УДК 616.89-053.2-008.44+159.922.73+316.776.23
https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.40.53.005

Преемственность оказания психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами детского возраста, переведенным во взрослые психоневрологические учреждения

© Северин Вячеславович Гречаный, Любовь Владимировна Луговская, Владислав Алексеевич Маркушев, Александра Валерьевна Похолкина

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2, Российская Федерация

Контактная информация: Северин Вячеславович Гречаный — д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии. E-mail: svgrechany@mail.ru https://orcid.org/0000-0001-5967-4315 SPIN: 2836-8820

Для цитирования: Гречаный С.В., Луговская Л.В., Маркушев В.А., Похолкина А.В. Преемственность оказания психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами детского возраста, переведенным во взрослые психоневрологические учреждения. *Медицина и организация здравоохранения*. 2025;10(2):62–80. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.40.53.005

Поступила: 25.05.2025 ***Одобрена: 30.06.2025*** ***Принята к печати: 15.07.2025***

РЕЗЮМЕ. ***Введение.*** В статье поднимаются вопросы смены психиатрического диагноза при переходе пациентов от детской службы во взрослые психоневрологические учреждения. ***Цель исследования*** — провести анализ изменения структуры психиатрических диагнозов пациентов, переведенных из детской психиатрической сети во взрослый психоневрологический диспансер в 2024 году. ***Материалом для исследования*** послужила учетная медицинская документация (регистрационные карточки) 112 пациентов в возрасте до 20 лет одного из районов г. Санкт-Петербурга, взятых на диспансерное психиатрическое наблюдение в 2024 году. ***Метод*** — аналитический обзор с клинико-нозологическим анализом. ***Статистический анализ.*** Гипотеза о статистической связи номинативных переменных проверялась с помощью критерия χ^2 Пирсона, в том числе с поправкой на правдоподобие. ***Результаты.*** Не было выявлено статистически значимых различий в распространенности диагнозов до и после 18 лет по общим разделам МКБ-10 и по большинству диагнозов отдельных рубрик. Исключение составили диагнозы, устанавливаемые только во взрослом возрасте, — F60.1–F60.9 «Специфические расстройства личности» (3,6% против 0,0%, χ^2=4,073, (df)1, p=0,044) и F61.0 «Смешанные расстройства личности» (2,7% против 0,0%, χ^2=3,041, (df)1, p=0,081, различие на уровне p ≤0,1). Также после 18 лет чаще встречался диагноз F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга» (10,7% против 4,5%, χ^2=3,119, (df)1, p=0,073). ***Выводы***. Результаты показали, что специалисты взрослых психоневрологических диспансеров редко пересматривали установленные в детстве диагнозы, что, вероятно, связано с улучшением информированности о детских психических расстройствах. Это имеет важное практическое значение в аспекте выбора правильных подходов к терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психические расстройства детского возраста, смена психиатрического диагноза после 18 лет, органические психические расстройства у детей, расстройства интеллектуального развития, атипичный аутизм

https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.40.53.005

Continuity of psychiatric care for patients with psychiatric disorders in childhood, who have been transferred to adult neuropsychiatric institutions

© Severin V. Grechaniy, Ljubov' V. Lugovskaja,
Vladislav A. Markushev, Alexandra V. Poholkina

Saint Petersburg State Pediatric Medical University, 2 Lithuania, Saint Petersburg 194100, Russian Federation

Contact information: Severin V. Grechaniy — Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology. E-mail: svgrechany@mail.ru https://orcid.org/0000-0001-5967-4315 SPIN: 2836-8820

For citation: Grechaniy SV, Lugovskaja LV, Markushev VA, Poholkina AV. Continuity of psychiatric care for patients with psychiatric disorders in childhood, who have been transferred to adult neuropsychiatric institutions. *Medicine and Health Care Organization*. 2025;10(2):62–80. https://doi.org/10.56871/MHCO.2025.40.53.005

Received: 25.05.2025 ***Revised: 30.06.2025*** ***Accepted: 15.07.2025***

ABSTRACT. ***Background.*** The article raises issues of changing psychiatric diagnoses when patients are transferred from children's services to adult neuropsychiatric institutions. ***The aim of the study*** is to analyze changes in the structure of psychiatric diagnoses of patients transferred from the child psychiatric network to an adult neuropsychiatric dispensary in 2024. ***The material for the study*** was presented by the medical records (registration cards) of 112 patients under 20 years of age from one of the districts of St. Petersburg, taken for outpatient psychiatric observation in 2024. ***The method*** is an analytical review associated with clinical and nosological analysis. The hypothesis about the statistical relationship of the nominative variables was tested using the Pearson χ^2 criterion, including a likelihood correction. ***Results.*** No statistically significant differences were found in the prevalence of diagnoses before and after 18 years of age for general sections of the ICD and for most diagnoses of individual headings. The exceptions were diagnoses established only in adulthood — F60.1–F60.9 "Specific personality disorders" (3.6% vs. 0.0%, χ^2=4.073, (df)1, p=0.044) and F61.0 "Mixed personality disorders" (2.7% vs. 0.0%, χ^2=3.041, (df)1, p=0.081, difference at the $p \leq 0.1$ level). Also, after 18 years, the diagnosis F07.8 "Other organic personality and behavior disorders due to brain disease, injury, and dysfunction" was more common (10.7% vs. 4.5%, χ^2=3.119, (df)1, p=0.073). ***Conclusions.*** The results showed that specialists in adult neuropsychiatric dispensaries rarely revised diagnoses made in childhood, which is probably due to improved awareness of childhood mental disorders. This has important practical implications for choosing the right approaches to therapy.

KEYWORDS: childhood mental disorders, change of psychiatric diagnosis after 18 years, organic mental disorders in children, intellectual disabilities, atypical autism

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы, затрагиваемой в настоящей статье, связана с переходом пациентов, страдающих психическими расстройствами с детства и наблюдающихся детской психиатрической службой, во взрослые психиатрические учреждения. Несмотря на серьезные меры, направленные на совершенствование психиатрической помощи населению, в частности, введение нового порядка оказания помощи [1], вопросам преемственности работы детской и взрослой психиатрических служб уделяется незначительное внимание.

Проблема смены детского психиатрического диагноза поднималась нами в прошлых публикациях, когда был дан сравнительный статистический анализ диагнозов у пациентов, наблюдавшихся поэтапно вначале в детских, а затем и во взрослых психоневрологических диспансерах в 2008–2010 годах [2]. Были выявлены некоторые закономерности постановки на учет пациентов после 18 лет, ранее наблюдавшихся с детскими психическими расстройствами. Показано, что в указанный период во взрослые учреждения переводились все пациенты с умственной отсталостью умеренной, тяжелой и глубокой степеней, различными органическими психическими расстройствами, эндогенными процессуальными заболеваниями, аффективными нарушениями. Не было четких установок в отношении взятия на учет пациентов с расстройствами поведения, легкими когнитивными расстройствами у девушек и легкой умственной отсталостью у девушек, смешанными специфическими расстройствами развития. Факторами, влияющими на психиатрический учет, был пол пациентов (в аспекте проведения военной экспертизы), способность самостоятельно проживать в обществе, трудоспособность. Необходимость пересмотра диагноза чаще всего мотивировалась решением вопроса о назначении инвалидности. Был выявлен перечень диагнозов, чаще других имевших тенденцию к пересмотру: первазивные расстройства и их разновидности, шизофрения (детский тип), комбинированные множественные двигательные и вокальные тики (синдром Туретта), психотическое расстройство при умственной отсталости и др.

Большие трудности у взрослых психиатров традиционно вызывает оценка наиболее часто встречающейся нозологической группы детского возраста — органических (резидуально-органических) психических расстройств. Поиск психоорганического синдрома или органического снижения личности как наиболее достоверных признаков «органики» нередко приводит к констатации отсутствия таковых или обнаружению их в негрубом виде. Важно отметить, что резидуально-органические психические расстройства у детей и подростков представляют собой сочетание энцефалопатических проявлений, то есть симптомов ослабления и/или утраты психических функций, и дизонтогенетических нарушений — симптомов слабого и/или задержанного развития этих функций [3, 4]. Такие явления, как нарушение моторного и/или эмоционально-волевого контроля, вегетативная дизрегуляция, недоразвитие школьных навыков, эмоционально-личностная незрелость (инфантилизм), отклоняющиеся пубертатные формы поведения (делинквентность, синдром уходов и бродяжничества и др.) при всей кажущейся возрастной обратимости могут иметь устойчивое течение и резистентность к терапии, что однозначно указывает на их органическую подоплеку [5–7]. Именно эти проявления, а не типичные интеллектуально-мнестические и личностные изменения будут достоверным подтверждением органического диагноза, установленного в детском возрасте.

Кроме того, сложными для диагностики и клинического понимания являются такие типично детские психиатрические заболевания, как системные невротические и неврозоподобные расстройства (тики, заикание, энурез, энкопрез, патологические привычные действия), логопедическая патология (темповая задержка развития речи, общее речевое недоразвитие, дислалии). Привычно затруднена оценка нозологической принадлежности ряда детских шизоформных состояний — атоническая форма общего психического недоразвития, детский аутизм и сходные состояния, органическое шизоформное расстройство личности и другие, особенно в наше время — эпоху гипердиагностики так называемых расстройств аутистического спектра [8].

Практическая значимость исследования определяется тем, что при переходе пациента к взрослому психиатрическому наблюдению необходима повторная медико-социальная экспертиза, так как статус «инвалид детства» по достижению совершеннолетия требует иной формулировки. В этой ситуации практическим специалистам нередко не хватает критериев для обоснования или подтверждения нетрудоспособности. В частности, недооценивается роль педагогической характеристики на ребенка как важной составляющей детского психиатрического диагноза, да и вообще такой важной со-

ставляющей лечебно-диагностической работы, как сотрудничество психиатра с педагогическими учреждениями, уделяется мало внимания. Напротив, неоправданно большое значение придается инструментальным методам диагностики мозга, результаты которых, даже в случае выраженных психопатологических нарушений, могут быть лишены диагностической ценности.

При подтверждении диагноза «общее психическое недоразвитие» несоразмерно большие ожидания возлагаются на результаты психометрического исследования интеллекта. Хотя как принятые в РФ клинические рекомендации [9], так и клиническая интуиция подсказывают, что диагностика врожденного дефицита абстрактных форм мышления должна строиться на выявлении признаков «врожденной глупости» (по Ф. Платтеру [10]) в конкретных жизненных поступках индивида, а не только на основании смоделированной экспериментальной ситуации. Вообще говоря, недостаточное понимание сути олигофрении как психической патологии, смешивание ее с такими состояниями, как задержка психического развития, резидуально-органическое заболевание с частичным отставанием и другими, нередко приводит к предоставлению родственникам пациентов запутанных и противоречивых сведений в отношении течения и прогноза этой патологии и ошибочных лечебных рекомендаций.

Навязываемая современными образовательными модулями преимущественно психофармакологическая направленность мышления взрослого психиатра, когда купирование любых колебаний психического состояния пациентов сводится к назначению психотропных медикаментозных средств (а уровень квалификации специалиста, соответственно, измеряется его знаниями о современных лекарствах и умением «подобрать дозировку») приводит к очевидным неуспехам при курировании пациентов, истоки психического расстройства которых берут начало в детском возрасте.

Здесь важно отметить, что детская и взрослая психиатрия зачастую имеет дело с разного рода патологическими явлениями, различия между которыми лежат в дихотомии «патологическое состояние/болезнь». Если в отношении большинства заболеваний, начало которых приурочено ко взрослому периоду, применимо понятие текущего патологического процесса со всеми атрибутами болезни как динамической структуры (обострение, приступ, субремиссия, устойчивая ремиссия и пр.), то в случае детского психического расстройства, как правило, приходится наблюдать устойчивое патологическое состояние, носящее признаки законченного болезненного процесса, а колебания в состоянии пациентов, в том числе определяющиеся возрастными кризисными периодами, описывать терминами «компенсация»/«декомпенсация». В этих условиях лечебная тактика должна строиться не на курсовой антипсихотической или антидепрессивной терапии, а на устранении вызывающих декомпенсацию факторов, то есть ограничении психофизических нагрузок, метео- и температурных и других факторов, а в качестве медикаментозных средств — использовании дегидратационных, ноотропных, нейропротективных и прочих средств.

Дефицит знаний относительно этиопатогенеза состояний общего интеллектуального недоразвития и факторов, провоцирующих развитие у этих пациентов вторичных психотических расстройств, приводит к ошибочной тактике ведения больных, в частности, к назначению им курсовой антипсихотической терапии в стационарных условиях. Классическими представителями отечественной детской психиатрии подчеркивалось, что механизмы развития указанных психотических состояний напрямую вытекают из первичного интеллектуального дефекта, а сами психозы отличаются примитивной психопатологической структурой, при которых содержание скудных и отрывочных психопатологических переживаний не выходило за рамки сформированных интеллектуальных возможностей [11]. Близкие ситуационно-протестному психомоторному возбуждению, такие психозы имеют мало общего с обострением эндогенных процессуальных заболеваний, а медикаментозные подходы к их купированию должны быть тесно переплетены с методиками поведенческой терапии.

За прошедшее десятилетие кафедра психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России в рамках помощи учреждениям здравоохранения провела большую работу по информированию взрослых психиатров об особенностях нозологической структуры, этиопатогенеза, течения, исходов и терапии психических расстройств, дебютировавших в детском возрасте, что отразилось на составлении образовательной программы, посвященной данной теме.

В настоящей статье рассматривается нозологический анализ взятых на учет пациентов взрослого психиатрического диспансера в 2024 году, в том числе переведенных из детской психиатрической службы, что позволит отследить динамику обозначенной проблемы за последнее десятилетие.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Цель настоящей работы — провести анализ изменения структуры психиатрических диагнозов пациентов, переведенных из детской психиатрической сети во взрослый психоневрологический диспансер в 2024 году.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для исследования послужила учетная медицинская документация (регистрационные карточки) пациентов в возрасте до 20 лет одного из районов г. Санкт-Петербурга, взятых на диспансерное психиатрическое наблюдение в 2024 году. Метод — аналитический обзор с клинико-нозологическим анализом.

Гипотеза о статистической связи номинативных (категориальных) переменных проверялась с помощью критерия χ^2 Пирсона или, если количество ожидаемых наблюдений в любой из ячеек таблицы сопряженности было менее 5, то использовался скорректированный χ^2 с поправкой на правдоподобие или точный критерий Фишера. Сила связи между номинативными (категориальными) переменными оценивалась с помощью φ (для четырехпольных таблиц) и V Крамера (для многопольных таблиц). Для количественной оценки эффекта в разных выборках использовалось отношение шансов (odds ratio, OR) с расчетом значений наименьшей и наибольшей границы 95% доверительного интервала (CI 95%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Общая нозологическая структура — диагнозы всех взятых в 2024 году под наблюдение взрослого психоневрологического диспансера пациентов представлена в таблице 1.

Среди взятых под наблюдение в 2024 году преобладали лица мужского пола (169 человек, 62,8% против 100 человек, 37,2%, χ^2=17,699, df(1), p=0,0001). У мужчин значимо чаще встречался диагноз F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием» (χ^2=5,302, df(1), p=0,021) и F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга» (χ^2=8,854, df(1), p=0,003), а у женщин — F41.0–F41.9 «Другие тревожные расстройства» (χ^2=8,819, df(1), p=0,003).

Анализ регистрационных карточек показал, что из 269 человек, взятых под наблюдение в 2024 году в одном из психоневрологических диспансеров г. Санкт-Петербурга, 112 человек (38,5%, 83 мужчины и 29 женщин, χ^2=26,036, p=0,0001) ранее курировались детской психиатрической службой.

Совпадение диагнозов, выставленных пациентам в детских психиатрических учреждениях и при переходе во взрослый психоневрологический диспансер, представлено в таблице 2.

Диагнозы из раздела «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» чаще устанавливались пациентам после 18 лет по сравнению с детским возрастом (40,2% против 32,1%), однако это различие не достигало уровня статистической значимости (χ^2=1,569, (df)1, p=0,210). Среди отдельных разновидностей «Органических психических расстройств» на уровне тенденции у пациентов во взрослой психиатрической службе чаще встречалось «Другое органическое расстройство личности» (10,7% против 4,5%, χ^2=3,119, (df)1, p=0,073), что вполне закономерно, поскольку связанные с органическим повреждением головного мозга характерологические нарушения по определению относятся к устойчивым психическим нарушениям, что обычно подлежит оценке по достижению пациентами совершеннолетнего возраста.

Стремление взрослых психиатров поменять перинатальные педиатрические (в данном случае P96.8) и неврологические (в данном случае эпилепсию G40) диагнозы на «органические» психические расстройства подтверждается фактом замены каждого из названных диагнозов на F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием».

Также обращает на себя внимание, что, несмотря на увеличивающуюся распространенность среди врачебного сообщества информации относительно синдрома Туретта (диагноз F95.2 «Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков»), взрослые психиатры по-прежнему отказываются считать это расстройство «своим». В исследуемой нами когорте названный диагноз также был изменен на органический (F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием»), однако речь идет лишь об однократном случае.

Раздел «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» хотя и пополнился двумя новыми, диагностированными у пациентов после 18 лет случаями, но не показал статистически

Таблица 1

Диагнозы пациентов, принятых на психиатрическое наблюдение в 2024 году

Table 1

Diagnoses of patients admitted for psychiatric observation in 2024

№	Диагноз / Diagnosis	Лица мужского пола, n=169, абс. (62,8%) / Males, n=169, abs. (62.8%)	Лица женского пола, n=100, абс. (37,2%) / Females, n=100, abs. (37.2%)	Всего, n=269, абс. (100%) / Total, n=269, abs. (100%)	Уровень статистической значимости различий по χ^2, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение — верхнее значение) / Level of statistical significance of differences according to χ^2, risk of error (p), odds ratio (OR), confidence interval CI (lower value — upper value)
1	F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство / F06.6 Organic emotionally labile (asthenic) disorder	7 (4,1%)	3 (3,0%)	10 (3,7%)	χ^2=0,236, df(1), p=0,627, φ=0,029, OR=1,397 CI 95% (0,353–5,530)
2	F06.7 Легкое когнитивное расстройство / F06.7 Mild cognitive disorder	7 (4,1%)	1 (1,0%)	8 (3,0%)	χ^2=2,522, df(1), p=0,112, φ=0,089, OR=4,278 CI 95% (0,519–35,290)
3	F06.8 Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием / F06.8 Other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease	20 (11,8%)	4 (4,0%)	24 (8,9%)	χ^2=5,302, df(1), p=0,021**, φ=0,133, OR=3,221 CI 95% (1,068–9,714)
4	F07.8 Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга / F07.8 Other organic personality and behavioural disorders due to brain disease, damage and dysfunction	15 (8,9%)	1 (1,0%)	16 (5,9%)	χ^2=8,854, df(1), p=0,003**, φ=0,161, OR=9,643 CI 95% (1,254–74,154)
5	F20.0 Параноидная шизофрения / F20.0 Paranoid schizophrenia	2 (1,2%)	1 (1,0%)	3 (1,1%)	χ^2=0,019, df(1), p=0,889, φ=0,008, OR=1,186 CI 95% (0,162–13,244)
6	F21.0–F21.8 Шизотипическое расстройство / F21.0–F21.8 Schizotypal disorder	8 (4,7%)	4 (4,0%)	12 (4,5%)	χ^2=0,086, df(1), p=0,769, φ=0,018, OR=1,200 CI 95% (0,352–7,092)

Продолжение табл. 1 / Continuation of the Table 1

№	Диагноз / Diagnosis	Лица мужского пола, n=169, абс. (62,8%) / Males, n=169, abs. (62.8%)	Лица женского пола, n=100, абс. (37,2%) / Females, n=100, abs. (37.2%)	Всего, n=269, абс. (100%) / Total, n=269, abs. (100%)	Уровень статистической значимости различий по χ^2, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение — верхнее значение) / Level of statistical significance of differences according to χ^2, risk of error (p), odds ratio (OR), confidence interval CI (lower value — upper value)
7	F23.8 Другие острые и преходящие психотические расстройства / F23.8 Other acute and transient psychotic disorders	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	χ^2=1,868, df(1), p=0,172 φ=0,067
8	F31.7 Биполярное аффективное расстройство, текущая ремиссия / F31.7 Bipolar affective disorder, currently in remission	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	χ^2=0,932, df(1), p=0,334, φ=0,047
9	F32.0–F32.1 Депрессивный эпизод / F32.1 Depressive episode	5 (3,0%)	5 (5,0%)	10 (3,7%)	χ^2=0,708, df(1), p=0,400, φ=0,052, OR=0,579 CI 95% (0,163–2,053)
10	F34.0–F34.1 Циклотимия, Дистимия / F34.0–F34.1 Cyclothymia, Dysthymia	9 (5,3%)	9 (9,0%)	18 (6,7%)	χ^2=1,316, df(1), p=0,251, φ=0,071, OR=0,569 CI 95% (0,218–1,484)
11	F38.0 Другие единичные расстройства настроения (аффективные) расстройства / F38.0 Other single mood (affective) disorders	0 (0,0%)	1 (1,0%)	1 (0,4%)	χ^2=1,985, df(1), p=0,159, φ=0,079,
12	F40.8 Другие фобические тревожные расстройства / F40.8 Other phobic anxiety disorders	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	χ^2=0,932, df(1), p=0,334, φ=0,047
13	F41.0–F41.9 Другие тревожные расстройства / F41.0–F41.9 Other anxiety disorders	21 (12,4%)	27 (27,0%)	48 (17,8%)	χ^2=8,819, df(1), p=0,003**, φ=0,184, OR=2,607 CI 95% (1,381–4,921)
14	F42.1–F42.2 Преимущественно компульсивное действие (навязчивые ритуалы). Смешанные навязчивые мысли и действия / F42.1–F42.2 Predominantly compulsive acts (obsessional rituals). Mixed obsessional thoughts and acts	3 (1,8%)	2 (2,0%)	5 (1,9%)	χ^2=0,017, df(1), p=0,896, φ=0,008, OR=1,129 CI 95% (0,185–6,876)

15	F43.0–F43.2 Острая реакция на стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство. Расстройство приспособительных реакций / F43.0–F43.2 Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adjustment disorders	5 (3,0%)	4 (4,0%)	9 (3,3%)	χ^2=0,206, df(1), p=0,650, φ=0,028, OR=1,367 CI 95% (0,358–5,213)
16	F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы / F45.3 Somatoform autonomic dysfunction	1 (0,6%)	1 (1,0%)	2 (0,7%)	χ^2=0,137, df(1), p=0,711, φ=0,023, OR=1,697 CI 95% (0,105–27,433)
17	F48.0–F48.9 Другие невротические расстройства / F48.0–F48.9 Other neurotic disorders	8 (4,7%)	4 (4,0%)	12 (4,5%)	χ^2=0,081, df(1), p=0,777, φ=0,017, OR=1,193 CI 95% (0,350–4,066)
18	F60.1–F60.9 Специфические расстройства личности / Specific personality disorders	12 (7,1%)	6 (6,0%)	18 (6,7%)	χ^2=0,124, df(1), p=0,727, φ=0,021, OR=1,197 CI 95% (0,435–3,297)
19	F61.0 Смешанные расстройства личности / F61.0 Mixed and other personality disorders	8 (4,7%)	10 (10,0%)	18 (6,7%)	χ^2=2,685, df(1), p=0,101, φ=0,102, OR=2,236 CI 95% (0,852–5,868)
20	F63.0 Патологическое влечение к азартным играм / F63.0 Pathological gambling	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	χ^2=0,932, df(1), p=0,334, φ=0,047
21	F70.0–F70.8 Умственная отсталость легкой степени / F70.0–F70.8 Mild mental retardation	15 (8,9%)	8 (8,0%)	23 (8,6%)	χ^2=0,062, df(1), p=0,803, φ=0,015, OR=1,120 CI 95% (0,457–2,744)
22	F71.0–F71.8 Умственная отсталость умеренная / F71.0–F71.8 Moderate mental retardation	4 (2,4%)	4 (4,0%)	8 (3,0%)	χ^2=0,581, df(1), p=0,446, φ=0,046, OR=1,719 CI 95% (0,420–7,030)
23	F72.0–F72.8 Умственная отсталость тяжелая / F72.0–F72.8 Severe mental retardation	5 (3,0%)	3 (3,0%)	8 (3,0%)	χ^2=0,000, df(1), p=0,985, φ=0,001, OR=0,986 CI 95% (0,230-4,216)
24	F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью / F84.11 Atypical autism with mental retardation	6 (3,6%)	1 (1,0%)	7 (2,6%)	χ^2=1,857, df(1), p=0,173, φ=0,077, OR=3,644 CI 95% (0,432–30,717)

Окончание табл. 1 / Ending of the Table 1

№	Диагноз / Diagnosis	Лица мужского пола, n=169, абс. (62,8%) / Males, n=169, abs. (62.8%)	Лица женского пола, n=100, абс. (37,2%) / Females, n=100, abs. (37.2%)	Всего, n=269, абс. (100%) / Total, n=269, abs. (100%)	Уровень статистической значимости различий по χ^2, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение — верхнее значение) / Level of statistical significance of differences according to χ^2, risk of error (p), odds ratio (OR), confidence interval CI (lower value — upper value)
25	F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Туретта) / F95.2 Combined vocal and multiple motor tic disorder [de la Tourette]	1 (0,6%)	0 (0,0%)	1 (0,4%)	χ^2=0,932, df(1), p=0,334, φ=0,047
26	F99.99 Психическое расстройство без дополнительных уточнений / F99 Mental disorder, not otherwise specified	0 (0,0%)	1 (1,0%)	1 (0,4%)	χ^2=1,985, df(1), p=0,159, φ=0,079,
27	Диагноз не установлен / The diagnosis has not been established	2 (1,2%)	0 (0,0%)	2 (0,7%)	χ^2=1,868, df(1), p=0,172 φ=0,067
Всего, человек / Total, people.		169 (100,0%)	100 (100,0%)	269 (100,0%)	

* Различия статистически значимы на уровне p ≤0,1. / The differences are statistically significant at the level of p ≤0.1.
** Различия статистически значимы на уровне p ≤0,05. / The differences are statistically significant at the level of p ≤0.05.

значимых различий по сравнению с диагнозами, поставленными в детском возрасте. Это объясняется тем, что диагностируемые в детско-подростковом возрасте случаи эндогенного процессуального заболевания, как правило, отличаются выраженной прогредиентностью, так что их принадлежность к шизофреническому спектру в дальнейшем не вызывает серьезных разногласий.

Не подвергся сколь-нибудь существенным изменениям и раздел «Аффективные расстройства» (χ^2=0,000, (df)1, p=1,000). Давая характеристику этой группе психических расстройств, хотелось бы отметить традиционно осторожное отношение среди отечественных специалистов к диагнозу рекуррентного депрессивного расстройства в подростковом и молодом периоде, дебют начала которого, согласно классическим представлениям, всегда соотносился со средним возрастом.

Снижение после 18 лет числа пациентов с диагнозом из раздела «Невротические, связанные со стрессом расстройства» (5,4% против 10,7%), не достигающее, однако, уровня статистической значимости (χ^2=2,214, (df)1, p=0,137), объясняется преходяще обратимым характером этих расстройств, и закономерности возрастной трансформации рубрик этой группы могут быть следствием не различий в диагностических подходах детских и взрослых психиатров, а естественной динамикой болезненного процесса.

Рубрика «Расстройства личности» оказалась единственной, совокупное количество диагнозов из которой статистически преобладало после 18 лет (7,1% против 1,8%, χ^2=4,023, (df)1, p=0,045). Причем различия были выявлены и в отношении диагноза «Специфические расстройства личности» (3,6% против 0,0%, χ^2=4,073, (df)1, p=0,044), и на уровне тенденции в отношении диагноза «Смешанные расстройства личности» (2,7% против 0,0%, χ^2=3,041, (df)1, p=0,081). Преобладание во взрослом периоде указанных расстройств является закономерным и ожидаемым, поскольку диагноз патологии личности устанавливается после 18 лет [12].

Практическая работа показывает, что такое относительно простое для распознавания состояние, как интеллектуальное недоразвитие (умственная отсталость), вызывает у взрослых психиатров ощутимое диагностическое затруднение, прежде всего, из-за недостаточно ясного понимания его сути, благодаря чему оно смешивается с похожими состояниями (темповая задержка развития психических функций — общая или парциальная, резидуально-органическое поражение головного мозга с психическими нарушениями). Таким же неполным и приблизительным является представление о лечебной помощи данным пациентам, содержание, объем и границы которого обычно рассматриваются в психофармакологической плоскости. Безусловно, положительной оценки заслуживает факт отсутствия в нашей выборке статистически значимой динамики в распространенности нарушений интеллектуального развития, зарегистрированных в детской и взрослой психиатрических службах (χ^2=2,194, (df)1, p=0,139). Так, ни одна из степеней умственной отсталости во взрослой сети в количественном отношении значимо не отличалась от аналогичных показателей у тех же пациентов, ранее наблюдавшихся в детских учреждениях.

Удачным представляется также уход в двух случаях от диагноза «Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития», поскольку смысл этого диагноза заключается в темповом (то есть временно́м, принципиально обратимом) отставании развития нескольких или отдельных психических функций при принципиальной сохранности основ интеллекта, что по определению применимо лишь к развивающейся психике до 18 лет и подлежит замене более фундаментальным психиатрическим диагнозом во взрослом возрасте [13, 14].

В качестве серьезного диагностического достижения в работе курируемого взрослого психоневрологического диспансера следует рассматривать обозначившийся подход к диагностике состояний из рубрики «Первазивные расстройства». В прежних работах нами указывалось, что при переходе во взрослые психиатрические учреждения диагнозы «Детский аутизм» и сходные состояния нередко менялись на «Шизофрению», что влекло за собой необоснованную тактику ведения — госпитализация в стационар, назначение курсовой антипсихотической терапии, что заканчивалось обострением состояния пациентов [15–17]. В нашем исследовании у всех 6 пациентов с диагнозом «Аутизм с умственной отсталостью» при переходе из детского диспансера был сохранен прежний диагноз, что полностью соответствует современным представлениям о динамике первазивных расстройств, установленных в детском возрасте.

К сожалению, на примере единичного случая замены синдрома Аспергера, выставленного в детском возрасте, можно говорить о том, что дизонтогенетическая нозологическая сущность

этого состояния, а именно связь с нарушением нейропсихического созревания, остается не до конца ясной практическим специалистам, благодаря чему синдром Аспергера понимается как характерологическое расстройство.

В целом можно сказать, что статистика, отраженная в таблице 2, по большей части свидетельствует об осторожном отношении взрослых специалистов к установленным в детстве диагнозам и отказу от поспешного их пересмотра, что, несомненно, говорит о соблюдении принципа преемственности в психиатрической курации больных при переходе от детской во взрослую службу.

Закономерности трансформации нозологических диагнозов при переходе от детского психиатрического наблюдения во взрослую сеть представлены в таблице 3.

Из восьми пациентов, наблюдавшихся в детстве с диагнозом F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство», у шести больных после 18 лет диагноз подтвердился. В одном случае он был заменен на сходную диагностическую рубрику — F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения», и только однократно был выставлен диагноз из принципиально другого раздела — F61.0 «Смешанные расстройства личности».

Из пяти случаев F06.7 «Легкого когнитивного расстройства» в трех случаях диагноз был подтвержден, а в двух случаях поставлен диагноз из группы органических расстройств — F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга», то есть «родственный» диагноз.

Диагноз F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием» у 10 из 15 пациентов остался прежним, у 3 пациентов он был трансформирован в F06.7 «Легкое когнитивное расстройство», а у двух пациентов — в F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения». Таким образом, рубрика F06.8 не подверглась принципиальным изменениям.

Четыре случая поставленного в детстве диагноза F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения» не были пересмотрены, а в одном случае был выставлен диагноз из принципиально другого раздела — F34.0–F34.1 «Циклотимия, Дистимия».

Синдром Туретта нередко рассматривался взрослыми специалистами как вообще имеющий отношение к психиатрии, и на практике такие пациенты часто перенаправлялись к неврологу и даже ревматологу. В нашей выборке единственному пациенту с указанным расстройством F95.2 «Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Туретта)» был установлен диагноз из «органической» рубрики — F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство», вероятно, в целях обоснования направления пациента на медико-социальную экспертизу.

Закономерности изменения диагнозов G40 и P96.8 и их причины представлены выше при обсуждении результатов таблицы 2.

Таким образом, состояния, классифицируемые в разделе «Органические психические расстройства» при переходе детей во взрослые учреждения, подвергаются изменениям в незначительной степени, что свидетельствует о схожести диагностических подходов детских и взрослых психиатров в отношении указанной группы расстройств.

Традиционно между детской и взрослой психиатрией отмечались разногласия в отношении диагностики шизофрении, что отразилось в статистических показателях. Распространенность шизофрении у взрослых обычно оценивалась выше, чем у подростков, и существенно выше, чем у детей [18]. Однако в нашей выборке оказалось, что в двух из трех случаев диагноз F20.0 «Параноидная шизофрения» был подтвержден взрослыми психиатрами, что свидетельствует о разумном подходе к постановке этого расстройства специалистами взрослой психиатрической сети. Однократный случай F21 «Шизотипического расстройства», установленного у ребенка, был подтвержден специалистами после 18 лет.

Единственная пациентка с F32 «Депрессивным эпизодом» была верифицирована после 18 лет как страдающая F61.0 «Смешанным расстройством личности», что также говорит об оправданной настороженности взрослых психиатров в отношении диагностики аффективных нарушений, дебютировавших до 18 лет. Также в рамках F61.0 «Смешанного расстройства личности» была расценена единственная пациентка с F34 «Циклотимией». А пациентка с диагнозом F38.0 «Другие единичные расстройства настроения» рассмотрена как страдающая циклотимией.

Одним из наиболее распространенных поведенческих психических расстройств в детской практике считается F92 «Другие смешанные расстройства поведения и эмоций», который используется для случаев формирующегося патологического характера, которые в силу возраста

Таблица 2

Детские психиатрические диагнозы в сравнении с поставленными во взрослом психиатрическом диспансере

Table 2

Childhood psychiatric diagnoses compared to those made in an adult psychiatric dispensary

№	Диагноз / Diagnosis	Диагноз в детских психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnosis in children's psychiatric institutions, persons n=112 (100.0%)	Диагноз во взрослых психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnosis in adult psychiatric institutions, persons n=112 (100.0%)	Уровень статистической значимости различий по χ^2, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение — верхнее значение) / Level of statistical significance of differences according to χ^2, risk of error (p), odds ratio (OR), confidence interval CI (lower value — upper value)
I. Раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» / I. Section "Organic, including symptomatic, mental disorders"		36 (32,1%)	45 (40,2%)	χ^2=1,569, (df)1, p=0,210, OR=1,418, CI 95% (0,820–2,452)
1	F06.6 Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство / F06.6 Organic emotionally labile (asthenic) disorder	8 (7,1%)	6 (5,4%)	χ^2=0,306, (df)1, p=0,580, OR=1,359, CI 95% (0,456–4,052)
2	F06.7 Легкое когнитивное расстройство / F06.7 Mild cognitive impairment	5 (4,5%)	6 (5,4%)	χ^2=0,096, (df)1, p=0,757, OR=1,211, CI 95% (0,359–4,090)
3	F06.8 Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием / F06.8 Other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction or to physical disease	15 (13,4%)	21 (18,8%)	χ^2=1,196, (df)1, p=0,274, OR=1,492, CI 95% (0,725–3,071)
4	F07.8 Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга / F07.8 Other organic personality and behavior disorders due to brain disease, injury, and dysfunction	5 (4,5%)	12 (10,7%)	χ^2=3,119, (df)1, p=0,073*, OR=2,568, CI 95% (0,874–7,549)
5	F95.2 Комбинирование вокализмов и множественных моторных тиков (синдром Туретта) / F95.2 Combination of vocalizations and multiple motor tics (Tourette's syndrome)	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
6	G40 Эпилепсия / G40 Epilepsy	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
7	P96.8 Другие уточненные нарушения, возникшие в перинатальном периоде / P96.8 Other specified disorders originating in the perinatal period	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
II. Раздел «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» / II. Section «"Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders"		4 (3,6%)	6 (5,4%)	χ^2=0,421, (df)1, p=0,518, OR=1,528, CI 95% (0,419–5,570)
8	F20.0 Параноидная шизофрения / F20.0 Paranoid schizophrenia	3 (2,7%)	3 (2,7%)	χ^2=0,000, (df)1, p=1,000, OR=1,000, CI 95% (0,197–5,064)

Окончание табл. 2 / Ending of the Table 2

№	Диагноз / Diagnosis	Диагноз в детских психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnosis in children's psychiatric institutions, persons n=112 (100.0%)	Диагноз во взрослых психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnosis in adult psychiatric institutions, persons n=112 (100.0%)	Уровень статистической значимости различий по χ^2, риск ошибки (p), отношение шансов (OR), доверительный интервал CI (нижнее значение — верхнее значение) / Level of statistical significance of differences according to χ^2, risk of error (p), odds ratio (OR), confidence interval CI (lower value — upper value)
9	F21.0–F21.8 Шизотипическое расстройство / F21.0–F21.8 Schizotypal disorder	1 (0,9%)	2 (1,8%)	χ^2=0,344, (df)1, p=0,557, OR=2,018, CI 95% (0,180–22,581)
10	F23.8 Другие острые и преходящие психотические расстройства / F23.8 Other acute and transient psychotic disorders	0 (0,0%)	1 (0,9%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316,
III. Раздел «Аффективные расстройства» / III. Section "Affective disorders"		3 (2,7%)	3 (2,7%)	χ^2=0,000, (df)1, p=1,000, OR=1,000, CI 95% (0,197–5,064)
11	F32.0–F32.1 Депрессивный эпизод / F32.0–F32.1 Depressive episode	1 (0,9%)	1 (0,9%)	χ^2=0,000, (df)1, p=1,000, OR=1,000, CI 95% (0,062–16,188)
12	F34.0–F34.1 Циклотимия, Дистимия / F34.0–F34.1 Cyclothymia, Dysthymia	1 (0,9%)	2 (1,8%)	χ^2=0,344, (df)1, p=0,557, OR=2,018, CI 95% (0,180–22,581)
13	F38.0 Другие единичные расстройства настроения (аффективные расстройства) / F38.0 Other single mood (affective) disorders	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
IV. Раздел «Невротические, связанные со стрессом расстройства» / IV. Section "Neurotic, stress-related disorders"		12 (10,7%)	6 (5,4%)	χ^2=2,214, (df)1, p=0,137, OR=2,120, CI 95% (0,766–5,864)
14	F40.8 Другие фобические тревожные расстройства / F40.8 Other phobic anxiety disorders	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
15	F41.0–F41.9 Другие тревожные расстройства / F41.0–F41.9 Other anxiety disorders	6 (5,4%)	2 (1,8%)	χ^2=2,074, (df)1, p=0,150, OR=0,321, CI 95% (0,063–1,627)
16	F43.0–F43.2 Острая реакция на стресс. Посттравматическое стрессовое расстройство. Расстройство приспособительных реакций / F43.0–F43.2 Acute stress reaction. Posttraumatic stress disorder. Adjustment disorder	2 (1,8%)	2 (1,8%)	χ^2=0,000, (df)1, p=1,000, OR=1,000, CI 95% (0,138–7,226)
17	F48.0–F48.9 Другие невротические расстройства / F48.0–F48.9 Other neurotic disorders	3 (2,7%)	2 (1,8%)	χ^2=0,205, (df)1, p=0,65, OR=0,661, CI 95% (0,108–4,031)
V. Раздел «Расстройства личности» / V. Section "Personality Disorders"		2 (1,8%)	8 (7,1%)	χ^2=4,023, (df)1, p=0,045** OR=4,231, CI 95% (0,878–20,387)
18	F60.1–F60.9 Специфические расстройства личности / F60.1–F60.9 Specific personality disorders	0 (0,0%)	4 (3,6%)	χ^2=4,073, (df)1, p=0,044**

19	F61.0 Смешанные расстройства личности / F61.0 Mixed personality disorders	0 (0,0%)	3 (2,7%)	χ^2=3,041, (df)1, p=0,081*
20	F63.0 Патологическое влечение к азартным играм / F63.0 Pathological gambling	0 (0,0%)	1 (0,9%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
21	F92 Другие смешанные расстройства поведения и эмоций / F92 Other mixed disorders of conduct and emotions	2 (1,8%)	0 (0,0%)	χ^2=2,018, (df)1, p=0,155
VI. Раздел «Расстройства интеллектуального развития» / VI. Section “Intellectual development disorders”		55 (49,1%)	44 (39,3%)	χ^2=2,194, (df)1, p=0,139, OR=1,491, CI 95% (0,878–2,534)
22	F70.0–F70.8 Умственная отсталость легкой степени / F70.0–F70.8 Mild mental retardation	28 (25,0%)	22 (19,6%)	χ^2=0,927, (df)1, p=0,336, OR=0,773, CI 95% (0,390–1,381)
23	F71.0–F71.8 Умственная отсталость умеренная / F71.0–F71.8 Moderate mental retardation	11 (9,8%)	8 (7,1%)	χ^2=0,518, (df)1, p=0,472, OR=0,706, CI 95% (0,273–1,828)
24	F72.0–F72.8 Умственная отсталость тяжелая / F72.0–F72.8 Severe mental retardation	6 (5,4%)	8 (7,1%)	χ^2=0,305, (df)1, p=0,581, OR=1,359, CI 95% (0,456–4,052)
25	F79.9 Умственная отсталость неуточненная без указаний на нарушение поведения / F79.9 Unspecified mental retardation without indication of behavioral disorder	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
26	F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью / F84.11 Atypical autism with mental retardation	6 (5,4%)	6 (5,4%)	χ^2=0,000, (df)1, p=1,000, OR=1,000, CI 95% (0,312–3,200)
27	F84.5 Синдром Аспергера / F84.5 Asperger’s syndrome	1 (0,9%)	0 (0,0%)	χ^2=1,004, (df)1, p=0,316
28	F83 Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития / F83 Mixed specific disorders of psychological (mental) development	2 (1,8%)	0 (0,0%)	χ^2=2,018, (df)1, p=0,155

* Различия статистически значимы на уровне p ≤0,1. / The differences are statistically significant at the level of p≤0.1.
** Различия статистически значимы на уровне p ≤0,05. / The differences are statistically significant at the level of p ≤0.05.

пока не могут быть квалифицированы как «Расстройства личности». Два случая этого расстройства у взрослых были расценены, соответственно, как F60.1–F60.9 «Специфические расстройства личности» и F63.0 «Патологическое влечение к азартным играм», что является методически грамотным, так как отражает естественную клиническую динамику установленной в детстве поведенческой девиации.

Теория детских неврозов традиционно базировалась на разделении невротических состояний на преимущественно психогенные и преимущественно резидуально-органические (неврозоподобные) формы [7]. Тот факт, что из трех случаев детских неврозов (рубрики F48.0–F48.9 «Другие невротические расстройства») соответствующий диагноз был подтвержден только в двух случаях, а у одного пациента был заменен на F06.6 «Органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство», свидетельствует о понимании взрослыми специалистами природы детских неврозоформных состояний, в частности, возможном органическом характере их этиологии.

Ранее указывалось на отсутствие статистических различий в распространенности умственной отсталости до и после 18 лет. Однако из 28 пациентов с F70.0–F70.8 «Умственная отсталость легкой степени» данный диагноз взрослыми психиатрами был подтвержден лишь в 20 случаях. В семи случаях наблюдалась замена органическими диагнозами: F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием» (6 человек) и F07.8 «Другие органические расстройства личности и поведения, обусловленные болезнью, травмой и дисфункцией головного мозга» (1 человек). Обсуждая описанную тенденцию, следует заметить, что природа и феноменология интеллектуальных нарушений при олигофрении принципиально отличается от когнитивных нарушений при органических расстройствах. Даже однократно отмеченные проявления интеллектуального олигофренного дефекта мало изменяются в течение жизни, поскольку дальнейшее развитие ребенка происходит в изначально заданном интеллектуальном коридоре. При этом факт приобретения новых знаний не вступает в противоречия с установленным диагнозом, а соответствует классическим представлениям о динамике общего интеллектуального недоразвития [19].

Однократно в нашей выборке дебильность была заменена на F20.0 «Параноидную шизофрению», что следует рассматривать как серьезное изменение диагностического представления о пациенте.

В отношении диагноза F71.18 «Умеренная умственная отсталость» можно констатировать другую тенденцию — пересмотр степени интеллектуального дефекта. Из 11 пациентов, чье состояние было оценено в рамках F71.18 «Умеренной умственной отсталости со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленной другими уточненными причинами», сохранили диагноз после 18 лет только 8 человек. Интеллект одного пациента был расценен как более высокий и установлена F70.0–F70.8 «Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная другими уточненными причинами», а в двух случаях степень интеллекта была снижена — F72.14–F72.18 «Тяжелая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная другими уточненными причинами».

Все шесть пациентов с F72.14–F72.18 «Тяжелой умственной отсталостью со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения» сохранили диагноз, что является последовательной диагностической позицией. Один случай F79.9 «Умственной отсталости неуточненной без указаний на нарушение поведения» был отнесен к органическому регистру — F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием», скорее всего, в связи с изначальной диагностической неопределенностью рубрики F79.9.

Безусловно, положительно можно оценить в шести случаях отказ от смены во взрослом диспансере диагноза F84.11 «Атипичный аутизм с умственной отсталостью», который, согласно современным представлениям, также мало подвержен трансформации в течение жизни. Единственный случай замены F84.5 «Синдрома Аспергера» на F06.8 «Другие уточненные психические расстройства в связи с повреждением и дисфункцией мозга или физическим заболеванием», скорее всего, мотивирован необходимостью решения вопроса об инвалидности.

В целом можно отметить, что трудности, связанные с подтверждением/отменой диагнозов пациентам с общим интеллектуальным недоразвитием и сходными состояниями после 18 лет, во многом зависят от позиции службы медико-социальной экспертизы по части критериев определения инвалидности.

Таблица 3

Закономерности трансформации детских психиатрических диагнозов во взрослом психиатрическом диспансере

Table 3

Patterns of transformation of children's psychiatric diagnoses in an adult psychiatric dispensary

№	Диагноз в детских психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnosis in children's psychiatric institutions, persons, n=112 (100.0%)	Диагнозы во взрослых психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnoses in adult psychiatric institutions, persons, n=112 (100.0%)
I. Раздел «Органические, включая симптоматические, психические расстройства» / I. Section "Organic, including symptomatic, mental disorders"		
1	F06.6 — 8 (7,1%)	F06.6 — 6 (5,4%)
		F06.8 — 1 (0,9%)
		F61.0 — 1 (0,9%)
2	F06.7 — 5 (4,5%)	F06.7 — 3 (2,7%)
		F07.8 — 2 (1,8%)
3	F06.8 — 15 (13,4%)	F06.8 — 10 (8,9%)
		F06.7 — 3 (2,7%)
		F07.8 — 2 (1,8%)
4	F07.8 — 5 (4,5%)	F07.8 — 4 (3,6%)
		F34.0–F34.1 — 1 (0,9%)
5	F95.2 — 1 (0,9%)	F06.8 — 1 (0,9%)
6	G40 — 1 (0,9%)	F06.8 — 1 (0,9%)
7	P96.8 — 1 (0,9%)	F70.0–F70.8 — 1 (0,9%)
II. Раздел «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» / II. Section "Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders"		
8	F20.0 — 3 (2,7%)	F20.0 — 2 (1,8%)
		F23.8 — 1 (0,9%)
9	F21.0–F21.8 — 1 (0,9%)	F21.0–F21.8 — 1 (0,9%)
III. Раздел «Аффективные расстройства» / III. Section "Affective disorders"		
10	F32.0–F32.1 — 1 (0,9%)	F61.0 — 1 (0,9%)
11	F34.0–F34.1 — 1 (0,9%)	F61.0 — 1 (0,9%)
12	F38.0 — 1 (0,9%)	F34.0–F34.1 — 1 (0,9%)
IV. Раздел «Невротические, связанные со стрессом расстройства» / IV. Section "Neurotic, stress-related disorders"		
13	F40.8 — 1 (0,9%)	F41.0–F41.9 — 1 (0,9%)
14	F41.0–F41.9 — 6 (5,4%)	F21.0–F21.8 — 1 (0,9%)
		F38.0 — 1 (0,9%)
		F41.0–F41.9 — 1 (0,9%)
		F60.1–F60.9 — 3 (2,7%)
15	F43.0–F43.2 — 2 (1,8%)	F43.0–F43.2 — 2 (1,8%)
16	F48.0–F48.9 — 3 (2,7%)	F06.6 — 1 (0,9%)
		F48.0–F48.9 — 2 (1,8%)
V. Раздел «Расстройства личности» / V. Section "Personality Disorders0Ф		
17	F92 — 2 (1,8%)	F60.1–F60.9 — 1 (0,9%)
		F63.0 — 1 (0,9%)
VI. Раздел «Расстройства интеллектуального развития» / VI. Section "Intellectual development disorders"		
18	F70.0–F70.8 — 28 (25,0%)	F70.0–F70.8 — 20 (17,9%)
		F06.8 — 6 (5,4%)
		F07.8 — 1 (0,9%)
		F20.0 — 1 (0,9%)

Окончание табл. 3 / Ending of the Table 3

№	Диагноз в детских психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnosis in children's psychiatric institutions, persons, n=112 (100.0%)	Диагнозы во взрослых психиатрических учреждениях, человек, n=112 (100,0%) / Diagnoses in adult psychiatric institutions, persons, n=112 (100.0%)
19	F71.18 — 11 (9,8%)	F71.18 — 8 (7,1%)
		F70.0–F70.8 — 1 (0,9%)
		F72.14–F72.18 — 2 (1,8%)
20	F72.14–F72.18 — 6 (5,4%)	F72.14–F72.18 — 6 (5,4%)
21	F79.9 — 1 (0,9%)	F06.8 — 1 (0,9%)
22	F84.11 — 6 (5,4%)	F84.11 — 6 (5,4%)
23	F84.5 — 1 (0,9%)	F06.8 — 1 (0,9%)
24	F83 — 2 (1,8%)	F07.8 — 2 (1,8%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Таким образом, результаты проведенного исследования, посвященного анализу изменений нозологической структуры при переводе пациентов из детской психиатрической службы во взрослый психоневрологический диспансер в 2024 году, показали, что по сравнению с 2011 годом специалисты продемонстрировали более разумный подход к детскому психиатрическому диагнозу, а именно отказу в подавляющем числе случаев от его пересмотра.

2. Не было выявлено статистически значимых различий в распространенности диагнозов до и после 18 лет как в рамках крупных разделов МКБ-10, так и по большинству отдельных рубрик. Исключение составили только два диагноза из раздела F60–F61 «Расстройства личности», которые, согласно установленным критериям, применимы только после 18 лет.

3. Все указанное свидетельствует об улучшении информированности врачей взрослой амбулаторной психоневрологической службы о детских психических расстройствах, что имеет важное практические значение в аспекте превалирующих подходов к терапии.

4. Тщательно сформулированный и грамотно обоснованный детский психиатрический диагноз не нуждается в замене при переходе пациента во взрослую сеть, а является поводом для его осмысления и поиска релевантных подходов к терапии, исходя из знаний о сравнительно-возрастных особенностях психики в период дебюта психического расстройства у ребенка.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Вклад авторов варьировал в написании различных разделов, таких как обоснование актуальности, формулировка целей и дизайна исследования, сбор и обработка материала, представление результатов, их обсуждение, формулировка выводов. В целом вклад разных авторов пропорциональный. Авторы прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. The authors' contributions varied in writing various sections, such as substantiating relevance, formulating research goals and design, collecting and processing material, presenting results, discussing them, and formulating conclusions. In general, the contribution of different authors is proportional. The authors read and approved the final version before publication.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Минздрава России от 14.10.2022 г. № 668н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения» (зарегистрирован в Минюсте России 14.11.2022 г. № 70940). Доступен по: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211140024 (дата обращения: 17.02.2025).

2. Гречаный С.В., Романовская М.В., Андреева Е.Ю. Преемственность оказания амбулаторной психиатрической помощи пациентам с психическими расстройствами детского возраста. В кн.: Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи на современном этапе: тезисы городской научно-практической конференции с международным участием. СПб.: Альта Астра; 2011.
3. Гречаный С.В., Ильичев А.Б., Поздняк В.В., Кощавцев А.Г., Шишков В.В., Хуторянская Ю.В. Частная психиатрия: учебное пособие. СПб.: СПбГПМУ; 2020.
4. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина; 1995.
5. Humphreys K.L., Lee S.S. Risk taking and sensitivity to punishment in children with ADHD, ODD, ADHD+ODD, and controls. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2011;33(3):299–307. DOI: 10.1007/s10862-011-9237-6.
6. Мнухин С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей. СПб.: Юридический центр Пресс; 2008.
7. Murray J., Farrington D.P. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(10):633–642. DOI: 10.1177/070674371005501003.
8. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(2):80–86. DOI: 10.17116/jnevro201911902180.
9. Клинические рекомендации «Умственная отсталость у детей и подростков». Код F70–79. Российское общество психиатров, ФГБУ НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. 2021. Доступно по: https://psychiatr.ru/ (дата обращения: 17.02.2025).
10. Дети с тяжелыми множественными нарушениями развития: от изучения к новаторским практикам воспитания и обучения. Исаева Т.Н., Соловьева Т.А., Лазуренко С.Б., ред. М.: Институт коррекционной педагогики РАО; 2022.
11. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. СПб.: Юридический центр Пресс; 2008.
12. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейропсихического развития. Статистическая классификация. М.: КДУ, Университетская книга; 2021. DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0143.
13. Макаров И.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. СПб.: Наука и техника; 2019.
14. Гречаный С.В. Аутизм и коморбидные психические расстройства у детей. Медицина: теория и практика. 2019;4(Спецвыпуск):163–164.
15. Козина Н.В., Васильева М.А. Особенности динамики самооценки лиц с расстройствами аутистического спектра в процессе реабилитации. Педиатр. 2017;8(2):105–110. DOI: 10.17816/PED82105-110.
16. Александрова Г.А., Бачманов А.А., Булкина И.А. и др. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2010. EDN: UKMFFR.
17. Громова В.А., Бурова Н.А., Ерышова Н.В., Фаддеев Д.В., Гречаный С.В. Задачи и объем стационарной психиатрической помощи подросткам с диагнозом «детский аутизм» (на примере клинического случая). В кн.: XII Мнухинские чтения. Аутизм: медико-психолого-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема: сб. ст. СПб.: Виктория Плюс; 2014: 40–44.
18. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000–2018 годах. Российский психиатрический журнал. 2019;4:4–15. DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930.
19. Исаев Д.Н. Психиатрия детского возраста. Психопатология развития: учебник для студентов вузов. СПб.: СпецЛит; 2013.

REFERENCES

1. Prikaz Minzdrava Rossii ot 14.10.2022 g. N 668n “Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi pri psikhicheskikh rasstroystvakh i rasstroystvakh povedeniya” (Zaregistrirovan v Minyuste Rossii 14.11.2022 g. N 70940). Available at: http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202211140024. (accessed: 17.02. 2025). (In Russian).
2. Grechaniy S.V., Romanovskaya M.V., Andreeva E.Yu. Continuity of outpatient psychiatric care for children with mental disorders. In: Current Issues of Psychiatric Care: Abstracts of the City Scientific and Practical Conference with International Participation. St. Petersburg: Alta Astra; 2011. (In Russian).
3. Grechaniy S.V., Ilyichev A.B., Pozdnyak V.V., Koschavtsev A.G., Shishkov V.V., Khutoryanskaya Yu.V. Private Psychiatry: A Textbook. St. Petersburg: SPbSPMU; 2020. (In Russian).
4. Kovalev V.V. Child Psychiatry: A Guide for Physicians. 2nd ed., rev. and expanded. Moscow: Meditsina; 1995. (In Russian).
5. Humphreys K.L., Lee S.S. Risk taking and sensitivity to punishment in children with ADHD, ODD, ADHD+ODD, and controls. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2011;33(3):299–307. DOI: 10.1007/s10862-011-9237-6.
6. Mnukhin S.S. On Residual Neuropsychiatric Disorders in Children. St. Petersburg: Legal Center Press; 2008. (In Russian).
7. Murray J., Farrington D.P. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(10):633–642. DOI: 10.1177/070674371005501003.

8. Makushkin E.V., Makarov I.V., Pashkovskiy V.E. True and false autism prevalence. Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov. 2019;119(2):80–86. (In Russian). DOI: 10.17116/jnevro201911902180
9. Clinical Guidelines: Mental Retardation in Children and Adolescents. ICD F70–79. Russian Society of Psychiatrists; V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology. 2021. Available at: https://psychiatr.ru/ (accessed: 17.02.2025). (In Russian).
10. Isaeva T.N., Solovyova T.A., Lazurenko S.B., eds. Children with Severe Multiple Developmental Disorders: From Study to Innovative Educational Practices. Moscow: Institute of Correctional Pedagogy of the RAO; 2022. (In Russian).
11. Mnukhin S.S. Reader in Child Psychiatry. St. Petersburg: Legal Center Press; 2008. (In Russian).
12. ICD-11. Chapter 06. Mental, Behavioral or Neurodevelopmental Disorders. Statistical Classification. Moscow: KDU, University Book; 2021. (In Russian). DOI: 10.31453/kdu.ru.91304.0143.
13. Makarov I.V. Child Psychiatry: A Guide for Physicians. St. Petersburg: Science and Technology; 2019. (In Russian).
14. Grechany S.V. Autism and comorbid mental disorders in children. Medicine: theory and practice. 2019;4(Special Edition):163–164. (In Russian).
15. Kozina N.V., Vasilyeva M.A. Features of the dynamics of self-esteem of people with autism spectrum disorders in the rehabilitation process. Pediatrician. 2017;8(2):105-110. (In Russian). DOI: 10.17816/PED82105-110.
16. Alexandrova G.A., Bachmanov A.A., Bulkina I.A. et al. The health of the region's population and healthcare priorities. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (In Russian). EDN: UKMFFR.
17. Gromova V.A., Burova N.A., Eryshova N.V., Faddeev D.V., Grechaniy S.V. Tasks and scope of inpatient psychiatric care for adolescents with autism (based on a case study). In: XII Mnukhin Readings. Autism: Medical-Psychological-Pedagogical, Socio-Economic and Legal Problems. Collection of articles. Saint Petersburg: Viktoria Plus; 2014: 40–44. (In Russian).
18. Makushkin E.V., Demcheva N.K. Dynamics and comparative analysis of child and adolescent morbidity with mental disorders in the Russian Federation in 2000–2018. Russian Psychiatric Journal. 2019;(4):4–15. (In Russian). DOI: 10.24411/1560-957X-2019-11930.
19. Isaev D.N. Child Psychiatry. Developmental Psychopathology: A Textbook for University Students. Saint Petersburg: SpetsLit; 2013. (In Russian).