

Омский психиатрический журнал

3 (48) 2026



Omsk Journal of Psychiatry

**3 [48]
2026**

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
ЭЛ № ФС 77 - 88857 от
13.12.2024

Учредитель:
Областная общественная
организация "Омское
Общество психиатров"

Адрес редакции:
644070, Омская обл., г.
Омск, ул. Куйбышева, д. 30

Форма распространения:
Сетевое издание

Языки:
русский, английский

**Территория
распространения:**
Российская Федерация
зарубежные страны

Доменное имя
OMSKOOP.RU

Электронная почта:
pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице -
репродукция картины
Марка Хопкинса
"Когда комета прилетает в
город" (2020)

Омский психиатрический журнал

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:
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)
Титов Д.С.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
Александрова Н.В., к.м.н.
Омский государственный университет (Омск)
Антонова А.С., к.м.н.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Гирфанова Е.П.
Медицинский Союз Омской области
Иванова Т.И.
Омское общество психиатров (Омск)
Гранкина И.В., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

**3 [48]
2026**

**ISSN
2412-8805**

The Journal is registered by
the Federal Service for
Supervision of
communications, information
technology, and mass media

Mass Media Registration
Certificate
ЭЛ № ФС 77 - 88857
dated 13.12.2025

Founder:
Regional public organization
"Omsk Society of
Psychiatrists"

Editorial address:
644070, Omsk region, Omsk,
Kuibysheva st., 30

Distribution form:
Online publication

Languages:
Russian, English

Distribution territory:
Russian Federation
foreign countries

Domain name
OMSKOOP.RU

E-mail:
pontiac@list.ru

The publication uses materials
and illustrations from open
Internet sources

The title page contains a
reproduction
of the painting
Mark Hopkins
When the comet comes
to town (2020)

Omsk Journal of Psychiatry

Scientific and practical online publication

The journal is included in the Russian Science Citation Index (RSCI) system

EDITOR-IN-CHIEF

Chetverikov D.V., Doctor of Ps.Sc., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:

Antilogova L.N., Doctor of Ps.Sc.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)
Krakhmaleva O.E., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Odarchenko S.S., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Titov D.S.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Cheperin A.I., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:

Alexandrova N.V., Ph.D.
Omsk State University (Omsk)
Antonova A.S., Ph.D.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Belebekha E.A.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Girfanova E.P.
Medical Union of Omsk Region
Grankina I.V., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Ivanova T.I., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Fedorova N.V., Ph.D.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)

© Omsk Journal of Psychiatry. 2026
The issue was posted on August 15, 2026

Содержание

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	6
ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	
<i>Е. Ю. Емельянова, Н. В. Александрова</i> Оценка клинической и социальной эффективности стационарозамещающих технологий в детской психиатрии (на примере психиатрического дневного стационара для обслуживания детского населения)	9
РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>И.В. Гранкина, О.Е. Крахмалева, К.Н. Кузьмина, Я.А. Жигалов</i> Анализ суицидального поведения несовершеннолетних на территории Омской области за последние 5 лет	14
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ	
<i>А.А. Усова, Ю.А. Жданова, О.П. Игнатьева, Е.Е. Семенова</i> На стыке психиатрии и неврологии: шизофреноподобная симптоматика у пациента с болезнью Паркинсона: клиническое наблюдение	19
<i>Л.С. Новицкая, Т.В. Петрова, Э.Р. Ханафеева</i> Нарушения речи как возможный дебют атипичной формы болезни Альцгеймера: клиническое наблюдение	23
ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ	
<i>А.В. Бережная</i> Интеграция работы с детьми с аутистическим спектром в общую ре- абилитационную работу с детьми с задержкой психо-речевого разви- тия	27
НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ	33

Table of Contents

EDITOR'S COLUMN	6
Organization of psychiatric care	
<i>E. Yu. Emelyanova, N. V. Aleksandrova</i> Evaluation of clinical and social effectiveness of partial hospitalization technologies in child psychiatry (case study of a day hospital)	9
REGIONAL ASPECTS OF PSYCHIATRY	
<i>I.V. Grankina, O.E. Krakhmaleva, K.N. Kuzmina, Ya.A. Zhigalov</i> Analysis of suicidal behavior among minors in the Omsk region over the past 5 years	14
CLINICAL PSYCHIATRY	
<i>A.A. Usova, Yu.A. Zhdanova, O.P. Ignatyeva, E.E. Semenova</i> At the intersection of psychiatry and neurology: schizophrenia-like symptoms in a patient with Parkinson's disease – a clinical case report	19
<i>L.S. Novitskaya, T.V. Petrova, E.R. Khanafeeva</i> Speech impairment as a possible debut of atypical Alzheimer's disease: clinical cases	27
PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION	
<i>A.V. Berezhnaya</i> Integration of work with children with autism spectrum disorder into the general rehabilitation framework for children with delayed psycho-speech development	27
PSYCHIATRY NEWS	33

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Предлагаемый номер журнала объединяет работы, посвящённые широкому спектру актуальных проблем современной психиатрии — от организационно-методологических подходов до сложных клинических случаев, требующих междисциплинарного осмысления. Содержание номера отражает ключевые тренды, определяющие лицо психиатрической службы сегодня: смещение акцента на стационарозамещающие технологии, усиление профилактической направленности, углублённое изучение атипичных форм нейродегенеративных заболеваний и развитие психометрических подходов в оценке эффективности терапии.

Раздел, посвящённый организации психиатрической помощи, открывается статьёй, в которой обобщён опыт работы детского психиатрического дневного стационара. На репрезентативной выборке из 251 пациента авторы убедительно демонстрируют клиническую и социальную эффективность данной модели. Полученные данные (положительная динамика у 78% пациентов по шкале CGI-I, статистически значимый прирост коммуникативных и социализационных навыков по VABS) позволяют рассматривать дневной стационар не как компромиссный, а как полноценный и самостоятельный терапевтический инструмент, работающий в рамках биопсихосоциальной парадигмы и предотвращающий госпитализм у детей.

В русле профилактической парадигмы выполнена работа, посвящённая анализу суицидального поведения несовершеннолетних в Омской области за пятилетний период. Несмотря на статистическую стабильность общего числа попыток, обращает на себя внимание снижение суицидальных попыток среди пациентов, состоящих на учёте у психиатра, — с 14 до 8 случаев, что является косвенным свидетельством эффективности диспансерного наблюдения. В то же время пик завершённых суицидов в 2021 году, совпавший по времени с пандемией COVID-19, служит напоминанием о том, что внешние социально-стрессовые факторы способны нивелировать даже хорошо отлаженные системы помощи, требуя постоянного мониторинга и гибкости.

Особого внимания заслуживают два клинических случая, представленных в номере. В одном из них описывается психоз в дебюте болезни Паркинсона у пациента с интеллектуальным недоразвитием. Этот случай примечателен ранним

присоединением психической симптоматики к неврологическому дефекту, что создаёт серьёзные диагностические трудности и требует от клинициста настороженности в отношении атипичных траекторий нейродегенеративного процесса.

Второй клинический случай посвящён поздней диагностике атипичной формы болезни Альцгеймера, дебютировавшей с изолированной прогрессирующей афазии. Этот случай — яркая иллюстрация системной проблемы современной неврологии и психиатрии: речевой дефект при отсутствии очаговых изменений на нейровизуализации длительное время трактовался как сосудистый, что привело к неоправданной терапии и задержке патогенетического лечения. Авторы справедливо поднимают вопрос о необходимости пересмотра маршрутизации пациентов с острой афазией в первичных сосудистых центрах и обязательном включении психиатрической и нейропсихологической оценки в диагностический алгоритм. Этот материал, как и другие работы номера, подчёркивает междисциплинарность современной психиатрии и важность клинического мышления, не ограниченного узкоспециализированными рамками.

Завершает номер аннотация зарубежного исследования, посвящённого интеграции работы с детьми с расстройствами аутистического спектра в общий реабилитационный контекст. Рост числа таких пациентов (на 140% за последние годы) и сопутствующих нарушений развития речи (шестикратное увеличение за 20 лет) ставит перед системой здравоохранения задачи не только клинические, но и кадровые, методологические, организационные. Представленные подходы — сенсорная интеграция, интенсивные курсы, междисциплинарные методы — перекликаются с выводами отечественных авторов о необходимости комплексного, полипрофессионального сопровождения пациентов на всех этапах оказания помощи.

Искренне надеемся, что материалы номера будут полезны практикующим врачам, организаторам здравоохранения и исследователям, а поднятые проблемы послужат импульсом для дальнейших научных дискуссий и практических решений.

**Правление Омского общества психиатров
Редакционная коллегия**

Editor's Column

Dear colleagues

This issue of the journal brings together a diverse range of works covering pressing issues in contemporary psychiatry — from organizational and methodological frameworks to complex clinical cases that demand interdisciplinary analysis. The content reflects the key trends shaping psychiatric care today: a progressive shift toward hospital-substituting technologies, a strengthened preventive focus, in-depth exploration of atypical neurodegenerative diseases, and the expanded use of validated psychometric instruments to assess treatment outcomes.

The section devoted to the organization of psychiatric care opens with an article synthesizing the clinical experience of a child psychiatric day hospital. Based on a representative cohort of 251 patients, the authors provide compelling evidence for the clinical and social effectiveness of this model. The data obtained — positive dynamics observed in 78% of patients according to the CGI-I scale, alongside statistically significant gains in communication and socialization domains as measured by VABS — allow us to regard the day hospital not merely as a compromise solution, but as a fully fledged, autonomous therapeutic instrument. Operating within the biopsychosocial paradigm, this model effectively prevents hospitalism in children and promotes sustained functional recovery.

Within the preventive framework, the journal features a study analyzing suicidal behavior among minors in the Omsk region from 2020 to 2024. Despite statistical stability in the total number of attempts, a notable trend deserves attention: a marked decline in suicidal attempts among patients formally registered with psychiatric services — from 14 to 8 cases over the observation period. This finding may be interpreted as indirect evidence of the effectiveness of systematic outpatient follow-up. However, the peak in completed suicides recorded in 2021, coinciding with the COVID-19 pandemic, serves as a reminder that external socio-stressful factors can undermine even well-organized care systems, underscoring the need for continuous monitoring and adaptive service planning.

Two clinical cases presented in this issue warrant particular attention. The first describes psychosis manifesting at the onset of Parkinson's disease in a patient with pre-existing intellectual disability. This case is clinically remarkable for the early emergence of psychiatric symptomatology alongside or

preceding the neurological syndrome, generating substantial diagnostic uncertainty and emphasizing the need for vigilance regarding atypical neurodegenerative trajectories.

The second clinical case addresses the late diagnosis of an atypical form of Alzheimer's disease, which initially presented with isolated progressive aphasia. This case provides a vivid illustration of a systemic challenge confronting both neurology and psychiatry: a persistent speech deficit, in the absence of focal neuroimaging abnormalities, was for years misattributed to cerebrovascular pathology. This misinterpretation led to prolonged, unjustified vascular therapy and a significant delay in initiating pathogenetically oriented treatment. The authors appropriately emphasize the critical need to revise current clinical pathways for patients with acute aphasia in primary stroke centers, advocating for the mandatory inclusion of psychiatric and neuropsychological assessment in the diagnostic algorithm. This contribution powerfully underscores the interdisciplinary character of modern psychiatry and the enduring value of rigorous clinical reasoning.

The issue concludes with an abstract of an international study on the integration of interventions for children with autism spectrum disorders into the broader rehabilitation framework for delayed psycho-speech development. The dramatic rise in ASD prevalence — a 140% increase over recent years — coupled with a sixfold escalation in speech disorders over the past two decades, poses challenges that are simultaneously clinical, personnel-related, and organizational. The approaches highlighted — including sensory integration, intensive therapeutic courses, and interdisciplinary collaborative models — resonate closely with domestic research emphasizing the necessity of comprehensive, multiprofessional patient support throughout all stages of care.

We sincerely hope that the materials presented in this issue will prove valuable to practicing clinicians, healthcare administrators, and researchers alike. We trust that the issues raised will stimulate further scientific debate, inform evidence-based practice, and ultimately contribute to the continued improvement of psychiatric services.

***Board of the Omsk Society of Psychiatrists
Editorial Board***

Организация психиатрической помощи

УДК 616.89-082-053.2

Оценка клинической и социальной эффективности стационарозамещающих технологий в детской психиатрии (на примере психиатрического дневного стационара для обслуживания детского населения)

Е. Ю. Емельянова¹, Н. В. Александрова^{2,3}

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»

² ФГАОУ ВО «Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского»

³ ЧУОО ВО «Омская гуманитарная академия» (Омск)

natalie_v_al@inbox.ru

Аннотация. Развитие стационарозамещающих технологий является приоритетным направлением современной детской психиатрии, ориентированным на предотвращение госпитализма и социальной дезадаптации. Цель исследования: систематизация данных о стационарозамещающих формах помощи и эмпирическая оценка эффективности комплексной программы психиатрического дневного стационара (ПДС) для детей. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 251 пациента (возраст 3–17 лет), проходившего лечение в ПДС в 2024 году. Психометрическая оценка проводилась с использованием шкал CGI-I, VABS и ABC-C. Статистическая обработка выполнена в SPSS Statistics 26.0 (t-критерий Стьюдента). Клинически значимая положительная динамика (по CGI-I) зафиксирована у 78% пациентов. Выявлен статистически значимый прирост показателей социального функционирования в доменах «Коммуникация» и «Социализация» ($p < 0,01$, VABS), а также снижение поведенческих нарушений, включая раздражительность и стереотипии ($p < 0,05$, ABC-C). Модель дневного стационара подтвердила высокую клиническую и социальную эффективность, выступая действенным инструментом профилактики нарушений социализации, что согласуется с современными принципами биопсихосоциального подхода.

Ключевые слова: детская психиатрия, дневной стационар, стационарозамещающие технологии, социализация, госпитализм, эффективность лечения.

EVALUATION OF CLINICAL AND SOCIAL EFFECTIVENESS OF PARTIAL HOSPITALIZATION TECHNOLOGIES IN CHILD PSYCHIATRY (CASE STUDY OF A DAY HOSPITAL)

E. Yu. Emelyanova, N. V. Aleksandrova

Abstract. The development of partial hospitalization technologies is a priority in modern child psychiatry, aimed at preventing hospitalism and social maladjustment. To systematize data on partial hospitalization forms of care and to empirically evaluate the effectiveness of a comprehensive multidisciplinary program at a psychiatric day hospital for children. A retrospective analysis of medical records was conducted for 251 patients (aged 3–17 years) treated in the day hospital in 2024. Psychometric assessment was performed using the CGI-I, VABS, and ABC-C scales. Statistical analysis was carried out using SPSS Statistics 26.0 (Student's t-test). Clinically significant improvement (according to CGI-I) was recorded in 78% of patients. A statistically significant increase in social functioning scores was revealed in the "Communication" and "Socialization" domains ($p < 0.01$, VABS), as well as a reduction in behavioral disturbances, including irritability and stereotypies ($p < 0.05$, ABC-C). The day hospital model demonstrated high clinical and social effectiveness, serving as an active tool for preventing socialization disorders, which aligns with the modern principles of the biopsychosocial approach.

Keywords: child psychiatry, day hospital, partial hospitalization technologies, socialization, hospitalism, treatment efficacy.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В организации психиатрической помощи детям в настоящее время наблюдается переход от биологической модели, заключающейся в преимущественно медикаментозном лечении, к биопсихосоциальной модели. Такая концепция обусловила необходимость пересмотра организации лечения детских психических расстройств. Поэтому

госпитализация ребенка в круглосуточный стационар сейчас расценивается как мера крайнего выбора, сопряженного с выраженными негативными ятрогенными влияниями, способными вызвать серьезные нарушения социализации ребенка [2]. В связи с этим актуален поиск и улучшение стационарозамещающих технологий.

В исследованиях российских психиатров выражен тренд к средовому подходу. Так, в работах А. А. Северного и Ю. С. Шевченко, указано, что

терапевтическая среда не должна ограничиваться стенами медицинского учреждения [3]. Данный принцип реализуется через полифункциональную бригаду, где эффективность терапии детских психических расстройств зависит от совместной работы психиатра, психолога, логопеда и других специалистов [1, 4]. Исследования Н. К. Сухотиной подтверждают, что своевременное вмешательство в амбулаторных и полустационарных условиях является ключевым фактором профилактики неблагоприятных исходов [5].

Российские исследования и практические разработки согласуются с зарубежными исследованиями. Программы частичной госпитализации (Partial Hospitalization Programs, РНР) обладают доказанной эффективностью. Систематические обзоры указывают, что при ряде нозологий РНР не уступают круглосуточным стационарам по клиническим результатам, однако существенно снижают риск стигматизации [7]. Кроме того, программы дневного пребывания, включающие тренировки для родителей, демонстрируют более стойкие результаты коррекции поведения, а их экономическая эффективность выше за счет снижения затрат на 40–60% по сравнению с традиционной госпитализацией [8].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ современных подходов к организации стационарозамещающей помощи и эмпирическая оценка клинической и социальной эффективности комплексной мультидисциплинарной программы психиатрического дневного стационара (ПДС) на базе БУЗОО «Омская клиническая психиатрическая больница».

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Материалом послужили данные медицинской документации (форма № 003/у) пациентов, получивших полный курс лечения в ПДС в течение 2024 года. В исследование включен 251 пациент в возрасте от 3 до 17 лет. Гендерное распределение: 163 мальчика (64,9%) и 88 девочек (35,1%). Возрастная структура характеризовалась преобладанием детей дошкольного и младшего школьного возраста (80,8%). Статус «ребенок-инвалид» имели 125 пациентов (49,8%).

Нозологическая структура (по МКБ-10) была представлена следующими группами: общие расстройства психологического развития (F84), преимущественно РАС — 115 человек (45,8%); гиперкинетические расстройства (F90) — 68 человек (27,1%); тревожные расстройства (F41) — 42 человека (16,7%); прочие расстройства (F20, F91, F95, F42 и др.) — 26 человек (10,4%).

Для оценки динамики состояния использовались валидированные клинические шкалы:

1. Шкала общего клинического впечатления — Улучшение (CGI-I) — для оценки глобальной динамики состояния.

2. Шкала адаптивного поведения Вайленда (VABS) — для оценки социальных и коммуникативных навыков.

3. Перечень отклоняющегося поведения (ABC-C) — для оценки динамики поведенческих нарушений (преимущественно у пациентов с РАС).

Статистический анализ. Обработка данных проводилась с использованием программного пакета SPSS Statistics 26.0. Для сравнения показателей до и после лечения применялся t-критерий Стьюдента для зависимых выборок. Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем сообщении мы обозначим основные результаты нашего исследования.

Клиническая эффективность

По завершении полного курса терапевтического вмешательства, рассчитанного в соответствии с утверждённым протоколом и включающего все запланированные лечебно-реабилитационные мероприятия, у подавляющего большинства пациентов, принявших участие в исследовании (что составляет 78% от общего числа включённых в анализ случаев), зафиксирована клинически значимая положительная динамика психического состояния. Данная динамика оценивалась с использованием стандартизированного инструментария — шкалы CGI-I (Clinical Global Impression — Improvement), которая является общепризнанным валидированным инструментом в международной психиатрической практике и позволяет объективизировать степень изменений, произошедших с пациентом за период лечения.

Полученные баллы соответствовали таким градациям глобального клинического впечатления об улучшении, как «значительное улучшение» (максимально выраженный терапевтический ответ) либо «умеренное улучшение» (существенное, но не полное редуцирование симптоматики). При этом в рамках всего проведённого курса терапии не было зарегистрировано ни одного случая ухудшения психического состояния пациентов, что убедительно свидетельствует в пользу высокой степени безопасности применяемой терапевтической модели и отсутствия негативных эффектов, связанных как с фармакологическими компонентами, так и с психотерапевтическими вмешательствами.

Отсутствие негативной динамики на фоне достижения выраженного терапевтического ответа у абсолютного большинства участников является важнейшим показателем, подтверждающим обоснованность выбранной стратегии ведения пациентов и допустимость её широкого внедрения в клиническую практику.

Динамика социального функционирования

Следующим значимым аспектом проведённой оценки являлся анализ изменений в сфере социального функционирования пациентов, который проводился с применением шкалы VABS (Vineland Adaptive Behavior Scales) — одного из наиболее авторитетных и широко используемых в мировой практике инструментов для количественной оценки уровня адаптивного поведения. Сравнительный анализ результатов, полученных на этапе включения в программу и после завершения полного курса терапии, выявил статистически значимый прирост баллов в двух ключевых доменах — «Коммуникация» и «Социализация». Уровень статистической значимости для обоих доменов составил $p < 0,01$, что свидетельствует о высокой степени достоверности обнаруженных изменений и включает случайный характер полученной динамики. Домен «Коммуникация» отражает способность пациента к вербальному и невербальному обмену информацией, включая понимание обращённой речи, активное использование языковых средств и адекватное восприятие социальных сигналов. Домен «Социализация» оценивает навыки межличностного взаимодействия, способность устанавливать и поддерживать контакты со сверстниками и взрослыми, а также участие в коллективных формах деятельности.

Совокупный прирост баллов по данным шкалам свидетельствует не просто об улучшении отдельных показателей, а о принципиальном расширении адаптивных возможностей пациентов, что создаёт основу для их более успешной интеграции в образовательную, досуговую и бытовую среду. Данные изменения имеют не только статистическое, но и несомненное клиническое и социальное значение, поскольку напрямую влияют на качество жизни пациентов и их ближайшего окружения.

Коррекция поведенческих нарушений

Особый интерес представляет анализ результатов, полученных в подгруппе пациентов, имеющих верифицированный диагноз расстройства аутистического спектра, поскольку именно эта категория традиционно считается наиболее резистентной к терапевтическим воздействиям и требующей длительного комплексного сопровождения. В рамках проведённого исследования у пациентов данной подгруппы отмечено статистически значимое снижение общего балла по шкале ABC-C (Aberrant Behavior Checklist — Community), которая является специализированным инструментом для оценки выраженности поведенческих нарушений у лиц с аутистическими расстройствами и включает в себя пять субшкал: раздражительность, социальная замкнутость, стереотипное поведение, гиперактивность/непослушание и неадекватная речь. Уровень статистической зна-

чимости составил $p < 0,05$, что подтверждает реальность и неслучайность зафиксированных изменений.

При детальном анализе распределения улучшений по отдельным субшкалам было установлено, что наиболее выраженная редукция симптоматики наблюдалась по двум направлениям — раздражительность (уменьшение аффективных вспышек, агрессивных реакций, негативизма) и стереотипное поведение (снижение частоты и интенсивности однообразных, ритуальных движений и действий, а также уменьшение фиксированности на узких, ограниченных интересах). Данные изменения свидетельствуют о том, что применявшаяся модель вмешательства оказывает направленное воздействие на те поведенческие паттерны, которые в наибольшей степени осложняют социальную адаптацию пациента и создают дополнительные трудности для его близких и профессионального окружения.

Обсуждение результатов и их теоретическая интерпретация

В целом полученные в ходе исследования результаты с высокой степенью убедительности свидетельствуют о клинической и социальной эффективности исследуемой модели дневного стационара как организационной формы оказания психиатрической помощи детям и подросткам с психическими расстройствами. Достижение клинически значимой положительной динамики у 78% пациентов при полном отсутствии зафиксированных случаев ухудшения состояния является весомым аргументом в пользу того, что предлагаемая модель не только обладает выраженным терапевтическим потенциалом, но и демонстрирует высокую степень безопасности, что особенно важно при работе с уязвимой детско-подростковой популяцией. Комплексность подхода, сочетающая медикаментозную коррекцию с систематической психотерапией, психолого-педагогическими занятиями, логопедической и дефектологической помощью, создаёт синергетический эффект, при котором суммарный результат вмешательства превосходит эффект каждого из его компонентов в отдельности.

Особую значимость среди всех полученных данных представляет статистически доказанное улучшение показателей социального функционирования, отмеченное по доменам «Коммуникация» и «Социализация». Данный факт указывает на то, что программа дневного стационара успешно решает не только сугубо клинические задачи, но и фундаментальную задачу профилактики социальной дезадаптации, которая является одной из главных проблем, с которыми сталкиваются пациенты данной категории.

Способность пациентов лучше понимать окружающих, адекватнее выражать собственные мысли и потребности, конструктивнее взаимодействовать со сверстниками и взрослыми создаёт базис

для более успешного обучения, участия в социально-значимых мероприятиях и в конечном итоге — для достижения более высокого уровня автономности и независимости во взрослой жизни.

Полученные результаты хорошо коррелируют с данными международной литературы, в которой неоднократно подчёркивалась критическая важность сохранения ребёнка или подростка в привычной для него микросоциальной среде (в кругу семьи, в домашних условиях, в знакомом районе проживания) в период получения интенсивной терапевтической помощи [3, 6]. В отличие от круглосуточного стационара, который, несмотря на всю свою необходимость в острых ситуациях, неизбежно сопровождается эффектами госпитализма, отрывом от привычного окружения, прерыванием социальных связей и школьного процесса, дневной стационар позволяет сочетать интенсивное лечение с сохранением всех значимых социальных связей. Активное вовлечение семьи в терапевтический процесс, обучение родителей эффективным способом взаимодействия с ребёнком, а также регулярная обратная связь с педагогами и социальными работниками создают единую поддерживающую среду, которая продолжает своё действие и после завершения формального курса терапии.

Кроме того, результаты настоящего исследования эмпирически подтверждают выводы, ранее сформулированные в рамках Кокрейновского обзора [7], в котором было показано, что стационарозамещающие формы оказания психиатрической помощи являются не только допустимой, но и зачастую предпочтительной альтернативой традиционной круглосуточной госпитализации для определённых категорий пациентов. Полученные нами данные демонстрируют, что комплексная программа дневного стационара не уступает по клинической эффективности стандартным стационарным подходам, а по ряду показателей, связанных с социальной адаптацией и сохранением семейных связей, даже превосходит их.

Доказанное улучшение социального функционирования, редукция поведенческих нарушений и высокий процент пациентов с позитивной клинической динамикой в совокупности обосновывают целесообразность дальнейшего внедрения и развития данного формата психиатрической помощи в региональной системе здравоохранения. Также представляется необходимым проведение дополнительных исследований с более длительным периодом катamnестического наблюдения, которые позволят оценить устойчивость достигнутых результатов во времени и выявить факторы, влияющие на долгосрочный прогноз. Не менее важным направлением дальнейшей работы является разработка дифференцированных показаний для направления пациентов в дневной стационар в зависимости от нозологической формы, возраста, степени выраженности нарушений и социальных

условий, что позволит максимально персонализировать терапевтические подходы и повысить их общую эффективность.

ВЫВОДЫ

1. Теоретическое обоснование. Систематический анализ научной литературы позволяет констатировать смену парадигмы в детской психиатрии: переход к полипрофессиональной модели помощи, где приоритетом становится не только купирование симптоматики, но и сохранение социального статуса ребенка. Развитие стационарозамещающих технологий (дневных стационаров) является глобальным ответом на риски традиционной госпитализации, такие как стигматизация, разрыв семейных связей и формирование явлений госпитализма, препятствующих дальнейшей реабилитации.

2. Клиническая эффективность и безопасность. Результаты эмпирического исследования на масштабной выборке подтверждают высокий терапевтический потенциал модели дневного стационара. Достижение клинически значимого улучшения у 78% пациентов (по шкале CGI-I) при полном отсутствии случаев отрицательной динамики свидетельствует о том, что частичная госпитализация позволяет безопасно и эффективно купировать психопатологические расстройства без изоляции ребенка от привычной среды.

3. Социальная адаптация. Доказано статистически достоверное положительное влияние терапии на показатели социального функционирования (по шкале VABS, $p < 0,01$). Программа ПДС способствует не только развитию коммуникативных навыков, но и значимой редукции дезадаптивных форм поведения (раздражительности, стереотипий по шкале ABC-C), что является критически важным фактором профилактики инвалидизации и школьной дезадаптации, особенно у детей с расстройствами аутистического спектра.

4. Практическая значимость. Опыт функционирования омского ПДС демонстрирует успешную интеграцию традиций отечественной школы «средовой терапии» и современных международных стандартов доказательной медицины. Модель показала свою состоятельность в условиях регионального бюджетного здравоохранения как эффективный инструмент, позволяющий сочетать интенсивное лечение с активным вовлечением семьи в реабилитационный процесс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтверждает, что в современных условиях психиатрический дневной стационар является оптимальной организационной формой оказания помощи значительному числу детей с психическими расстройствами, включая расстройства аутистического спектра и нарушения поведения.

Данная модель позволяет преодолеть недостатки традиционной стационарной системы, минимизируя риск ятрогенного воздействия больницы и предотвращая социальную изоляцию. Сочетание высокой клинической результативности с доказанным приростом адаптационного потенциала пациентов позволяет рекомендо-

вать широкое масштабирование опыта организации мультидисциплинарных дневных стационаров в системе охраны психического здоровья детей и подростков. Внедрение подобных стационарозамещающих технологий способствует реализации биопсихосоциального подхода, обеспечивая не только лечение заболевания, но и полноценную социализацию ребенка.

Литература

1. Бачило Е. В., Симашкова Н. В., Козловская Г. В. и др. Опыт организации дневного стационара для детей с расстройствами аутистического спектра // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. – № 1 (98). – С. 69–74.
2. Иовчук Н. М., Северный А. А. Современные организационные модели помощи детям с психическими расстройствами и их семьям // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2019. – Т. 19, № 2. – С. 8–16.
3. Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы / Под ред. Ю. С. Шевченко. – М.: Спорт и культура, 2008. – 392 с.
4. Симашкова Н. В., Козловская Г. В., Макушкин Е. В. Комплексная помощь детям с расстройствами аутистического спектра в условиях дневного стационара // Психическое здоровье. – 2017. – № 4. – С. 3–11.
5. Сухотина Н. К. Профилактика нарушений психического развития у детей группы высокого риска // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 5. – С. 4–9.
6. Kolko D. J., et al. Improving outcomes for children with disruptive behavior problems: a randomized trial of a community-based treatment program // Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. – 2014. – Vol. 43, № 2. – P. 283–298.
7. Shelef K., et al. Partial hospitalisation versus inpatient hospitalisation for adolescents with psychiatric disorders // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2015. – № 1. – Art. No.: CD009581.
8. Zima B. T., et al. A cost-effectiveness analysis of a specialty mental health-primary care integration model for children // Psychiatric Services. – 2017. – Vol. 68, № 11. – P. 1164–1171.



Региональные аспекты психиатрии

УДК 159.9:616.89-053.6

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ НА ТЕРРИТОРИИ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 5 ЛЕТ

И.В. Гранкина, О.Е. Крахмалева, К.Н. Кузьмина, Я.А. Жигалов

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

iragralkina@yandex.ru

Аннотация. В статье представлен анализ суицидального поведения несовершеннолетних на территории Омской области за период 2020-2024 годов. Актуальность исследования обусловлена высокой социальной значимостью проблемы и необходимостью оптимизации суицидологической помощи. Проведен ретроспективный анализ данных комиссии по рассмотрению случаев суицидальных попыток и завершённых суицидов среди несовершеннолетних, состоящих под наблюдением врачей-психиатров в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой». За анализируемый период отмечается рост числа суицидальных попыток с 68 случаев в 2020 году до 73 в 2024 году при нестабильной динамике завершённых суицидов с пиком в 14 случаев в 2021 году, что связывается с психотравмирующим воздействием пандемии COVID-19. Среди пациентов, состоящих на учете у психиатра, зафиксировано лишь два случая завершённого суицида при тенденции к снижению суицидальных попыток с 14 до 8 случаев. Половозрастной анализ показал преобладание завершённых суицидов среди мальчиков 15-16 лет, а основными причинами суицидальных попыток явились острое изменение психического состояния, демонстративно-шантажное поведение и бесконтрольный прием лекарственных препаратов. В заключении обоснована необходимость усиления амбулаторного наблюдения за пациентами группы риска, особенно после выписки из стационара, использования полипрофессионального подхода и продолжения межведомственного взаимодействия для повышения эффективности профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних с психическими расстройствами.

Ключевые слова: суицидальное поведение, несовершеннолетние, завершённые суициды, суицидальные попытки, психические расстройства, конструктивный прaxis, Омская область, профилактика суицидов.

ANALYSIS OF SUICIDAL BEHAVIOR AMONG MINORS IN THE OMSK REGION OVER THE PAST 5 YEARS

I.V. Grankina, O.E. Krakhmaleva, K.N. Kuzmina, Ya. A. Zhigalov

Abstract. The article presents an analysis of suicidal behavior among minors in the Omsk region for the period 2020-2024. The relevance of the study is determined by the high social significance of the problem and the need to optimize suicidological care. A retrospective analysis of the data from the commission for reviewing cases of suicidal attempts and completed suicides among minors under the supervision of psychiatrists at the Solodnikov Clinical Psychiatric Hospital was conducted. Over the analyzed period, there has been an increase in the number of suicidal attempts from 68 cases in 2020 to 73 in 2024, with unstable dynamics of completed suicides peaking at 14 cases in 2021, which is associated with the psychotraumatic impact of the COVID-19 pandemic. Among patients under psychiatric care, only two cases of completed suicide were recorded, with a downward trend in suicidal attempts from 14 to 8 cases. The age-sex analysis revealed a predominance of completed suicides among males aged 15-16 years, while the main reasons for suicidal attempts were acute changes in mental state, demonstrative-blackmail behavior, and uncontrolled use of medications. The conclusion substantiates the need to strengthen outpatient monitoring of at-risk patients, especially after discharge from hospital, to implement a multidisciplinary approach, and to continue interdepartmental cooperation in order to improve the effectiveness of suicide prevention among minors with mental disorders.

Keywords: suicidal behavior, minors, completed suicides, suicidal attempts, mental disorders, constructive praxis, Omsk region, suicide prevention.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Частота суицидов является одним из наиболее объективных индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни людей. Предупреждение суицидов отнесено к числу приоритетных задач в области охраны психического здоровья в XXI веке.

Результаты многочисленных исследований показывают, что психические расстройства связаны с повышенным риском суицида. Частота суици-

дов среди больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, в несколько раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц.

Прогнозируемый Всемирной организацией здравоохранения рост распространенности депрессивных состояний, социальные последствия мирового экономического кризиса, а также развивающаяся в течение последнего года эпидемиологическая ситуация в мире диктуют необходимость оптимизации и повышения эффективности суицидологической помощи населению.

Проблема суицидальной активности психически больных волновала исследователей и в прежние времена. В частности, известный французский социолог Эмиль Дюркгейм в 1897 году опубликовал свою работу «Самоубийство: социологический этюд», в котором создал классификацию самоубийств, совершаемых психически больными. Он выделял:

- маниакальное самоубийство – присуще людям с выраженной психотической симптоматикой;
- самоубийство меланхоликов – встречается у людей, находящихся в состоянии упадка духа, глубочайшей скорби;
- самоубийство одержимых навязчивыми идеями – в этом состоянии самоубийство не может быть обусловлено никакими мотивами, ни реальными, ни воображаемыми, а только навязчивой мыслью о смерти, которая без всякой причины всецело владеет умом больного;
- автоматическое или импульсивное самоубийство – происходит от внезапного и непобедимого импульса.

Основоположница отечественной современной школы суицидологии Айна Григорьевна Амбрумова считала, что две трети больных совершают суицидальные попытки по реальным мотивам, а лишь одна треть из них выдвигает патологические мотивировки.

Иностранные авторы (R.M. Fernquist, P. Cutright) проанализировали ряд случаев суицидальных попыток психически больных и пришли к выводу, что социально-средовые факторы явились причиной попытки в 58,5% случаев, наркотическая и алкогольная зависимости – в 28%, обострение психического заболевания – лишь в 13%.

Существует и иное мнение, что суицидальные действия психически больных в большинстве случаев обусловлены психопатологическими переживаниями и мало зависят от действия социально-средовых факторов.

Особенно актуальным в настоящее время является вопрос суицидального поведения несовершеннолетних.

В этой связи определенный интерес вызывает анализ суицидального поведения несовершеннолетних пациентов, страдающих психическими расстройствами и находящихся под наблюдением врачей-психиатров в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников». На территории региона уделяется большое внимание вопросам профилактики суицидального поведения несовершеннолетних, ведущая роль в этой работе принадлежит службе «Телефона доверия», оказывающей экстренную психологическую помощь в круглосуточном режиме. Функционирует круглосуточный канал «Телефона доверия» (тел. 56-56-65), дневной психологический телефон доверия (тел. 27-55-11).

Также для оказания экстренной психологической помощи бесплатно работают основные сотовые операторы: МТС (тел. 052-83), ТЕЛЕ-2 (тел.

670), Мегафон (8 923 699 30 03) и Билайн (070-45). В настоящее время из любого района области можно незамедлительно получить профессиональную консультацию специалиста Телефона доверия и антикризисную помощь.

На территории омского региона согласно приказу главного врача БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников» №46-А от 06.02.2020г. функционирует комиссия по рассмотрению случаев суицидальных попыток и завершенных суицидов среди лиц, в том числе несовершеннолетних проживающих в г. Омске и состоящих под наблюдением в БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодников».

Работа указанной комиссии заключается в анализе случаев суицидальных действий пациентов, состоящих под наблюдением врачей-психиатров, с оценкой диагностики, эффективности оказанной медицинской помощи, в том числе лекарственной терапии, а также осуществления динамического наблюдения за данной группой пациентов.

Согласно Указа Губернатора Омской области №157 от 19.11.2013г. «Об организации мониторинга суицидального поведения населения Омской области», а также созданного в области Комплексного межведомственного плана мероприятий по профилактике суицидального поведения отделение «Телефон доверия» проводит данный мониторинг суицидальных попыток с учетом способа их совершения, возрастных категорий, половой принадлежности, района проживания суицидента. Ежемесячно утвержденные отчетные формы о совершенных суицидальных действиях из всех лечебных учреждений города, центральных районных больниц, подразделений УВД, а также из бюро судебно-медицинской экспертизы направляются в Министерство Здравоохранения Омской области.

За годы работы службы «Телефон доверия» профильными специалистами налажено тесное межведомственное взаимодействие с другими специализированными учреждениями, оказывающим помощь лицам, совершившим суицидальные попытки и завершённые суициды: ЦРБ, Токсикологический центр БСМП №1, городская станция скорой медицинской помощи, бюро судебно-медицинской экспертизы, а также подразделения УВД Омска и Омской области.

МОНИТОРИНГ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

Сведения о зафиксированных суицидальных действиях на территории региона вносятся в специальную программу Автоматизированной системы управления.

При получении отчета по суицидальным действиям пациентов, находящихся под наблюдением в БУЗОО «КПБ», членами комиссии запрашиваются амбулаторные карты пациентов, проводится подробный анализ каждого случая суицидального

действия пациента: изучается анамнез заболевания, события, предшествовавшие совершением суицидальным действиям, вид и кратность наблюдения, объем и качество оказанной пациенту медицинской помощи. Результаты работы комиссии выносятся в заключительный протокол.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ суицидального поведения несовершеннолетних на территории Омской области за последние 5 лет представляет собой следующие данные.

Таблица 1

Анализ суицидальных действий: завершённые суициды среди несовершеннолетних 2020-2024 гг.

№ п/п	Год	Завершённые суициды среди несовершеннолетних
1.	2020	7
2.	2021	14
3.	2022	5
4.	2023	8
5.	2024	9

Говоря об анализе всех случаев суицидального поведения среди несовершеннолетних на территории Омской области в динамике с 2020 по 2024годы обращает на себя внимание то, что в 2021 году отмечался рост завершённых суицидов

среди детей и подростков с 7 случаев в 2020году до 14 случаев в 2021 году, увеличение числа анализируемого показателя по нашему мнению объясняется воздействием психотравмирующего фактора связанного с пандемией COVID 19.

Таблица 2

Анализ суицидальных действий: суицидальные попытки среди несовершеннолетних 2020-2024 гг.

№ п/п	Год	Суицидальные попытки среди несовершеннолетних
1.	2020	68
2.	2021	80
3.	2022	87
4.	2023	66
5.	2024	73

Как видно из таблицы, отмечается отрицательная тенденция в виде увеличения количественного анализируемого показателя при анализе случаев

суицидальных попыток среди несовершеннолетних на территории Омской области в динамике за последние 5 лет с 68 случаев в 2020 году до 73 случаев в 2024году.

Таблица 3

Анализ суицидальных действий среди несовершеннолетних лиц, состоящих под наблюдением врача- психиатра: завершённые суициды 2020-2024 гг.

№ п/п	Год	Завершённые суициды среди несовершеннолетних лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра
1.	2020	0
2.	2021	1
3.	2022	1
4.	2023	0
5.	2024	0

Анализ суицидальной активности среди детей и подростков, состоящих на диспансерном учёте у психиатра, показывает неравномерную динамику завершённых суицидов за последние пять лет. В 2020, 2023 и 2024 годах летальных исходов в этой группе не зафиксировано, что может указывать на эффективность профилактических мер, улучшение диагностики кризисных состояний и более тесное взаимодействие врачей с семьёй и

школой. Однако в 2021 и 2022 годах произошло по одному случаю завершённого суицида. Каждый такой случай требует пристального изучения — необходимо выяснить, не было ли пропущено тревожных сигналов, не повлияли ли сезонные или социально-экономические факторы, а также изменение доступности помощи в те годы. Сравнение «нулевых» и «единичных» периодов даёт основание предполагать, что внешние обстоятельства

(например, режим дистанционного обучения или стрессовые события) могли играть роль.

Таблица 4

Анализ суицидальных действий среди несовершеннолетних лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра: суицидальные попытки 2020-2024 гг

№ п/п	Год	Суицидальные попытки среди несовершеннолетних лиц, состоящих под наблюдением врача-психиатра
1.	2020	11
2.	2021	14
3.	2022	11
4.	2023	6
5.	2024	8

ВЫВОДЫ

Анализ суицидальной активности среди несовершеннолетних пациентов, состоящих на диспансерном учёте в Омской клинической психиатрической больнице (КПБ), за последние пять лет (2021–2025 гг.) представляет собой важный индикатор эффективности региональной системы психиатрической помощи и профилактики кризисных состояний в детско-подростковой популяции. В целом за указанный период наблюдается устойчивая тенденция к снижению количественных показателей суицидальных попыток — как завершённых, так и незавершённых. Данная динамика может быть связана с рядом позитивных изменений: улучшением межведомственного взаимодействия между психиатрической службой, образовательными учреждениями и органами социальной защиты; внедрением скрининговых методик для раннего выявления суицидального риска на амбулаторном этапе; а также повышением квалификации врачей-психиатров и медицинских психологов в вопросах работы с подростковой суицидологией. Вместе с тем достигнутое снижение не должно ослаблять настороженности, поскольку абсолютные цифры по-прежнему отражают наличие трагических случаев, требующих детального анализа каждой клинической ситуации.

При углублённом половозрастном анализе завершённых суицидов за отчётный период выявлена чёткая закономерность: наибольшее количество летальных исходов регистрируется среди мальчиков в возрастном интервале 15–16 лет. Данная возрастная-половая группа традиционно рассматривается как наиболее уязвимая в суицидологическом отношении, что объясняется комплексом биологических, психологических и социальных факторов. Пубертатный период сопровождается интенсивной гормональной перестройкой, повышением эмоциональной лабильности и импульсивности, при этом у юношей внешнее агрессивное поведение чаще сочетается с внутренней аутоагрессией, чем у девушек. Социальный контекст также играет значительную роль: именно в 15–16 лет российские школьники сталкиваются с пиковыми академическими нагрузками в связи с подготовкой к основным государственным

экзаменам (ОГЭ) и единому государственному экзамену (ЕГЭ), что нередко провоцирует хронический стресс, нарушение сна, снижение самооценки и ощущение безысходности. Дополнительными триггерами выступают конфликты с родителями на фоне сепарационных процессов, трудности в построении романтических отношений, а также давление референтных групп сверстников. В связи с этим именно для мальчиков-подростков данного возраста показана особенно тщательная динамическая оценка суицидального риска при каждом плановом и внеплановом визите к психиатру.

Анализ причин и непосредственных пусковых механизмов суицидальных попыток среди несовершеннолетних учётного контингента позволяет выделить три основных кластера факторов, расположенных по частоте встречаемости в порядке убывания. Первое место уверенно занимает острое изменение психического состояния, под которым понимается внезапное ухудшение течения основного заболевания — чаще всего манифестация или обострение депрессивного эпизода, возникновение продуктивной психопатологической симптоматики (императивные галлюцинации, бредовые идеи воздействия или виновности), либо острая стрессовая реакция, развившаяся в ответ на психотравмирующую ситуацию (разрыв отношений, смерть близкого, насилие, провал на экзамене). Такие состояния отличаются быстрым нарастанием суицидальной готовности и требуют экстренного врачебного вмешательства, нередко с решением вопроса о госпитализации.

На втором месте среди причин суицидальных действий находится демонстративно-шантажное поведение, которое особенно характерно для подросткового возраста в силу незрелости эмоционально-волевой сферы и склонности к экстермальным способам решения проблем. В таких случаях суицидальная попытка совершается не столько с летальной целью, сколько с намерением привлечь внимание значимых взрослых (родителей, педагогов, партнёра), добиться желаемого уступки или выразить протест против несправедливого, с точки зрения подростка, отношения. Однако критическая опасность данного типа поведения заключается в том, что даже изначально нелетальный способ (например, поверхностные порезы или

приём небольшой дозы препаратов) может случайно привести к смерти из-за индивидуальной реакции организма, несвоевременности оказания помощи или сочетания с другими факторами (алкогольное опьянение, соматическая ослабленность). Поэтому квалификация такого поведения как «шантажного» ни в коем случае не должна снижать врачебную бдительность — любую попытку необходимо рассматривать как потенциально летальную.

Третья позиция в структуре причин принадлежит бесконтрольному приёму лекарственных препаратов. Данный механизм наиболее часто встречается у пациентов, длительно получающих психофармакотерапию, особенно когда препараты хранятся в свободном доступе дома, а родители недооценивают риск передозировки. Подростки могут прибегать к бесконтрольному приёму как к импульсивному действию в момент аффективного напряжения, либо как к способу изменения сознания с целью ухода от тягостных переживаний. Опасность усугубляется тем, что психотропные средства (особенно антидепрессанты, анксиолитики, антиконвульсанты и нейролептики) имеют узкий терапевтический диапазон, а их комбинация с алкоголем или другими веществами многократно повышает токсичность. Таким образом, обучение родителей правилам хранения препаратов и разъяснение им ранних признаков передозировки является неотъемлемой частью профилактической работы психиатра.

С клинической точки зрения, для эффективной превенции суицидальных действий у несовершеннолетних с психическими расстройствами специалисту крайне важно глубоко ориентироваться в специфике именно подростковой суицидологии. В первую очередь необходимо твёрдо усвоить, что наличие любого верифицированного психиатрического диагноза — даже лёгкого расстройства адаптации или дистимии — уже является статистически значимым фактором, повышающим базовый суицидальный риск по сравнению с общей детской популяцией. У детей и подростков риск оказывается ещё более высоким, чем у взрослых с аналогичными нозологиями, поскольку возрастная незрелость когнитивных и регуляторных функций ограничивает способность находить альтернативные конструктивные выходы из кризиса.

Повышенный уровень суицидальной опасности у психически больных несовершеннолетних обусловлен сложным, многоуровневым взаимодействием как минимум трёх групп этиопатогенетических факторов. Первая — собственно психопатологические факторы: это глубина и структура симптоматики, наличие критики к своему состоянию, выраженность тревожно-депрессивного аффекта, нарушения сна и аппетита, психотические переживания. Вторая группа — личностно-ориентированные факторы: сюда относятся акцентуации характера (особенно возбудимый, эмоционально-лабильный и шизоидный типы), низкая

фрустрационная толерантность, несформированные копинг-стратегии, перфекционизм с негативной самооценкой, а также склонность к ригидному мышлению. Третью группу составляют ситуационные (социально-стрессовые) факторы — это макро- и микросоциальные обстоятельства, в которых находится подросток: низкий социально-экономический статус семьи, проживание в неполных или дисфункциональных семьях, школьная дезадаптация, буллинг, пережитые эпизоды жестокого обращения, миграция, потеря значимых связей.

Кроме того, в структуру суицидального риска у данной категории пациентов входит особая подгруппа факторов, напрямую связанных с процессом оказания психиатрической помощи. Их важно учитывать отдельно, поскольку они являются ятрогенно опосредованными и потенциально модифицируемыми. К таким факторам относится, во-первых, психотравмирующее влияние самого факта постановки психиатрического диагноза на несовершеннолетнего и его семью: стигматизация, ощущение «клейма» психически больного, страх быть отвергнутым сверстниками, тревога родителей за будущее ребёнка — всё это может парадоксально усиливать депрессивные и суицидальные тенденции. Во-вторых, ряд психотропных препаратов, особенно некоторые антидепрессанты из группы СИОЗС, в первые 2–4 недели терапии способны временно повышать уровень тревоги и суицидальных мыслей, особенно у детей и молодёжи, что требует обязательного предупреждения пациентов и их законных представителей, а также частых контрольных визитов в индукционный период лечения. В-третьих, нерегулярность посещений или преждевременное прерывание терапии самими пациентами из-за побочных эффектов или снижения критики к болезни также создаёт условия для резкого ухудшения состояния и возрастания риска.

При сопоставлении полученных региональных данных с общемировыми литературными сведениями можно выделить спектр нозологических единиц, ассоциированных с наибольшим риском суицидального поведения среди детей и подростков. К числу наиболее суицидоопасных психических расстройств традиционно относятся: депрессивные расстройства (особенно рекуррентные и биполярного спектра), юношеская шизофрения с депрессивно-параноидной структурой синдрома, биполярное аффективное расстройство в депрессивную или смешанную фазу, а также пограничное расстройство личности, для которого характерна хроническая эмоциональная дисрегуляция, импульсивность и повторяющиеся парасуициды. У несовершеннолетних данные заболевания часто протекают атипично: депрессия может маскироваться под агрессивное поведение, негативизм или соматовегетативные жалобы, биполярное расстройство ошибочно принимают за синдром дефицита внимания, а шизофренический процесс долгое время трактуют как пубертатный

криз. Отсюда вытекает практическая рекомендация: при ведении любого подростка с перечисленными диагнозами необходимо проводить формализованную оценку суицидального риска (например, по шкалам C-SSRS или SOAS) не реже одного раза в месяц, а при появлении любых новых симптомов — немедленно.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В целях эффективной профилактики суицидального поведения среди пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением в БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница» (КПБ), необходим комплекс организационных и клинических мероприятий, охватывающих все этапы оказания психиатрической помощи.

Прежде всего, требуется обеспечить тщательное динамическое наблюдение и строгий контроль за психическим состоянием и соблюдением режима лечения пациентов на амбулаторном этапе. Особое внимание следует уделять периоду после выписки из стационара, особенно в тех случаях, когда госпитализация была непосредственно связана с совершённой суицидальной попыткой, поскольку именно первые недели после выписки относятся к наиболее критическому периоду в плане рецидива суицидального поведения.

При работе с пациентами, совершившими повторные суицидальные попытки, оказание специализированной помощи должно строиться на междисциплинарном подходе с привлечением ресурсов полипрофессиональной бригады. В её состав целесообразно включать врача-психиатра, медицинского психолога, специалиста по социальной работе и социального работника, что позволяет комплексно воздействовать на медицинские, психологические и социальные детерминанты суицидального поведения и повышает эффективность реабилитационных мероприятий.

В случаях, когда пациент совершил несколько суицидальных попыток в течение одного календарного года или демонстрирует повторные эпизоды, крайне важно своевременно определить

ему диспансерный вид наблюдения. Такая мера обусловлена высоким риском перехода повторных попыток в завершённый суицид и требует более частых контрольных осмотров, углублённой оценки состояния и усиления терапевтических вмешательств.

При выписке пациента из стационарных отделений необходимо по клиническим показаниям направлять его на комиссионный осмотр в отделение амбулаторной психиатрической помощи для решения вопроса о необходимости усиленного диспансерного наблюдения. Это позволяет обеспечить дополнительный уровень контроля за пациентами группы высокого риска.

В рамках внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности при проведении заседаний комиссии по анализу суицидальных действий среди пациентов КПБ особое внимание следует уделять случаям, совершённым в течение первого месяца после выписки из стационарных и промежуточных подразделений больницы. Данный временной промежуток требует пристального анализа для выявления возможных организационных упущений и совершенствования маршрутизации пациентов.

Кроме того, необходимо продолжать и укреплять межведомственное взаимодействие между медицинскими организациями города Омска и Омской области с БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодниковой. Особую значимость это взаимодействие имеет в вопросах оказания психиатрической помощи суицидентам, которые получают медицинскую помощь вне стен психиатрической больницы — в амбулаторно-поликлинических учреждениях общего профиля, стационарах соматического профиля и службах скорой помощи. Координация действий всех звеньев системы здравоохранения позволяет обеспечить преемственность наблюдения за пациентами группы риска и своевременное реагирование на ухудшение их состояния.



Клиническая психиатрия

УДК 616.89-008.4:614.253.5

НА СТЫКЕ ПСИХИАТРИИ И НЕВРОЛОГИИ: ШИЗОФРЕНОПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

А.А. Усова, Ю.А. Жданова, О.П. Игнатьева, Е.Е. Семенова

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

zdanova.89514142633@bk.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай психоза, возникшего в дебюте болезни Паркинсона у пациента с интеллектуальным недоразвитием. Описана редко встречающаяся ранняя манифестация болезни с быстрым присоединением к неврологической симптоматике психических расстройств. На основании клинических критериев выставлен диагноз болезнь Паркинсона. Клинический случай интересен с точки зрения своеобразия клинической картины неврологического заболевания и динамики течения психоза.

Ключевые слова: болезнь Паркинсона, галлюцинации, бред, умственная отсталость, брадикинезия, скованность, гиперкинезы.

**AT THE INTERSECTION OF PSYCHIATRY AND NEUROLOGY:
SCHIZOPHRENIA-LIKE SYMPTOMS IN A PATIENT WITH PARKINSON'S DISEASE – A CLINICAL CASE REPORT**
A.A. Usova, Yu.A. Zhdanova, O.P. Ignatyeva, E.E. Semenova

Abstract. This article presents a clinical case of psychosis occurring at the onset of Parkinson's disease in a patient with intellectual disability. It describes a rare early manifestation of the disease, with psychiatric disorders rapidly joining the neurological symptoms. Based on clinical criteria, a diagnosis of Parkinson's disease was established. This clinical case is of interest due to the uniqueness of the neurological disease's clinical picture and the dynamics of the psychosis course.

Keywords: Parkinson's disease, hallucinations, delusions, mental retardation (intellectual disability), bradykinesia, rigidity, hyperkinesias.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время болезнь Паркинсона (БП) рассматривается как мультисистемное нейродегенеративное заболевание, при котором развиваются моторные и немоторные нарушения, приводящие к социальной, бытовой и профессиональной дезадаптации, снижению повседневной активности и качества жизни [1]. Одним из проявлений немоторных расстройств при БП являются психозы, проявляющиеся галлюцинациями и/или бредом [2,3]. Продуктивная симптоматика у пациентов с БП чаще представлена зрительными иллюзиями и галлюцинациями присутствия постороннего; гораздо реже выявляются бредовые идеи [5]. Исследования показывают, что у пациентов с БП психотические нарушения развиваются в среднем через 12 лет после дебюта заболевания [4]. Психозы при БП чаще всего провоцируются дофаминергическими препаратами (особенно агонистами дофамина, амантадином), но могут возникать и в структуре заболевания [6,7].

Следовательно, при возникновении у пациента с БП психотической симптоматики либо при параллельном течении БП и психоза как самостоятельных заболеваний могут возникнуть трудности с проведением дифференциальной диагностики между побочными эффектами лекарственной терапии и клиническими проявлениями самого заболевания [8,9]. Далее будет описан клинический случай, демонстрирующий нетипичное течение хронического психоза при болезни Паркинсона.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент А., 53 лет. В БУЗОО «КПБ им. Н.Н. Солодниковой» (БУЗОО КПБ) поступает третий раз в жизни. Психически и неврологически отягощенную наследственность отрицает. Родился в Омской области, пятым из восьми детей в семье. Достоверных сведений о раннем развитии нет. Слов родственников, в детстве наблюдался у психиатра ЦРБ в связи с интеллектуальным недоразвитием. В школу пошел в 7 лет, учился плохо, дублировал четвертый класс. Окончил 8 классов. С первого курса училища был отчислен за неуспеваемость, затем был восстановлен и по окончании

получил профессию комбайнера-тракториста. В 18 лет проходил стационарное обследование от РВК в БУЗОО КПБ, был выставлен диагноз: умственная отсталость с нарушениями поведения, признан негодным к службе в армии. Работал по специальности в течение восьми лет, затем трудоустроивался в другие организации, но был уволен из-за прогулов. Недолгое время держал с женой подсобное хозяйство, но им не занимался. В настоящее время не работает. Разведен, но проживает с бывшей женой и детьми. По характеру раздражительный, ранее избивал жену. Страдает гипертонической болезнью. Эпидемиологический анамнез не отягощен. Судорожных припадков не было, ЧМТ в 18 лет («ударил бык в глаз, зрение ухудшалось», сознание не терял, за медицинской помощью не обращался). Алкоголем не злоупотребляет.

В возрасте 47 лет (2019 год) пациент стал отмечать ухудшение зрения, двоение в глазах, головную боль, головокружение, появилась слабость, ограничение движений в левой руке. Стал испытывать затруднения при выполнении бытовых действий. Был обследован (проведена МРТ головного мозга), установлен диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия, назначалось симптоматическое лечение без стойкого улучшения. Позднее присоединились дрожь подбородка и верхних конечностей, скованность движений, ухудшилась походка.

Параллельно с возникновением у пациента неврологической симптоматики, изменилось и психическое состояние больного: у него появилась стойкая убежденность в наличии в десне чипа, установленного стоматологом несколько лет назад. Считал, что с помощью чипа за ним ведется видеонаблюдение, прослушиваются разговоры, окружающие узнают его мысли и планы. В связи с этим пациент обращался в стоматологические клиники с требованием удалить «чип», пытался избавиться от него самостоятельно, писал заявления на стоматолога и клинику в прокуратуру, ФСБ, Росгвардию.

С вышеописанной симптоматикой в возрасте 47 лет (в 2020 году) психиатром ЦРБ пациент был направлен на стационарное лечение в БУЗОО КПБ. Во время госпитализации был выставлен диагноз: Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство, без уточнения этиологии. Назначена антипсихотическая терапия (галоперидол 5 мг/сут, хлорпромазин 50 мг на ночь, а также тригексифенидил 6 мг/сут). После выписки рекомендованное лечение перестал принимать из-за ухудшения неврологического состояния - чувствовал общую скованность, заторможенность, слабость в руках и ногах. Психическое состояние оставалось прежним. В 2021г на МР ангиограммах выявлена МРА картина асимметрии диаметра интракраниальных сегментов позвоночных артерий. Вариант развития Виллизиева круга в виде неполной задней бифуркации. Вариант соединения позвоночных артерий- неслияние (правая позвоноч-

ная артерия не соединяется с аналогичным сегментом слева, справа- продолжается в основную артерию, равную по диаметру)

В возрасте 50 лет (2022 год) пациенту был установлен диагноз: болезнь Паркинсона с быстрым темпом прогрессирования. Рекомендованные противопаркинсонические препараты (как в виде монотерапии, так и в комбинированной форме) пациент не принимал, ссылаясь на плохую переносимость (головокружение, тошнота). Нарастали общая слабость, тремор, скованность, появились затруднения глотания.

К 53 годам (2025 год) пациент стал с трудом выполнять гигиенические процедуры, не мог сам одеться, стал передвигаться с опорой на трость, ел измельченную пищу, пил через трубочку. В этом же возрасте к описанной бредовой симптоматике присоединились идеи отравления: считал, что бывшая жена связана с «преследователями» и травит его, добавляя в еду наркотики. Пытаясь защититься от мнимого вреда здоровью, пациент неоднократно писал жалобы в правоохранительные органы.

В возрасте 53 лет (2025 год) в третий раз был госпитализирован в БУЗОО КПБ, поступил в отделение психосоциальной реабилитации №25.

В соматическом статусе отмечалось: пациент пониженного питания, выглядел значительно старше своего возраста.

В неврологическом статусе обращали на себя внимание: гипомимия, выраженная общая брадикинезия, выраженный тремор верхних конечностей, повышение мышечного тонуса в верхних конечностях по типу «зубчатого колеса», выраженная общая постуральная неустойчивость, нарушение координации, повышенное слюноотделение, склонность к запорам. Пациент с трудом мог донести пищу в ложку до рта, испытывал затруднения при глотании, была значительно нарушена походка, наблюдались затруднения самообслуживания.

Психический статус определялся галлюцинозно-параноидным синдромом, в структуре которого присутствовали истинные тактильные галлюцинации («чип» в нижней десне), бредовые идеи преследования, отравления, открытости мыслей, элементы интерпретативного бреда с бредовой трактовкой событий прошлого (поход к стоматологу интерпретируется как момент установки прослушки), бредовое поведение, бредовые конфабуляции. Помимо этого, отмечались сниженная память, истощаемость внимания, недоразвитие интеллекта, конкретное мышление в замедленном темпе. Тяготился неврологическими нарушениями, критика к своему психическому состоянию отсутствовала.

За время госпитализации пациент консультирован неврологом. Проведены пробы на постуральную устойчивость, вегетативные пробы, оценивалась сила мышц, походка, координация. Выполнены: тестирование по Монреальской шкале, инструментальные (КТ, ЭЭГ головного мозга) и

лабораторные исследования. Характерных структурных изменений и выраженного когнитивного снижения выявлено не было. Неврологический диагноз: Болезнь Паркинсона ст. IV с выраженной общей брадикинезией, выраженной постуральной неустойчивостью, быстро прогрессирующее течение. Рекомендован прием препаратов леводопы с оценкой переносимости препарата.

С целью уточнения психиатрического диагноза, тактики ведения данного пациента, был проведен клинический разбор, где были подробно изложены анамнез и течение заболевания, проведен опрос пациента, был установлен диагноз: Органическое бредовое (шизофреноподобное) расстройство в связи с болезнью Паркинсона (F06.2)

Пациент получил лечение леводопой 200 мг с бенсеразидом 50 мг трижды день, кветиапином 50 мг на ночь. В динамике, на фоне хорошей переносимости противопаркинсонических препаратов, неврологическое состояние пациента улучшилось: значительно уменьшились тремор и скованность, улучшилась походка и координация, улучшилось глотание, пациент стал самостоятельно принимать пищу без помощи медицинского персонала, практически полностью восстановились навыки самообслуживания. На фоне приёма малой дозы антипсихотика пациент перестал активно предъявлять жалобы на ощущения «чипа» в полости рта, прекратил попытки самостоятельно его удалить, выровнялся фон настроения, однако критического отношения к бредовым переживаниям не сформировалось.

Компьютерная томография головного мозга от 05.09.2025. КТ-признаки патологических изменений головного мозга не выявлены.

Компьютерная электроэнцефалография от 16.09.2025: отмечают умеренно выраженные диффузные изменения биоэлектрической активности дизритмического характера в виде полиморфной полиритмичной активности с преоблада-

нием индекса острых волн с ирритативным компонентом. Негрубые вспышки групп острых волн в лобно-центрально-затылочных и средне-задневисочных отведениях с непостоянным межполушарным преобладанием. Отчетливых межполушарных различий, очаговости нет. Пароксизмальная активность не проявилась.

Нейропсихологическое исследование от 21.10.2025. На первый план выступает выраженность двигательных нарушений, выраженная мышечная ригидность. По шкале Шваба и Ингласса (для оценки степени ежедневной активности) 50-40% (необходима посторонняя помощь в самообслуживании). На фоне изначального общего недоразвития интеллектуально-мнестических функций нарастают изменения по органическому типу: тонус активного внимания недостаточный. Темп психической работоспособности значительно сниженный, неравномерный, истощаемый. Динамические характеристики праксиса и речи с выраженной дефицитарностью. Кратковременная и долговременная память снижены, но грубо не нарушены. Мышление в замедленном темпе, с преобладанием конкретно-ситуационных пояснений. Общий коэффициент интеллектуального развития по Векслеру - 73 балла, что соответствует пограничному уровню. Показатель невербального интеллекта - 67 баллов - умственный дефект; показатель вербального интеллекта - 80 баллов - сниженная норма. Профиль имеет органоидный характер - то есть снижение преимущественно за счет снижения свойств внимания и низкой скорости формирования новых навыков (знания и навыки, приобретенные ранее, сохранены). Некогнитивные нервно-психические расстройства: стойко сохраняющиеся бредовые идеи. Выявленный комплекс нарушений отражает нарушения преимущественно глубинных структур и межполушарных двигательных координаций.

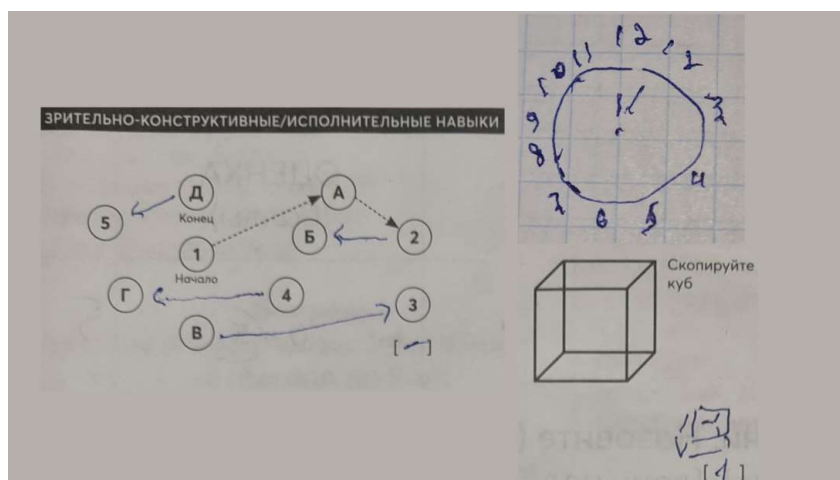


Рис. 1. Данные нейропсихологического обследования: пробы на конструктивный праксис (оценка зрительно-пространственной организации деятельности).

ВЫВОДЫ

Описанный клинический случай является редким из-за особенности манифестации БП с психотических расстройств по типу шизофреноподобной симптоматики. Заболевания «на стыке неврологии и психиатрии» требуют мультидисциплинарного взаимодействия. Данное наблюдение имеет большое значение в связи с необходимостью

ранней первичной комплексной диагностики симптомов с обязательным тщательным их сопоставлением, подбором методов лечения. Это является особенно важным для достижения положительной динамики в состоянии пациента с сохранением комплаентности к рекомендованной терапии.

Литература

1. Клинические рекомендации «Болезнь Паркинсона, вторичный паркинсонизм и другие заболевания, проявляющиеся синдромом паркинсонизма» (ID 716_01) [Электронный ресурс] // Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. – 2021. – Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/716_1 (дата обращения: 19.03.2026). – Текст : электронный.
2. Аленикова О. А. Зрительные галлюцинации при болезни Паркинсона / О. А. Аленикова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2021. – Т. 121, № 6. – С. 106–113.
3. Ализде Х. И. Психотические нарушения при болезни Паркинсона: феноменология, патогенез, подходы к терапии (современный взгляд на проблему) / Х. И. Ализде, А. А. Рагимова, Е. Ю. Федотова, С. Н. Иллариошкин // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2024. – Т. 16, № 3. – С. 123–129.
4. Flanigan J. L. Clinical and cognitive features associated with psychosis in Parkinson's disease: a longitudinal study / J. L. Flanigan, M. B. Harrison, J. T. Patrie, B. B. Shah, S. A. Sperling, K. A. Wyman-Chick, W. A. Dalrymple, M. J. Barrett // Frontiers in Aging Neuroscience. – 2024. – Vol. 16. – Статья 1463426. – DOI: 10.3389/fnagi.2024.1463426. – PMID: 39574488.
5. Mack J. Prevalence of psychotic symptoms in a community-based Parkinson disease sample / J. Mack, P. Rabins, K. Anderson [et al.] // American Journal of Geriatric Psychiatry. – 2012. – Vol. 20. – P. 123–132. – DOI: 10.1097/JGP.0b013e31821f1b41.
6. Marinus J. Risk factors for non-motor symptoms in Parkinson's disease / J. Marinus, K. Zhu, C. Marras [et al.] // Lancet Neurology. – 2018. – Vol. 17. – P. 559–568. – DOI: 10.1016/S1474-4422(18)30127-3.
7. Morgante L. Psychosis associated to Parkinson's disease in the early stages: relevance of cognitive decline and depression / L. Morgante, C. Colosimo, A. Antonini [et al.] // Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. – 2012. – Vol. 83. – P. 76–82. – DOI: 10.1136/jnnp-2011-300043.
8. Pagonabarraga J. Parkinson disease psychosis: from phenomenology to neurobiological mechanisms / J. Pagonabarraga, H. Bejr-Kasem, S. Martinez-Horta, J. Kulisevsky // Nature Reviews Neurology. – 2024. – Vol. 20. – P. 135–150. – DOI: 10.1038/s41582-023-00918-8.
9. Yoritaka A. Motor and non-motor symptoms of 1453 patients with Parkinson's disease: prevalence and risks / A. Yoritaka, Y. Shimo, M. Takanashi, J. Fukae, T. Hatano, T. Nakahara, N. Miyamoto, T. Urabe, H. Mori, N. Hattori // Parkinsonism & Related Disorders. – 2013. – Vol. 19, no. 8. – P. 725–731. – DOI: 10.1016/j.parkreldis.2013.04.001. – PMID: 23639756.

ШИЗОФРЕНОПОДОБНАЯ СИМПТОМАТИКА У ПАЦИЕНТА С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Психотические симптомы у пациентов с болезнью Паркинсона часто имитируют шизофрению, но имеют особенности этиологии, клиники и подходов к лечению.

ПАТОГЕНЕЗ

- Дегенерация дофаминергических путей (нигростриарная система)
- Дисбаланс нейромедиаторов (↓ дофамин, ↑ ацетилхолин, серотонин)
- Побочное действие дофаминергической терапии (леводопа, агонисты дофамина, MAO-B ингибиторы, амантадин и др.)
- Сопутствующая патология (деменция с тельцами Леви, цереброваскулярные изменения, метаболические нарушения)



"Они следят за мной..."

"Голоса комментируют мои действия..."

"Это не реально..."

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- Зрительные галлюцинации (люди, животные, насекомые; часто детализированные и яркие)
- Слуховые псевдогаллюцинации (комментирующие или императивные голоса)
- Параноидные идеи, идеи преследования, отношения, воздействия
- Дезорганизация мышления, нарушения восприятия, спутанность
- Усиление симптомов в вечернее и ночное время ("синдром заката")

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Психоз при БП	Шизофрения
Пожилые возраст, длительность БП (обычно >5 лет)	Дебют в молодом возрасте
Преобладают зрительные галлюцинации	Преобладают слуховые галлюцинации
Флюктуирующее течение, связь с терапией и факторами среды	Хроническое течение, независимо от терапии БП
Связь с приёмом дофаминергических препаратов	Нет связи с медикаментозной терапией
Часто сопутствуют когнитивные нарушения	Когнитивные нарушения развиваются поздно

ФАКТОРЫ РИСКА







Пожилые возраст, Длительная болезнь Паркинсона, Высокая доза дофаминергических препаратов, Когнитивные нарушения, Нарушения сна, депрессия, сенсорный дефицит

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

- Исключить или снизить дозу препаратов, провоцирующих психоз (по возможности)
- Оптимизировать терапию болезни Паркинсона
- Антипсихотики с минимальным влиянием на дофаминергическую систему:
 - клозапин (наиболее изучен)
 - кветиапин
 - пимавансерин (5-HT_{2A} антагонист)
- Нелекарственные меры:
 - коррекция факторов среды
 - режим сна и бодрствования
 - поддержка когнитивных функций
- Наблюдение и мониторинг побочных эффектов

❗ Психоз при болезни Паркинсона требует комплексного подхода и уважения к особенностям нейродегенеративного заболевания. Ранняя диагностика и правильная терапия улучшают качество жизни пациента и его семьи.

НАРУШЕНИЯ РЕЧИ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ДЕБЮТ АТИПИЧНОЙ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Л.С. Новицкая, Т.В. Петрова, Э.Р. Ханафеева

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

erhmir@mail.ru

Аннотация. В статье представлен клинический случай поздней диагностики атипичной формы болезни Альцгеймера, дебютировавшей с изолированной прогрессирующей афазии в возрасте 61 года. На протяжении трёх лет речевой дефект ошибочно трактовался как цереброваскулярный в условиях первичного сосудистого центра, что привело к неоправданной терапии и задержке патогенетического лечения. Отсутствие очаговых изменений на динамической МРТ, резистентность афазии к сосудистой терапии и последующее присоединение мнестических, ориентационных и психотических расстройств позволили верифицировать органическое психотическое расстройство при болезни Альцгеймера с феноменом первичной прогрессирующей афазии. Обсуждаются дифференциально-диагностические критерии и предлагаются практические подходы к раннему выявлению нейродегенеративного генеза афазических нарушений в системе первичной медицинской помощи.

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера; первичная прогрессирующая афазия; афазия; дифференциальная диагностика; цереброваскулярная патология; клинический случай.

SPEECH IMPAIRMENT AS A POSSIBLE DEBUT OF ATYPICAL ALZHEIMER'S DISEASE: CLINICAL CASE

L.S. Novitskaya, T.V. Petrova, E.R. Khanafeeva

Abstract. The article presents a clinical case of late diagnosis of an atypical form of Alzheimer's disease, which debuted with isolated progressive aphasia at the age of 61. Over three years, the speech deficit was mistakenly interpreted as cerebrovascular in origin in a primary stroke center, leading to unjustified therapy and delayed pathogenetic treatment. The absence of focal changes on serial MRI, resistance of aphasia to vascular therapy, and subsequent addition of mnesic, orientation, and psychotic disorders allowed verification of organic psychotic disorder due to Alzheimer's disease with the phenomenon of primary progressive aphasia. Differential diagnostic criteria are discussed, and practical approaches to early identification of the neurodegenerative origin of aphasic disorders in the primary care setting are proposed.

Keywords: Alzheimer's disease; primary progressive aphasia; aphasia; differential diagnosis; cerebrovascular pathology; clinical case.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Болезнь Альцгеймера (БА) представляет собой мультифакториальную нейродегенеративную патологию с гетерогенным фенотипическим спектром, занимающую лидирующие позиции в структуре деменций пожилого и старческого возраста. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, глобальная распространённость деменции неуклонно растёт, и в ближайшие десятилетия прогнозируется экспоненциальное увеличение числа пациентов, что придаёт проблеме не только медико-биологическое, но и выраженное социально-экономическое измерение. Традиционно патогномичным признаком болезни Альцгеймера признаётся прогрессирующий мнестико-интеллектуальный дефицит, однако накопленные за последние годы клинко-морфологические и нейровизуализационные данные убедительно свидетельствуют о том, что нейродегенеративный процесс при БА далеко не всегда дебютирует с гиппокампальной дисфункции. В значительной части

случаев клиническая картина определяется вовлечением ассоциативных корковых зон, ответственных за сложные когнитивные функции, среди которых особое место занимает речь.

Речевые расстройства при болезни Альцгеймера — это не факультативный или поздний симптом, а высокоспецифичный и клинически значимый маркер поражения доминантного полушария, который, согласно систематическим обзорам, регистрируется у 65–88 % пациентов на разных этапах заболевания. Более того, в ряде нейropsychологических исследований показано, что тонкие нарушения номинативной функции и понимания сложных грамматических конструкций могут предшествовать явной мнестической дисфункции, выступая в роли раннего когнитивного «красного флага». При асимметричном (фокальном или латерализованном) распределении нейродегенеративных изменений, преимущественно затрагивающих кору левого полушария, развиваются атипичные варианты БА, объединённые в современной классификации под рубрикой синдрома первичной прогрессирующей афазии

(ППА). В этих случаях речевая дезинтеграция является ведущим и нередко единственным клиническим проявлением на протяжении двух и более лет, что кардинально меняет диагностическую логику и требует от клинициста особой настороженности в отношении альцгеймеровского генеза.

Однако в реальной клинической практике, особенно на этапе первичной медицинской помощи и в условиях многопрофильных стационаров, изолированная или остро возникшая афазия традиционно ассоциируется в первую очередь с цереброваскулярной патологией. В первичных сосудистых центрах, где регламентированные временные протоколы лечения ишемического инсульта жёстко диктуют необходимость принятия решений в пределах так называемого «терапевтического окна», афазия нередко рассматривается как клинический эквивалент острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу. При отсутствии гиподенсных изменений на мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) головного мозга диагноз ОНМК выставляется клинически, при этом сбор анамнеза и оценка преморбидного психического статуса пациента отступают на второй план ввиду объективных речевых ограничений и высокой временной нагрузки на медицинский персонал. Пациент проходит полный 14-дневный стационарный цикл терапии по протоколу ишемического инсульта, и даже при отсутствии подтверждающего очага на повторной нейровизуализации диагноз сохраняется. Лишь в случае резистентности афатического дефекта к проводимому лечению, а также при манифестации новых когнитивных нарушений и поведенческо-психических расстройств возникает основание для пересмотра диагноза и направления пациента к психиатру или геронтопсихиатру. Таким образом, формируется порочный диагностический круг, в котором нейродегенеративная природа афазии своевременно не распознаётся, а терапевтическая стратегия оказывается непатогенетической, что не только задерживает начало корректной терапии, но и истощает ресурсы системы здравоохранения.

С клинико-нейроанатомической точки зрения, спектр афатических синдромов при альцгеймеровской патологии определяется топикой преимущественного нейродегенеративного поражения в пределах перисильвиарных зон доминантного полушария. Вовлечение задних отделов нижней лобной извилины (центр Брока) и прилегающих премоторных областей приводит к нарушению артикуляционного программирования, замедлению речевого потока, дефициту внутреннего планирования высказывания и выраженному аграмматизму, затрагивающему как экспрессивную речь, так и письмо. Пациенты демонстрируют характерные литеральные парафазии, перестановки слогов и морфем, а также упрощение синтаксической структуры фраз. В случае вовлечения задних отделов верхней височной извилины (центр Вернике)

и смежных темпоральных ассоциативных полей на первый план выходят нарушения слухового речевого гнозиса, импрессивной стороны речи и семантической категоризации, что проявляется в утрате дифференцировки значений слов, нарушении понимания устных инструкций и снижении способности к смысловому обобщению. Отдельный нейropsychологический вариант складывается при поражении височно-теменного перехода (зоны стыка височной, теменной и затылочной долей), где ведущим синдромом становится аномия — прогрессирующие трудности актуализации лексических единиц при относительной сохранности темпа, ритма и интонационной окраски речи, однако с заметными феноменами «кончика языка» и значительным увеличением латентного периода вербальных реакций.

Важно подчеркнуть, что между сосудистыми и нейродегенеративными афазиями существует не только этиопатогенетическое, но и прогностическое, а также терапевтическое различие. В отличие от постинсультных речевых нарушений, для которых в определённые сроки характерна спонтанная или индуцированная логопедическая положительная динамика, афазия альцгеймеровского типа обладает неуклонно прогрессирующим течением, резистентна к стандартной сосудистой терапии и требует принципиально иного подхода — комплексного нейрокогнитивного сопровождения, фармакологической коррекции холинергического дефицита и долгосрочного паллиативного планирования.

Таким образом, проблема дифференциальной диагностики афазических расстройств при болезни Альцгеймера и цереброваскулярной патологии представляет собой сложную междисциплинарную задачу, находящуюся на стыке неврологии, психиатрии, нейропсихологии и лучевой диагностики. Своевременное распознавание синдрома первичной прогрессирующей афазии альцгеймеровского типа требует не только совершенствования нейровизуализационных алгоритмов (включая МРТ с оценкой кортикальной атрофии и диффузионно-тензорные последовательности), но и внедрения стандартизированных нейропсихологических скринингов, адаптированных для пациентов с речевым дефицитом. Не менее важным представляется пересмотр маршрутизации пациентов с острой афазией в системе первичных сосудистых центров с целью исключения нейродегенеративного генеза на максимально ранних этапах.

Представленное ниже исследование посвящено анализу клинических случаев и диагностических алгоритмов у пациентов с изолированной прогрессирующей афазией, обследованных в условиях первичного сосудистого центра и впоследствии верифицированных как страдающие болезнью Альцгеймера с синдромом первичной прогрессирующей афазии. На основе клинико-анамнестических, нейропсихологических и нейровизуа-

лизационных данных обсуждаются критерии дифференциальной диагностики, анализируются причины системных диагностических ошибок и предлагаются практические подходы к оптимизации раннего выявления атипичных форм болезни Альцгеймера в реальной клинической практике.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент: мужчина, 64 лет, пенсионер, высшее образование (сельскохозяйственный институт), в прошлом — механик, затем фермер. Женат, воспитал четверых детей, проживает с супругой. Наследственность по психическим заболеваниям не отягощена. Соматический анамнез: артериальная гипертензия около 10 лет (регулярно принимает лизиноприл, однако артериальное давление остаётся нестабильным); черепно-мозговых травм, туберкулёза, венерических заболеваний, вирусных гепатитов в анамнезе нет. Вредных привычек не имеет. Аллергологический анамнез не отягощён.

Развитие заболевания. По данным анамнеза, около трёх лет назад у пациента остро, на фоне эпизода неконтролируемой артериальной гипертензии, возникли грубые речевые нарушения. Двигательных расстройств отмечено не было, в связи с чем больной «перенёс событие на ногах». Был осмотрен неврологом частной клиники, получал курс сосудистой и ноотропной терапии без госпитализации, однако речевой дефект сохранился без существенной положительной динамики. Впоследствии к афазии постепенно присоединились прогрессирующие мнестические расстройства: пациент перестал запоминать текущие события, утрачивал личные вещи, переставал узнавать знакомых, впоследствии жену стал идентифицировать как сестру. На этом этапе был установлен клинический диагноз «дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с частичной сенсорно-моторной афазией в стадии субкомпенсации», проводилось амбулаторное наблюдение у невролога.

МРТ головного мозга от сентября 2022 года выявила умеренные очаговые изменения сосудистого характера и сочетанное расширение ликворных пространств без признаков острого или постишемического очагового поражения в доминантном полушарии. Повторное МРТ-исследование в январе 2025 года (сравнение с предыдущими снимками) продемонстрировало стабильность выявленных изменений: определялись единичные паравентрикулярные очаги в правой височной доле резидуального характера, а также признаки платибазии как варианта аномалии краниовертебрального перехода; очагов ишемического или геморрагического генеза, коррелирующих с речевым дефицитом, не обнаружено.

Примерно через три года от дебюта речевых нарушений, в конце 2024 года, в клинической картине появились продуктивные психопатологические симптомы: зрительные галлюцинации (пациент видел в доме посторонних женщин и детей),

навязчивые страхи, охранительное поведение (клат молоток около дивана), эпизоды вербальной и физической агрессии в адрес супруги. Впервые был консультирован психиатром около трёх лет назад, принимал атаракс, мемантин и ноотропные препараты. За неделю до настоящей госпитализации участковым психиатром был назначен рисперидон в дозе 1 мг/сут, на фоне которого пациент стал несколько спокойнее.

Поступление. Госпитализирован в психосоматогериатрическое отделение БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница имени Н.Н. Солодников» в плановом порядке по направлению участкового психиатра. При поступлении соматическое состояние расценено как удовлетворительное: кожные покровы и слизистые обычной окраски, лёгкое дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены, ритмичные; артериальное давление 180/90 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, живот мягкий, безболезненный. Неврологический статус: менингеальных знаков нет, конвергенция ослаблена с обеих сторон, глазные щели симметричны, язык по средней линии, мышечный тонус не изменён, сухожильные рефлексы с конечностей равномерные, патологических рефлексов не выявлено, походка самостоятельная без асимметрии. Очаговой неврологической симптоматики, которая могла бы объяснить стойкий речевой дефект, не зафиксировано.

В **психическом статусе** при поступлении: сознание сохранено, ориентация в собственной личности правильная, понимает нахождение в медицинском учреждении. Контакт малопродуктивный в связи с выраженными речевыми нарушениями: пациент испытывает трудности подбора слов, произношение затруднено, спонтанная речь фрагментарна. Согласился отвечать письменно; возраст указал как 67 лет, год рождения написал верно. В календарном времени дезориентирован; в анамнестических сведениях путается, сообщает, что проживает один (в действительности — с женой), количество детей называет ошибочно (6 вместо 4). Демонстрируемые предметы называет правильно. Настроение с тревожным оттенком, пациент выглядит растерянным, ситуацию в полном объёме не осмысливает. Моторно спокоен; галлюцинаторно-бредовая симптоматика при первичном осмотре не выявляется. Критика к своему состоянию снижена; от лечения не отказывается.

Течение в стационаре. В динамике у пациента отмечались выраженные аффективные колебания и поведенческие расстройства на фоне когнитивного дефицита: в вечерние и ночные часы возникали эпизоды психомоторного возбуждения с агрессивными действиями (дрался с персоналом, стремился покинуть отделение, на замечания не реагировал), в утреннее время эти эпизоды полностью амнезировались. В дневные часы сохранялись суетливость, бесцельное хождение по коридору, заходы в чужие палаты, а также поведенче-

ские признаки зрительных галлюцинаций (пристальное всматривание в пустое пространство, реакции на невидимые стимулы). На фоне терапии рисперидоном (подбор дозы проводился индивидуально) состояние стабилизировалось: уменьшилась возбудимость, упорядочилось поведение, восстановился ночной сон.

К моменту выписки продуктивная психотическая симптоматика (галлюцинации, бред) редуцировалась. На первый план выступил грубый когнитивный дефицит: контакт с пациентом сохранялся малопродуктивным ввиду стойкой, практически тотальной речевой дезинтеграции — речь малопонятна, неразборчива, попытки письменной коммуникации также затруднены. Пациент помнит год рождения, однако в календарном времени дезориентирован, возраст называет приблизительно. Способность к самообслуживанию частично сохранена (гигиенические навыки требуют контроля), пищевое поведение не нарушено, принимает пищу в столовой. Критика к заболеванию остаётся сниженной.

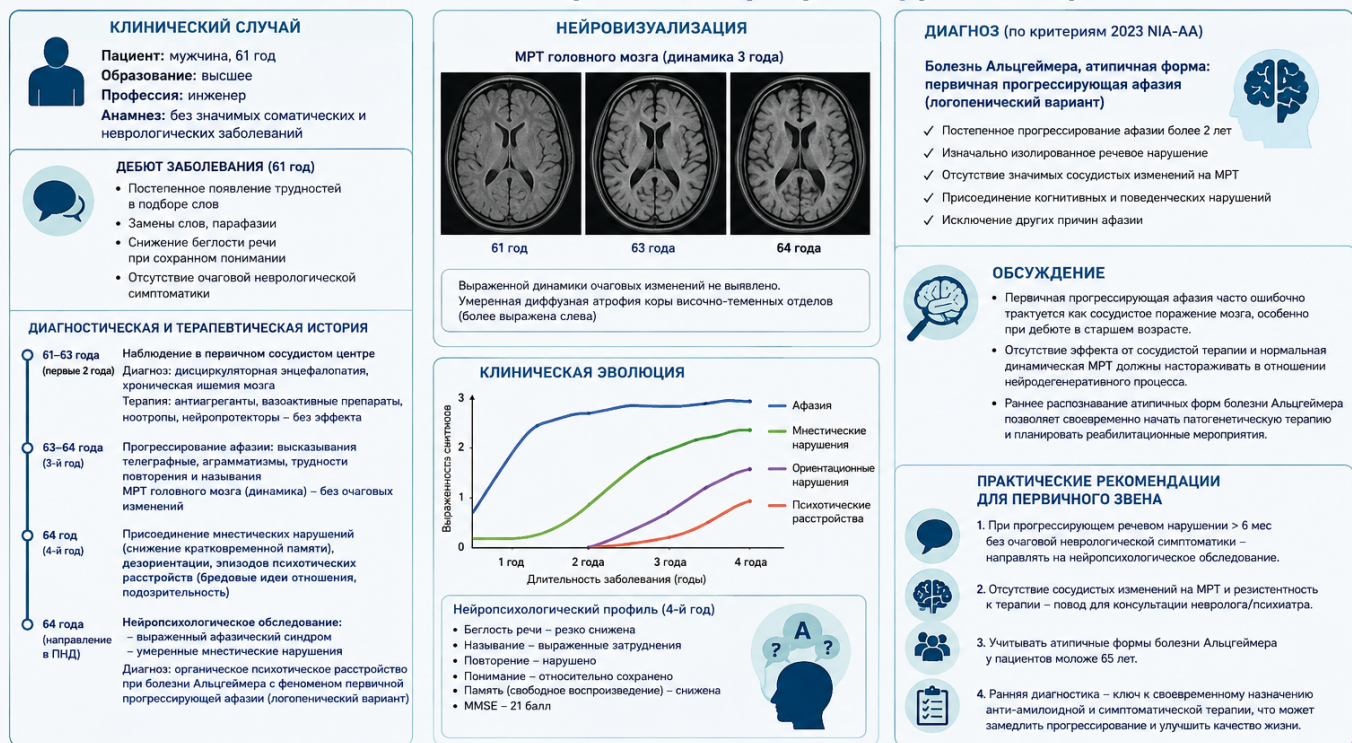
Заключительный диагноз (клинико-анамнестический, с учётом данных нейровизуализации и экспериментально-психологического исследования): Органическое психотическое расстройство при болезни Альцгеймера. Ключевые диагностические опорные пункты: дебют психического расстройства в возрасте 61 года с изолированной афазией; трёхлетнее прогрессирование речевого

дефекта при отсутствии нейровизуализационных подтверждений перенесённого очагового инсульта в доминантном полушарии; последовательное присоединение множественного когнитивного дефицита (мнестические, ориентационные, регуляторные нарушения); появление на поздних этапах аффективной и галлюцинаторной симптоматики; отсутствие в неврологическом статусе очаговой микросимптоматики, коррелирующей с сосудистым повреждением.

ВЫВОД

Данный клинический случай иллюстрирует типичную траекторию поздней диагностики атипичной формы болезни Альцгеймера с феноменом первичной прогрессирующей афазии, когда речевой симптомокомплекс длительное время ошибочно трактовался как цереброваскулярный, что существенно задержало постановку правильного диагноза и назначение патогенетической терапии.

Атипичная форма болезни Альцгеймера: поздняя диагностика первичной прогрессирующей афазии



ВЫВОД: Данный случай иллюстрирует трудности диагностики атипичной формы болезни Альцгеймера с дебютом в виде изолированной прогрессирующей афазии. Повышение настороженности врачей первичного звена и использование нейропсихологических методов способствуют раннему выявлению нейродегенеративного генеза и оптимизации ведения пациентов.

Психотерапия и реабилитация

УДК 616.89-008.4:614.253.5

ИНТЕГРАЦИЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С АУТИСТИЧЕСКИМ СПЕКТРОМ В ОБЩУЮ РЕАБИЛИТАЦИОННУЮ РАБОТУ С ДЕТЬМИ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХО-РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

А.В. Бережная

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

coca-cola-10@list.ru

Аннотация. Актуальность научного исследования состоит в том, что в российской психологии наблюдается значительный рост числа детей с расстройствами аутистического спектра и задержкой психо-речевого развития, что требует разработки новых подходов к реабилитации для повышения эффективности вмешательств и оптимизации используемых средств и кадров. Согласно официальным данным Минздрава и Росстата, количество диагностированных случаев РАС среди детей увеличилось на 140% за период с 2018 по 2024 год — с 31 685 до 76 096, и эта тенденция продолжается, обусловленная улучшением диагностики, поздним возрастом родителей, перинатальными факторами и повышенным вниманием общества к проблеме. Аналогично, статистика ЗППР свидетельствует о росте речевых нарушений в 6 раз за последние 20 лет, с затрагиванием до 30% детей до 3 лет и 50% учащихся начальной школы, часто сочетающихся с ЗПР, что подчеркивает коморбидность этих состояний. Интеграция работы с детьми с РАС в общую реабилитацию ЗППР актуальна в контексте национальных программ по образованию и здравоохранению, где сенсорная интеграция, интенсивные курсы и междисциплинарные методы позволяют компенсировать дефициты, улучшать социализацию и снижать нагрузку на специализированные учреждения, способствуя раннему вмешательству и предотвращению тяжелых форм нарушений, особенно в регионах с растущей коморбидностью.

Ключевые слова: клиническая психология, расстройство аутистического спектра, задержка психо-речевого развития.

INTEGRATION OF WORK WITH CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER INTO THE GENERAL REHABILITATION FRAMEWORK FOR CHILDREN WITH DELAYED PSYCHO-SPEECH DEVELOPMENT

A.V. Berezhnaya

Abstract. Relevance of the research lies in the fact that Russian psychology is witnessing a significant increase in the number of children with autism spectrum disorders (ASD) and delayed psycho-speech development (DPSD), which necessitates the development of new rehabilitation approaches to improve intervention effectiveness and optimize the tools and personnel used. According to official data from the Ministry of Health and Rosstat, the number of diagnosed ASD cases among children increased by 140% between 2018 and 2024 — from 31,685 to 76,096 — and this trend continues, driven by improved diagnostics, advanced parental age, perinatal factors, and increased public awareness of the issue. Similarly, statistics on DPSD indicate a sixfold increase in speech disorders over the past 20 years, affecting up to 30% of children under 3 years of age and 50% of primary school students, often co-occurring with intellectual disabilities, which underscores the comorbidity of these conditions. The integration of work with children with ASD into the broader rehabilitation framework for DPSD is relevant within the context of national education and healthcare programs, where sensory integration, intensive courses, and interdisciplinary methods help compensate for deficits, improve socialization, and reduce the burden on specialized institutions, thereby facilitating early intervention and preventing severe forms of disorders, particularly in regions with rising comorbidity rates.

Keywords: clinical psychology, autism spectrum disorder, delayed psycho-speech development.

ВВЕДЕНИЕ

В современном этапе развития психологии и педагогики вопрос эффективной реабилитации детей с нарушениями развития стоит особенно остро. Так, например, Пинкус М.В. подчеркивает, что «нарушения в сфере социального взаимодействия являются отличительной чертой расстройств аутистического спектра». Именно этот дефицит коммуникации становится главным

препятствием для успешной адаптации ребенка в обществе, что диктует необходимость поиска интегративных подходов [1].

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой первазивное нарушение нейроразвития, при котором основными дефицитами выступают нарушения социальной коммуникации, ограниченные и повторяющиеся паттерны поведения, а также трудности в обработке сенсорной

информации. Эти проявления носят всепроникающий характер, затрагивая практически все сферы функционирования ребенка с раннего возраста. В отличие от этого, задержка психо-речевого развития (ЗПРР) характеризуется замедленным темпом формирования познавательных процессов, эмоционально-волевой сферы и, в первую очередь, речевой деятельности, часто без столь глубокой структурной перестройки личности. ЗПРР может быть обусловлена функциональной незрелостью нервной системы, перинатальными осложнениями или социальными факторами и в большинстве случаев поддается значительной компенсации при своевременной коррекции [2].

Несмотря на различия в этиологии и ядре нарушений, внешние проявления у детей с РАС и ЗПРР нередко демонстрируют значительную фенотипическую общность, что создает основу для объединения реабилитационных усилий. В обоих случаях наблюдаются выраженные коммуникативные трудности: бедность экспрессивной и импрессивной речи, эхолалии, ограниченный диалог, проблемы с пониманием невербальных сигналов и выражением собственных нужд. Когнитивные особенности также пересекаются — дети испытывают сложности с концентрацией внимания, обобщением опыта, планированием действий и развитием исполнительных функций, что сказывается на темпах обучения. Поведенческие проблемы проявляются в негативизме, импульсивности, ригидности и сопротивлении изменениям, а сенсорные особенности — в гипо- или гиперчувствительности к стимулам, приводящей к перегрузкам или избеганию определенных ситуаций. Наконец, социальное взаимодействие страдает у обеих категорий: дети с трудом вступают в игру со сверстниками, понимают социальные нормы и выстраивают устойчивые отношения, что часто приводит к изоляции.

Именно эта внешняя схожесть профилей трудностей при принципиально разной природе нарушений подчеркивает ограниченность традиционных изолированных подходов и создает объективную необходимость в пересмотре стратегий реабилитации. Раздельная работа по нозологическому принципу не учитывает коморбидность состояний и смешанный характер дефицитов, что приводит к системным проблемам в оказании помощи.

В современной российской практике реабилитация детей с РАС и ЗПРР чаще всего строится по нозоцентричному принципу: ребенок с РАС направляется к специалистам, ориентированным на аутизм (АВА-терапевты, сенсорные интеграционисты, поведенческие аналитики), а ребенок с ЗПРР — к логопедам-дефектологам и нейропсихологам. Такие маршруты редко пересекаются, а реабилитационные программы и учреждения остаются изолированными друг от друга. В результате возникает фрагментация помощи: ребенок полу-

чает набор разрозненных вмешательств без единой стратегической цели и координации усилий специалистов. Это приводит к дублированию одних и тех же методик (например, визуальной поддержки или упражнений на внимание) или, напротив, к пробелам в покрытии ключевых нужд, что существенно увеличивает временные и финансовые затраты для семей [2].

Кроме того, раздельный подход способствует профессиональному «изоляционизму»: специалисты замыкаются в рамках своих диагностических парадигм, редко обмениваются опытом и эффективными техниками, что ограничивает их методический арсенал и тормозит профессиональный рост. Жесткое разделение по диагнозам усиливает вторичную стигматизацию, создавая искусственные барьеры между детьми и родителями в реабилитационной среде и провоцируя предубеждения в потенциально смешанных группах. Главный парадокс такого подхода заключается в том, что система, изначально предназначенная для помощи, в силу категоризации начинает ограничивать ребенка, игнорируя целостность его развития и уникальный смешанный профиль сильных и слабых сторон. Преодоление этих системных недостатков возможно только через переход к принципиально иной организации реабилитационного пространства — интегрированной модели, ориентированной на функциональные потребности.

Интеграция работы с детьми с РАС в общую реабилитационную практику с ЗПРР предполагает смещение акцента с нозологического диагноза на функциональный профиль ребенка — конкретные трудности в коммуникации, поведении, сенсорике и познании. Такой подход позволяет строить индивидуализированные маршруты, где методы подбираются по принципу максимальной эффективности, независимо от их «происхождения», обеспечивая целостную и непротиворечивую среду развития. Для ребенка это означает снижение общей нагрузки за счет координации усилий специалистов, более быструю компенсацию дефицитов, улучшение социализации и повышение качества жизни. Специалисты получают расширение инструментария: логопед осваивает элементы визуальной поддержки и структурированного обучения из практики РАС, а поведенческий аналитик — техники когнитивного и речевого запуска из работы с ЗПРР, что стимулирует междисциплинарный обмен и профессиональное развитие.

Таким образом, интеграция не подразумевает слияния диагнозов, а представляет собой современный научно-практический ответ на сложность и коморбидность нарушений развития. Переход от шаблонной помощи «по диагнозу» к индивидуализированной поддержке «по реальной необходимости» соответствует магистральному направлению развития инклюзивной практики и гуманистической специальной педагогики в России.

НОЗОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРУПП

Нозологический профиль клинико-психологической характеристики групп детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и задержкой психического развития (ЗПР) представляет собой фундаментальный аспект специальной психологии и педагогики, позволяющий разграничить эти состояния для точной диагностики и реабилитации. Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), принятой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), РАС и ЗПР относятся к блоку F80-F89, охватывающему расстройства психологического развития. Эти категории подчеркивают нейроразвивающий характер нарушений, но различаются по глубине и первичности дефицитов. В МКБ-11, внедренной с 2022 года и актуальной на 2026 год, классификация эволюционировала: РАС объединено в единую категорию 6A02 (расстройства аутистического спектра), а ЗПР интегрировано в 6A01 (расстройства развития речи и языка) и 6A00 (расстройства интеллектуального развития), с акцентом на функциональные проявления rather than строгую нозологию. Это отражает переход к более гибкой, спектральной модели, учитывающей коморбидность и траектории развития [2, 3].

Для детей с расстройствами аутистического спектра в МКБ-10 выделяются конкретные коды: F84.0 (детский аутизм), характеризующийся ранним началом с триадой нарушений — социальное взаимодействие, коммуникация и поведение; F84.1 (атипичный аутизм), где симптомы проявляются позже или не полностью соответствуют классическому аутизму; и F84.5 (синдром Аспергера), отличающийся сохранным интеллектом, но с выраженными социальными трудностями и узкими интересами. Ключевые дефициты включают трудности в социальном взаимодействии (отсутствие зрительного контакта, проблемы с эмпатией и реципрокностью), стереотипность поведения (ритуалы, повторяющиеся действия, сопротивление изменениям) и сенсорную чувствительность (гипер- или гипореактивность к стимулам, таким как шум, свет или текстуры). Эти проявления носят первичный характер, затрагивая все сферы жизни, и часто сочетаются с интеллектуальными нарушениями или, напротив, с высокофункциональными чертами. В МКБ-11 все эти подтипы интегрированы в 6A02, с подразделением по уровням поддержки (6A02.0 без интеллектуальных нарушений, 6A02.1 с ними) и акцентом на спектральность, что отражает современные исследования о генетической и нейробиологической этиологии РАС, включая влияние факторов риска, таких как генетика и перинатальные осложнения. Это позволяет более точно учитывать коморбидные состояния, такие как тревога или ADHD, и фокусироваться на функциональных нуждах ребенка [2, 3].

В отличие от РАС, задержка психического развития (ЗПР) в МКБ-10 классифицируется как более гетерогенная категория, включающая F80 (специфические расстройства развития речи и языка), F81 (расстройства развития школьных навыков) и F83 (смешанные специфические расстройства психологического развития). F80 охватывает нарушения, такие как экспрессивные (F80.1) или рецептивно-экспрессивные (F80.2) языковые расстройства, где речь развивается замедленно без первичных дефицитов; F81 включает дислексию (F81.0) или дискалькулию (F81.2), влияющие на академические навыки; а F83 подчеркивает комбинацию этих дефицитов с возможным отставанием в моторной или эмоциональной сферах. Ключевые дефициты ЗПР — снижение когнитивной активности (трудности с концентрацией, памятью и обобщением), незрелость эмоционально-волевой сферы (импульсивность, низкая мотивация, эмоциональная лабильность) и замедленный темп обработки информации, часто обусловленный социальными, органическими или сенсорными факторами, такими как слуховые нарушения (F80.4). В отличие от РАС, ЗПР носит временный, компенсируемый характер при timely вмешательстве. В МКБ-11 эти аспекты перераспределены: 6A01 (расстройства развития речи или языка) включает подтипы, такие как 6A01.2 (расстройство языка развития) для речевых задержек, а 6A00 охватывает интеллектуальные расстройства с градацией по степени (легкая, умеренная). Это усиливает фокус на функциональной оценке.

Обоснование интеграции работы с этими группами вытекает из их фенотипической общности при этиологической разнице, что создает синергетический эффект в реабилитации. Социальная инициативность детей с ЗПР, проявляющаяся в большей открытости к взаимодействию и эмоциональной выразительности, может «подтягивать» детей с РАС, стимулируя их к имитации социальных навыков, таких как совместная игра или обмен эмоциями, через моделирование в смешанных группах. Это способствует развитию эмпатии и реципрокности у детей с аутизмом, снижая их изоляцию. С другой стороны, потребность детей с РАС в структуре — четких правилах, визуальных подсказках и предсказуемости — помогает дисциплинировать группу в целом, включая детей с ЗПР, у которых часто наблюдается импульсивность и дефицит самоконтроля. Внедрение методов, таких как ТЕАССН или PECS, адаптированных для РАС, может стабилизировать поведение в смешанной среде, повышая мотивацию и когнитивную активность у детей с ЗПР. Таким образом, интеграция не размывает границы диагнозов, а усиливает компенсацию дефицитов, соответствуя принципам инклюзии и междисциплинарности.

**СОВМЕСТНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ:
ЦИКЛ ЗАНЯТИЙ
«СОЗДАНИЕ ВОЛШЕБНОГО ГОРОДА»**

Одним из наиболее перспективных форматов интеграции реабилитационной работы с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра (РАС) и задержку психо-речевого развития (ЗПРР), является использование проектной деятельности в смешанных группах. Такой подход позволяет одновременно решать задачи развития коммуникативных навыков, социальной инициативы, исполнительных функций, сенсорной интеграции и чувства групповой принадлежности, опираясь на взаимодополняющие сильные стороны двух клинических групп. Ниже представлено описание разработанного и апробированного цикла занятий «Создание Волшебного города» — проектной деятельности продолжительностью 3–4 занятия (по 40–60 минут), направленной на создание коллективного крупномасштабного макета города и последующее «оживление» его в ролевых сценариях.

Основная цель — формирование навыков совместной деятельности и социальных взаимодействий в условиях структурированной, предсказуемой и мотивирующей среды. Конкретные задачи включают:

- развитие совместного внимания и умения следовать общей цели;

- расширение репертуара коммуникативных средств (в том числе альтернативных — PECS);
- формирование навыков ролевой игры и понимания социальных сценариев;
- снижение тревожности и поведенческих проявлений за счёт визуальной поддержки и чётких алгоритмов;

- усиление социальной инициативы у детей с ЗПРР и расширение социальных возможностей у детей с РАС через моделирование и имитацию.

Цикл рассчитан на смешанные группы из 6–10 детей в возрасте 5–10 лет (примерно равное соотношение детей с РАС и ЗПРР). Занятия проводятся при участии одного ведущего педагога/психолога и 1–2 ассистентов. Итоговым продуктом является большой коллективный макет города (на столе, полу или в специально оборудованной сенсорной зоне), который используется как основа для ролевых игр на заключительном этапе.

Для иллюстрации практической реализации интегрированного подхода ниже представлена модель совместного мероприятия «Создание Волшебного города» — цикла из трёх занятий, адаптированного для смешанных групп детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и задержкой психо-речевого развития (ЗПРР). Структура и содержание каждого занятия приведены в таблице 1.

Таблица 1

Структура цикла занятий «Создание Волшебного города»

Название занятия	Цели	Виды деятельности	Методология
Планировка и фундамент города	Формирование совместного планирования, развитие совместного внимания, создание общей визуальной структуры	Демонстрация изображений городов, коллективное определение зон (дом, магазин, парк и др.), приклеивание/размещение символических карточек на общей карте, групповое голосование	Визуальное расписание занятия (PECS/TEACCH), визуальный таймер, чёткая очередность выбора зон, голосование карточками «да/нет»
Архитектура и жители	Развитие мелкой моторики, сенсорной интеграции, навыков парной работы и обмена	Работа на станциях TEACCH: создание домов, деревьев, фигурок жителей из картона, пластилина, ткани, природных материалов; парная работа (РАС + ЗПРР)	Станции с визуальными пошаговыми инструкциями (3–5 карточек), обмен материалами через PECS-карточки, роль «помощника» для детей с ЗПРР
Оживление города	Отработка социальных сценариев, развитие ролевой игры, речи и взаимного подтягивания навыков	Ролевые игры в подгруппах: «Поход в магазин», «Праздник в парке», «Помощь другу»; ротация ролей; круговая рефлексия	Структурированные ролевые последовательности с визуальными карточками, инициативные роли для детей с ЗПРР, фиксированные сценарии для детей с РАС, карточки эмоций для рефлексии

Реализация данных инструментов направлена на создание условий для полноценного развития. Так, например, в работе Куликовой М.Е. сказано, что «для того, чтобы ребенок с отклонениями в развитии успешно прошел социальную адаптацию, ему крайне необходима своевременная психологическая и педагогическая помощь» [4].

Ключевыми элементами формата являются:

- визуальные расписания и таймеры для обеспечения предсказуемости;
- структурированные инструкции по принципам TEACCH;
- система альтернативной коммуникации PECS для детей с выраженными речевыми трудностями;
- позитивное подкрепление (наклейки, похвала, «медальки»);
- гибкая адаптация (индивидуальные сенсорные перерывы, сокращение количества шагов).

Реализация цикла способствует взаимному «подтягиванию» навыков: социальная открытость и инициативность детей с ЗППР стимулируют детей с РАС к имитации и расширению социальных контактов, в то время как структурированность и чёткие правила, востребованные детьми с РАС, дисциплинируют поведение и повышают успешность детей с ЗППР. В результате наблюдается рост совместного внимания, навыков ожидания очереди, использования альтернативной коммуникации, а также снижение уровня тревожности и поведенческих проявлений.

Такой комплексный эффект крайне важен, так как развитие ребенка неразрывно связано с его окружением. Так, например, Конева И.А. в ходе исследования навыков социального взаимодействия указывает, что «психоэмоциональный климат семьи является важной составляющей в развитии и становлении ребёнка, а успешная реабилитация способствует нормализации этого климата» [5].

Для иллюстрации эффективности предложенного интегративного подхода был проведён небольшой пилотный цикл занятий «Создание Волшебного города» с участием семи детей в возрасте от 6 до 9 лет. В группу вошли трое детей с диагностированной задержкой психо-речевого развития (ЗППР) и четверо детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) различной степени выраженности. Занятия проходили в комфортной сенсорной зоне три раза в неделю в течение трёх недель под руководством психолога и ассистента, с обязательным использованием визуальных расписаний, таймеров и элементов PECS/TEACCH.

На первом этапе (планировка и фундамент города) наиболее ярко проявился ожидаемый начальный стопор в социальном взаимодействии. Дети с РАС демонстрировали выраженное избегание зрительного контакта, сопротивление групповому обсуждению и предпочтение работать в одиночестве или в строго фиксированной зоне стола. Дети с ЗППР, напротив, стремились к активности и

общению, но быстро теряли интерес из-за отсутствия взаимного отклика, что приводило к фрустрации, перебиванию и импульсивным действиям. В результате совместное планирование зон города шло крайне медленно, с частыми паузами, отказами от участия и необходимостью индивидуальных перерывов. Этот этап наглядно показал типичную для смешанных групп первичную барьерность: социальная инициатива одной подгруппы не находила отклика у другой, а потребность в жёсткой структуре у детей с РАС вступала в конфликт с более хаотичным стилем взаимодействия детей с ЗППР.

Уже на втором занятии (архитектура и жители), благодаря чётко структурированным станциям TEACCH, парной работе и обязательному обмену материалами через PECS-карточки, ситуация начала меняться. Дети с ЗППР, выступавшие в роли «помощников», стали естественными моделями для подражания: они активно показывали последовательность действий, называли предметы и инициировали простые просьбы. Дети с РАС, получая предсказуемую визуальную инструкцию и фиксированную роль в паре, постепенно снижали тревожность и начинали отвечать на предложения партнёра — сначала невербально (передачей предмета), а затем и с использованием карточек. К третьему занятию (оживление города) большинство детей уже могли поддерживать короткие ролевые взаимодействия в подгруппах: здороваться, просить предмет, предлагать помощь, реагировать на эмоции партнёра с помощью карточек эмоций. Особенно заметным стал прогресс в совместном внимании и ожидании своей очереди.

По итогам цикла у всех участников наблюдалось статистически значимое (в рамках малой выборки) увеличение показателей социализации. У детей с РАС выросло количество инициаций контакта (с 0–1 до 3–5 за занятие), расширился репертуар коммуникативных средств и снизилась частота поведенческих реакций протеста. У детей с ЗППР улучшилась способность к самоконтролю и следованию правилам, а также повысилось терпение в ожидании ответа от партнёра. Общий групповой климат стал более устойчивым и доброжелательным. Полученные результаты подтверждают, что даже краткосрочная структурированная проектная деятельность в смешанном формате способна существенно повысить степень социализации детей обеих групп за счёт взаимного моделирования и дополнения сильных сторон.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современная ситуация характеризуется значительным ростом числа детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и задержкой психо-речевого развития (ЗППР). Традиционная нозоцентричная модель реабилитации, основанная на строгом разделении по диагнозам, оказывается

недостаточно эффективной. Фенотипическая схожесть проявлений — коммуникативные, сенсорные, поведенческие и исполнительные трудности — создаёт объективные основания для перехода к интегративному подходу, ориентированному на функциональный профиль ребёнка, а не на нозологическую категорию.

Интеграция работы с детьми с РАС в общую реабилитационную практику с ЗППР позволяет оптимизировать ресурсы, уменьшить фрагментацию помощи и расширить арсенал специалистов за счёт взаимного обогащения методиками (TEACCH, PECS, сенсорная интеграция, техники речевого запуска). В смешанных группах происходит взаимное «подтягивание» навыков: социальная открытость детей с ЗППР стимулирует детей с РАС к имитации и расширению контактов, а структурированная и предсказуемая среда, необходимая при аутизме, повышает дисциплину и успешность детей с ЗППР. В результате ускоряется компенсация дефицитов, снижается тревожность, улучшается социализация и качество жизни детей и семей.

Практическая апробация интегративного подхода на примере цикла проектных занятий «Создание Волшебного города» подтвердила его высокую эффективность для развития совместного внимания, коммуникативных средств (включая альтернативную коммуникацию), ролевых навыков и чувства принадлежности к группе при сохранении индивидуальной адаптации и необходимой структуры.

Соответственно, интеграция реабилитационной работы с детьми с РАС в общую практику помощи детям с ЗППР — это не размывание диагностических границ, а научно обоснованный ответ на реальную коморбидность нарушений развития. Подход полностью соответствует принципам современной российской специальной психологии и педагогики: индивидуализации, комплексности, междисциплинарности, раннему вмешательству и рациональному использованию ресурсов. Дальнейшие исследования должны быть направлены на систематизацию смешанных программ, разработку критериев комплектования групп и оценку долгосрочных эффектов на социальную адаптацию в подростковом и взрослом возрасте.

Литература

1. Пинкус М. В. Развитие навыков социального взаимодействия в раннем детстве у типично развивающихся детей и у детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник ЮУрГПУ. 2015. №10. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-navykov-sotsialnogo-vzaimodeystviya-v-rannem-detstve-u-tipichno-razvivayuschih-sya-detey-i-u-detey-s-rasstroystvami> (дата обращения: 14.02.2026)
2. Шипицына, Л. М. Специальная психология : учебник для вузов / под ред. Л. М. Шипицыной. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 287 с. (дата обращения: 14.02.2026)
3. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 — F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — Москва : Минздрав России, 1998 (и переиздания). — 512 с. (дата обращения: 14.02.2026)
4. Куликова М. Е., Крыцина А. М., Корсакова В. К. Организация психологической помощи детям с отклонениями в развитии и их семья // Форум молодых ученых. 2019. №4 (32). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/organizatsiya-psihologicheskoy-pomoschi-detyam-s-otkloneniyami-v-razviti-i-ih-semya> (дата обращения: 14.02.2026)
5. Конева Ирина Алексеевна, Мурзина Дарья Алексеевна Психологические особенности родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, и их сопровождение // Проблемы современного педагогического образования. 2022. №77-4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-roditeley-vospityvayuschih-detey-s-rasstroystvami-autisticheskogo-spektra-i-ih-soprovozhdenie> (дата обращения: 14.02.2026)



Новости психиатрии*

ОТМЕНА АНТИПСИХОТИКОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РИСК ПСИХИАТРИЧЕСКОГО РЕЦИДИВА

Беременность у женщин с психотическими и биполярными расстройствами представляет собой сложную клиническую ситуацию, в которой необходимость профилактики обострения психического заболевания сталкивается с опасениями относительно влияния психофармакотерапии на плод. Именно поэтому прекращение приема антипсихотиков до наступления беременности или после ее установления остается распространенной клинической практикой. Однако потенциальные последствия такой отмены для психического состояния матери изучены значительно хуже, чем риски фармакотерапии. Новые данные свидетельствуют о необходимости более осторожного подхода к прекращению антипсихотического лечения в перинатальном периоде.

Особый интерес представляет крупное когортное исследование X. Liu и соавторов, основанное на национальных регистрах Дании и Швеции. Авторы проанализировали беременных женщин с психотическими и биполярными расстройствами, имевшие как минимум два назначения антипсихотических препаратов в течение года до беременности. В исследование вошли 2000 женщин с первичными психотическими расстройствами и 1292 женщины с биполярным расстройством. Период анализа охватывал беременности, завершившиеся одноплодными родами, в Дании с 1998 по 2022 год и в Швеции с 2007 по 2017 год. Основным исходом считался тяжелый психиатрический рецидив, потребовавший госпитализации во время беременности или в течение трех месяцев после родов.

Полученные результаты продемонстрировали наиболее отчетливую связь у женщин с психотическими расстройствами. При прекращении антипсихотической терапии уже после наступления беременности скорректированное отношение рисков тяжелого психиатрического рецидива составило 1,60 (95% ДИ: 1,01–2,54) по сравнению с женщинами, продолжившими лечение. Для прекращения терапии еще до беременности аналогичный показатель составил 1,24

(95% ДИ: 0,82–1,90), то есть статистически значимого повышения риска в этой группе получено не было. В подгруппе женщин с биполярным расстройством статистически убедительного увеличения риска тяжелого рецидива выявлено не было: при отмене препаратов во время беременности скорректированное отношение рисков составило 1,00 (95% ДИ: 0,48–2,10), однако авторы подчеркивают ограниченную статистическую мощность этой части исследования.

Клиническая значимость полученных данных определяется тем, что беременность и ранний послеродовой период сами по себе являются периодами повышенной уязвимости для женщин с тяжелыми психическими расстройствами. Отмена поддерживающей терапии может приводить к потере достигнутой ремиссии, нарушению сна, усилению тревоги и аффективной нестабильности, а при психотических расстройствах — к полноценному рецидиву. Одновременно нельзя рассматривать продолжение антипсихотической терапии как универсальную стратегию: выбор препарата, дозы, соматический профиль пациентки и акушерские риски требуют индивидуальной оценки.

Важным ограничением исследования является его наблюдательный характер и использование регистрационных данных. Авторы оценивали преимущественно тяжелые рецидивы, связанные с госпитализацией, поэтому более мягкие обострения могли оставаться неучтенными. Кроме того, регистрационные базы не позволяют полностью контролировать такие факторы, как тяжесть заболевания, причины прекращения терапии, приверженность лечению и клинические решения врача. Тем не менее результаты позволяют рассматривать прекращение антипсихотической терапии во время беременности не как нейтральное действие, а как потенциально значимый фактор риска, особенно у женщин с психотическими расстройствами.

КЕТОГЕННАЯ ДИЕТА ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Терапевтически резистентная депрессия (ТРД) остается одной из наиболее сложных клинических проблем современной психиатрии, поскольку даже при использовании

антидепрессантов различных фармакологических классов значительная часть пациентов не достигает полноценной ремиссии. В связи с этим возрастает интерес к немедикаментозным

* Раздел подготовлен по материалам мониторинга ведущих научных информационных ресурсов

стратегиям, способным воздействовать не только на психопатологическую симптоматику, но и на метаболические процессы, потенциально связанные с функционированием центральной нервной системы. Одним из таких направлений стала кетогенная диета — режим питания с крайне низким содержанием углеводов и высоким содержанием жиров, вызывающий метаболический переход от преимущественного использования глюкозы к кетоновым телам.

Значительный интерес представляет рандомизированное клиническое исследование британских ученых под руководством М. Гао, проведенное в рамках специализированного проекта по изучению диетических вмешательств при ТРД. В исследование были включены 88 взрослых пациентов в возрасте от 18 до 65 лет с терапевтически резистентной депрессией и исходным показателем PHQ-9 не менее 15 баллов. Участники методом рандомизации распределялись в две равные группы: 44 человека получали кетогенную диету с содержанием углеводов менее 30 г в сутки, а 44 — контрольную фитохимическую диету, предусматривавшую увеличение потребления овощей и фруктов и замену насыщенных жиров ненасыщенными. Продолжительность активного вмешательства составляла шесть недель, после чего осуществлялось наблюдение до 12-й недели.

Результаты продемонстрировали снижение выраженности депрессии в обеих группах, однако динамика оказалась несколько более выраженной при кетогенной диете. Среднее изменение показателя PHQ-9 к шестой неделе составило -10,5 балла в кетогенной группе против -8,3 балла в контрольной. Межгрупповая разница достигла -2,18 балла (95% ДИ: -4,33–-0,03; $P = 0,05$; Cohen $d = -0,68$). При этом к 12-й неделе различие уменьшилось и статистической значимости уже не достигало: -1,85 балла (95% ДИ: -4,04–0,33; $P = 0,10$). Ремиссия к шестой неделе была зарегистрирована у 25% пациентов кетогенной группы и 9% участников

контрольной группы, однако статистически достоверного различия по этому вторичному показателю получено не было. Существенных различий по большинству вторичных исходов, включая ангедонию, когнитивные нарушения, качество жизни и функционирование, также не выявлено.

Потенциальные психобиологические механизмы эффекта кетогенной диеты могут быть связаны с изменением энергетического метаболизма мозга, повышением доступности кетонных тел для нейронов, воздействием на митохондриальную функцию и процессы нейровоспаления. Дополнительный интерес представляет возможное влияние кетоза на глутаматергическую и ГАМК-ергическую нейротрансмиссию, поскольку дисбаланс возбуждающих и тормозных процессов рассматривается как один из компонентов патогенеза депрессивных расстройств. Нельзя исключить и более неспецифические механизмы, включая изменение пищевого поведения, режима сна и метаболического профиля.

Вместе с тем интерпретировать полученные результаты как доказательство самостоятельной антидепрессивной эффективности кетогенной диеты преждевременно. Выборка исследования была небольшой, продолжительность наблюдения ограниченной, а клиническое преимущество над тщательно подобранной контрольной диетой оказалось относительно умеренным и не сохранялось статистически значимо на 12-й неделе. Кроме того, к окончанию периода наблюдения только 20% пациентов сообщали о соблюдении кетогенной диеты не менее половины дней, что указывает на проблему долгосрочной приверженности. Представленные данные скорее свидетельствуют о перспективности метаболического подхода как адъювантной стратегии при ТРД, требующей проверки в более крупных исследованиях с длительным наблюдением и четким контролем медикаментозной терапии

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ СЛОЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИИ

Одной из центральных проблем современной психофармакологии остается высокая вариабельность ответа пациентов на антидепрессанты. В клинической практике выбор препарата по-прежнему во многом основан на последовательном подборе терапии методом проб и ошибок. Особый интерес поэтому представляет поиск фенотипических и генетических характеристик, позволяющих заранее определить вероятность длительной, сложной или недостаточно эффективной антидепрессивной терапии. Концепция персонализированной психиатрии предполагает переход от

универсальной стратегии назначения препарата к прогнозированию индивидуального терапевтического ответа.

В крупном исследовании A. Walker и соавторов были проанализированы клинические и генетические характеристики 12 074 пациентов с большим депрессивным расстройством, имевших опыт применения антидепрессантов; у 8898 участников имелись данные генотипирования. Авторы изучали 44 фенотипических признака и полигенные показатели риска по 15 признакам, после чего оценивали их связь с длительным использованием антидепрессантов и

сложностью фармакотерапии. Исследование стало одним из наиболее масштабных современных анализов взаимосвязи клинического фенотипа депрессии и генетической предрасположенности к различным вариантам лечения.

Полученные результаты показали, что высокая сложность антидепрессивной терапии была статистически связана с 37 из 44 исследованных фенотипических характеристик. В эту группу вошли более высокие показатели курения, рецидивирующее течение депрессии, суицидальные мысли, хронический болевой синдром, циркадные нарушения и атипичные депрессивные симптомы. Полигенный показатель риска большого депрессивного расстройства также был ассоциирован с повышенной сложностью лечения: $\beta = 0,04$ (95% ДИ: 0,03–0,06; $P = 1,2 \times 10^{-8}$). Для полигенного показателя СДВГ соответствующая ассоциация составила $\beta = 0,03$ (95% ДИ: 0,02–0,05; $P = 2,1 \times 10^{-5}$).

Особенно интересным результатом стало выявление генетических вариантов, потенциально связанных непосредственно с особенностями антидепрессивной терапии. Так, вариант rs4656934 в области иммунологически связанного гена SLAMF3/LY9 был ассоциирован со снижением вероятности длительного применения СИОЗС: для G-аллеля отношение шансов составило 0,81 (95% ДИ: 0,75–0,87; $P = 3,5 \times 10^{-8}$). При этом полигенные показатели риска продемонстрировали значительно более слабую связь

непосредственно с устойчивым использованием препаратов, чем с общей сложностью лечебного процесса.

Патофизиологически полученные данные поддерживают современную модель депрессии как гетерогенного синдромального образования, включающего взаимодействие генетической уязвимости, нарушений циркадных ритмов, хронической боли, коморбидных состояний и особенностей нейробиологических систем. Важен и тот факт, что трудности лечения могут отражать не только фармакологическую резистентность как таковую, но и клиническую неоднородность депрессии. Наличие хронической боли, суицидальности, нарушений сна или атипичных симптомов потенциально формирует иной терапевтический профиль пациента.

Однако результаты пока не позволяют использовать выявленные генетические маркеры для рутинного выбора конкретного антидепрессанта. Ассоциация между генетическим вариантом и длительным использованием препарата не означает прямой причинной связи с эффективностью лечения. Перспективным направлением является интеграция геномных данных с клиническими характеристиками, цифровыми биомаркерами, нейровизуализацией и динамическими показателями ответа на терапию. Именно такой многоуровневый подход может стать основой действительно персонализированной психиатрии

АНАЛИЗ РЕЧИ КАК РАННИЙ ПРЕДИКТОР ПСИХОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ранняя диагностика психических расстройств остается одной из наиболее сложных задач детской и подростковой психиатрии. Значительная часть психопатологических состояний начинает формироваться задолго до появления полноценной клинической картины, однако существующие методы оценки риска во многом основаны на субъективных сообщениях ребенка, родителей и клинициста. В последние годы все большее внимание уделяется анализу естественной речи как потенциальному цифровому биомаркеру, позволяющему выявлять изменения психического состояния еще до манифестации расстройства.

В исследовании, опубликованном в Nature Mental Health, С. Antonacci и соавторы применили методы автоматизированной обработки естественного языка к подробным стресс-интервью 204 детей в возрасте от 9 до 13 лет. Средний возраст участников составил 11,38 года, 58% выборки составляли девочки. Исследователи использовали мультимодальный набор алгоритмов обработки речи и оценивали способность

выявленных лингвистических характеристик прогнозировать развитие интернализирующей психопатологии в последующие шесть лет.

Результаты продемонстрировали, что особенности речи действительно обладают прогностической ценностью. Лингвистические характеристики объясняли более чем в два раза большую долю вариативности будущих психопатологических исходов по сравнению с традиционными факторами риска, основанными на экспертной оценке. При этом наиболее информативным оказался не столько непосредственный эмоциональный смысл высказываний, сколько общий стиль речи и структура повествования. Анализ выявил определенные тематические категории, связанные с последующим риском: рассказы о физическом насилии и социальной изоляции ассоциировались с неблагоприятным прогнозом, тогда как упоминания структурированной повседневной деятельности, устойчивого режима и доступности медицинской помощи имели потенциально протективное значение.

С клинической точки зрения принципиаль-

но важно, что исследователи оценивали не только частоту отдельных слов, но и более сложные семантические характеристики повествования. Это открывает возможность рассматривать речь как своеобразный поведенческий фенотип, отражающий особенности переработки социального опыта, эмоциональной регуляции и формирования автобиографического нарратива. Потенциально такие характеристики могут быть связаны с функционированием систем, участвующих в регуляции стресса, социального познания и эмоциональной памяти.

Особый интерес представляет перспектива использования подобных технологий для профилактической психиатрии. В отличие от единичного клинического обследования, автоматизированный анализ речи потенциально может проводиться многократно и в естественных условиях, создавая динамический профиль психического состояния ребенка. Это особенно важно для интернализирующих расстройств,

поскольку тревога и депрессивная симптоматика нередко остаются незамеченными окружающими до момента существенного ухудшения функционирования.

Вместе с тем полученные результаты пока нельзя интерпретировать как доказательство возможности самостоятельной диагностики психических расстройств с помощью искусственного интеллекта. Исследование включало относительно небольшую выборку, а алгоритмические модели требуют внешней валидации на независимых популяциях. Кроме того, речевые особенности тесно связаны с культурой, языком, возрастом и социальным контекстом. Тем не менее работа демонстрирует перспективное направление развития психиатрической профилактики: переход от оценки уже сформировавшейся симптоматики к выявлению тонких цифровых маркеров риска задолго до клинической манифестации расстройства.

НОВЫЙ АНТИПСИХОТИК ПРИ ОСТРОЙ ШИЗОФРЕНИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ LB-102

Современная антипсихотическая терапия шизофрении сохраняет ряд ограничений, включая экстрапирамидные расстройства, гиперпролактинемия и метаболические нарушения. В связи с этим поиск препаратов, сочетающих выраженную антипсихотическую эффективность с приемлемой переносимостью, остается одним из приоритетных направлений психофармакологии. Перспективным кандидатом является LB-102 — производное амисульприда, разработанное для улучшения проникновения через гематоэнцефалический барьер и обеспечения стабильного однократного приема.

В многоцентровое двойное слепое исследование II фазы NOVA были включены 359 пациентов в возрасте 18–55 лет с шизофренией и острым обострением психоза. Участники получали плацебо либо LB-102 в дозах 50, 75 или 100 мг один раз в сутки в течение четырех недель. Основной конечной точкой являлось изменение общего показателя PANSS.

Полученные результаты продемонстрировали статистически значимое преимущество LB-102 перед плацебо. Снижение PANSS составило 9,3 балла в группе плацебо, 14,3 балла при дозе 50 мг и 14,0 балла при 75 мг. Межгрупповая разница достигла примерно 5 баллов, при этом размер эффекта составил Hedges $g = 0,61$ для 50 мг и 0,41 для 75 мг. В группе 100 мг снижение PANSS достигло 16,1 балла, однако небольшая численность этой группы не позволяла проводить полноценное статистическое сравнение. Улучшение отмечалось преимущественно в отношении положительной симптоматики и общей тяжести заболевания.

Фармакологически LB-102 является антаго-

нистом D2/D3- и 5-HT7-рецепторов. По данным ПЭТ, прием 50 мг обеспечивал около 60–80% занятости стриарных D2/D3-рецепторов в течение 24 часов. Такая характеристика теоретически позволяет поддерживать необходимую дофаминергическую блокаду при однократном суточном приеме. Дополнительное воздействие на 5-HT7-рецепторы потенциально может иметь значение для когнитивных и аффективных проявлений, однако убедительных клинических доказательств этого пока недостаточно.

Профиль переносимости оказался в целом приемлемым, однако были выявлены потенциально значимые ограничения. Нежелательные явления отмечались у 69,2% пациентов при дозе 50 мг, у 57,4% при 75 мг и у 75% при 100 мг против 55,6% в группе плацебо. Особого внимания заслуживает выраженное повышение пролактина: оно наблюдалось более чем у 85% пациентов, получавших LB-102. Кроме того, за четыре недели отмечалась прибавка массы тела примерно на 3–4 кг. Экстрапирамидные нарушения и удлинение QTc существенно не отличались от плацебо.

Таким образом, LB-102 демонстрирует перспективную антипсихотическую активность при остром обострении шизофрении, однако говорить о его преимуществах перед существующими препаратами пока преждевременно. Исследование продолжалось всего четыре недели, не включало активного препарата сравнения и не позволяло оценить долгосрочную безопасность. Особенно важны дальнейшее изучение гиперпролактинемии и метаболических эффектов. Результаты III фазы должны определить, сможет ли LB-102 занять место среди современных средств базисной терапии шизофрении.

Редакция сетевого издания «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 также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
11. Редакция не принимает на себя ответственность за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

The editorial board of the online publication "Omsk Psychiatric Journal" accepts for publication materials on theoretical and clinical aspects, clinical lectures, review articles, case reports, etc., on the following topics:

1. Regional and social aspects of psychiatry.
2. Clinical presentation of mental disorders.
3. Age-related aspects of psychiatry.
4. Clinical psychology.
5. Psychiatry and law.
6. Psychopharmacology.
7. Organization of psychiatric care.
8. Psychotherapy and rehabilitation in psychiatry.
9. Nursing in psychiatry.
10. Other related topics.

ARTICLE FORMATTING REQUIREMENTS

When submitting works to the editorial board, please adhere to the following formatting rules:

1. The article must be submitted in electronic form.
2. A separate page must include the contact information: full name, title, academic degree, place of work, position, contact phone number, and email address of each author.
3. The article length should be no less than 4 and no more than 10 pages of typed text (for reviews – no more than 24 pages). The text of the article should be typed in Times New Roman 12-point font with 1.5 line spacing, and 2 cm margins. Each paragraph should be indented, set using the "Paragraph" menu.
4. On the first page of the text, the author's(s) initials and surname(s), the title of the article, and the full name of the institution where the author(s) work(s) must be indicated.
5. The UDC (Universal Decimal Classification) code must be provided before the article title.
6. The article must be accompanied by an abstract and keywords in Russian and English (no more than 100 words). The abstract should provide a brief description of the work, including the research objective, materials and methods (number of patients, methodology used), results obtained, and main conclusions.
7. Tables should be compact, have a serial number, a title, and clearly marked columns.
8. Bibliographic references in the text are given as numbers in square brackets, corresponding to the reference list at the end of the article, formatted according to GOST standards. The list should be in alphabetical order, first listing domestic authors, then foreign ones. All bibliographic references in the text must be numbered according to their position in the reference list. The surnames of foreign authors are given in their original transcription.
9. The use of international nonproprietary names for medicinal products is recommended in the text, written in lowercase letters. Brand names of drugs are written with a capital letter.
10. The editorial board reserves the right to perform scientific editing, abridgment, and literary correction of the text, as well as to reject the work due to its non-compliance with the journal's requirements or violation of current legislation. The reasons for rejection are not communicated to the author, and the manuscript text is not returned.
11. The editorial board does not accept responsibility for the infringement of copyright and financial rights caused by the authors of the submitted materials.