

9. Стандартизация и формализация, скрининговый характер выявления психической патологии, что приводит к следующим негативным тенденциям: укрупнение групп/кластеров психической патологии; схематизация диагностики с закономерным её огрублением и утратой важнейших черт клинического мышления и компаративного анализа; элиминация клинической патофизиологии с одновременной гипердиагностикой внеклинических личностных особенностей/изменений (речь идёт о так называемых «акцентуациях», к коим присоединяются псевдотипологии ряда психологических методик); внесение в тексты клинических опросников всех актуальных дефектов и искажений психоэмоционального дискурса (псевдомодернизация) при отсутствии действительно необходимой и клинически адекватной модернизации.

10. Расширение сети психиатрических и консультативно-психологических (в том числе ассоциированных с учебными заведениями) инстанций с возможностью первичной («ранней») диагностики психической патологии в широком (и даже вульгарном) её понимании

УДК 616.895-008.44.7

**Чугунов В. В., Данилевская Н. В.**

*«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)*

### ПСЕВДООБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ

Вопрос дифференциальной диагностики психических расстройств остаётся актуальным поныне, особенно в свете патоморфоза психических заболеваний, в том числе отмечающегося на протяжении последних десятилетий патоморфоза шизофрении, выражающегося в сдвиге к более лёгким формам изменённости — в сторону малопрогредиентных форм — либо во включении в клиническую картину симптомов и симптомокомплексов, в том числе невротизированных (в особенности обсессивно-компульсивных, психопатоподобных, аффективных, ипохондрических), выступающих на первый план в картине заболевания, изменяющих его течение и усложняющих дифференциальную диагностику между регистрами психопатологической симптоматики.

Возможно, это послужило одной из причин наметившейся в последнее время тенденции внесения в структуру клинического диагноза шизофрении синдромологических указаний, относящихся не к эндогенному, а к невротическому регистру.

Целью исследования стало проведение дифференциальной диагностики обсессивного и псевдообсессивного синдромов в структуре клинической картины больных обсессивно-компульсивным расстройством и шизофренией (параноидная и простая формы) соответственно.

На базе КУ «Областная психиатрическая больница» (г. Запорожье) под наблюдением находились 100 пациентов, средний возраст которых составлял  $35 \pm 14$  лет. Среди них основную группу составили 40 пациентов с диагнозом «шизофрения, простая форма» (F 20.6) (группа 1). Контрольную группу составили 20 пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F 20.0) (группа 2.1), а также 20 пациентов с диагнозом «обсессивно-компульсивное расстройство» (F 42.0) (группа 2.2).

Среди методов исследования применяли клинко-психопатологический, патопсихологический, катamnестический, контент-анализ, системный и клинко-статистический анализ.

Результаты исследования показали, что у больных простой формой шизофрении, кроме дефицитарной симптоматики, отмечалось наличие несвойственных классическому варианту простой формы шизофрении параноидных включений, подлежащих дифференциальной диагностике с обсессивным синдромом. Проведенный анализ позволил выделить две сферы дифференциальных проявлений среди выявляемых у больных признаков: признаки, составляющие собственно структуру синдрома, и признаки психопатологического фона, которые имели качественные и количественные отличия от классических обсессий и патогенетически являлись проявлениями эндогенного регистра, а именно вариантами параноидных включений (57,50 %), элементами идеаторного психического автоматизма (42,50 %) в структуре симплекс-комплекса — они и получили наименование «псевдообсессий».

Таким образом, на основании результатов исследования можно констатировать, что в случае присутствия в клинической картине больных шизофренией проявлений, подобных обсессивному симптомокомплексу, фактически выявляются псевдообсессии как патогенетический вариант параноидных включений и элементов идеаторного психического автоматизма в структуре симплекс-комплекса, ранее трактуемые как

варианты классического обсессивного синдрома, что подвергает сомнению правомерность выделения синдромологической составляющей, относящейся к невротическому регистру в структуре диагнозов у больных эндогенными заболеваниями.

Результаты проведенного исследования позволяют улучшить тонкую дифференциальную диагностику клинических проявлений в структуре эндогенных заболеваний, разработать клинические диагностические принципы, повысить качество терапевтических воздействий.

УДК 616.89-008.444.4-053.2

**А. П. Чуприков**

*Национальная медицинская академия  
последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)*

### СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Число случаев детского аутизма (ДА) растет во всем мире, в том числе и в Украине. В этом сообщении мы хотим обсудить ряд спорных моментов в диагностике, понимании клиники, терапевтически-реабилитационной политике данного расстройства.

Известно, что ДА достаточно часто (до 75—80 %) сочетается с органическим фоном: церебральной резидуально-органической недостаточностью в виде разной степени выраженности последствий перинатальной гипоксической энцефалопатии. Как демонстрируют результаты ЭЭГ, ЯМР (в Украине) и нейровизуализационных исследований (за рубежом), органические находки являются не только фоном, но и активно влияют на формирование ведущей психопатологической симптоматики. Детские психиатры игнорируют этот факт при постановке диагноза. Стоит ли это делать? Широкое заимствование тестов из зарубежной коррекционной педагогики и психологии, вне всякого сомнения, обогащает научные исследования в области детской психиатрии. Но нужно ли их навязывать врачу-практику? Мне думается, что вполне достаточно диагностических критериев МКБ-10.

Спорным является отказ от понимания детского аутизма как нейробиологического процесса. О процессуальности аутизма многократно сообщали В. М. Башина (1974, 1999, 2003) и ее ученица Н. В. Симашкова (2006). Международная классификация болезней не требует от врача отказа от традиционной структурно-динамической оценки течения заболевания, что может быть применено и в случае расстройства спектра аутизма. Те факты, что детский аутизм в подавляющем большинстве имеет дебют, спровоцированный разнообразными стрессорами, период активного течения, которое у части детей выглядит как волнообразное, а также выход в состояние со своеобразным дефектом — все это для медикоориентированного специалиста является свидетельством того, что в основе аутистического отклонения развития ребенка лежит динамически развивающееся болезненное состояние. Признание этого обстоятельства вовсе не означает, что мы относим детский аутизм к разделу F 20 МКБ-10, это самостоятельное расстройство.

Еще одним из свидетельств процессуальности ДА являются результаты иммунологических исследований. Накопилось достаточно убедительное количество фактов наличия при ДА аутоиммунного компонента заболевания. К сожалению, утвержденные стандарты лечения игнорируют этот факт.

Здесь уместно сказать, что утвердившееся в психиатрии требование раннего лечения, как условия положительного прогноза, в детской психиатрии приходит в противоречие с инструкциями использовать атипичные нейролептики с 5 и позже лет. Т. е. врач-практик, поставив диагноз аутизма, вынужден порой несколько лет ждать, не имея права назначить эффективное лекарство, быть свидетелем, а не активным участником противоборства с болезнью.

Биологически активные вещества, как нейропептиды и клеточные экстракты (цереброкурин, кортексин и др.), с трудом пробивают себе дорогу в клинику, хотя они способны повлиять на компонент процессуальности ДА.

Наконец, на Конгрессе по медицинскому праву и биоэтике (Киев, апрель 2011) мы совместно с коррекционными педагогами В. Н. Синёвым, Д. И. Шульженко и др. впервые выступили против смены диагноза аутизма на другие «взрослые» диагнозы по достижении подростком-аутиком возраста 18 лет. Пора вслед за зарубежными странами признать диагноз аутизма возможным и у взрослых больных. Надеемся, что здесь «на меже» между детской и взрослой психиатрией, наконец, начнется взаимодействие главных специалистов, НИИ, Минздрава и Министерства труда и социальной политики.