

Омский психиатрический журнал

3 (37) 2023



Omsk Journal of Psychiatry

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

3(37)
2023

ISSN
2412-8805

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
/orj/index.shtml](http://omskoop.ru/orj/index.shtml)

E-mail: ompsy@mail.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины
Luis Gabriel Pacheco
"Soledad". 2017

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Александрова Н.В.
Омский государственный университет (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Клиника психических расстройств		Clinic of mental disorders
Клинический случай перикардита вследствие АИТ у пациентки с депрессивно-параноидным синдромом в течении шизофрении <i>А.Е. Долгушева, М.В. Берников, И.Л. Кутенкова, А.В. Затула</i>	3	A clinical case of pericarditis due to autoimmune thyroiditis in a patient with depressive-paranoid syndrome during schizophrenia. <i>Dolgusheva A.E., Bernikov M.V., Zatula A.V., Kutenkova I.L.</i>
Эпидемиология психических расстройств		Epidemiology of mental disorders
Результаты анонимного анкетирования в рамках мониторинга наркологической ситуации на территории Омской области <i>Д.С. Титов, А.С. Антонова, Е.В. Стельмах</i>	6	Results of an anonymous questionnaire in the framework of monitoring the drug situation in the Omsk region <i>D.S. Titov., A.S. Antonova., E.V. Stelmakh</i>
Психотерапия и реабилитация		Psychotherapy and rehabilitation
Опыт организации буккроссинга в отделении проведения амбулаторного принудительного лечения <i>Л.И. Кочергина, А.А. Альтерготт</i>	11	Experience in organizing bookcrossing in a branch conducting outpatient compulsory treatment <i>L.I. Kochergina, A.A. Altergott</i>
Клиническая психология		Clinical psychology
Особенности развития зрительной памяти у детей с легкой степенью умственной отсталости <i>Н.В. Федорова</i>	13	Features of visual memory development in children with a mild degree of mental retardation <i>N.V. Fedorova</i>
Новости психиатрии	15	

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Текущий выпуск «Омского психиатрического журнала» открывает статья специалистов Омской психиатрической больницы, посвященная клиническому наблюдению коморбидной психической и соматической патологии. Авторы описывают клинический случай перикардита вследствие АИТ у пациентки с депрессивно-параноидным синдромом в течении шизофрении. С точки зрения психиатрической диагностики представляют интерес следующие моменты: в целом первый эпизод психоза (не дошедший до клиники) и второй эпизод (первая госпитализация) имеют патокинез, сходный с эпизодами рекуррентной шизофрении. Затем после дебюта гипотиреоза статус приобрел вид дефицитарного — что имитировало течение параноидной шизофрении (или шубообразной, близкой к таковой) — за счет ограничения жизнедеятельности, вызванного гипотиреозом. После формирования эутиреоза, однако, проявления «шизофренического дефекта» редуцировались, и пациентка имеет достаточно высокий уровень социального функционирования — что соответствует клинической динамике шизофрении рекуррентной. Гипотиреоз, таким образом, повлиял на диагностику, имитировав нарастание эмоционально-волевого дефицита. При установлении причинной связи выявленной гиперпролактинемии нужно помнить, что она может быть связана как с приемом антипсихотиков, так и с повышенной секрецией тиреотропного гормона. Представленный клинический случай интересен из-за поздней диагностики гипотиреоза. Причиной поздней диагностики и лечения является неспецифичность клиники, постепенность ее нарастания. Также наличие психического расстройства усугубляло течение гипотиреоза, из-за выраженной депрессивной симптоматики, что не позволяло пациентке верно трактовать свое состояние, адекватно выполнять рекомендации врачей после обследования, осознавать важность выявленных у себя лабораторных и инструментальных изменений.

В статье наших коллег из Омского наркологического диспансера представлен анализ результатов анонимного анкетирования населения Омской области, проведенного в соответствии с методикой и порядком осуществления мониторинга наркологической ситуации, утвержденными Государственным антинаркотическим комитетом. В ходе исследования была выявлена «группа риска» потребителей нар-

котических средств, а также изучены факторы, влияющие на заболеваемость наркоманией.

Полученные данные стали основой для совершенствования профилактических мероприятий, направленных на предупреждение формирования и раннюю диагностику наркологических расстройств.

Вопросы реабилитации психически больных занимают одно из ведущих мест в системе оказания психиатрической помощи населению Омского региона. Отделение проведения амбулаторного принудительного лечения предназначено для осуществления амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, в отношении которых вынесено определение суда о назначении данной меры медицинского характера. В опубликованной статье рассказывается о позитивном опыте буккроссинга среди этих пациентов.

Продолжает текущий выпуск журнала статья, в которой анализируются характерные особенности развития зрительной памяти детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости.

Обращаем внимание наших читателей на репринт литературного обзора, посвященного теме биомаркеров при шизофрении. Последнее время многое делается для разработки биомаркеров шизофрении, особенно в таких клинически значимых областях как прогнозирование перехода в психоз у пациентов из группы риска и прогнозирование ответа на лечение при остром психозе. Что касается прогнозирования перехода в психоз, то авторы привели примеры хорошо валидированных мультимодальных алгоритмов, включающих структурную МРТ и клинические данные (а в некоторых случаях генетические и другие данные), которые достигли третьего этапа внешней валидации в процессе разработки. Что касается прогнозирования ответа на лечение, то также описано достаточно хорошо разработанные биомаркеры-кандидаты, основанные на фМРТ полосатого тела в состоянии покоя (FSA и SCI).

Хотя ни один из рассмотренных биомаркеров-кандидатов не доказал своей клинической полезности перечисленные кандидаты дают повод для оптимизма. Внешняя валидность этих наиболее перспективных кандидатов должна быть продемонстрирована независимыми группами или с помощью крупномасштабных исследований, за которыми должна последовать демонстрация клинической полезности.

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

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРИКАРДИТА ВСЛЕДСТВИЕ АИТ У ПАЦИЕНТКИ С ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫМ СИНДРОМОМ В ТЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

А.Е. Долгушева, М.В. Берников, И.Л. Кутенкова, А.В. Затула

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

dol1991@mail.ru

Аннотация

Сложность в диагностике гипотиреоза составляет малоспецифичность и высокое разнообразие симптомов, постепенность их нарастания. В статье представлен результат диагностики и лечения первичного гипотиреоза, где основным симптомом был массивный гидроперикард. Сложность диагностики представляло наличие у пациентки эндогенного заболевания. Некоторые симптомы гипотиреоза были расценены как нарастание эмоционально-волевого дефицита при шизофрении. Совместное назначение гормонозаместительной и антипсихотической терапии дало хороший результат в достижении ремиссии с восстановлением социальной адаптации, хорошим уровнем самообслуживания, живыми эмоциональными проявлениями, а так же с редукцией гидроперикарда и улучшением соматического состояния.

Ключевые слова: перикардит, аутоиммунный тиреоидит, шизофрения.

A CLINICAL CASE OF PERICARDITIS DUE TO AUTOIMMUNE THYROIDITIS IN A PATIENT WITH DEPRESSIVE-PARANOID SYNDROME DURING SCHIZOPHRENIA

A.E. Dolgusheva, M.V. Bernikov, A.V. Zatula, I.L. Kutenkova

Abstract. The difficulty in diagnosing hypothyroidism is the low specificity and high variety of symptoms and the gradual progression of their increase. The article presents the result of diagnosis and treatment of primary hypothyroidism, where the main symptom was massive hydropericardium. The difficulty of diagnosis was the presence of an endogenous disease in the patient. Some symptoms of hypothyroidism were regarded as an increase in emotional-volitional deficit in schizophrenia. The joint prescription of hormone replacement and antipsychotic therapy gave good results in achieving remission with restoration of social adaptation, a good level of self-care, lively emotional manifestations, as well as reduction of the hydropericardium and improvement of the somatic condition.

Keywords: pericarditis, autoimmune thyroiditis, schizophrenia.

Гипотиреоз – заболевание, вызванное дефицитом тиреоидных гормонов в организме. Различают первичный гипотиреоз, связанный с непосредственным снижением выработки гормонов самой щитовидной железой вследствие ее первичного поражения. Самыми частыми причинами развития могут быть аутоиммунный процесс, постинфекционный, деструкция после родов, либо идиопатическая атрофия железы. Вторичный гипотиреоз связан со снижением выработки тиреотропного гормона гипофизом в результате роста опухоли гипоталамо-гипофизарной зоны, либо в результате оперативного или лучевого воздействия на эту область. Наиболее часто встречается первичный гипотиреоз вследствие аутоиммунного тиреоидита, связанного с наличием в организме антител к тиреопероксидазе, либо к тиреоглобулину или к рецепторам ТТГ в щитовидной железе. АИТ встречается у лиц женского пола в 4-10 раз чаще чем у мужчин, дебют заболевания приходится на возраст 30-50 лет. Частота новых случаев у женщин составляет 3,5 случая на 1000 человек в год. Определенную сложность в диагностике заболевания составляет малоспецифичность и высокое разнообразие симптомов, которые часто ассоциируются с другими хроническими заболеваниями

ми. Дефицит тиреоидных гормонов ведет к снижению окислительно-восстановительных реакций в тканях, снижению анаболических и катаболических процессов, нарушению биосинтеза и распада белков, накоплению в тканях продуктов обмена, например гликозаминогликанов: гилауроновой и хондроитинсерной кислот, муцина, увеличению накопления натрия и воды в интерстиции, с чем связан отечный синдром и полисерозиты.

Также происходит нарушение метаболизма жиров, что приводит к повышению в крови холестерина и триглицеридов, нарушается всасывание и метаболизм глюкозы, что ведет к таким проявлениям, как ожирение, гипотермия, гиперхолестеринемия, сухость кожных покровов. Влиянием на все обменные процессы в организме обусловлена характерная для АИТ «маскировка» под другие заболевания. Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта приводят к появлению запоров, дискинезии желчевыводящих путей, прогрессированию ЖКБ.

Обменно-гипотермический синдром проявляется увеличением массы тела, утомляемостью, сонливостью, мышечной слабостью. Отмечаются репродуктивные изменения: повышение пролактина, снижение либидо, аменорея, бесплодие.

Со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдаются такие проявления как брадикардия, артериальная гипертензия, гидроперикард, снижение вольтажа на ЭКГ, удлинение QT. Проявления со стороны нервной системы: головные боли, нарушения памяти и внимания, подавленное и сниженное настроение, замедленность движения и речи, эмоциональная бедность.

Данное разнообразие и нетипичность клиники, длительность ее нарастания, приводит к несвоевременной диагностике и лечению АИТ, постановка диагноза идет после выявления сопутствующих симптомов, а так же пациенты вследствие нарастания депрессивной и когнитивной симптоматики не придают значения явным проявлениям заболевания.

Клинический случай. Пациентка Ш. 31 года, поступила в плановом порядке в медико-реабилитационное отделение для подбора терапии и обследования на МСЭ. При поступлении предъявляла жалобы на сниженное настроение, плохой аппетит, ранние пробуждения, плаксивость, тревогу, сниженную работоспособность, быструю утомляемость при физических нагрузках. Также считала, что окружающие к ней плохо относятся, соседи при ее появлении начинают ее обсуждать, относилась к своим разговорам под окнами.

Наблюдается у психиатра в течение 7 лет. Первый эпизод психического расстройства развился в возрасте 20 лет, на фоне психотравмирующей ситуации (конфликт при увольнении). На фоне сниженного настроения и тревоги отмечались явления апофении, за чем последовало формирование интерпретативного бреда воздействия, сопровождавшегося бредовым поведением. Также отмечались вербальные псевдогаллюцинации осуждающего содержания. Симптоматика редуцировалась спонтанно в течение месяца, с выходом в хорошую ремиссию с восстановлением социальной и трудовой адаптации, длительностью около 3,5 лет.

Следующее ухудшение состояния имело схожий характер. Развитие психотического эпизода спонтанное, на фоне тревожного аффекта, сопровождавшегося яркими сновидениями угрожающего содержания. Отмечался угрожающий вербальный псевдогаллюциноз, одновременно формировался бред преследования и воздействия, по механизму острой интерпретации. Как и в прошлый раз, отмечалось бредовое поведение, в том числе отказ от еды. Острота состояния потребовала госпитализации. Состояние при поступлении было представлено галлюцинаторно-параноидным синдромом — с вербальными галлюцинациями угрожающего содержания, бредом воздействия с помощью «порчи», «магии», на фоне сниженного настроения с выраженной тревогой. Также отмечалась бредовая трактовка окружающих событий.

На фоне антипсихотической терапии галлюцинаторно-бредовая симптоматика купировалась достаточно быстро, дольше сохранялись колебания настроения, редуцировавшиеся после назначения нормотимика.

После выписки состояние характеризовалось

как хорошая ремиссия с восстановлением трудовой и социальной адаптации. В течение пяти лет ремиссия поддерживалась на фоне приема антипсихотической терапии, а затем, после ее отмены — спонтанно.

Последующее изменение состояния развивалось постепенно. Осевым являлось нарастание трудовой дезадаптации, с последовавшей утратой работы. Дезадаптация связана была с повышенной утомляемостью, неспособностью выполнять трудовые обязанности. В дальнейшем дезадаптация стала отмечаться и в быту. Сложившаяся ситуация послужила поводом для госпитализации в медико-реабилитационное отделение психиатрической больницы. При поступлении статус определялся торпидностью мышления, скудостью эмоциональных проявлений, сниженным, с тревожным оттенком, настроением, крайне выраженной астенизацией. Также отмечались паранойяльная настроенность, отрывочные идеи отношения в адрес родных и соседей.

При поступлении состояние расценивалось как удовлетворительное. Положение активное, но после незначительной физической нагрузки (ходьба по коридору в спокойном темпе) отмечалась одышка, которая купировалась в покое. Сознание сохранено. Ориентирована во всех сферах верно. В контакт вступает охотно. Выражение лица печальное, интонации обеднены, речь замедлена. По мере беседы утомляется, отвечает с задержкой. Мышление замедленное, с соскальзыванием, обстоятельностью, малопродуктивное, парадоксальное. Достаточного питания. Кожа бледно-розового цвета, сухая, на щеках румянец, обращает на себя внимание выраженный цианоз губ. Видимого увеличения щитовидной железы нет, доли не пальпируются. Лимфоузлы без особенностей. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2 тона над аортой, ЧСС 108 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Отеков нет.

В связи с одышкой и выраженным цианозом губ пациентке была проведена ЭХО-КГ, где был выявлен экссудативный перикардит. Эхо-свободное пространство по всему периметру сердца в диастолу составляло 2,5 см, отмечалась избыточная подвижность передней стенки правого желудочка, свободной стенки правого предсердия. Размеры полостей сердца, толщина стенок левого желудочка в пределах нормальных значений, ФВ 63%. Отмечалась регургитация на аортальном клапане до 2 степени.

На ЭКГ определялась синусовая брадикардия с ЧСС 54 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Умеренные изменения в миокарде.

В ОАК выявлена нормохромная анемия легкой степени (Hb 97 г/л, Эр. 3,5 * 10¹²/л), ускорение СОЭ до 45 мм/ч. Отмечалось повышение общего холестерина до 10,1 ммоль/л, триглицеридов до 2,5 ммоль/л, ЛПНП до 7,5 ммоль/л.

Учитывая клинику, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, был заподозрен гипотиреоз, назначено обследование

щитовидной железы. По данным УЗИ выявлена гипоплазия щитовидной железы. Железа расположена обычно, правая доля 11*9*31 мм, левая доля 12*9*30 мм, перешеек 2,3 мм.

Анализ крови на гормоны: ТТГ > 100,0 мкМЕ/мл (N 0,35-4,94), Т4 свободный 5,15 пмоль/л (N 9,0-19,05), Т3 свободный 1,64 пмоль/л (N 2,63-5,7), антитела к микросомальной тиреопероксидазе 160,7 МЕ/мл (N 0,0-5,61).

Исходя из вышеизложенного был выставлен диагноз: АИТ, манифестный гипотиреоз. Хроническая нормохромная анемия легкой степени. Гиперхолестеринемия, дислипидемия. Гидроперикард.

Соответственно диагнозу назначено лечение: левотироксин из расчета 1,8 мкг/кг массы тела, 100 мкг утром ежедневно. Также получала лечение рисперидоном до 4 мг/сут, тригексифенидилом, сертралином 50 мг/сут. На фоне антипсихотической и тимоаналептической терапии быстро редуцировались тревога, паранояльность настроенность. Гипотимия и астенические проявления сохранялись заметно дольше. Подбор терапии был затруднен плохой переносимостью антипсихотических препаратов (что можно связать и с гипотиреозом) – в основном в виде склонности к избыточной седации, а также к гиперпролактинемии (клинически проявлялась галактореей). В связи с этим рисперидон был заменен на оланзапин 5 мг/сут. Возрастание активности и выносливости было сопряжено с редуциацией проявлений гипотиреоза, уменьшился цианоз губ, одышка при нагрузке. По мере улучшения соматического и психического состояния, пациентка предоставила медицинские документы (принесла их из дома), из которых стало известно, что она обращалась к кардиологу за 7 месяцев до настоящей госпитализации. Уже тогда был выявлен массивный выпот в перикард до 15 мм по результатам ЭХО-КГ, а так же значительное повышение ТТГ (выше 150,0 мкМЕ/мл), снижение свободного Т4, Т3. Однако пациентка не обращалась к эндокринологу для подбора терапии, гормонзамещающей терапии не получала. Через 2 месяца пациентка была выписана под наблюдение участкового психиатра, эндокринолога и кардиолога до нормализации состояния.

Через 3 месяца пациентка повторно госпитализируется в отделение. При контрольном обследовании отмечается заметная положительная динамика: ТТГ 5,9 мкМЕ/мл (N 0,4-4,0), Т4 49,9 (N 58,1-140,6), Т3 1,98 (N 0,92-2,79). На ЭХО-КГ отмечается незначительное количество выпота в перикадре – 0,6 см по передней стенке правого желудочка, 0,5 см по задней стенке левого желудочка и верхушке. Пациентка продолжает принимать поддерживающую дозу левотироксина.

Госпитализация пациентки для обследования для очередного переосвидетельствования МСЭ через 2 года дала возможность отследить катамнез. Состояние пациентки характеризуется как хорошая ремиссия, с восстановлением социальной адаптации, уровнем самообслуживания, живыми эмоциональными проявлениями. Пациентка ведет хозяйство, воспитывает детей, имеет подработку уборщицей.

Выводы

1. С точки зрения психиатрической диагностики представляют интерес следующие моменты: в целом, первый эпизод психоза (не дошедший до клиники) и второй эпизод (первая госпитализация) имеют патокинез, сходный с эпизодами рекуррентной шизофрении. Затем, после дебюта гипотиреоза, статус приобрел вид дефицитарного — что имитировало течение параноидной шизофрении (или шубообразной, близкой к таковой), — за счет ограничения жизнедеятельности, вызванного гипотиреозом. После формирования эутиреоза, однако, проявления «шизофренического дефекта» редуцировались, и пациентка имеет достаточно высокий уровень социального функционирования — что соответствует клинической динамике шизофрении рекуррентной. Гипотиреоз, таким образом, повлиял на диагностику, имитировав нарастание эмоционально-волевого дефицита.

2. При установлении причинной связи выявленной гиперпролактинемии нужно помнить, что она может быть связана как с приемом антипсихотиков, так и с повышенной секрецией тиреотропного гормона.

3. Подобный случай не единственный в нашей практике (но один из самых ярких). Учитывая эндемичность заболеваний щитовидной железы для нашего региона, вопрос дифференциальной диагностики с гипотиреозом должен звучать у пациентов с депрессивной симптоматикой и у пациентов со статусом, включающим комбинацию апато-абулических проявлений, сочетающихся с проявлениями соматического неблагополучия.

4. Представленный клинический случай интересен из-за поздней диагностики гипотиреоза. Причиной поздней диагностики и лечения является неспецифичность клиники, постепенность ее нарастания. Так же наличие психического расстройства усугубляло течение гипотиреоза, из-за выраженной депрессивной симптоматики, что не позволяло пациентке верно трактовать свое состояние, адекватно выполнять рекомендации врачей после обследования, осознавать важность выявленных у себя лабораторных и инструментальных изменений.

5. При выявлении у пациентов гидроперикарда обязательным является обследование функции щитовидной железы для исключения метаболических причин выпота.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Национальное руководство «Эндокринология» Москва, «Геотар-Медиа», 2016 г; с.с. 604-616, 635-645.
2. Гарднер Д, Шобек Д. «Базисная и клиническая эндокринология» Москва, «Бином», 2011 г.; с. 304-364.
3. Фадеев В.В., Мельниченко Г. А. Гипотиреоз (руководство для врачей). М.: РКИ Соверо пресс, 2002 г., с. 58-112.
4. Киеня Т.А., Моргунова Т. Б., Фадеев В.В. Вторичный гипотиреоз у взрослых: диагностика и лечение // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2019; Т. 15; №2:

Эпидемиология психических расстройств

УДК 615.099

РЕЗУЛЬТАТЫ АНОНИМНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ В РАМКАХ МОНИТОРИНГА НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Д.С. Титов¹, А.С. Антонова^{1,2}, Е.В. Стельмах¹¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

nd_mail@minzdrav.omskportal.ru

Аннотация

В статье представлен анализ результатов анонимного анкетирования населения Омской области, проведенного в соответствии с методикой и порядком осуществления мониторинга наркологической ситуации, утвержденными Государственным антинаркотическим комитетом. В ходе исследования была выявлена «группа риска» потребителей наркотических средств, а также изучены факторы, влияющие на заболеваемость наркоманией в регионе. Полученные данные стали основой для совершенствования профилактических мероприятий, направленных на предупреждение формирования и раннюю диагностику наркологических расстройств, а также пропаганду здорового образа жизни.

Ключевые слова: Анкетирование, мониторинг, наркотические средства, наркомания, профилактика.

RESULTS OF AN ANONYMOUS QUESTIONNAIRE IN THE FRAMEWORK OF MONITORING THE DRUG SITUATION IN THE OMSK REGION

D.S. Titov., A.S. Antonova., E.V. Stelmakh

Abstract. The article presents an analysis of the results of an anonymous survey of the population of the Omsk region conducted in accordance with the methodology and procedure for monitoring the narcological situation approved by the State Anti-Drug Committee. The study identified a "risk group" of drug users, and also studied the factors affecting the incidence of drug addiction in the region. The data obtained became the basis for improving preventive measures aimed at preventing the formation and early diagnosis of drug-related disorders, as well as promoting a healthy lifestyle.

Keywords: Questionnaires, monitoring, drugs, drug addiction, prevention.

Актуальность. Наркотическая зависимость (наркомания) относится к социально значимым заболеваниям, оказывающим негативное влияние на демографическое положение, экономическую ситуацию, криминогенную обстановку. Сохраняются стабильно высокие количественные показатели заболеваемости и распространенности наркологических расстройств вследствие употребления наркотических средств во всех регионах России [1; 2]. Изучение тенденций развития наркологической ситуации позволяет дать оценку эффективности мероприятий по ранней диагностике, лечению и реабилитации наркологических больных и медицинских последствий употребления психоактивных веществ, а также определить основные направления совершенствования организации оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» [3, 4]. В соответствии с методикой и порядком осуществления мониторинга наркологической ситуации, утвержденными подпунктом 4.3 решения Государственного антинаркотического комитета

(протокол от 25.06.2021 года № 48) с изменениями и дополнениями от 26.12.2022 года (протокол № 51) в Омской области ежегодно проводится анкетирование населения по вопросам потребления наркотических средств [5].

Цель исследования: изучение информированности населения о проблемах наркомании и оценка распространенности употребления психоактивных веществ в Омской области.

Задачи

1. Определение значимости проблемы немедицинского потребления наркотиков в списке социальных проблем среди населения Омской области.
2. Проведение анализа ценностных установок населения региона.
3. Анализ уровня распространения немедицинского потребления наркотиков в Омской области, в том числе динамика числа лиц, потребляющих наркотики.

4. Определение причин распространения немедицинского потребления наркотиков и мотивов их потребления среди различных групп населения.

5. Проведение анализа социокультурных факторов, как способствующих, так и препятствующих возникновению и развитию наркотической зависимости.

Материал и методы исследования

Проведено анонимное анкетирование с использованием опросника, рекомендованного Государственным антинаркотическим комитетом, согласно методике и порядку осуществления мониторинга, а также критериям оценки развития наркоситуации в Российской Федерации и ее субъектах (пересмотр, 2022 года), в котором приняло участие 2054 жителя Омской области в возрасте от 14 до 60 лет. Лица мужского пола составили 48,2% (990 человек), женского – 51,8% (1064 человека).

Методы: анализ линейных распределений, корреляционный анализ.

Результаты

Результаты анкетирования были проанализированы по следующим разделам:

- «Жизненные ценности»,
- «Отношение к проблеме наркомании»,
- «Аддиктивное поведение»,
- «Опыт потребления наркотиков».

При оценке **материального положения в семье** – 2,2% (45 человек) ответили, что «денег вполне достаточно, чтобы вообще ни в чем себе не отказывать», 9,3% (191 человек) – «покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор и др.) не вызывает у нас трудностей, однако покупка квартиры, автомобиля нам сейчас не доступна», 51% (1047 человек) – «денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, на более крупные покупки приходится откладывать», 33,3% (685 человек) – «денег сейчас хватает только на приобретение продуктов питания», 3,2% (65 человек) – «денег не хватает на продукты питания, постоянно приходится занимать в долг». Затруднились с ответом – 0,9% человек (19 человек).

При оценке **уровня образования** принявших участие в анкетировании самыми распространенными ответами были «основное общее образование» 38,9 (799 человек) и «среднее общее образование» 25,3% (520 человек), «среднее профессиональное образование» указали 19,9% (408 человек), «высшее образование» 15,2% (313 человек).

Социально-профессиональное положение принявших участие в анкетировании распределилось следующим образом: 24,2% (498 человек) составили школьники, студенты колледжа (техникума) 21,2% (436 человек), студенты ВУЗа 9,9% (203 человека), другой род занятий указали

23,1% опрошенных или 475 человек.

Раздел «Жизненные ценности»

По мнению большинства опрошенных наиболее острыми проблемами, требующими решения, являются «безработица», «качество медицинского обслуживания», «алкоголизм» (83,4%, 63% и 62,6% соответственно). Далее по частоте упоминания следовали ответы «качество дорог» (58,8%) и «наркомания» (48,2%). 47,6% отметили в качестве одной из проблем «преступность».

Считают, что в населенном пункте, где они проживают достаточно возможностей, чтобы интересно проводить свободное время – 21,8% опрошенных (448 человек), 23% (473 человека) – ответили на данный вопрос «скорее да», 21,7% (446 человек) – ответили на данный вопрос «скорее нет» и «нет» – 33,3% (684 человека).

Раздел «Отношение к проблеме наркомании»

40,9% респондентов (841 человек) ответили, что наркомания распространена в Омском регионе «не больше, чем везде», 21,8% (447 человек) – считают, что эта проблема очень распространена, тогда как 1% (20 человек) ответили, что проблема «совсем не распространена» и 9,5% (196 человек) «распространена, но меньше, чем везде». 26,4% (543 человека) респондентов затруднились ответить.

Среди причин распространения наркомании большее количество опрошенных назвали «моральную деградацию общества, вседозволенность» (49,1%), «безработица, экономические проблемы» (44,2%), «неудовлетворенность жизнью, социальное неблагополучие» (39%), «доступность наркотиков» (38,1%).

Среди мер, которые необходимо предпринять, чтобы решить проблему наркомании 35,2% опрошенных назвали «физкультурные и спортивные мероприятия», 34,4% «повышение доступности помощи психологов, психотерапевтов», 34,1% «ужесточение мер наказания за наркопреступления», 30,7% – считают, что помочь в данном вопросе могут «лекции и беседы в учебных заведениях», а также 24,7% опрошенных считают, что для решения проблемы наркомании в регионе, необходимы «принудительное лечение наркоманов», 23,7% «расширение работы с молодежью», 23,5% «беседы специалистов наркологов с родителями учащихся, студентов». В список наименее эффективных мероприятий попали: «тематические программы и фильмы на телевидении» (9%), «выступления бывших наркоманов» (7,6%), «специальные концерты, фестивали» (8%).

При оценке доступности приобретения наркотиков большинство опрошенных (52,2%) сказали, что достать наркотики «сравнительно легко» и «очень легко» (в т.ч. 31,8% и 20,4% соответственно). Считают, что приобрести наркотики «трудно» и «очень трудно» 15,2% (в т.ч.

9,5% и 5,7% соответственно). Затруднились с ответом – 32,3% человек.

Из опрошенных 63,2% не общаются с потребителями наркотиков. 26,1% опрошенных сказали, что среди их знакомых «есть потребители наркотиков», 8,6% сообщили, что знают «много таких людей». 1,9% сказали, что «все их знакомые, так или иначе, употребляют наркотики».

На вопрос «Что удерживает Вас от употребления наркотиков?» от общего числа ответов 12,9% ответили «осознанное отрицательное отношение к употреблению наркотиков» (847 человек), 12,2% «заболеть ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами В и С» (801 человек), 9,6% опрошенных ответили, что боятся «полного привыкания» (626 человек), 9,2% «ранней смерти» (602 человека), 9,3% «боязнь отлучения от семьи» (609 человек), 5,6% «потеря уважения близких» (365 человек), 3,7% «боязнь оказаться в тюрьме» (243 человека), 2,7% «дорого (не хватает средств)» (178 человек), 0,2% ответили «другое» (14 человек), 1,7% ответили, что употребляют наркотики (109 человек).

Раздел «Аддиктивное поведение»

При ответе на вопрос «Предлагали ли Вам когда-либо попробовать наркотики?» большинство опрошенных из числа принявших участие в анкетировании ответили отрицательно (57,8%). 37,2% сказали, что получали такие предложения.

Большинство опрошенных отказались бы в случае предложения попробовать наркотическое вещество (90,8%). 4,4% дали ответ в зависимости от того, какой наркотик был бы предложен. 2,4% повели бы себя в зависимости от ситуации и настроения. Приняли предложение об употреблении наркотического вещества 1,2% опрошенных. Затруднились с ответом 0,9%.

Для оценки наличия опыта употребления наркотиков был задан вопрос «Пробовали ли Вы наркотические вещества?». Из числа принявших участие в анкетировании отрицательно на этот вопрос ответили 92,5% (1899 человек), ответили «да» – 7,4% (153 человека). Наличие опыта употребления наркотиков подтвердили 7,4% опрошенных или 153 человека.

Раздел «Опыт потребления наркотиков»

При ответе на вопрос о возрасте первых проб наркотиков большинство ответов пришлось на возраст до 16 лет – 49 человек или 32% от числа имеющих опыт употребления наркотиков, 43 человека (28,1%) – указали первые пробы в 16-17 лет, 38 человек (24,8%) – в 18-20 лет, 17 человек (11,1%) – 21-25 лет. Наименьшее число ответов пришлось на возраст 26-30 лет всего 6 человек (3,9%). В возрасте 31 год и выше первые пробы наркотиков опрошенные не указали.

При ответе на вопрос анкеты «Как часто Вы употребляете наркотики?» ответ «пробовал, но перестал употреблять» дали 115 человек (75,2% числа имеющих, опыт употребления наркоти-

ков). Вариант ответа «употреблял(а) в течение последних 12 месяцев» указал 31 человек (20,3%). Вариант «употребляю редко, от случая к случаю» дали 12 человек (7,8%). Вариант «употребляю регулярно (раз в месяц и чаще)» дали 11 человек (7,2%). Вариант «употребляю постоянно (несколько раз в неделю)» дали 5 человек (3,3%). Вариант «употребляю ежедневно» дали 3 человека (2%).

В структуре потребителей наркотиков преобладали указания на наличие проб «спайса» (42,5% от суммы ответов) и производных марихуаны (27,8% от суммы ответов).

Наиболее частой причиной употребления того или иного вида наркотических средств респонденты назвали, что данный вид наркотика «менее вреден для организма» – 35,3% от числа потребителей, «легче отвыкнуть в последующем» – 32%, «дешевле» 32%, «потому что легче достать» – 26,8%, «за компанию» – 18,3%, «уже привык (привыкла) к нему/ним» ответили 2%, «по другой причине» 3,3%, 10,5% отказ от ответа.

38,6% опрошенных сообщили, что впервые им предложили наркотик «знакомые» (59 человек), 26,8% «друзья, с которыми встречаются после учебы/работы» (41 человек), 11,8% «кто-то из членов семьи» (18 человек), 7,8% (12 человек) составили ответы «коллеги по учебе/работе» и 13,1% «сам решил попробовать» (20 человек).

При проведении анкетирования населения Омской области выявлен ряд особенностей:

- по мнению большинства опрошенных наиболее острыми проблемами, требующими решения, стали «безработица», «качество медицинского обслуживания» и «алкоголизм» (83,4%, 63% и 62,6% соответственно);

- 44,8% (21,8% – ответ «да» и 23% ответ – «скорее да») считают, что в населенном пункте, где они проживают достаточно возможностей, чтобы интересно проводить свободное время;

- 40,9% респондентов ответили, что наркомания распространена в Омском регионе «не больше, чем везде»;

- ведущими причинами распространения наркомании отмечены «моральная деградация общества, вседозволенность» (49,1%), «безработица, экономические проблемы» (44,2%), «доступность наркотиков» (38,1%);

- 52,2% опрошенных считают, что достать наркотики сравнительно легко;

- 63,2% не общаются с потребителями наркотиков;

- имели пробы наркотических средств – 7,4% опрошенных (153 человека);

- 32% опрошенных из числа имеющих опыт употребления наркотиков впервые попробовали наркотики в возрасте до 16 лет (49 человек);

- в структуре употребляемых наркотиков преобладали «спайс» 42,5% и производные марихуаны 27,8%.

Наркологическая ситуация в Омской области

Наркологическая ситуация на территории Омской области стабильная. Медицинская помощь по профилю «психиатрия-наркология» взрослому и детскому населению региона оказывается в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30 декабря 2015 года № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология»» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ» и стандартами оказания наркологической помощи на трех этапах – амбулаторном, стационарном, реабилитационном.

Наркологическая служба Омской области располагает необходимой материально-технической базой для проведения диагностики, профилактики, лечения и реабилитации лиц, потребляющих психоактивные вещества в медицинских целях.

Профилактика наркологических расстройств является приоритетным направлением в деятельности Министерства здравоохранения Омской области и наркологической службы региона. Созданная в Омской области система межведомственного взаимодействия в профилактике наркологических расстройств позволяет реализовать противодействие спросу на психоактивные вещества, способствует снижению заболеваемости и распространенности наркологических расстройств и сопутствующих заболеваний, снижению численности «группы риска» и тяжести медико-социальных последствий.

Профилактика – это целостная, организуемая в рамках единой государственной программы система мер, которая имеет свое содержание, этапность и динамику развития, определенный конечный результат и реализуется государственными и общественными структурами.

По мнению респондентов на снижение количества лиц, потребляющих наркотические средства и психотропные вещества могут повлиять: повышение доступности помощи психологов, психотерапевтов, спортивные мероприятия, лекции и беседы в образовательных организациях, ужесточение мер наказания за наркопреступления и т.д.

Министерством здравоохранения и наркологической службой Омской области реализуются планы совместной работы по профилактике наркологических расстройств с Управлением Министерства внутренних дел России по Омской области, Управлением Федеральной службы исполнения наказаний России по Омской области, Министерством образования Омской области,

Министерством по делам молодежи, физической культуры и спорта Омской области, Министерством труда и социального развития Омской области, Министерством культуры Омской области и другими. К решению проблем профилактики привлекаются общественные организации группы «Анонимные Алкоголики», «Анонимные Наркоманы», «Ал-Анон», «Нар-Анон», «Трезвый Омск» и др.

Вопросы организации наркологической помощи и профилактики наркологических расстройств на территории Омской области регулярно заслушиваются на заседаниях межведомственных комиссий в Правительстве Омской области, Администрации города Омска, Министерстве здравоохранения Омской области.

Врачи психиатры-наркологи входят в состав межведомственных комиссий и комитетов на местах, что позволяет участвовать в решении вопросов организации профилактики на муниципальном уровне.

В настоящее время определены факторы риска, способствующие началу употребления психоактивных веществ, а также факторы, обеспечивающие устойчивость личности. Сформулированы задачи профилактической деятельности, ее основные направления и организационные основы построения профилактических программ, разработаны технологии профилактики (медико-психологические, социальные, педагогические).

Основными направлениями профилактической работы являются:

1. Профилактика в рамках общественных мероприятий, акций против употребления и распространения психоактивных веществ;
2. Профилактика, основанная на работе с несовершеннолетними и молодежью, включающая профилактические занятия в учебных программах, медицинские осмотры с тестированием обучающихся образовательных организаций на наркотические средства, психотропные вещества и их метаболиты;
3. Профилактика, основанная на работе с семьей;
4. Профилактика, основанная на работе с «группами риска» в медицинских, медико-социальных учреждениях, а также на базе ведомств системы профилактики;
5. Профилактика в организованных общественных группах;
6. Профилактика в рамках индивидуальной работы;
7. Информирование населения с использованием средств массовой информации, информационной телекоммуникационной сети «Интернет», продвижение сайтов медицинских учреждений;
8. Работа с волонтерами;
9. Подготовка специалистов в области профилактики.

Для стабилизации наркологической ситуа-

ции проводится санитарно-просветительная деятельность с населением региона, уделяется особое внимание работе с подростками и молодежью, направленной на информирование граждан о последствиях употребления психоактивных веществ, предупреждение развития зависимостей и пропаганду здорового образа жизни. Для повышения эффективности профилактических мероприятий реализуются проекты и программы антинаркотической направленности, предполагающие формирование стойких установок на неприятие употребления психоактивных веществ, выработку четких стратегий отказа от первых проб наркотических веществ. Для привлечения внимания и информирования по вопросам профилактики населения Омской области, в частности для большего охвата детско-подросткового контингента, осуществляется работа в информационно-коммуникационной сети Интернет на официальных аккаунтах наркологического диспансера в социальных сетях ВКонтакте, Телеграм и Одноклассники (проведение прямых эфиров, школ здоровья, тематических бесед на актуальные наркологические темы с возможностью обратной связи).

Итоговые выводы

Использование метода анонимного анкетирования для оценки и мониторинга распространенности употребления психоактивных веществ является информативным. Результаты опроса являются основой для совершенствования профилактических мероприятий и разработки программ профилактики и мониторинга наркологической ситуации, в том числе в молодежной среде. На территории Омской области организовано эффективное оказание наркологической помощи на трех этапах (амбулаторном,

стационарном и реабилитационном) в рамках межведомственного взаимодействия в соответствии с действующими нормативными правовыми актами. Основные направления совершенствования деятельности по снижению потребления наркотических средств и психотропных веществ включают развитие профилактической работы и продолжение выявления наркологических расстройств на ранних стадиях их формирования в рамках межведомственного взаимодействия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киржанова В.В., Григорова Н.И., Бобков Е.Н., Киржанов В.Н., Сидорюк О.В. Деятельность наркологической службы в Российской Федерации в 2021 году: аналитический обзор. – М.: НМИЦ ПН им. В.П. Сербского, 2022. – 202 с.
2. Клименко Т.В. Организация наркологической помощи в Российской Федерации: эффективность деятельности, проблемные аспекты и способы их преодоления (по результатам выездных мероприятий в субъекты Российской Федерации, 2019 г.) // Вопросы наркологии. – 2020. – №1 (184). – С. 5–38.
3. Профилактика наркологических расстройств: национальное руководство / под ред. Е.А. Брюна, С.Г. Копорова, О.Ж. Бузика, Е.А. Кошкиной, В.В. Аршиновой, Е.И. Сокольчик. – М., 2018. – 638 с.
4. Титов Д.С., Гаврилова А.С., Никонов Д.А., Тарасов О.В., Стельмах Е.В. Состояние проблем здоровья, связанных с употреблением психоактивных веществ в Омской области за 2022 год (информационно-аналитический бюллетень). – Омск, 2023. – 40 с.
5. Методика и порядок осуществления мониторинга наркологической ситуации, утвержденный подпунктом 4.3 решения Государственного антинаркотического комитета (протокол от 25.06.2021 года № 48) с изменениями и дополнениями от 26.12.2022 года (протокол № 51). – Москва, 2022. – 85 с.



Психотерапия и реабилитация

УДК: 616.89

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ БУККРОССИНГА В ОТДЕЛЕНИИ ПРОВЕДЕНИЯ АМБУЛАТОРНОГО ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Л.И. Кочергина, А.А. Альтерготт

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

pontiac@list.ru

Аннотация

Отделение проведения амбулаторного принудительного лечения предназначено для осуществления амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, в отношении которых вынесено определение суда о назначении данной меры медицинского характера. В статье рассказывается о позитивном опыте буккроссинга среди этих пациентов.

Ключевые слова: *принудительное лечение, буккроссинг, реабилитация психически больных.*

EXPERIENCE IN ORGANIZING BOOKCROSSING IN A BRANCH CONDUCTING OUTPATIENT COMPULSORY TREATMENT

L.I. Kochergina, A.A. Altergott

Abstract. The department for outpatient compulsory treatment is intended to carry out outpatient compulsory observation and treatment by a psychiatrist of persons in respect of whom a court ruling has been made to prescribe this medical measure. The article describes the positive experience of bookcrossing among these patients.

Keywords: *compulsory treatment, bookcrossing, rehabilitation of mentally ill people.*

Отделение проведения амбулаторного принудительного лечения предназначено для осуществления амбулаторного принудительного наблюдения и лечения у психиатра лиц, в отношении которых вынесено определение суда о назначении данной меры медицинского характера, а также наблюдения и лечения лиц, находящихся на активном диспансерном наблюдении и склонных к совершению общественно опасных действий, на ноябрь 2023 г. в отделении наблюдается 514 пациентов.

Одной из важнейших задач отделения является профилактика общественно-опасных действий лиц с психическими расстройствами, и в системе предупреждения таких действий, наряду с активным лечебным процессом, всё большее место занимают меры психосоциальной реабилитации, направленные на улучшение социального функционирования лиц с психическими расстройствами и повышение качества их жизни. Наряду с работой по трудоустройству, организация свободного времени пациентов с целями увеличения дневной занятости, расширения круга интересов, стимулирования интеллектуально-продуктивной деятельности, реализации творческого потенциала, реализации потребности в общении является важнейшей частью процесса реабилитации. Высокий риск совершения повторных правонарушений имеют те пациенты, у которых длительное время отсутствует социально-продуктивная деятельность, склонные к праздному времяпрепровождению, поэтому при уточнении социального статуса пациента и определении реабилитационного потенциала мы

обязательно интересуемся, как пациент организует своё свободное время, и очень часто выясняется, что никаких увлечений у пациента нет.

Подавляющее большинство пациентов нашего отделения — мужчины, и, в отличие от женщин, многие формы организации досуга им не интересны, например, большинство из них пренебрегают занятиями творчеством, а посещение коммуникативной группы считают равнозначным признанию своей коммуникативной несостоятельности. И мы решили организовать для наших пациентов книжную полку по типу буккроссинга.

Движение «буккроссинг» (англ. book – «книга», cross – «переходить»), стартовавшее в США в 2001 году, благодаря своей гуманистической цели в настоящее время завоевало популярность во многих странах мира, в том числе и в России. Цель буккроссинга уникальна и глобальна – превратить весь мир в библиотеку. В рамках этого проекта люди оставляют книги в общественных местах, чтобы дать другим возможность открыть для себя новую книгу или интересного автора. Процесс буккроссинга состоит из простейшего действия, основанного на принципе «прочитал – отдай другому», его суть – книга находится в постоянном свободно-случайном движении от места к месту, от читателя к читателю. Всё движение книги фиксируется на специальном сайте. Существуют как международные сайты буккроссинга, так и локальные. Российский аналог, сайт bookcrossing.ru, появился в 2004 году. Традиционно на сайте участники буккроссинга, желающие «освободить» книгу, регистрируются

и получают порядковый номер для книги, которую они собираются отдать. На сайте также можно узнать о маршруте найденного экземпляра. Логотип буккроссинга, жёлтая книга с ножками, приклеивается на внутреннюю сторону обложки вместе с порядковым номером и небольшим письмом (по желанию). Письмо может содержать любую информацию для нового читателя, например, отзыв о книге или пожелание.

Оставить книгу можно в специально оборудованном месте, на так называемой безопасной полке (стеллажи, шкафы, и др. приспособления), здесь книги будут защищены от непогоды, притом, что любой человек без каких-либо усилий может взять нужные ему издания для чтения. В современном отечественном книговороте участвуют библиотеки, кафе, торговые центры, школы, университеты. Информацию о местонахождении безопасных полок в каждом конкретном городе также можно узнать на сайте bookcrossing.ru. К примеру, в нашем городе полки книгообмена можно встретить в кофейнях «Coffee Anytime», «Кофейнер», на площадке для отдыха напротив касс в «Ашане», в «Меге» («Дом культуры»), в театре кукол «Арлекин», Омском государственном техническом университете, Омском государственном университете путей сообщения, Омском государственном аграрном университете, Омском государственном педагогическом университете, Омском государственном университете им. Ф.М. Достоевского.

Нашу полку книгообмена мы не стали добавлять на сайт буккроссинга, связано это как со спецификой отделения, так и с тем, что многих наших пациентов отпугнула бы необходимость регистрировать книги на сайте, в той же мере, как отпугивает их необходимость записываться в обычную библиотеку, регистрировать выбранные там книги и обязательно возвращать их назад к определённому сроку.

Первую неделю наши пациенты с любопытством смотрели на книжную полку, но книги не брали. Мы старательно разъясняли, что реги-

стрировать понравившуюся книгу нигде не нужно, можно просто взять её, а после прочтения вернуть или передать другому человеку, а также можно принести ненужные книги из дома и оставить их на книжной полке для других пациентов. Всё чаще и чаще в холле отделения можно было увидеть пациентов, читающих в ожидании приёма. Каждая книга находила своего читателя, популярностью пользовались абсолютно все жанры. Однажды нам подарили для книжной полки сказки Андерсена, и мы сомневались, нужна ли там эта книга, но решили оставить, и в этот же день сказки Андерсена с увлечением читала и мать пациента в ожидании приёма, и пациент с двумя высшими образованиями.

Книжный запас мы пополняли из своих библиотек, библиотек друзей и знакомых, и когда наш пациент подарил нам пять коробок книг, это было очень приятно. Сейчас нам на безвозмездной основе оказывает помощь продавец антикварных изданий, благодаря ему запас книг не иссякает уже долгое время, и пациентам всегда есть, что выбрать.

Проект по обмену книгами существует с 2022 года, и можно отметить следующие результаты:

1. большой выбор литературы: мы старались, чтобы на книжной полке были как полезные издания по домоводству, кулинарии, так и художественная литература, стихи, учебные издания, научная литература, познавательные книги и журналы;
2. разнообразный контингент читателей: возраст от 18 до 72 лет, образовательный уровень от 5 классов и до аспирантуры;
3. положительная обратная связь от пациентов отделения.

Очень вдохновляет, когда в кабинет заходит пациент и, бережно держа в руках книгу, прижимая её к сердцу, робко спрашивает: «Можно я её заберу навсегда, у меня в детстве была такая?», это огромное счастье, видеть, как книга и человек находят друг друга.



Клиническая психология

УДК. 159.95

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЗРИТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Н.В. Федорова

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный педагогический университет»

pontiac@list.ru

Аннотация

В статье анализируются характерные особенности развития зрительной памяти детей младшего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости.

Ключевые слова: зрительная память, особенности развития, объем кратковременной зрительной памяти, запоминание зрительных образов.

FEATURES OF VISUAL MEMORY DEVELOPMENT IN CHILDREN WITH A MILD DEGREE OF MENTAL RETARDATION

N.V. Fedorova

Abstract. The article analyzes the characteristic features of the development of visual memory in children of primary school age with mild mental retardation.

Keywords: Visual memory, developmental features, volume of short-term visual memory, memorization of visual images.

При оценке интеллектуальной готовности ребенка к школе одним из важнейших критериев является уровень развития его памяти. Следовательно, любая психолого-педагогическая деятельность должна быть направлена на развитие и коррекцию функции памяти.

Память – один из видов умственной деятельности, осуществляющий процесс сохранения, накапливания и воспроизведения воспринятой информации.

В кратком психологическом словаре под редакцией А.В. Петровского и М.Г. Ярошевского память определена как одна из форм психических процессов, заключающаяся в запоминании, сохранении и в последующем воспроизведении полученных умений и навыков[1]. Следовательно, с помощью памяти человек овладевает опытом прошлых поколений и совершенствует свою практическую деятельность, посредством расширения и углубления уже полученных навыков

Важно отметить, что память нужна как в учебе, так и в повседневной жизни. Благодаря памяти каждый ребенок приобретает знания, формирует умения и навыки. Особенность памяти учеников с нарушением интеллекта проявляется в том, что материал запоминается ими легче, если он подкрепляется зрительными образами, наглядностью. В свою очередь, зрительная память имеет большое значение для каждого учащегося в формировании и расширении представлений об окружающем мире.

Один из дефектологов Э. Сеген, характеризуя умственно отсталого ученика, с которым не было проведено специального обучения, отметил, что он ничего не знает, ничего не может и не

хочет[2]. Так, дефектолог указывал на отсутствие у таких детей, каких либо желаний, стремлений и потребностей, за исключением физиологических.

Однако, прежде чем приступать к развитию или коррекции памяти умственно отсталых детей необходимо выявить те особенности на которые и будет направлена работа педагога-психолога. Для выявления таких особенностей нами были использованы методики направленные на выявление воспроизведения фигур, запоминание зрительных образов, запоминания слов и т.д.

В процессе обследования состояния зрительной памяти по методике «Шесть фигур» было выявлено, что объем кратковременной зрительной памяти у младших учеников с нарушением интеллекта ниже, чем у детей общеобразовательной школы.

Из шести испытуемых только один (16,7%) смог воспроизвести четыре фигуры эталонного ряда из шести, еще один ребенок(16,7%) отказался от выполнения задания и больше половины испытуемых (четыре из шести) (66,6%) неточно воспроизвели три фигуры эталонного ряда из шести.

В результате диагностики состояния зрительной памяти по методике «Рисунок «Лето» было выявлено, что у детей с нарушением интеллекта затруднено запоминание зрительных образов.

Все шесть младших школьников с нарушением интеллекта участвующих в диагностике (100%) дают неточные ответы на два из пяти эталонных вопросов даже после подсказки или

самостоятельной коррекции.

Обследование состояния зрительной памяти по методике «Две группы по три слова» было выявлено, что у детей с нарушением интеллекта затруднено запоминание слов, представленных наглядно.

Два младших школьника (33,3%) неточно воспроизводят по два слова из двух групп. Четверо испытуемых (66,7%) забывают по два слова из группы, производят замены на слова, близкие по звучанию или значению, путают расположение слов по группам.

Проведя исследование с помощью методики «10 пар слов» мы получили следующие результаты. Только один испытуемый (16,7%) неточно воспроизводит шесть пар слов. Четверо младших школьников с легкой степенью умственной отсталости (66,6%) производят замены на слова, близкие по звучанию или значению, неточно воспроизводят две пары слов, а один в ответах проявляет неопределенность (16,7%), меняет свое мнение, стесняется бояться сказать, замыкается или выбирает любое решение не раздумывая. Таким образом, можно констатировать, что у младших школьников с легкой степенью умственной отсталости затруднено запоминание слов, представленных наглядно.

В результате обследования состояния зрительной памяти по методике «Узнавание фигур» было выявлено, что объём кратковременной зрительной памяти у младших школьников с нарушением интеллекта ниже, чем у детей общеобразовательной школы.

Два испытуемых младших школьников (33,3%) отказались от выполнения задания. Четверо младших школьников (66,7%) продемонстрировали неверные воспроизведения четырёх фигур из девяти фигур эталонного ряда. Предложенная помощь в выполнении задания, попытка самостоятельно исправить ошибки результат не улучшили.

В результате диагностики состояния зрительной памяти по методике «Зрительная память» было выявлено, что у детей с нарушением интеллекта в целом затруднено запоминание зрительных образов.

Большинство испытуемых (четверо младших школьника из шести (66,7%)) неточно воспроизводят три-четыре образа эталонной картины. Два младших школьника с легкой степенью умственной отсталости (33,3%) воспроизводят шесть образов эталонной картины.

Таким образом, в целом по группе преобладает низкий уровень развития зрительной памяти, у большинства детей сформированность зрительной памяти в среднем по всем методикам

оценивается в 0,25 балла (5 человек), только 1 ученик выявил относительно удовлетворительные показатели (по 2,25 балла).

В ходе данного исследования было отмечено, что предложения вспомнить что - либо увиденное на картинке вызывают у учащихся затруднения, ответы на них не были получены, часто ответы были получены с помощью наводящих вопросов и подсказок. Обнаружено достаточно большое количество пробелов в области развития зрительной памяти на основе материала окружающей среды. При сравнении результатов запоминания разнообразного материала (предметы, картины, числа, слоги, слова разного содержания, пары слов, шумы и т.д.) количественные показатели детей с нарушением интеллекта значительно ниже, чем у учеников с нормальным интеллектуальным развитием.

При проведении исследования зрительной памяти отмечено: объём кратковременной зрительной памяти школьников с нарушением интеллекта меньше, чем у учащихся массовой общеобразовательной школы. У младших школьников с нарушением интеллекта он обычно составляет 3 единицы (это могут быть предметы или их изображения). Причём, чем более абстрактным является подлежащий запоминанию материал, тем меньшее его количество запоминается школьниками. Ряды картинок учащимся с нарушением интеллекта запомнить труднее, чем ряды, составленные из самих предметов.

Обнаружено, что ученики с нарушением интеллекта не могут самостоятельно припомнить воспринятый ранее материал. Припоминание идет успешнее, если младшим школьникам предлагаются вопросы, которые заставляют их размышлять над ответом, требуют умственного напряжения. Но даже и в этом случае припоминание представляет для учащихся с нарушением интеллекта, значительные трудности. Ученики с нарушением интеллекта дают верные ответы только на вопросы, касающиеся конкретных фрагментов текста, картины, таблицы.

Полученные данные говорят о необходимости проведения целенаправленной систематической коррекционно-развивающей работы по развитию зрительной памяти у младших школьников с нарушением интеллекта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Краткий психологический словарь / Под ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. —М., 1985.
2. Сеген Эдуард//Дефектология. Словарь-справочник.- М. ТЦ. Сфера, 2004.

Новости психиатрии

ТЕРАПИЯ БЕССОННИЦЫ: СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР И СЕТЕВОЙ МЕТААНАЛИЗ

<https://psyandneuro.ru/>

Бессонница – это неудовлетворенность количеством или качеством сна в течении как минимум трех месяцев. Состояние характеризуют трудности в засыпании и поддержании сна. Это приводит к дневной сонливости или гиперактивности. Распространенность бессонницы в общей популяции составляет от 12 до 20%. Данное состояние имеет тенденцию к хроническому течению. У 86% пациентов нарушения сна сохраняются через 1 год и у 59% через 5 лет после постановки диагноза. Бессонница является фактором риска развития депрессии, тревожных расстройств, алкогольной зависимости, сердечно-сосудистых заболеваний.

Рекомендации по лечению бессонницы включают лечение сопутствующих соматических заболеваний и психических расстройств, исключение лекарственных препаратов и веществ, нарушающих сон, а также создание оптимальных условий для сна. Для лечения бессонницы рекомендованы когнитивно-поведенческие методики и лекарственная терапия. Новый систематический обзор и сетевой метаанализ De Crescenzo F. et al. включает рандомизированные контролируемые наблюдения, во время которых сравнивали фармакологическое лечение и плацебо в качестве монотерапии расстройств сна у пациентов старше 18 лет.

Основные результаты

Учитывая краткосрочные и долгосрочные эффекты терапии, лемборексант и эзопиклон имели наиболее благоприятный профиль с точки зрения эффективности, приемлемости и переносимости. Однако эзопиклон мог вызывать существенные побочные эффекты, а данные о безопасности лемборексанта были неубедительными. «З»-препараты (зопиклон, эзопиклон, залеплон и золпидем) оказывают снотворное действие путем воздействия на бензодиазепиновые рецепторы, тем самым усиливая действие ингибирующего нейромедиатора гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК).

Даридорексант, лемборексант, селторек-

сант и суворексант являются антагонистами рецепторов орексина в центральной нервной системе. Лемборексант был наиболее эффективным в отношении бессонницы антагонистом орексина как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе, в то время как селторексант и суворексант имели лучший профиль переносимости.

Известна способность бензодиазепинов вызывать толерантность, зависимость и абстинентный синдром. Перед началом приема бензодиазепинов врачи всегда должны оценивать потенциальную пользу и риски для конкретного пациента, соблюдать осторожность при назначении дополнительных лекарственных препаратов. Необходимо стремиться к минимальной эффективной дозе при максимально короткой продолжительности лечения, а также постепенно снижать дозу бензодиазепинов при регулярном и частом наблюдении.

Эффекты дифенгидрамина и доксиламина в отношении облегчения сна опосредуется антагонизмом в отношении гистаминовых рецепторов 1 типа (H1-рецепторов). Блокада H1-рецепторов также лежит в основе снотворного действия трициклических антидепрессантов доксепина и тримипрамина, а также миртазапина и кветиапина. Антидепрессант тразодон широко используется в качестве снотворного средства, и его седативный эффект объясняется сочетанием антигистаминной и норадренергической блокады альфа-1 адренорецепторов. За исключением кветиапина, все другие упомянутые антагонисты H1-рецепторов показали некоторую эффективность с точки зрения качества сна в краткосрочной перспективе. Однако среди них только доксепин обладал доказанными преимуществами с точки зрения частоты прерывания терапии и побочных эффектов

Мелатонинергические лекарственные препараты (мелатонин и рамелтеон) имели низкую эффективность, при этом данных о долгосрочной перспективе не обнаружено.

Перевод: Касьянова А. А.

Научная редакция: Касьянов Е. Д.

Источник: De Crescenzo F, D'Alò GL, et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet.* – 2022, Jul 16;400(10347):170-184. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00878-9.

БИОМАРКЕРЫ В ПСИХИАТРИИ: ШИЗОФРЕНИЯ

<https://psyandneuro.ru/>

Значимость биомаркеров шизофрении обусловлена бременем болезни и высокой ценой, которую приходится платить за использование метода проб и ошибок при принятии клинических решений. Из-за несвоевременного начала эффективного лечения продлевается страдание и социальное неблагополучие, а также могут расти риски для безопасности пациента и других людей. Кроме того, множественные неудачные попытки лечения могут ослабить вовлеченность в лечебный процесс, которая, как правило, и без того невелика при шизофрении, особенно на ранних стадиях заболевания.

Шизофрения – это психиатрический диагноз, которому посвящено наибольшее, после депрессии, количество исследований биомаркеров. Недавние публикации предлагают широкий обзор биомаркеров этого расстройства, включая целевые биомаркеры для разработки лекарств и диагностические биомаркеры для патофизиологического исследования. В данной статье основное внимание будет уделено кандидатам на роль нейровизуализационных биомаркеров, чей потенциал клинического применения связан с возможностью прогнозировать состояние отдельного субъекта (т. е. за пределами статистических ассоциаций внутри выборки на уровне группы). Обсуждаемые темы включают, среди прочего, прогнозирование перехода в психоз, ответ на лечение, прекращение лечения и риск рецидива. Кроме того, будут рассмотрены потенциальные биомаркеры, чья прогностическая эффективность еще не была оценена. В таких случаях будут описаны статистические ассоциации, выявленные на предварительных стадиях изучения биомаркеров.

Биомаркеры риска перехода в психоз

Биомаркеры для оценки риска перехода в психоз могут быть весьма полезны во многих отношениях. Они могли бы подсказать, у каких людей с высоким риском психоза наиболее вероятно развитие полномасштабного психотического расстройства, в связи с чем можно раньше начать лечение и сократить продолжительность нелеченного психоза со всеми его последствиями. Прогноз, связанный с этими биомаркерами, также будет полезен для подготовки пациентов и их семей к тому, чего следует ожидать с точки зрения хронизации. Наконец, биомаркеры могли бы облегчить персонализированный выбор новых модифицирующих течение заболевания препаратов.

Разработаны прогностические модели,

основанные исключительно на клинических данных. Например, в Североамериканском продольном лонгитюдном исследовании (NAPLS2) калькулятор индивидуального риска предсказал переход в психоз с AUC (площадь под кривой) 0,71, что впоследствии было подтверждено в двух больших независимых когортах с AUC в диапазоне от 0,63 до 0,79. Модель машинного обучения консорциума Персонализированные прогностические инструменты для раннего психоза (PRONIA), используя только клинические данные, показала существенную точность прогноза – 76,9 %. Аналогичная точность прогнозирования (т. е. 73 %) была достигнута с помощью Колумбийского калькулятора риска, основанного на данных Структурированного опросника продромальных синдромов. Основная проблема клинических прогностических моделей заключается в том, что они вряд ли повлияют на клиническую практику, поскольку у тех, кто набирает много баллов, наблюдается высокая степень тяжести симптомов и, вероятно, эти пациенты уже получают модифицированное лечение.

Биомаркеры полезны тогда, когда прогноз, сделанный на их основании, оказывается точнее, чем прогноз, основанный на клинических данных. Исследователи из консорциума PRONIA разработали алгоритмы машинного обучения для того, чтобы, используя клинические данные и данные об объеме серого вещества, прогнозировать нарушение функций в когорте из 116 человек с высоким риском психоза. Состояние 66 человек ухудшилось в течение года. Модель, использующая клинические данные, предсказала качество социального функционирования с точностью 76,9 %, а при добавлении данных МРТ точность повысилась до 82,7 %.

Та же группа исследователей оптимизировала алгоритм прогнозирования у людей с высоким риском психоза путем последовательной интеграции оценок, основанных на клинической нейрокогнитивной оценке, экспертных оценках, полигенной шкале риска (PRS) и структурной МРТ, что привело к повышению точности прогноза до 85,9 % (чувствительность – 84,6 %, специфичность – 87,3 %) с поэлементной кросс-валидацией. Точность алгоритма, объединяющего оценки риска по различным методам, превзошла точность алгоритма, основанного исключительно на клинических и нейрокогнитивных данных или других методах. Примечательно, что этот пошаговый алгоритм требует привлечения дополнительных методов только тогда, когда это необходимо (т. е. данные

MPT требуются только в том случае, когда клинических данных недостаточно) – это могло бы способствовать его внедрению в клиническую практику.

В небольшом исследовании [1] измерение уровня глутамата в полосатом теле с помощью ЯМР-спектроскопии показало многообещающие результаты у 19 человек, включая 7 человек, у которых начался психоз. Точность прогностической модели, основанной только на клинической информации, составила 82,1 %, при добавлении в модель показателей глутамата в полосатом теле точность выросла до 86,9 %.

Известны другие, многообещающие биологические показатели, которые могли бы быть интегрированы в алгоритмы прогнозирования. Одним из примеров является маркер нейроанатомической зрелости, разработанный консорциумом NAPLS2: во вторичных анализах 275 подростков с высоким риском развития психоза (у 39 пациентов развился психоз) маркер “разница между фактическим и хронологическим возрастом мозга” показал AUC 0,63 при прогнозировании перехода в психоз с использованием десятикратной перекрестной валидации. Другим многообещающим биомаркером является негативность рассогласования (MMN) на основе ЭЭГ: у 62 участников исследования, которые были отнесены к категориям высокого или низкого риска на основе MMN, соответствующий показатель риска перехода в психоз составил 85 % против 13 % [2].

Эти и другие обнадеживающие результаты требуют проведения дополнительных исследований, непосредственно проверяющих прогностическую способность и обобщаемость MMN как биомаркера вероятности перехода в психоз. Аналогичным образом, в то время как изучение показателей фМРТ в состоянии покоя, включая показатели мозжечково-таламо-кортикальной связности, показывает надежные результаты в ассоциативных исследованиях, ценность этих показателей для прогноза – отдельно или в комбинации с структурными, нейрохимическими или основанными на MMN показателями – еще предстоит доказать. Это касается большинства биомаркеров склонности к переходу в психоз, которые еще не сравнивались с прогностическими моделями, использующими клиническую информацию.

Важно отметить, что рассмотренные здесь маркеры проверялись на различных уровнях. Например, модель объемной MPT от PRONIA продемонстрировала внутреннюю валидность в нескольких анализах после исключения эффектов сканера методом кросс-валидации отдельных объектов и оценки различных особенностей сканированного участка, качества изображения, интервала наблюдения и базового уровня социального функционирования. Аналогичные действия для внутренней валидации

были совершены в исследовании NAPLS2 для маркера разницы в возрасте мозга, но не для глутамата в полосатом теле. Что касается внешней валидации, то первоначальный биомаркер PRONIA для определения объема серого вещества использовал строгую перекрестную валидацию, но валидацию в независимых выборках пока не прошел. Напротив, следующий мульти-модальный алгоритм оценки риска конверсии от PRONIA был проверен извне на независимых выборках, что дало сбалансированную точность в 65,3-70,4 %. Несмотря на это исключение, отсутствие независимой валидации – это особенность, характерная для большинства потенциальных биомаркеров.

У людей с высоким риском развития психоза был измерен избыток дофамина в полосатом теле с помощью ПЭТ. Усиленный захват [18F]-DOPA в полосатом теле предшествует началу психоза, коррелирует с большей тяжестью продромальных симптомов и нейропсихологических нарушений, предсказывает переход в психоз и, как в продромальном периоде, так и при шизофрении, находится в обратной зависимости от активации префронтальной коры во время решения когнитивных задач (правда, результаты разных исследований не согласуются друг с другом). Захват [18F]-DOPA также преобладает в ассоциативном полосатом теле. Таким образом, стриарный захват [18F]-DOPA мог бы использоваться в качестве прогностического диагностического биомаркера, но стоимость и ограниченная доступность ПЭТ-оборудования ограничивают применение этого теста. В качестве альтернативы может использоваться чувствительная к нейромеланину MPT – неинвазивный и надежный метод измерения связанной с психозом функции нигростриарного дофамина. Однако потребуются дополнительные исследования, чтобы продемонстрировать потенциал этого биомаркера и обосновать более широкое тестирование и валидацию.

Биомаркеры осложнений психоза

Биомаркеры могут быть полезны, если они предсказывают развитие осложнений шизофрении. Один из примеров – возможность предсказать насилие и/или самоповреждение, риск которых повышается при шизофрении. Некоторые модели, использующие клиническую информацию, показали достоверные ассоциации в выборках, но их обобщаемость еще предстоит оценить. Нейровизуализационные исследования тоже показали связь определенных структурных и функциональных особенностей с опасным поведением, и в некоторых случаях показатели нейровизуализации изучались наряду с клиническими переменными. В этой области необходим дальнейший поиск биомаркеров.

Прогностические биомаркеры ответа на лечение

Острый психоз

Примерно у 20-30 % пациентов шизофрения может быть резистентной. В таких случаях единственным одобренным лекарственным средством является клозапин. Клозапин явно выигрывает в сравнении с другими антипсихотиками, но частота ответа на лечение клозапином граничит с 40 % и, кроме того, у него есть потенциально опасные для жизни побочные эффекты. Поэтому актуальной целью прогностических биомаркеров может считаться ускорение начала лечения клозапином в тех случаях, когда есть вероятность резистентности и когда пациент может получить наибольшую пользу от клозапина. В более широком смысле биомаркеры реакции на лечение могли бы помочь в подборе персонализированного лечения, поскольку появляется все больше препаратов с обособленным механизмом действия, например, холинергические агенты.

Возможно, наиболее перспективные биомаркеры реакции на лечение сосредоточены на показателях фМРТ полосатого тела в состоянии покоя, включая индекс функциональных нарушений полосатого тела (FSA) и индекс связности полосатого тела (SCI).

Индекс FSA был предложен в качестве диагностического классификатора. Его разработали с использованием данных 1100 участников из семи исследовательских центров, включая такие показатели как частичная амплитуда низкочастотных колебаний стриарных вокселей в состоянии покоя, а также внутри- и внестриарная функциональная связь этих вокселей. Классификатор с использованием метода опорных векторов (SVM) сначала использовался для прогнозирования диагностического статуса каждого индивидуума, а FSA для любого индивидуума был определен как расстояние в пространстве признаков SVM до гиперплоскости, разделяющей клинические случаи и контрольные показатели. Используя поэлементную кросс-валидацию, FSA отличал клинические случаи от контроля с точностью 80 % [3].

На втором этапе исследователи измерили связь между показателями FSA и изменением симптомов в течение шести недель антипсихотического лечения у подгруппы из 91 человека из двух исследовательских центров. В обоих случаях показатели FSA, близкие к контрольным, показали умеренную или сильную корреляцию с уменьшением общей тяжести симптомов ($r=0,62$, $p<0,001$ и $r=0,42$, $p<0,001$ соответственно). Исследователи проделали большую работу, чтобы исключить искажающие факторы, связанные с лечением антипсихотиками, движениями головы, исходной тяжестью симптомов и локальными эффектами, а также

чтобы продемонстрировать специфичность FSA по отношению к другим психиатрическим диагнозам и маркерам, основанным не на фМРТ полосатого тела. Тем не менее прогностическая способность FSA не была подтверждена извне, а прогнозирование реакции на лечение основывалось на данных, собранных для классификации диагноза (хотя и в ортогональных тестах).

SCI был впервые опробован в когорте из 41 человека, проходивших первоначальное лечение арипипразолом или рисперидоном. 24 пациента ответили на лечение в течение 12 недель. Для выявления особенностей парной связности, ассоциированной со временем реакции, в одномерных тестах использовались карты функциональных связей для шести двусторонних субрегионов в полосатом теле [4]. Девяносто одна особенность была идентифицирована и проанализирована в связи со временем ответа на лечение, и эта информация была использована для оценки скалярного значения, суммирующего профили связности каждого человека, с использованием одномерных методов без кросс-валидации. Внешняя валидация была продемонстрирована в независимой когорте из 40 человек с многоэпизодной шизофренией, где индивидуальные показатели SCI, рассчитанные по той же методологии, что и в исследованной когорте, различали ответивших и не ответивших на лечение с AUC 0,78. Дальнейшие исследования связали SCI с процессами, связанными с ответом на лечение, такими как продолжительность нелеченного психоза, рецидив и употребление каннабиса, что в некоторой степени подтверждает валидность SCI.

Также исследовались функциональные биомаркеры, не связанные с полосатым телом. Функциональная связь в состоянии покоя между двусторонней верхней височной корой и другими областями коры была использована в модели SVM для прогнозирования 10-недельного ответа на рисперидон у 38 человек, не принимавших ранее лекарства [5]. Этот классификатор показал точность поэлементной кросс-валидации перекрестной проверки равную 82,5 %, при том что проверки внутренней валидности были ограничены. В других исследованиях тестировали измеренные с помощью спектроскопии показатели функциональной связности гиппокампа и уровни глутамата в передней поясной коре в качестве потенциальных биомаркеров ответа на лечение, но пока эти исследования подтвердили только статистические ассоциации в выборке и ожидают дальнейшей проверки. Это также относится к чувствительной к нейромеланину МРТ, которая в настоящее время тестируется в качестве потенциального биомаркера реакции на лечение.

Известно, что повышенные уровни дофамина в полосатом теле связаны с реакцией на лечение антипсихотиками, но ни в одном перспективном исследовании не оценивалась по-

тенциальная полезность использования этих уровней как биомаркера ответа на лечение. Это связано со сложностью применения биомаркеров ПЭТ в больших масштабах и ограниченным терапевтическим выбором в тех случаях, когда выясняется, что пациенты не реагируют на современные антипсихотики, все из которых действуют на рецепторы D2.

Рецидив психоза

Еще одна серьезная проблема при шизофрении – это частота и тяжесть рецидивов. Существует потребность в прогностических биомаркерах этого важного клинического исхода. У 80 % пациентов с шизофренией рецидив наблюдается по крайней мере один раз в течение болезни, и у многих из этих пациентов рецидивы повторяются многократно. Рецидив коррелирует с повышенной потенциальной опасностью для себя и других, а также с кумулятивным снижением эффективности лечения.

Антипсихотики, в дополнение к смягчению острых психотических симптомов, эффективны в предотвращении рецидивов. Рецидив обычно возникает после прерывания поддерживающего антипсихотического лечения, хотя у многих пациентов рецидив происходит во время поддерживающего лечения. Поскольку между рецидивами, возникающими во время приема антипсихотиков, и рецидивами у пациентов, не принимающих антипсихотики, могут существовать патофизиологические различия, эти два сценария развития болезни должны изучаться по-разному. Биомаркеры могли бы позволить идентифицировать лиц с низким риском рецидива в качестве кандидатов на контролируемое прерывание поддерживающего лечения, и лиц с высоким риском рецидива как требующих более интенсивного и систематического лечения. На сегодняшний день литература по этой теме довольно ограничена, и ни один валидированный биомаркер пока не продемонстрировал прогностической ценности. Тем не менее, есть предварительные данные о том, что SCI может предсказывать рецидив, связанный с прерыванием лечения [6].

Когнитивная дисфункция

Большинство биомаркеров на сегодняшний день нацелены на прогнозирование продуктивных симптомов шизофрении. Недавно возник интерес к разработке прогностических биомаркеров когнитивной дисфункции. С этой целью был изучен MMN, продемонстрировавший устойчивость при повторном тестировании и связь с когнитивной дисфункцией при шизофрении.

На сегодняшний день ни в одном исследовании не сообщалось о перекрестно подтвержденной эффективности MMN при

прогнозировании реакции на когнитивную тренировку, но есть несколько многообещающих исследований, посвященных этой теме. Например, в одном исследовании было обнаружено, что изменение MMN после 1 часа слуховой когнитивной тренировки было связано с улучшениями, наблюдаемыми по окончании курса лечения. Два других исследования показали, что исходный дефицит MMN предсказывает больший прирост в различных когнитивных доменах в ответ на соответствующее лечение. Таким образом, похожие данные свидетельствуют о потенциальной ценности MMN в качестве прогностического биомаркера лечения, направленного на когнитивные функции. Однако внутреннюю валидность еще предстоит установить, учитывая, в частности, тот факт, что MMN может отражать продолжительность болезни и курение никотина. Более того, полезность этого класса биомаркеров в конечном счете будет зависеть от доступности эффективных методов лечения когнитивной дисфункции при шизофрении.

Другие аспекты лечения

Важнейшим аспектом успешной разработки биомаркеров является их использование в реальных условиях. Например, SCI связан с продолжительностью пребывания в больнице, что говорит о его потенциальном эффекте в реальных клинических условиях. Еще один пример – исследование, посвященное прогнозированию прекращения лечения на основе измерения объемов субполей гиппокампа, в котором сообщалось, что объем зубчатой извилины предсказывал прекращение лечения с AUC 0,75.

Однако, поскольку внедрение в практику должно проводиться после прохождения всех необходимых этапов разработки биомаркеров, большинство биомаркеров-кандидатов не готовы к использованию в реальных клинических условиях.

Прогностические биомаркеры побочных эффектов лекарств

Прогнозирование побочных эффектов лечения – это очень важная и, наверное, одна из самых сложных задач для разработки нейрофизиологических биомаркеров при шизофрении. Сложность связана с тем, что некоторые побочные эффекты могут быть частично обусловлены неневральными механизмами (например, атипичные антипсихотики модулируют действие инсулина на адипоциты), а некоторые из самых тяжелых побочных эффектов, например, злокачественный нейролептический синдром, относительно редки.

Были исследованы нейронные маркеры увеличения веса, основанные на наблюдениях за тем, как атипичные антипсихотики усиливают в полосатом теле активацию системы возна-

граждения в ответ на пищу и влияют на гистаминергическую систему гипоталамуса. Собранные данные свидетельствуют о том, что по функции полосатого тела можно предсказать увеличение веса, вызванное антипсихотиками. Например, в исследовании с применением амисульприда у 69 пациентов на ранней стадии увеличение веса было связано с низкой активацией системы вознаграждения в правой скорлупе. В другом клиническом исследовании у 81 пациента на ранней стадии, получавшего атипичные антипсихотики исходный объем левой скорлупы и ослабление сенсомоторной связности в покое коррелировали с увеличением веса.

Таким образом, эта область разработки биомаркеров находится на подготовительной стадии и ждет дальнейшей работы. Потенциальной целью для исследований могут стать нейронные биомаркеры других побочных эффектов, таких как поздняя дискинезия.

Заключение

Последнее время многое делается для разработки биомаркеров шизофрении, особенно в таких клинически значимых областях как прогнозирование перехода в психоз у пациентов из группы риска и прогнозирование ответа на лечение при остром психозе.

Что касается прогнозирования перехода в психоз, то мы привели примеры хорошо валидированных мультимодальных алгоритмов, включающих структурную МРТ и клинические данные (а в некоторых случаях генетические и другие данные), которые достигли третьего этапа внешней валидации в процессе разработки. Что касается прогнозирования ответа на лечение, то мы также описали достаточно хорошо разработанные биомаркеры-кандидаты, основанные на фМРТ полосатого тела в состоянии покоя (FSA и SCI).

Хотя ни один из рассмотренных биомаркеров-кандидатов не доказал своей клинической полезности (это четвертый и заключительный этап разработки биомаркеров, необходимый для внедрения в клиническую

практику) перечисленные кандидаты дают повод для оптимизма. Внешняя валидность этих наиболее перспективных кандидатов должна быть продемонстрирована независимыми группами или с помощью крупномасштабных международных исследований, за которыми должна последовать демонстрация клинической полезности. Инвестиции в эти исследования, особенно в те, которые используют относительно доступные методы (например, структурная МРТ, PRS, фМРТ в состоянии покоя) для выявления клинически значимых показателей (например, переход в психоз и прогноз ответа на лечение) кажутся вполне оправданными, учитывая подтверждающие данные и потенциальное влияние на клиническую практику. Дальнейшее развитие мультимодальных последовательных алгоритмических рабочих процессов с возможностью снижения затрат и нагрузки на диагностику также представляется плодотворной областью для будущей работы. Наконец, поскольку нет никакой гарантии, что перечисленные биомаркеры-кандидаты продемонстрируют клиническую полезность, имеет смысл разрабатывать другие надежные, доступные и хорошо обоснованные методы (например, MMN на основе ЭЭГ и чувствительная к нейромеланину МРТ), которые в настоящее время находятся на ранних стадиях разработки.

Потенциальным генетическим биомаркером является PRS, полученный на основе новейших результатов полногеномного поиска ассоциаций при шизофрении, который может указывать на существенные различия в предрасположенности между индивидуумами. По сравнению с самым низким центилем PRS, самый высокий центиль PRS имеет отношение шансов на шизофрению, равное 39 (95 % CI: 29-53). Однако клиническая полезность PRS в качестве диагностического биомаркера ограничена, поскольку средняя площадь под кривой ошибок (AUROC) составляет всего 0,72, что означает недостаточность для прогнозирования диагноза в общей популяции [7].

Перевод: Филиппов Д. С.

Источник: Abi-Dargham, Anissa et al. "Candidate biomarkers in psychiatric disorders: state of the field." World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA) vol. 22,2 (2023): 236-262

Ссылки:

- [1] Kegeles LS, Ciarleglio A, León-Ortiz P et al. An imaging-based risk calculator for prediction of conversion to psychosis in clinical high-risk individuals using glutamate IH MRS. *Schizophr Res* 2020;226:70-3
- [2] Bodatsch M, Ruhrmann S, Wagner M et al. Prediction of psychosis by mismatch negativity. *Biol Psychiatry* 2011;69:959-66.
- [3] Li A, Zalesky A, Yue W et al. A neuroimaging biomarker for striatal dysfunction in schizophrenia. *Nat Med* 2020;26:558-65
- [4] Di Martino A, Scheres A, Margulies DS et al. Functional connectivity of human striatum: a resting state fMRI study. *Cereb Cortex* 2008;18:2735-47
- [5] Cao B, Cho RY, Chen D et al. Treatment response prediction and individualized identification of first-episode drug-naïve schizophrenia using brain functional connectivity. *Mol Psychiatry* 2020;25:906-13
- [6] Rubio JM, Lencz T, Barber A et al. Striatal functional connectivity in psychosis relapse: a hypothesis generating study. *Schizophr Res* 2022;243:342-8
- [7] Trubetskov V, Pardiñas AF, Qi T et al. Mapping genomic loci implicates genes and synaptic biology in schizophrenia. *Nature* 2022;604:502-8.

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.