному как можно более спокойное, безопасное и предсказуемое окружение.

Во избежание обострения больному следует избегать:

- Преждевременной отмены поддерживающей терапии.
- Нарушения схемы приема лекарств в виде самовольного снижения дозировки либо нерегулярного их приема.
- Эмоциональных потрясений (конфликты в семье и на работе).
- Физических перегрузок, включающих как чрезмерные физические упражнения, так и непосильную работу по дому.
- Простудных заболеваний (ОРЗ, грипп, ангины, обострения хронического бронхита и т.д.).
- Перегревания (солнечной инсоляции, длительного нахождения в сауне или парной).
- Интоксикаций (пищевых, алкогольных, лекарственных и проч. отравлений).
- Смены климатических условий в период отпусков.

При любых первых возникших симптомах психоза следует сообщить обязательно врачу – психиатру либо фельдшеру

Литература

1. Абдразякова А.М., Булыгина В.Г. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации // Российский психиатрический журнал. – 2006. – № 3. – С.37-41.
2. Абдразякова А.М., Булыгина В.Г. Методы оценки эффективности психокоррекционных и тренинговых программ во время принудительного лечения психически больных // Методические рекомендации. – М., 2010. – 24 с.
3. Авидон И., Гончукова О. Тренинг взаимодействия в конфликте: Материалы для подготовки и проведения. – СПб.: Речь, 2008.
4. Агрессия и психическое здоровье. Монография / Под ред.: Дмитриевой Т.Б., Шостакович Б.В. – С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2002. – 464 с.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция сетевого журнала «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
 2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
 3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
 4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
 5. Перед названием статьи указывается УДК.
 6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
 7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
 8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
 9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
 10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
- Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.