

# ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

## Научно-практический рецензируемый журнал № 2, 2019

ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ  
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24

Редакция журнала:  
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»  
тел.: 8 (351) 232-00-13  
E-mail: sumed74@mail.ru  
www.sumj.ru

При информационной поддержке:  
Министерства здравоохранения Челябинской области  
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:  
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в ООО «Абрис-Принт», г. Челябинск, Комсомольский проспект, 2.  
Номер подписан в печать по графику 02.09.2019 г. Фактически 03.09.2019 г. Дата выхода 03.09.2019 г.  
Распространяется бесплатно. Подписной индекс: П5518.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

16+

Тираж: 500 экземпляров  
Выходит 4 раза в год

*Главный редактор:*  
Летяева О.И., д.м.н., доцент (Челябинск)

*Редакционный совет:*  
Зиганшин О.Р., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Москвичева М.Г., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Телешева Л.Ф., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Гизингер О.А., д.б.н., доцент (Челябинск)  
Осиков М.В., д.м.н., профессор (Челябинск)

*Члены редакционной коллегии:*  
Абрамовских О.С., д.м.н., доцент (Челябинск)  
Арифов С.С., д.м.н., профессор (Узбекистан)  
Балтабаев М.К., д.м.н., профессор (Киргизия)  
Важенин А.В., д.м.н., профессор, академик РАН (Челябинск)  
Васильев Ю.С., д.м.н. (Челябинск)  
Волосников Д.К., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Долгушин И.И., д.м.н., профессор, академик РАН (Челябинск)  
Долгушина В.Ф., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Евстигнеева Н.П., д.м.н. (Екатеринбург)

Зуев А.В., д.м.н., профессор (Калининград)  
Казачков Е.Л., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Кохан М.М., д.м.н., профессор (Екатеринбург)  
Латюшина Л.С., д.м.н., доцент (Челябинск)  
Малова И.О., д.м.н., профессор (Иркутск)  
Малинина Е.В., д.м.н., доцент (Челябинск)  
Молочков В.А., д.м.н., профессор (Москва)  
Охлопков В.А., д.м.н., профессор (Омск)  
Привалов А.В., д.м.н., профессор (Челябинск)  
Симбирцев А.С., д.м.н., профессор, член-корр. РАН (Санкт-Петербург)  
Хисматуллина З.Р., д.м.н., профессор (Уфа)  
Шишкова Ю.С., д.м.н., доцент (Челябинск)  
Шаназаров Н.А., д.м.н., доцент (Челябинск)  
Шперлинг Н.В., д.м.н., профессор (Санкт-Петербург)  
Юцковская Я.А., д.м.н., профессор (Москва)

*Технические редакторы:*  
Антимирова Е.А.  
Францева О.В.

# **SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL**

## **Scientific and practical journal № 2, 2019**

SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL  
Scientific and practical peer-reviewed journal

The journal is registered by Federal service for supervision of legislation in mass communications and cultural heritage protection. Certificate of registration media PI NUMBER TY74-00953

Editorial address: 454048, Chelyabinsk, street Yablochkina, 24

Editorial board:  
"THE SOUTH URAL MEDICAL JOURNAL"  
tel: 8 (351) 232-00-13  
E-mail: sumed74@mail.ru  
www.sumj.ru

With the information support:  
The Ministry of health of the Chelyabinsk region  
Of the "South Ural state medical University"

Publisher:  
The magazine printed the original layouts in OOO "Abris-Print", Chelyabinsk, the Komsomol prospectus, 2.  
Room signed print on schedule 02.09.2019. In fact 03.09.2019. Release date 03.09.2019.  
Distributed free of charge. Subscription index: П5518.

The reprint of materials is allowed only with the written permission of the editorial Board

16+

Circulation: 500 copies  
Published 4 times a year

### *Editor in chief:*

Letyaeva O. I., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

### *Editorial Board:*

Ziganshin O. R., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Moskvicheva M. G., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Telesheva L. F., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Gizinger O. A., doctor of biological Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Osikov M. V., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

### *Members of the editorial Board:*

Abramovskih O. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Arifov S. S., doctor of medical Sciences, Professor (Uzbekistan)

Baltabayev M. K., doctor of medical Sciences, Professor (Kyrgyzstan)

Vazhenin A.V., doctor of medical Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences (Chelyabinsk)

Vasiliev Y.S., doctor of medical Sciences (Chelyabinsk)

Volosnikov D. K., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Dolgushin I. I., doctor of medical Sciences, Professor, academician of the Russian Academy of Sciences (Chelyabinsk)

Dolgushina V. F., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Evstigneeva N. P., doctor of medical Sciences (Yekaterinburg)

Zuyev A.V., doctor of medical Sciences, Professor (Kaliningrad)

Kazachkov E. L., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Kokhan M. M., doctor of medical Sciences, Professor (Ekaterinburg)

Latushina L. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Malova I. O., doctor of medical Sciences, Professor (Irkutsk)

Malinina E.V., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Molochkov V. A., doctor of medical Sciences, Professor (Moscow)

Okhlopov V. A., doctor of medical Sciences, Professor (Omsk)

Privalov A. V., doctor of medical Sciences, Professor (Chelyabinsk)

Simbirtsev A. S., doctor of medical Sciences, Professor, corresponding member of RAS (Saint Petersburg)

Khismatullina Z. R., doctor of medical Sciences, Professor (Ufa)

Shishkova Y. S., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Shanazarov N. A., doctor of medical Sciences, associate Professor (Chelyabinsk)

Sperling N. V., doctor of medical Sciences, Professor (Saint Petersburg)

Yutskovskaya J. A., doctor of medical Sciences, Professor (Moscow)

### *Technical editors:*

Antimirova E. A.

Frantseva O. V.

# ОГЛАВЛЕНИЕ

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ НАУЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХИАТРИИ

- 5** Пирогова М.Ю., Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Патракова А.А. Возраст, как фактор психического дизонтогенеза
- 10** Голубчикова О.В., Кушаковская Е.М., Кулёва А.А. Опыт применения инъекционных антипсихотиков-пролонгов для лечения больных, страдающих шизофренией в условиях дневного стационара психиатрической больницы

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

- 13** Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Пилявская О.И., Колесниченко Т.Н. Клинический случай подростка с суицидальной попыткой
- 16** Колмогорова В.В., Полецкий В.М., Патракова А.А. Клинический случай органического тревожного расстройства у пациента, пострадавшего в результате южноуральских радиационных аварий

## ЛИТЕРАТУРНЫЕ ОБЗОРЫ

- 20** Полецкий В.М., Колмогорова В.В., Патракова А.А. Типичные ошибки при проведении судебно – психиатрической экспертизы
- 24** Леончук С.Л. Клиническая ось «шизоидия - гипертимия»

## **ORIGINAL RESEARCH IN PSYCHIATRY**

- 5** Pirogova M.Y., Malinina E. V., Zabozlaeva I.V., Patrakova A.A. Age as a factor of mental dysontogenesis
- 10** Golubchikova O.V., Kushkovskaya E.M., Kuleva A.A. Review of clinical experience of the usage of injectable antipsychotics - prolongs for the treatment of patients with schizophrenia visiting daytime facilities at a neuropsychiatric hospital

## **CLINICAL CASES FROM PRACTICE**

- 13** Malinina E. V., Zabozlaeva I.V., Pilyavskaya O. I., Kolesnichenko T.N. Clinical case of a teen with suicidal attempt
- 16** Poletskiy V.M, Kolmogorova V.V., Patrakova A.A. Clinical case of organic anxiety disorder in a patient affected by south ural radiation accidents

## **LITERATURE REVIEW**

- 20** Poletskiy V.M, Kolmogorova V.V., Patrakova A.A. Typical errors in conducting it is judicial – psychiatric examination
- 24** Leonchuk S.L. Energy axis "schizoid - hyperthymia"

УДК 616.895-053.88

Пирогова М.Ю., Малинина Е.В., Забозлаева И.В., Патракова А.А.

## **ВОЗРАСТ, КАК ФАКТОР ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА**

Pirogova M.Y., Malinina E. V., Zabozlaeva I.V., Patrakova A.A.

## **AGE AS A FACTOR OF MENTAL DYSONTOGENESIS**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Пирогова Марина Юрьевна – аспирант кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Малинина Елена Викторовна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Забозлаева Ирина Валентиновна – к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Патракова Анастасия Анатольевна – старший лаборант кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

### **КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ ОТСУТСТВУЕТ.**

### **РЕЗЮМЕ**

Возрастной фактор в детской психиатрии рассматривается как фактор психического онтогенеза, как фактор возрастных закономерностей дебюта и формирования психической феноменологии. Проведено изучение возраста в контексте психических расстройств в детстве. Обследовано 314 детей с различной психической патологией. Были выявлены критические периоды развития психической патологии и определены возрастзависимые психопатологические синдромы – синдром дефицита внимания с гиперактивностью, задержка речевого и интеллектуального развития, расстройства аутистического спектра.

**Ключевые слова:** возраст, критический период, психопатология, дизонтогенез.

### **SUMMARY**

The age factor in child psychiatry is considered as a factor in mental ontogenesis, as a factor in the age-related patterns of debut and the formation of mental phenomenology. The study of age in the context of mental disorders in childhood. 314 children with various mental pathologies were examined. Critical periods of development of mental pathology were identified and age-dependent psychopathological syndromes were identified – attention deficit hyperactivity disorder, delayed speech and intellectual development, autism spectrum disorders.

**Key words:** Age, critical period, psychopathology, dysontogenesis.

Общие закономерности развития и проявлений психических расстройств в детском возрасте тесным образом связаны с онтогенетическим фактором. Под онтогенезом понимается индивидуальное развитие организма от момента его зарождения до момента смерти. Выделяют пренатальный и постнатальный онтогенез (развитие индивидуума до и после рождения). Психический онтогенез, психическое развитие человека, является составной частью онтогенеза. Наиболее бурное оно происходит в детском и подростковом возрасте, когда формируются отдельные психические функции, системы и личностные особенности человека. При нарушениях психического развития говорят о психическом дизонтогенезе, дизонтогенезах [1,2,4,5,8,9]. Одним из специфических факторов развития психической патологии в детстве является возрастной фактор. Именно возраст определяет особенности клинической

картины психического расстройства, высвечивает роль многих этиологических воздействий и патогенетических механизмов. Для того, чтобы оценить смысл и значение какого-то события жизни ребенка необходимо знать на какой стадии развития, в каком возрасте это произошло. В онтогенезе имеет место сменность качественно различных этапов функционирования и реагирования головного мозга, где особую роль играют значительные изменения адаптивных механизмов, связанных с созреванием различных отделов головного мозга, в том числе и центральных регуляторных структур, обуславливающих деятельность всех физиологических систем, формирование психических процессов и поведения ребенка. Вместе с тем, изучение особенностей взаимодействия организма и среды легло в основу представления о сенситивных и критических периодах. Такие периоды называют периодами повышенной восприимчивости к различным вредностям [3,6,7]. В критические периоды не только есть условия, облегчающие возникновение психических расстройств, но и наблюдается их более тяжелое и злокачественное течение. В этой связи изучение возрастных особенностей дебюта психических заболеваний, их связь с определенными возрастными этапами, периодами является актуальной и своевременной для детской психиатрии.

## ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценить роль возрастного фактора в развитии психической патологии в детском возрасте.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследование сплошным методом включались дети с психическими расстройствами, находящиеся на стационарном или амбулаторном ле-

чении в детских, подростковых отделениях ГБУЗ Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1, специализированных коррекционных центрах для детей с отклонениями в развитии. Это были дети от 1 года до 18 лет, обратившиеся к детскому психиатру по проблемам нарушения развития. Данные пациенты и составили объект исследования.

Критериями включения являлись:

1. Наличие непсихотического психического расстройства

2. Возраст от 1 года до 18 лет

В следствии случайной выборки, с добровольного согласия родителей в исследование были включены 314 детей и подростков с различной психической патологией. На каждого пациента заполнялась Карта обследования, электронный вариант, в которую вносились результаты:

1. Клинической беседы, наблюдения за больным, беседы с родителями.

2. Работы с архивными историями болезни

3. Анализа медицинских карт амбулаторного больного детского психоневрологического отделения, в том числе записи сотрудников детских дошкольных учреждений, педагогов.

4. Изучения психического статуса при поступлении и в течение всего периода обследования.

5. Анализа экспериментально-психологического исследования.

В ходе статистического анализа полученных данных использовали методы описательной статистики, выборочные сравнения и анализ распределений.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

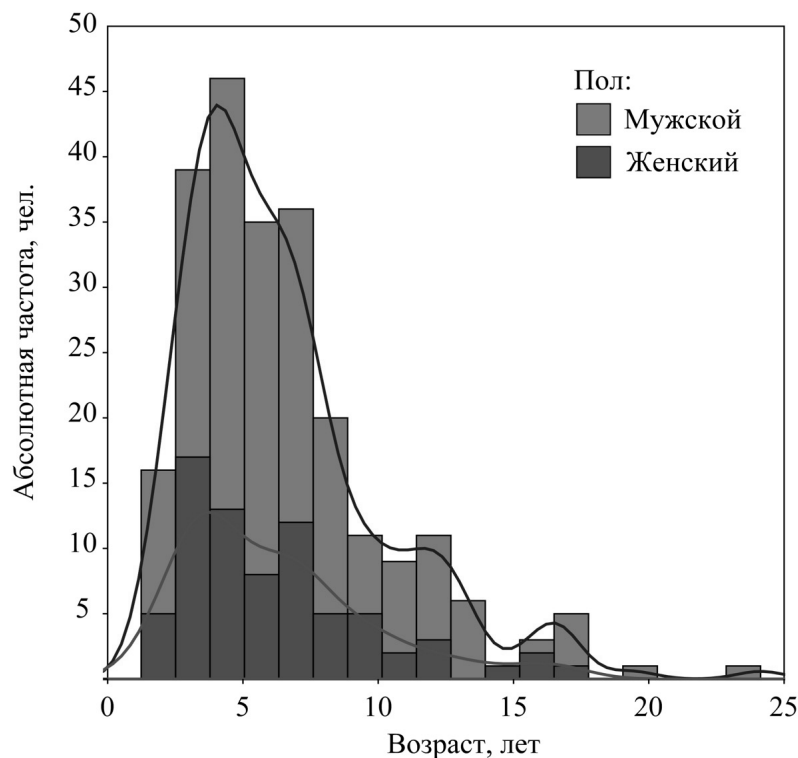
В результате комплексного исследования получены следующие данные.

	Мальчики (n=240)		Девочки (n=74)		Всего (n=314)	
Возрастная структура						
Категории	Абсолют. частота, чел.	Относит. частота, %	Абсолют. частота, чел.	Относит. частота, %	Абсолют. частота, чел.	Относит. частота, %
1 – 2 года	6	2,5	2	2,7	8	2,5
3 – 7 лет	156	65,0	46	62,2	202	64,3
7 – 13 лет	61	25,4	22	29,7	83	26,4
13 –17 лет	14	5,8	4	5,4	18	5,7
Старше 17 лет	3	1,3	0	0,0	3	1,0
Критерий Хи-квадрат $\chi^2_{(4)} = 1,42; P_{Mc}=0,860$						

*Продолжение табл. 1*

	Мальчики (n=240)	Девочки (n=74)	Всего (n=314)
Возраст			
Минимум – максимум	1,5 – 24	1,2 – 17	1,2 – 24
Среднее [95% ДИ]	6,5 [6,0; 7,0]	6,2 [5,4; 7,0]	6,5 [6,0; 6,8]
Медиана (квартили)	5,6 (3,9 – 7,8)	5,6 (3,5 – 7,9)	5,6 (3,8 – 7,8)
Критерий Манна – Уитни $U_{(240; 74)}=8445; P=0,525$			

**Таблица 1. Возрастной состав обследованных**

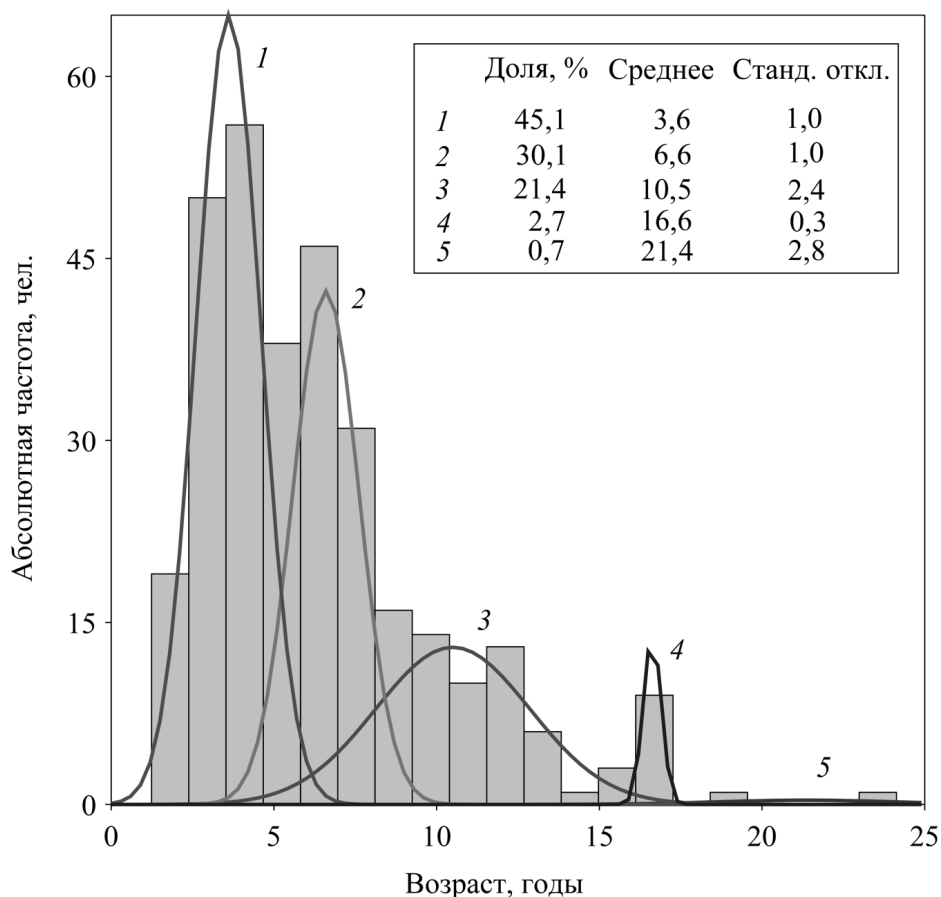


**Рис. 1. Распределение пациентов по полу и возрасту: гистограмма (столбцы) и плотность (кривые)**

Ни по среднему возрасту, ни по возрастной структуре пациенты мужского и женского пола не различались. Как видно из таблицы №1, относительные частоты и показатели описательной статистики были практически идентичными.

Как видно из рис. 1 распределение пациентов обоих полов по возрастам было полимодальным и также очень сходным. Максимальная частота обращений (главная мода) приходилась на возраст около 3-4 лет, далее в возрасте около 6-7 лет наблюдался второй максимум функции плотно-

сти распределения, третий максимум приходился на 11-12 лет и последний четвёртый – на 16-17 лет. Представленная полимодальность указывает на неоднородность материала, т.е. можно предположить, что выборка в 314 пациентов сформирована 4-5 возрастными подгруппами, за которыми, в свою очередь, стоит разная этиология или особенности манифестации заболевания. В этой связи было проведено разделение материала исследования на 5 нормальных распределений (рис. 2).



**Рис. 2. Разделение смеси распределений. В таблице – доля выделенного гауссового распределения в смеси и его параметры**

На рисунке №2 видно, что 45,1% обследуемых составили возрастную группу от 1 до 5 лет (средний возраст 3,6), с пиком в 3 года. С одной стороны, это можно объяснить высокой обращаемостью родителей с детьми, у которых есть нарушения в развитии уже в этом возрасте. С другой стороны, такое возрастное распределение связано с периодизацией развития и созреванием головного мозга, высших психических функций. Так, в раннем возрасте (1-3 года) или в раннем дошкольном возрасте (1-5 лет) (существует много различных периодизаций развития, опирающихся на различные критерии) идут интенсивные морфофункциональные изменения, созревание и перестройка отдельных структур и систем головного мозга за счет внутренних факторов (биологических). Но пик нарушений развития, до 60%, пришелся на 3 года, что могло свидетельствовать о сенситивном периоде, когда ребенок наиболее чувствителен воздействию внешних факторов, когда внутренние механизмы начинают взаимодействовать с внешними. В эти критические периоды манифестируют многие заболевания и декомпенсируются уже имеющиеся.

На вторую возрастную группу пришлось 30,1% обследуемых. Это дети в возрасте от 5 до 9 лет

(средний возраст 6,6 лет) – старший дошкольный и младший школьный возраст, с пиком критического периода в 6 лет. Именно в этом возрасте идет интенсивное влияние средовых факторов, воздействий (подготовка к школе, начало обучения, изменение среды общения и т. д.), что обуславливает напряжение и высокую чувствительность головного мозга к совокупности факторов. Третья возрастная группа уже менее представленная (21,4%) и приходилась на 9-14,5 лет (средний возраст 10,5 лет), препубертатный возраст. Здесь нет ярко выраженных критических периодов, но в большей степени это 10 и 12 лет. И наименьшую представленность имела четвертая возрастная группа (2,7%) – 14,5 – 17 лет (средний возраст 16,6 лет), с пиком критического периода в 16 лет. Выявленные возрастные особенности нарушений психического развития в большей степени отражали закономерности созревания мозга, и могли рассматриваться как эволютивные нарушения, дизонтогенетические.

Структура психической патологии по МКБ-10 распределилась следующим образом. Задержки речевого и интеллектуального развития (ЗПРР) (F80.82) – 90 (28,7%); расстройства аутистиче-



ского спектра (РАС) (F84) – 86 (27,4%); умственная отсталость (F70) – 35 (11,1%); органические психические расстройства (F07.9) – 65 (20,7%); синдром дефицита внимания с гиперактивностью (F90.0) – 15 (4,8%) и другие психические расстройства (невротические, эмоциональные, поведенческие нарушения) – 23 (7,3%).

Рассмотрение связи психической патологии с возрастом дало следующие результаты. Задержки речевого и интеллектуального развития (n=90) приходились на дошкольный возраст, как впервые выявленные, так и в клиничко-динамическом аспекте. Ни в одном случае не было зафиксировано такого диагноза в школьном и подростковом возрасте. Катамнетическое изучение этих детей показало смену диагнозов ЗПРР на органическое психическое расстройство с различными синдромами – легкое когнитивное расстройство, нарушение развития школьных навыков, либо на умственную отсталость. Дети с расстройствами аутистического спектра в исследование вошли тоже преимущественно в дошкольном возрасте (n=64) и младшем школьном (n=22). Постановка данного диагноза также была определена возрастом и приходилась на дошкольный период. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью также строго приурочен к возрасту 6-8 лет и имел возрастные ограничения. И только органические психические расстройства и расстройства невротического, эмоционального и поведенческого регистра встречались в различные возрастные периоды.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, психические расстройства детского возраста тесным образом переплетаются с этапами созревания структур и систем головного мозга, являются проявлением психического онтогенеза и определяются возрастом. Наиболее представленные психопатологические синдромы можно рассматривать как возрастзависимые, где есть четкая связь дебюта расстройства, клинических проявлений и динамики с определенным возрастом. К возрастзависимым синдромам дошкольного возраста можно отнести задержки речевого и интеллектуального развития, синдром дефицита внимания и гиперактивности и расстройства аутистического спектра. В тоже время, в рамках нозологических форм психических расстройств также определяются возрастные синдромы и имеет места из возрастная эволюция.

Периоды дебюта психических расстройств определены как критические периоды и приходились на 3 года, 6 лет, 10-12 лет и 16 лет. Именно

возраст является ведущим и определяющим фактором психического дизонтогенеза.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Battervort Dzh., Harris M. The principles of developmental psychology: transl. from English. Moskva: Kogito-centr; 2000. [Баттерворт Дж., Харрис М. Принципы психологии развития: пер. с англ. Москва: Когито-центр; 2000].
2. Zvereva N.V., Gorjacheva T.G. Clinical psychology of children and adolescents: a textbook. Moskva: IC «Akademija»; 2013. [Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков: учебник. Москва: ИЦ «Академия»; 2013].
3. Kovalev V.V. Psychiatry of Childhood: A Guide for Physicians: ed. 2nd, revised. and additional. M.: Medicina; 1995. [Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и доп. М.: Медицина; 1995].
4. Lebedinskaja K.S., Lebedinskij V.V. Mental development in childhood and adolescence: a textbook for high schools: ed. 7th, rev. and ext. M.: Akademicheskij proekt «Triksa»; 2011. [Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте: учебное пособие для вузов: изд. 7-е, изм. и доп. М.: Академический проект «Трикса»; 2011].
5. Petruhin A.S. Biological development of the nervous system. In: Neurology of Childhood. Ed. A.S. Petrukhin. M.: Medicina; 2004. p. 32-70. [Петрухин А.С. Биологическое развитие нервной системы. В: Неврология детского возраста. Под ред. А.С. Петрухина. М.: Медицина; 2004. с. 32-70].
6. Cuhareva G.E. Clinical lectures on pediatric psychiatry. V.2. Moskva; 1959. [Сухарева Г.Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т.2. Москва; 1959].
7. Cuhareva G.E. Lectures on pediatric psychiatry. Moskva; 1974. [Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Москва: Медицина; 1974].
8. Jel'konin D.B. On the problem of periodization of psychological development during childhood. In: Child Psychology: a textbook for university students. 6th ed., Sr. Moskva: Akademija; 2011. p. 287-305. [Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психологического развития в детском возрасте. В: Детская психология: учебное пособие для студентов вузов. 6-е изд., стер. Ред.-сост. Б. Д. Эльконин. Москва: Академия; 2011. с. 287-305].
9. Johnston M.V. Clinical disorders of brain plasticity. Brain and development 2004; 26 (2): 73-80.

УДК 616.895.8-082.4-06:615.03

О.В. Голубчикова, Е.М. Кушаковская, А.А. Кулёва

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНЪЕКЦИОННЫХ АНТИПСИХОТИКОВ-ПРОЛОНГОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

O.V. Golubchikova., E.M. Kushkovskaya, A.A. Kuleva

## REVIEW OF CLINICAL EXPERIENCE OF THE USAGE OF INJECTABLE ANTIPSYCHOTICS – PROLONGS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA VISITING DAYTIME FACILITIES AT A NEUROPSYCHIATRIC HOSPITAL

ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1» МЗ РФ (г. Челябинск)

Голубчикова Ольга Валентиновна – канд. мед. наук, врач-психиатр ГБУЗ «ОКСПНБ №1» МЗ РФ, г. Челябинск

Кушаковская Елена Михайловна – зав. отделением (дневной стационар) ГБУЗ «ОКСПНБ №1» МЗ РФ, г. Челябинск

Кулева Анастасия Анатольевна – клинический ординатор ГБУЗ «ОКСПНБ №1» МЗ РФ, г. Челябинск

### РЕЗЮМЕ

С помощью клинико-эпидемиологического метода проанализировали 69 клинических случаев у больных с диагнозом шизофрения параноидная, которые получали лечение инъекционными пролонгированными типичными и атипичными антипсихотиками. На фоне терапии атипичными пролонгами более трети пациентов не нуждались в приеме корректоров ЭПС, у них существенно ниже была частота эксацербаций. При лечении типичными пролонгированными антипсихотиками использовали достоверно меньше дополнительных препаратов в комбинации с пролонгами. Две трети всех больных работали в специально созданных условиях в дневном стационаре, что свидетельствует о положительном влиянии инъекционных антипсихотиков пролонгированного дейст-

вия на стабилизацию ремиссии и улучшение социальной адаптации у лиц с шизофренией.

**Ключевые слова:** инъекционные антипсихотики-пролонги, шизофрения, клинико-эпидемиологический метод.

### SUMMARY

69 clinical cases of patients with paranoid schizophrenia, who were treated with injections of typical and atypical antipsychotics-prolongs, was analyzed by means of clinical and epidemiological methods.

More than a third of patients who were treated with atypical prolongations did not need to take EPS corrections and they had less frequent exacerbations. The number of additional drugs when combined with prolongs was markedly less in cases with typical prolonged antipsychotics. 2/3 of all patients were working in specially created conditions in the daytime hospital, which proves a positive effect of injectable antipsychotics-prolongs on stabilization of remission and improvement of social adaptation in people with schizophrenia.

**Key words:** injectable antipsychotics – prolongs, schizophrenia, clinical and epidemiological approach.

Антипсихотики (АП) пролонгированного действия много лет успешно используются для лечения пациентов с шизофренией. [1]. Появление инъекционных пролонгов атипичных АП с 2000-х годов вновь привлекло внимание клиницистов к этому аспекту терапии больных с хроническими психическими заболеваниями [2, 3, 4].

**Цель** настоящего исследования – изучение клинических эффектов поддерживающей и противорецидивной терапии инъекционными пролонгированными типичными и атипичными антипсихотиками у пациентов с шизофренией.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Клинико-эпидемиологическим методом был проведен анализ 69 клинических случаев у больных с диагнозом шизофрения параноидная (F20 по МКБ-10), которые получали поддерживающее и противорецидивное лечение инъекционными пролонгированными типичными и атипичными АП в дневном стационаре ГБУЗ ОКСПНБ №1 в 2016-2018гг. Среди исследуемых пациентов было 41 (59,4%) – мужчин и 28 (40,6 %) – женщин в возрасте от 18 до 70 лет. Было выделено 2 группы: первая – 35 пациентов, которые принимали инъекционные типичные АП (ТАП): галоперидол-деканоат, модитен-депо, клопиксол-депо в стандартных дозах; вторая группа – 34 человека, которым внутримышечно вводили атипичные АП (ААП): рисперидон пролонгированного высвобождения, палиперидона пальмитат в стандартных дозах. Длительность приема пролонгированных препаратов была не менее 3-х месяцев. Оценка результатов поддерживающей и противорецидивной терапии проводилась по таким показателям, как количество эксацербаций и, связанных с ними, повторных госпитализаций в стационарные отделения; количество сопутствующих препаратов, в том числе корректоров ЭПС; восстановление социальной адаптации и работоспособности пациентов: степень участия больного в трудотерапии в специально созданных условиях (работа в швейных мастерских, хозяйственной бригаде при дневном стационаре) или возвращение к трудовой деятельности вне больницы.

Первая исследуемая группа пациентов с ТАП характеризовалась средним возрастом  $41,03 \pm 12,06$  лет; у 23 больных заболевание протекало непрерывно, у 12 – был эпизодический тип течения; клиническая картина обострений проявлялась галлюцинаторно-параноидным синдромом у 11 больных (31,4%), параноидным – у 12 (34,3%), аффективно-бредовыми приступами – у

12 пациентов (32,4%). Длительность приема инъекционных нейролептиков – пролонгов у 17 (48,6%) человек составляла от 3 до 12 месяцев, у 18 (51,4%) – более года.

Большинство пациентов – 33 (94,3%) принимало корректоры (тригексифенидил, бипериден) в связи с развитием у них ЭПС и только 2 человека (5,7%) из этой группы не нуждались в лечении симптомов нейролепсии. Многие пациенты принимали инъекционные ТАП-пролонги в комбинации с другими психотропными препаратами: нормотимиками, транквилизаторами, антидепрессантами, нейролептиками (чаще хлорпротиксен, тиоридазин, клозапин) в форме таблеток, драже. При этом 14 пациентов (40,0%) принимали дополнительно к пролонгу 1 препарат, 17 человек (48,6%) – 2 и более; 4 больных (11,4%) – получали ТАП в качестве монотерапии.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ повторных госпитализаций показал, что 15 больных (42,9%), получавших инъекционные ТАП в исследуемый период времени, были переведены в стационарные психиатрические отделения в связи с эксацербацией шизофрении, тогда как у 20 человек (57,1%) ремиссия оставалась стабильной. Более половины пациентов группы ТАП – 23 (65,75%) включались в трудовую деятельность: работали в швейных мастерских, хозяйственной бригаде (простой физический труд) весь период наблюдения в дневном стационаре или продолжали деятельность на прежнем месте работы вне больницы; 12 человек (32,4%) не работали или выполняли задания трудинструктора эпизодически.

Вторая исследуемая группа, пациенты которой лечились инъекционными атипичными антипсихотиками-пролонгами (ААП), включала 34 человека, средний возраст которых составлял  $40,38 \pm 14,35$  лет. Клинико-динамические характеристики основного заболевания у лиц в группе ААП: в 18 случаях шизофрения была с непрерывным течением, в 16 – с эпизодическим; ведущий синдром в клинике острого периода – галлюцинаторно-параноидный – у 13 больных (38,2%), параноидный – у 6 (17,6%) и аффективно-бредовой – у 15 пациентов (44,1%). Длительность приема инъекционных нейролептиков – пролонгов от 3 до 12 месяцев – у 30 (88,2%) человек, более года – у 4 (11,8%) больных.

Назначение противопаркинсонических препаратов было необходимым для 25 пациентов (73,5%) группы ААП, 9 больных (26,5%) коррек-

торы не принимали. Только 1 пациент (2,9%) получал инъекционный ААП в виде монотерапии, при лечении остальных лиц дополнительно назначали другие психотропные средства: нормотимики, антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики (хлорпротиксен, тиоридазин, оланзапин, клозапин) в форме таблеток, драже. Из них 11 пациентов (32,4%) принимали дополнительно к пролонгу 1 препарат, 22 человека (64,7%) – 2 и более лекарственных препаратов.

При оценке повторных госпитализаций обнаружилось, что только 5 больных (17,4%) из группы с ААП были переведены в стационар в связи с эксацербацией шизофрении, при этом 29 человек (85,3%) в течение 3-х лет продолжали лечение амбулаторно без обострений. Более половины пациентов данной группы – 23 (67,6%) были заняты трудовой деятельностью в дневном стационаре или продолжали работать в обычных условиях, у 11 человек (32,4%) трудовая установка отсутствовала.

Сравнительный межгрупповой анализ выявил следующие достоверные отличия: среди больных в группе ААП было наибольшее количество лиц, у которых отсутствовали повторные госпитализации в связи с обострением психоза в период приема инъекционного пролонга – 29 человек (85,3%) относительно 20 пациентов (57,1%) в ТАП ( $p < 0,05$ ). В группе ААП было больше пациентов, которым не требовалось назначение корректора ЭПС или его доза не превышала минимальной (2 мг тригексифенидила или 2 мг биперидена): 14 (41,2%) относительно 5 (14,35%) лиц в ТАП ( $p < 0,05$ ). В группе ТАП преобладали больные, при лечении которых в комбинации с пролонгом был назначен только 1 препарат: 18 (51,4%) – в отличие от 12 (35,3%) в ААП ( $p < 0,05$ ), где к лечению пациентов добавляли большее число лекарственных средств.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, исследуемые группы лиц с параноидной шизофренией были сопоставимы по численности, возрасту, клиническим формам основного заболевания. Большинство пациентов в обеих группах, в дополнение к инъекционным пролонгированным АП, получали иные психотропные препараты, что согласуется с наблюдениями других авторов и может быть объяснено как значительным количеством факторов, влияющих на клинические исходы лечения (5), так

и сложившейся практикой. Отличительной особенностью терапии лиц, которым вводили типичные антипсихотики пролонгированного действия, оказалось использование меньшего числа дополнительных лекарств. У больных, принимавших инъекции атипичных антипсихотиков-пролонгов, выявилось наименьшее число эксацербаций и более трети этих пациентов не нуждались в назначении корректоров ЭПС. В обеих группах две трети больных регулярно трудились в мастерских при дневном стационаре, что свидетельствует о положительном влиянии инъекционных АП пролонгированного действия на стабилизацию ремиссии и улучшение социальной адаптации у лиц с диагнозом шизофрения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Avruckij G.Ja., Neduva A.A. Treatment of the mentally ill. M.: Medicina; 1988. [Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина; 1988].
2. Mosolov S.N., Kalinin V.V., Eremin A.V. Comparative efficacy and tolerability of a new generation of antipsychotic drugs in the treatment of exacerbations of schizophrenia. In: New developments in the treatment of mental illness. Ed. SN Mosolov. M.: Binom; 2002. p. 82-94. [Мосолов С.Н., Калинин В.В., Еремин А.В. Сравнительная эффективность и переносимость нового поколения антипсихотических средств при лечении обострений шизофрении. В кн.: Новые достижения в терапии психических заболеваний. Под ред. С.Н. Мосолова. М.: Бином; 2002. с. 82-94].
3. Neznanov N.G., Ivanov M.V. The role of long-acting dosage forms to improve clinical and social adaptation of the patients diagnosed with schizophrenia. Psihijatrija i psihofarmakoterapija 2012;14(3):2-7. [Незнанов Н.Г., Иванов М.В. Роль пролонгированных лекарственных форм в улучшении клинической картины и социальной адаптации пациентов с диагнозом шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия 2012;14(3):2-7].
4. Alphs L. et al. A pragmatic analysis comparing once-monthly paliperidone palmitate versus daily oral antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2016;170(2-3): 259-264.
5. Pani L, Pira L, Marchese G. Antipsychotic efficacy: relationship to optimal D2-receptor occupancy. Eur. Psychiatry 2007; 22(5):267-275.

УДК 616.89-008.44-053.7

Забозлаева И.В., Малинина Е.В., Пилявская О.И., Колесниченко Т.Н.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОДРОСТКА С СУИЦИДАЛЬНОЙ ПОПЫТКОЙ

Zabozlaeva I.V., Malinina E. V., Pilyavskaya O. I., Kolesnichenko T.N.

### CLINICAL CASE OF A TEEN WITH SUICIDAL ATTEMPT

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Малинина Елена Викторовна – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Забозлаева Ирина Валентиновна – к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Пилявская Ольга Ивановна – к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Колесниченко Татьяна Николаевна – к. м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

#### Конфликт интересов отсутствует

Представлено описание клинического случая подростка с суицидальной попыткой. Особенность которого заключалась в том, что использование молодым человеком копинг стратегий в виде суицидальной попытки для решения психологических проблем утяжелила диагноз при первичном обращении. Однако при последующем наблюдении и диагностики было выявлено, что проблема находится в области особенностей личности и реактивном состоянии на фоне акцентуации характера.

**Ключевые слова:** суицидальная попытка, шизотипическое расстройство личности, расстройство адаптации

The clinical case of adolescent with a suicide attempt is described. The peculiarity of which was that the young man's use of coping strategies in the form of a suicidal attempt to solve psychological problems made the diagnosis more difficult during the initial treatment. However, during subsequent observation and diagnosis, it was revealed that the problem is in the area of personality traits and reactive state against the background of character accentuation.

**Key words:** suicidal attempt, schizotypal personality disorder, adaptation disorder

Несмотря на многолетнюю историю изучения суицидального поведения, эта проблема остается одной из актуальнейших в психиатрии, психологии, педагогике, социологии и других смежных дисциплинах. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире около 800 000 человек кончают жизнь самоубийством. Более того, прогнозируется, что в 2020 году около 1,5 миллионов человек закончат жизнь самоубийством. Завершенный суицид занимает третье место среди причин смертности населения земного шара, а в возрастной группе молодых людей 15-29 лет самоубийства являются второй ведущей причиной смерти. Как подчеркивают многие современные авторы [4], это также во многом связано с тем, что суицидальное поведение в детско-подростковом возрасте, имея много общего с таким поведением у взрослых, отличается в силу специфики психолого-физиологических механизмов, присущих человеческому организму в период созревания и фор-

мирования личностных черт. А копинг стратегии, которые использует человек в этом возрасте, чтобы справиться со стрессом и психологически трудными ситуациями, встречающимися в жизни, отличаются незрелостью и неэффективностью. Диагностика суицидального поведения у детей и подростков затрудняется еще и тем, что тяжесть содеянного влечет за собой утяжеление диагноза, что далеко не всегда является верным. Так, по мнению известного отечественного психиатра А.Е. Личко (2013), суицидальное поведение в подростковом возрасте – это в основном проблема «пограничной психиатрии», области изучения психопатий и непсихотических реактивных состояний на фоне акцентуации характера. Отечественные и зарубежные [5] исследователи суицидального поведения подростков сходятся во мнении, что лишь 5 % суицидов и суицидальных попыток падает на психозы, в то время как на психопатии – 20 – 30 %, а все остальное они вообще относят к «подростковым кризам». Существенным является и тот факт, что одним из сильнейших стимуляторов суицидального поведения у подростков является потеря доверительных отношений с родителями. Именно близкие и доверительные отношения подростков с родителями уменьшают риск суицидального поступка до 1%, в то время как, постоянные ссоры и конфликты ведут к увеличению этого риска до 18% [1]. У молодых людей изложение мотива суицида редко совпадает с его истинными мотивами [2]. Только в 10% случаев у подростков имеется истинное желание покончить с собой, в 90% суицидальное поведение подростка – это «крик о помощи». Статистика свидетельствует, что 80 % попыток совершается дома, в дневное или вечернее время, таким образом, этот крик адресован прежде всего к ближним [3]. В связи с этим суицидальное поведение детей и подростков является особенно острой проблемой и требует пристального отношения к данной категории пациентов.

#### ***Клинический случай:***

Больной Г., 17 лет, 2002 года рождения, впервые поступает в подростковое отделение психиатрической больницы по скорой помощи. Госпитализация связана с суицидальными мыслями.

***Анамнез жизни и заболевания.*** Семья неполная: проживает с матерью и отчимом в течение последних двух лет, отец ушел из семьи, когда мать была на 6 месяце беременности.

Из анамнеза известно, что ребенок от 1-й беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания, роды 1-е на 38 неделе, срочные. Масса

тела при рождении – 3300 г., рост – 52 см., закричал сразу, к груди приложен на 1-е сутки, по Апгар 8/8 баллов. Раннее развитие по возрасту: сидит с 6 мес., ходит с 1 года, к году говорил около 10 слов, фразовая речь к 2-м годам. С 1 года 7 мес. посещал детский сад, адаптировался хорошо, был общительным, играл с детьми. С 7 лет обучается в общеобразовательной школе, с программой справляется. Много читал, был эрудированным, занимался литературой, изучал неологизмы в поэзии Пушкина, Шекспира. Сдал ОГЭ в 9 классе на пятерки. Взаимоотношения с одноклассниками и преподавателями были равными до 10 класса.

Со слов мамы, с начала обучения в 10 классе изменил отношение к учебе, так как сменились учителя, а также состав обучающихся в классе. Стал игнорировать те предметы, которые не будут ему нужны, появились задолженности по ним, возникли конфликтные отношения с учителями русского языка и литературы, часто пропускал эти уроки, а когда присутствовал, то спорил с учителем по поводу тех сведений, что она давала на уроке. Два года назад в семье появился отчим, стал ревновать к нему мать, стал конфликтным в семье. Мать настойчиво требовала от сына хорошей учебы, нанимала дополнительно репетиторов. Изменившееся поведение оценивала, как половое созревание и взросление сына.

В течение последних шести месяцев у подростка стали возникать суицидальные мысли, во время которых обдумывал способы самоубийства, об этих переживаниях мать не знала.

За день до поступления в стационар был конфликт с матерью по поводу плохой успеваемости. В день поступления в стационар, находясь на уроке литературы, был высмеян учителем перед классом по поводу его плохой успеваемости. После чего ушел с уроков домой. Находился в подавленном состоянии, переживал по поводу случившегося. Возникли суицидальные мысли о самоубийстве через повешение, взял веревку, положил на видное место, вызвал скорую медицинскую помощь, сообщив диспетчеру о своих суицидальных намерениях. Врачу скорой помощи также сказал, что намерен был уйти из жизни, но в последний момент передумал. Бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в психиатрический стационар.

При поступлении в психическом статусе: сознание ясное, доступен контакту, на вопросы отвечал уклончиво, сам задавал вопросы, заявляя, что он «человек с отклонениями в поведении», которые определяются «изоляцией от окружающих,

включая родителей», о которых сказал, что «они мне не нравятся, я им указываю на недостатки, они не хотят их слушать, от них ожидал одно, а они делаю другое». О себе говорил, что «какие-то комплексы, которые не хотел бы в себе признавать, а проецировал на окружающих». Тут же заявил врачу, что «наверное, я не один такой», «да и вы и сами все видите». О суицидальной попытке рассказывал неохотно, но при этом сказал, что «я уже полгода собирался», но не решался. Звонок в скорую помощь объяснил «нужно было зафиксировать для правительства, например», «я себя спасал, передумал, уже холодом дышало сзади». Подчеркивал, что «не стремился привлечь к себе внимание». Эмоциональный фон сниженный, голос монотонный. На момент осмотра суицидальных мысли не высказывал, психотической симптоматики (бредовых идей, обманов восприятия) не выявлялось. Без критики к своему состоянию. Диагноз при поступлении: Шизофрения пубертатного возраста. Суицидальная попытка.

В отделении были проведено *экспериментально-психологическое обследование*. При обследовании интеллекта методикой Векслера были получены следующие оценки: вербальная – 101 балл, невербальная – 100 баллов, полная – 101 балл, что соответствует норме. При исследовании мышления методиками «Классификация», «Исключение лишнего», «Пиктограмма» были выявлены элементы разноплановости суждений, черты диссоциативного симптомокомплекса. При исследовании личности были получены высокие баллы по шкалам лжи, что свидетельствовало о неискренности и стремлении избежать откровенности при выполнении опросника.

Неврологом (04.06.2019 г.) был выставлен диагноз: Диссомнический синдром. Рекомендованы дополнительные методы исследования: контроль АД и ЧСС утром и вечером, МРТ головного мозга и ЭЭГ.

Был представлен на клинический разбор на кафедре психиатрии. При осмотре в статусе: конституционально инфантилен, моторно неловкий.

Сознание ясное, несколько напряженный, переспрашивал вопросы и подбирал ответы. Аффект уплощенный, сниженный. Монотонный, эмоционально невыразительный. Имела место подозрительность с параноидными чертами. Критика труднокорректируемая. Бреда, галлюцинаций на момент осмотра не выявлял. Был склонен к диссимуляциям. Был выставлен клинический диагноз: Шизотипическое расстройство личности. Расстройство адаптации со смешанным расстройством эмоций и поведения. Рекомендованы психотерапия с подростком и семьей с целью улучшения адаптации в школе и нормализации отношений. Прием рисперидона 2 мг в сутки, как корректора поведения.

**Заключение:** диагностика суицидального поведения в подростковом возрасте сложная, многоплановая проблема, во многом определяется психическим расстройством, а также психологическими, социальными и межличностными факторами. В этой связи часто влечет за собой утяжеление диагноза, что не всегда является верным.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алимova М. А. Суицидальное поведение подростков: диагностика, профилактика, коррекция. Барнаул; 2014:100. (Электронный ресурс).
2. Дулов С. Причины и мотивы суицидального поведения у детей и подростков; 2017.
3. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л.: Медицина; 2013: 256.
4. Попов Ю.В., Пичиков А.А. Особенности суицидального поведения у подростков (обзор литературы)//Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева; 2011; (№4):4 – 8.
5. Otto U., Suicidal acts in children and adolescents. A follow up study. Acta Psychiat Scand 1972; (Suppl. 233): 133–48.

УДК 616.891-06:614.876

Колмогорова В.В., Полецкий В.М., Патракова А.А.

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОРГАНИЧЕСКОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТА, ПОСТРАДАВШЕГО В РЕЗУЛЬТАТЕ ЮЖНОУРАЛЬСКИХ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ

Kolmogorova V.V., Poletskiy V.M., Patrakova A.A.

### CLINICAL CASE OF ORGANIC ANXIETY DISORDER IN A PATIENT AFFECTED BY SOUTH URAL RADIATION ACCIDENTS

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 454092, Россия, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

Колмогорова Влада Владимировна – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

E-mail: kolmogorova\_v@mail.ru

Полецкий Владимир Михайлович – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

E-mail: vpoletskiy@rambler.ru

Патракова Анастасия Анатольевна – старший лаборант кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

E-mail: chocolatemaniac@mail.ru

#### Конфликт интересов отсутствует.

Одной из важных проблем в Южноуральском регионе остается на протяжении многих десятилетий радиационная обстановка. Среди техногенных аварий особое место занимают – радиационные, отличающиеся от других, как структурой патологического воздействия на человека, так и масштабностью патологического ответа на него. Целый ряд исследователей отмечают, что ионизирующее излучение может нарушать деятельность нейронов и, таким образом, психическую деятельность человека, даже в существенно меньших дозах, которые вызывают морфологические из-

менения в ЦНС с последующим формированием различных нервно – психических заболеваний, в том числе и органических расстройств личности.

**Ключевые слова:** радиационные аварии, психическая дезадаптация, акцентуация личности, органическое тревожное расстройство.

One of the important problems in the South Ural region remains for many decades the radiation situation. Among man – made accidents occupy a special place-radiation, different from others, as the structure of the pathological effects on humans, and the scale of the pathological response to it. A number of researchers note that ionizing radiation can disrupt the activity of neurons and, thus, the mental activity of a person, even in significantly lower doses, which cause morphological changes in the Central nervous system with the subsequent formation of various neuropsychiatric diseases, including organic personality disorders [2, 3, 21].

**Key words:** radiation accidents, mental maladjustment, personality accentuation, organic anxiety disorder.

В настоящее время одним из актуальных и дискутируемых является вопрос о динамике психо-неврологических расстройств у лиц, подвергшихся радиационному воздействию. В последние десятилетия накопился большой научно-практический опыт, посвященный действию ра-



диации на психическое здоровье человека. Яркими примерами служат изучение последствий техногенных катастроф в США (штат Мичиган, АЭС «Энрико Ферми», 1966г., штат Пенсильвания, АЭС «Три-Майл-Айленд», 1979г.), Великобритании (АЭС Уиндскейл, 1957г.), Канаде (Чолк – Риверская ядерная лаборатория, 1952г.), на территории бывшего СССР (авария на Чернобыльской АЭС, 1987г., радиационные инциденты на Южном Урале, период с 1949 по 1956г., 1957г., 1967г.), Японии (взрыв на АЭС «Фукусима-1», 2011г.) и так далее [4]. Важное место среди изучения занимают действия на организм человека «малых» доз радиации и изучение психогенных факторов с ними связанными, а также формирование в отдаленные периоды различных нервно-психических расстройств у самих пострадавших и их потомков. Наибольшие последствия для здоровья населения, проживающего вблизи ПО «Маяк», имели сброс радиоактивных отходов в р. Течу в период с 1949 по 1956 годы и авария 1957 года [1, 2, 3].

Население прибрежных сел реки Течи и ВУРСа (Восточно-Уральского радиационного следа) подверглось многолетнему радиационному воздействию. Облучение населения бассейна реки Течи и ВУРСа в широком диапазоне доз было обусловлено как внешним, так и внутренним облучением за счет употребления речной воды и продуктов питания местного производства. Основными дозообразующими радионуклидами были долгоживущие Sr-90 и Cs-137. Период полураспада цезия-137, как и стронция-90, составляют примерно 30 лет. Для полного прекращения радиоактивного воздействия этих радионуклидов требуется пять периодов полураспада (примерно 150 лет) [6, 7].

**Целью настоящего исследования** послужило изучение клинического случая у облученного пациента в Челябинской области, в дальнейшем внезапно «переселенного» на «неизвестную территорию» по «непонятным» причинам, обнаруживающего органическое тревожное расстройство.

### **Клинический случай:**

Больной А., 52 года. Родился в НП Курманово. Из анамнеза известно, что наследственность психопатологией неотягощена. Мать страдает сахарным диабетом, отец умер в возрасте 60 лет от онкологического заболевания. Родился в семье средним из трех детей. Раннее развитие без особенностей, от сверстников не отставал. В школу пошел с 7 лет, учился средне. Окончил 8 классов, по специальности «тракторист». В армию призван

в 18 лет, служил два года в танковых войсках, демобилизован по окончании службы. После армии работал водителем (специальность получил на месте службы). Травм, операций, серьезных соматических заболеваний не отмечает. Женат, от брака имеет двух детей. У старшей дочери врожденный порок сердца, у сына – патология почек.

В 1957 году его с родителями, как и других жителей, по «неизвестным» причинам эвакуировали в Ново-Курманово. На новом месте прожили несколько лет, ввиду сложностей с жильем и работой переехали к родственникам в Муслюмово. В 1978 году вернулись в Ново-Курманово. О существующем режиме ограничения пользования рекой и окружающими ее территориями слышали, но, не зная о причинах запретительных мероприятий, не придавали этому особого значения.

Считает себя больным с 35-летнего возраста, когда впервые появилась тяжесть в области желудка, тошнота, изжога. Терпевшем поликлиники был диагностирован хронический гастродуоденит. Периодически лечился амбулаторно. Отмечал улучшение самочувствия, исчезали вышеописанные жалобы. Через несколько лет присоединились головные боли, головокружение, слабость, быстрая утомляемость, часто пониженное настроение с тревожным предчувствием. Обращался неоднократно к терапевту, однако иной соматической патологии диагностировано не было. Занимался самолечением по настоянию жены (отвары трав, настои), отмечал улучшение. После того как в 1996 году стало известно о радиационных авариях и их негативных последствиях на здоровье населения, которое подверглось облучению, стал связывать свои заболевания с радиацией и ожидать более тяжелых последствий для здоровья. В течение года добивался статуса «пострадавшего» и компенсации, однако, получив льготы, до сих пор испытывает чувство несправедливости по поводу крайне низкой денежной компенсации и отсутствия льгот на лекарственные средства. В 1998 году был впервые госпитализирован в клиническое отделение УНПЦ РМ с жалобами на головные боли, повышенную утомляемость, тревогу, необъяснимые страхи, плохую память. В стационаре было проведено обследование, комплексное лечение, включающее курс дегидратации, рассасывающей терапии, ноотропных препаратов (кавинтон, церебролизин, актовегин), глицин, витамины группы В. После стационарного лечения улучшение состояния было лишь временным. Вновь стали беспокоить головные боли, беспричинная тревога, раздражительность. Чтобы

уменьшить ощущение тревоги, стал злоупотреблять крепкими алкогольными напитками с периодичностью 1-2 раза в неделю, в результате в течение нескольких лет сформировалась алкогольная зависимость. В семье по этому поводу значительно участились конфликты. В феврале 2000 года получил ЗЧМТ с потерей сознания в течение нескольких секунд. За помощью не обращался, однако после травмы головные боли усилились и стали практически постоянными, появилась раздражительность, не мог сосредоточиться, стал рассеянным, забывчивым, не справлялся с привычной для него работой. В связи с этим вынужденно оставил прежнюю работу водителя и перешел на более легкую и менее оплачиваемую работу кладовщика. Возникшие в связи с этим финансовые проблемы негативно отразились на семейных отношениях. В течение последнего года пациента особенно стали беспокоить «необъяснимая» тревога, «неопределенный» страх, ослабление памяти, постоянные головные боли, плохая переносимость душных помещений, а в последнее время и алкоголя. Весной 2003 года в связи с ухудшением состояния был госпитализирован в отделение реабилитации ЧОКБ № 1.

Психический статус: ориентирован в месте, времени, собственной личности. Выглядит старше своего возраста. Неохотно вступает в беседу, легко раздражается, повышает голос, но постепенно успокаивается, извиняется – «последнее время стал таким». Настроение неустойчивое. Эмоции лабильные, слезы на глазах. Взгляд тревожный, беспокойный, говорит о постоянном тревожном предчувствии, иногда настолько выраженном, что не находит себе места, становится беспокойным, ощущает усиленное сердцебиение. Мышление ригидное, обстоятельное. Бредовые идеи не высказывает, расстройств восприятия не обнаруживает. Память на прошлые и настоящие события резко снижена. Внимание неустойчивое, легко отвлекается на постороннее, теряет нить беседы. Интеллектуально снижен. Путается в датах, числах, не может восстановить последовательность событий недавнего прошлого. Критика к состоянию формальная.

Соматический статус: астенического сложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Дыхание везикулярное, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 98 ударов в минуту – АД 100/60 мм.рт.ст. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Физиологические отправления в норме.

Заключение терапевта: хронический гастродуоденит, ремиссия.

Неврологический статус: отмечается рассеянная микроневрологическая симптоматика, асимметрия носогубных складок, умеренно сниженные симптомы орального автоматизма, легкие нарушения чувствительности по проводниковому типу, умеренно выраженные стато – координаторные нарушения.

ЭЭГ: умеренно выраженные изменения биоэлектрической активности головного мозга в виде сглаженности основного ритма. КТ: наружная гидроцефалия.

Окулист (глазное дно): неравномерность калибра сосудов, сужение и извитость артерий.

Неврологический статус: дисциркуляторная энцефалопатия – II – степени, астено – невроцеребростенический синдром.

Клинико – психологическое обследование:

Депрессия по шкале Бека – 20 баллов.

Тревожность по шкале Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина: реактивная тревожность – 54 балла; личностная тревожность – 61 балл.

Личностно-типологические черты по К. Леонарду-Шмишеку: максимальный показатель по шкале «тревожность» – 22 балла, что говорит об акцентуации характера в виде тревожности.

Тип психического реагирования на заболевание (ЛОБИ) – обсессивно – Ифобический.

Патопсихологическое исследование памяти и внимания: объем оперативной памяти, функции активного внимания снижены. Замедлен темп психомоторных реакций.

Из архива УНПЦ РМ получены данные о дозах больного А.: доза на красный костный мозг составила 0,7 Гр.4; доза на все тело 1,8 Гр.

Психический диагноз: органическое тревожное расстройство (F 06.4).

Получал лечение: венлафаксин 75 мг на ночь, феназепам 1 мг на ночь, церепро в капсулах 800 мг в сутки, кортексин 10 мг в/м № 10, дегидратацию, витаминотерапию. Состояние несколько улучшилось, было рекомендовано «Д» наблюдение у психиатра, невролога, курсы поддерживающей терапии в осенне – весенний период.

Анализируя данную историю болезни, можно заметить, что при формировании психической патологии в виде органического тревожного расстройства оказал влияние комплекс различных факторов. Прежде всего, это радиационный фактор. У больного С. после 35-летнего возраста стали появляться и прогрессировать признаки психического и сомато-вегетативного неблагополучия, комплекс которых формирует картину психоорганического синдрома. Среди них – нарушения кратковременной памяти, интеллектуальные

затруднения, эмоциональные нарушения в виде тревоги, страха, раздражительности, головные боли, плохая переносимость душных помещений, алкоголя. Прогрессируя, отмеченные явления приобрели более стойкий характер, не редуцируясь даже при регулярно проводимой терапии. Подобное течение расстройств указывает на органический характер поражения головного мозга. Об органической природе расстройства свидетельствуют результаты дополнительных методов исследования – ЭЭГ, картины глазного дна, КТ.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, у больного А. прослеживается влияние радиационного, психогенного и экзогенных факторов, которые сформировали общую клиническую картину нервно-психического расстройства. Радиационный фактор – получение радиационного облучения в дозе на красный костный мозг – 0,7 Гр, доза на все тело – 1,8 Гр. К психогенным факторам относятся: влияние переселения, проживание в зоне радиационных аварий, участие в судебных тяжбах для получения льгот, трудности материального порядка и т.д. К экзогенным факторам – алкогольная зависимость, ЗЧМТ [5, 8, 9].

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Akleev A.V., Bol'shakova S.A., Burdakov L.A. et al. Radiation accidents in the Urals: the environmental and social aspects. *Problemy jekologii Juzhnogo Urala* 1995;(2):5-28. [Аклеев А.В., Большакова С.А., Бурдаков Л.А. с соавт. Радиационные аварии на Урале: экологические и социальные аспекты. *Проблемы экологии Южного Урала* 1995;(2):5-28]
2. Akleev A.V., Kosenko M.M., Krestinina M.Ju. The Health of the population living in radioactively contaminated territories of the Ural region M.: RADJEKON; 2001. [Аклеев А.В., Косенко М.М., Крестинина М.Ю. Здоровье населения, проживающего на радиоактивно загрязненных территориях Уральского региона. М.: РАДЭКОН; 2001].
3. Aksenov M.M., Perchatkina O.Je., Ivanova S.A. et al. The Psychosocial and biological factors of stress in dissociative States. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* 2014;(2):38-44. [Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Иванова С.А. с соавт. Психосоциальные и биологические факторы формирования стрессоустойчивости при диссоциативных состояниях. *Российский психиатрический журнал* 2014;(2):38-44].
4. Vujkov V.A., Kolmogorova V.V. Emotional disorders in the affected population with organic manifestations after radiation accidents in the southern Urals. *Sibirskij vestnik psichiatrii i narkologii* 2013;(5(80)):58-61. [Буйков В.А., Колмогорова В.В. Эмоциональные расстройства у пострадавшего населения с органическими проявлениями после радиационных аварий на Южном Урале. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии* 2013;(5(80)):58-61].
5. Vujkov V.A., Poleckij V.M., Kolmogorova V.V. Alcohol dependence (clinical, socio-psychological, and biological problems). Moskva; 2013. [Буйков В.А., Полецкий В.М., Колмогорова В.В. Алкогольная зависимость (клинические, социально-психологические, и биологические проблемы). Москва; 2013].
6. Larcev M.A. Psychological factors in radiation accidents. *Medicina katastrof* 1995; 1-2: 166-173. [Ларцев М.А. Психологические факторы радиационных аварий. *Медицина катастроф* 1995;(1-2):166-173].
7. Piven' B.N. To diagnostics of exogenetic and organic alienations. *Rossijskij psichiatricheskij zhurnal* 2002; 6: 18-22. [Пивень Б.Н. К диагностике экзогенно-органических психических расстройств. *Российский психиатрический журнал* 2002;(6):18-22].
8. Piven' B.N., Sheremet'eva I.I., Leshhenko L.V. et al. Some results of studying of exogenetic and organic diseases of a brain. *Social'naja i klinicheskaja psichiatrija* 2011;(1):94-99. [Пивень Б.Н., Шереметьева И.И., Лещенко Л.В. с соавт. Некоторые итоги изучения экзогенно-органических заболеваний головного мозга. *Социальная и клиническая психиатрия* 2011; 1: 94-99].
9. Rumjanceva G.M., Chinkina O.V., Bezgina L.N. Radiation incidents and mental health of the population. M.; 2008. [Румянцева Г.М., Чинкина О.В., Бежина Л.Н. Радиационные инциденты и психическое здоровье населения. М.; 2008].



























