

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Ж.В. Альбицкая

*ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский институт»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
Нижний Новгород*

Психические расстройства у детей представляют собой актуальную в социальном и медицинском аспектах проблему. Ее клинико-социальная значимость обусловлена значительным ростом в последние годы у детей психической патологии, в большинстве случаев приводящей к формированию стойкой социальной дезадаптации и инвалидизации [1, 2, 4, 5, 10].

В России, как и во всем мире, в последние десятилетия наблюдается неуклонный рост числа детей-инвалидов, что приобретает масштабный общенациональный характер. За период с 1999 по 2015 год число детей-инвалидов (0–17 лет) по причине психической патологии увеличилось с 87 329 до 130 788 (на 49,8%), а показатель инвалидности в расчете на 100 тысяч детского населения вырос с 255,8 до 461,2 (на 80,3%) [1, 2, 4, 5].

Общепризнано, что на увеличение числа инвалидизирующих психических расстройств влияют не только комплексные социально-экологические, наследственные и врожденные факторы, но и негативные тенденции в оказании профилактической, ранней и адекватной помощи на каждом этапе [3, 5, 12, 14].

В связи с этим становится еще более актуальным вопрос об обеспечении качества оказания комплексной психиатрической помощи, и важнейшими задачами (по данным доклада ВОЗ) являются внедрение психиатрической помощи в первичное звено, междисциплинарное взаимодействие, а также соответствие всех видов помощи стандартам и клиническим рекомендациям [7, 9, 11, 13, 15].

Все вышеизложенное явилось основанием для проведения исследования с целью выявления проблем, возникающих на каждом этапе диагностики и лечения и установления причин, приводящих к росту инвалидизирующих психических расстройств в детском возрасте.

Целью и задачами исследования являлось определение предикторов формирования инвалидизиру-

ющих психических расстройств у детей в аспекте выявления проблем и трудностей ранней диагностики и качества оказания психиатрической помощи.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось клинико-катамнестическим, клинико-психопатологическим и статистическими методами среди 1 886 пациентов, наблюдавшихся в раннем возрасте с диагнозом задержка психического развития и верифицированными диагнозами психического расстройства к 14 годам. 426 пациентов находились под личным наблюдением. В результате исследования были выделены 4 группы: I группа у детей пациенты с умственной отсталостью (УО) легкой степени (n=327), II группа – пациенты с умственной отсталостью умеренной степени (n=445; 23,6%), III группа – пациенты с диагнозом органическое психическое расстройство (ОПР) – (n=596; 31,6%) и IV – группа детей с ранним детским аутизмом (РДА) – (n=518; 27,5%). На различных этапах исследования анализу подвергались медицинские карты пациентов и выявлялись соответствие проведенных диагностических и лечебных мероприятий рекомендациям клинических протоколов и стандартов, сроки установления диагноза психических расстройств в раннем возрасте, а также некоторые аспекты полноты, эффективности и своевременности комплексной реабилитации.

Статистическая обработка результатов производилась при помощи пакетов «Stats» и «Fifer». Для сравнения признаков между собой применялись параметрические и непараметрические методы оценки нулевой гипотезы. Различия между сравниваемыми группами считались статистически значимыми при $p < 0,001$.

Результаты исследования и выводы

В группе детей с УО легкой степени на период катамнестического исследования трансформация

диагнозов от первичного обращения за помощью до верифицированной диагностики была представлена следующим образом (табл. 1).

Как видно из табл. 1, в раннем детском возрасте (до 4 лет) под наблюдением находились 327 детей данной группы, что составило 17,3% от общей выборки. При первичном обследовании всем пациентам был выставлен диагноз задержка психического развития (ЗПР). Необходимо отметить, что в возрастном периоде от 4 до 7 лет были заметны особые трудности при первичной диагностике. Так, в этой возрастной группе, по данным экспериментально-психологического исследования (ЭПИ), проведенного в 6,5–7 лет, диагноз УО легкой степени в 7 лет был выставлен только 22 детям, что составило 6,7% от выборки детей с УО легкой степени; 73,7% (n=241) детей продолжали наблюдаться с диагнозом ЗПР. В остальных случаях (n=263; 19,6%) диагнозу умственной отсталости предшествовал другой диагноз (ОПР, задержка речевого развития, ММД, неврозоподобное расстройство или специфические нарушения школьных навыков). По данным нашего исследования, пик диагностики УО легкой степени в данной группе приходился на период обучения в начальной школе, когда детям предъявлялись повышенные требования к интеллекту и определенному типу поведения (n=269; 82,3%). У детей этой группы наблюдались академическая неуспеваемость, дублирование классов, отказ посещать школу, гипердинамическое поведение. Достоверно чаще (p<0,001) причиной обращения к психиатру (n=185; 56,5%) были не проблемы нарушения

когнитивных функций, а различные поведенческие расстройства, а в сочетании они имели место у 15% (n=49) обследованных детей. Собственно интеллектуальные нарушения у детей беспокоили родителей только в 14,1% (n=46) случаев. Важно отметить, что именно наличие нарушений поведения при УО легкой степени достоверно чаще (p<0,001) затрудняло диагностику и приводило к выставлению иного диагноза.

В группе с УО умеренной степени (n=445) состояние детей в необходимые сроки было нозологически правильно квалифицировано только у 17 детей (3,8%), вероятно, из-за видимого сочетания со сложной структурой дефекта (патологией других органов и систем), 65,4% (n=291) детей наблюдались с диагнозом задержка психического развития, а 30,8% – резидуально-органическое поражение ЦНС (РОПЦНС). Первичное выявление УО умеренной степени было отмечено в возрастной период с 4-х до 7 лет (45,4%), но также более 50% детей до 7 лет наблюдались неврологом с диагнозами ЗПР и РОПЦНС, а к возрасту 14 лет все 445 пациентов состояли на психиатрическом учете с диагнозами F71–72. Интересен тот факт, что у 113 детей (25,3% случаев) в возрасте 6–7 лет в амбулаторных картах отмечалось «сосуществование» двух диагностических заключений – умственной отсталости и органического поражения ЦНС.

Возрастная диагностика УО умеренно-тяжелой степени (n=445) представлена в табл. 2.

В группе детей с ОПР (табл. 3) правильный диагноз в возрасте до 3 лет был выставлен только

Таблица 1

Возрастная диагностика умственной отсталости легкой степени

Нозологический диагноз	Возраст				Верифицированный диагноз
	1–3 года	4–6 лет	7–11 лет	11–14 лет	
ЗПР	327	241	122	-	-
ЗРР	-	16	32	-	-
ОПР	-	17	13	8	-
Шизофрения	-	-	-	2	-
УО легкой степени	-	22	127	297	327
ММД	-	16	4	-	-
Иное (неврозоподобное расстройство, специфическое нарушение школьных навыков)	-	5	29	20	-

Примечания: ЗПР – задержка психического развития, ЗРР – задержка речевого развития, ОПР – органическое психическое расстройство, УО – умственная отсталость, ММД – минимальная мозговая дисфункция.

Таблица 2

Возрастная диагностика умственной отсталости умеренно-тяжелой степени

Нозологический диагноз	Возраст				Верифицированный диагноз 14 лет (ПНД учет)
	1–3 года	4–7 лет	7–10 лет	11–13 лет	
ЗПР	291	83			
РОПЦНС	137	202	54	22	
УО умеренной и тяжелой степени	17	160	391	423	445

Примечания: ЗПР – задержка психического развития, РОПЦНС – резидуально-органическое поражение ЦНС, УО – умственная отсталость.

Возрастная диагностика органического психического расстройства

Нозологический диагноз	Возраст				Верифицированный диагноз
	1–3 года	4–6 лет	7–10 лет	11–14 лет	
ЗПР	581	248	63		
РОПЦНС	15	285	311	431	596
УО умеренно-тяжелой степени		-	178	78	
СДВГ		63			
Формирующееся расстройство личности				43	

Примечания: ЗПР – задержка психического развития, РОПЦНС – резидуально-органическое поражение ЦНС, УО – умственная отсталость, СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью.

15 детям (2,5%). Остальные 581 (97,5%) наблюдались неврологом с диагнозом ЗПР.

С учетом того, что психическая патология у обследованных была обусловлена патологией раннего периода развития, подтвержденной данными нейросонографии, электроэнцефалограммы, результатами КТ и МРТ, можно предположить гиподиагностику начальных ее проявлений. Этому могли способствовать пограничный уровень формирующейся патологии и игнорирование родителями таких проблем у детей, как отставание в развитии основных моторных функции и задержка речевого развития. В возрасте от 4 до 6 лет диагноз изменился в 55,9% случаев, а к началу периода обучения в начальной школе (7–10 лет) – в 7,4%. Диагноз УО легкой степени устанавливался, несмотря на имеющиеся с раннего детства грубые неврологические симптомы в сочетании с выраженной задержкой речевого развития, в 29,9% – УО умеренно-тяжелой степени. Окончательная трансформация диагнозов у обследованных нами детей данной группы на диагноз РОНПР происходила в возрасте после 10 лет в связи с изменением поведения детей (обучение в школе, расширение социальных контактов, повышение требований к ребенку). Чаще всего в этом возрасте дети обращались к психиатру по направлению педагогов и психологов школы в связи с психопатоподобным поведением, и в 43 (7,2%) наблюдениях детям был выставлен диагноз психоорганический синдром, формирующееся расстройство личности. В данной группе также прослеживается тенденция к длительной диагностике задержки психического развития. Трансформация диагноза на верифицированный диагноз ОПР происходила с

констатацией органической патологии по данным МРТ, КТ и ЭЭГ и выраженных нарушений в развитии всех психических функций.

Возрастная диагностика в группе ДА

Несмотря на признание факта, что развитие ребенка с аутизмом с самого начала своеобразно, большинство врачей первичного звена (педиатры, неврологи) и даже врачи-психиатры не всегда могли точно установить хронологию появления тех или иных признаков, характеристик и особенностей раннего развития из-за отсутствия достаточных знаний, кратковременности общения врачей с родителями на приеме, не полного сбора анамнеза, а так же игнорирования родителями нарушений в развитии ребенка.

Данные возрастной диагностики ДА и трансформация диагнозов представлены в табл. 4.

Средний возраст первого обращения именно за психиатрической помощью составил $5,3 \pm 0,5$ года (до этого возраста дети наблюдались неврологом, педиатром, консультировались у психологов, или вообще не обращались за медицинской помощью). По нашим данным, основная часть исследуемых детей попадала впервые на консультации и коррекционные занятия в возрасте старше 5 лет, когда синдром ДА наблюдался уже в своем сформированном виде. Максимальная выявляемость ДА пришлась на возраст от 5 до 7 лет – 277 наблюдений (53,5%), а минимальная – на возраст от 3 до 5 лет – 86 детей (16,6%). В возрастной группе от рождения до 3-х лет диагноз РДА был выставлен только 7 детям, находившимся под личным наблюдением. Отмечено 2 возрастных пика первичной обращаемости за психиатрической помощью среди

Таблица 4

Возрастная диагностика детского аутизма (n=518)

Нозологический диагноз	Возраст				Верифицированный диагноз
	1–3 года	3–5 лет	5–7 лет	7–10 лет	
ЗПР	511	327	217	7	-
ДА	7	36	217	355	518
СДВГ	-	17	41	-	-
УО умеренной и тяжелой степени (F71.0–72.0)	-		19	27	-
РОПЦНС	-	138	88	131	-
ММД			60		

Примечания: ЗПР – задержка психического развития, ДА – детский аутизм, СДВГ – синдром дефицита внимания с гиперактивностью, УО – умственная отсталость, РОПЦНС – резидуально-органическое поражение ЦНС, ММД – минимальная мозговая дисфункция.

исследуемого контингента – в периоды после 3-х лет и в 6–7 лет, то есть в первые годы посещения дошкольного учреждения и при поступлении ребенка в школу. Постановка диагноза ДА запаздывала от первичного обращения в среднем на 2–4 года, следовательно, задерживалось назначение лечения в виде адекватной медикаментозной терапии и психолого-педагогической коррекции. Настоящий факт можно объяснить трудностью диагностики ДА и недостаточным уровнем подготовки детских психиатров и врачей первичного звена в этой области. Возраст больных к моменту манифестации процесса варьировал в нашем исследовании в интервале от 15±3-х месяцев до 36 месяцев, составив в среднем 18,4±5,0 мес.. В большинстве случаев (81%) манифестация при ДА приходилась на второй год жизни (в среднем в 1 год 8 мес.).

По результатам проведенного исследования группы больных с верифицированным диагнозом ДА мы пришли к выводу, что актуальной и трудной задачей являлась как своевременная диагностика самого ДА, так и дифференциальная диагностика между основными подгруппами (СК, ИП, ОА), результатом чего становились поздняя психолого-педагогическая коррекция и ошибочная и необоснованная психофармакотерапия.

Ранняя и своевременная диагностика ДА (до 3-х лет, согласно МКБ-10) достоверно значимо ($p < 0,001$) в 100% наблюдений была проблематичной, несмотря на характерную клиническую картину и соответствие клинических симптомов критериям МКБ-10 и DSM-IV.

Оценка качества оказания психиатрической помощи и соответствия ее клиническим протоколам

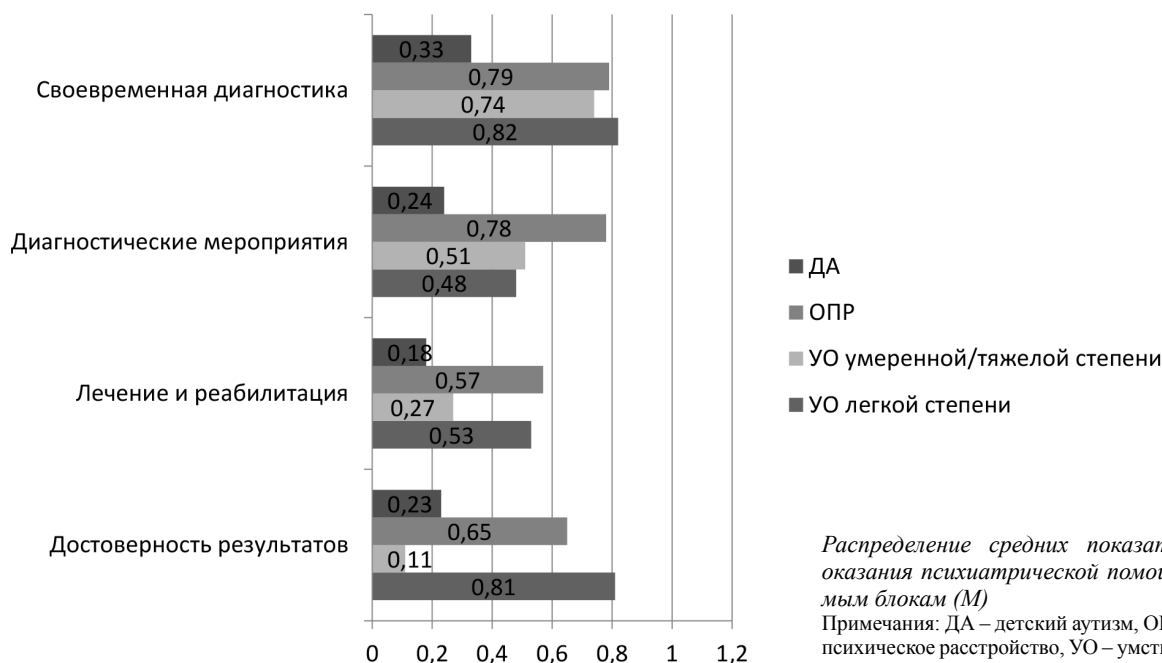
Для выявления причин и оценки качества оказания (или неоказаная) соответствующей медицинской

помощи и реабилитационных мероприятий нами была использована экспертная карта В.И.Сабанова [8], усовершенствованная и расширенная применительно к данному исследованию, состоящая из блоков, отражающих диагностические и лечебно-консультационные мероприятия, постановку диагноза, преемственность и междисциплинарное взаимодействие, результаты лечения и реабилитации. По каждому из разделов рассчитывался показатель, который представлял собой среднюю арифметическую оценку и вычислялся интегрированный показатель оценки качества помощи, то есть сумма всех оценок, разделенных на количество разделов из экспертной документации. Полученный показатель ($M \pm m$) характеризовался следующими границами:

- « $M \pm m$ » от 0,80 до 1 – «хорошо» (соответствует 70% и >);
- « $M \pm m$ » от 0,79 до 0,60 – «удовлетворительно» (соответствует 25–69%);
- « $M \pm m$ » ниже 0,60 – «неудовлетворительно» (соответствует <25%).

Сбор информации проводился из выборки данных из истории развития ребенка (учетная форма № 112/у), карт диспансерного наблюдения (учетная форма №30/у), анкетирования родителей. В выборку вошли карты 1 886 детей, находящихся на диспансерном ($n=882$; 67,4%) и консультативном (426; 35,4%) наблюдении, из которых 1 308 детей (69,4%) являлись «инвалидами детства» ($n=1 308$; 69,4%). Оценка полученных данных проводилась путем сравнения с утвержденными нормативами, стандартами и клиническими рекомендациями в процентах по отношению к общему числу проанализированных показателей, представленных на рисунке.

По разделу «своевременная диагностика» достоверно чаще ($p < 0,001$) показатель «хорошо» ($M=0,82 \pm 0,04$) и «удовлетворительно»



Распределение средних показателей качества оказания психиатрической помощи по оцениваемым блокам (М)
Примечания: ДА – детский аутизм, ОПР – органическое психическое расстройство, УО – умственная отсталость.

($M=0,74\pm 0,07$) встречался в группах УО легкой и умеренно-тяжелой степени и среди детей с ОПР: 197 (60,2%), 344 (77,3%) и 438 (73,5%) соответственно, и между собой не имел достоверно статистически значимых различий ($p=0,766$). В группе детей с ДА (по сравнению с другими группами сравнения) нами было зарегистрировано высоко статистически достоверное отличие ($p=0,000$) и показатель своевременной диагностики был признан неудовлетворительным ($M=0,33\pm 0,06$). Показателен тот факт, что именно в группе пациентов с ДА отмечается длительное (более 3х лет от манифестации заболевания) и неправомочное наблюдение таких детей (421; 81,2%) с диагнозами ЗПР – 327 (63,1%) и РОПЦНС – 138 (26,6%).

Раздел «Диагностические мероприятия» были нами оценены «неудовлетворительно» ($M=0,48\pm 0,02$) в группах УО легкой степени (124; 37,9%), УО умеренно тяжелой степени (103; 23,1%) и ДА (43; 8,3%), что достоверно статистически значимо ($p<0,001$) отличало выделенные группы от пациентов из группы ОПР (423; 71%). Следует обратить внимание на то, что в группах, представленных УО различных степеней, не назначались необходимые, рекомендованные стандартами дополнительные методы исследования (ЭЭГ, проведение ЭПИ с определением коэффициента интеллекта по методике Векслера, генетическое исследование и нейропсихологическое тестирование) в установленные сроки, следствием чего являлся выбор неправильного образовательного маршрута (поступление детей в массовые школы и позднее начало психолого-педагогической и дефектологической коррекции).

В группе детей с ДА достоверно чаще ($p<0,001$) нами были выявлены необоснованные назначения (МРТ, КТ в 414 наблюдений, 79,9%) без обязательных показаний. В то же время, при наличии таких особенностей раннего развития, как отсутствие лепета и гуления, указательного жеста, контактов, регресса приобретенных ранее речевых навыков и других значимых симптомов в раннем возрасте (до 24 мес.) практически в 100% наблюдений врачами первичного звена (педиатрами и неврологами, педагогами и психологами) перед поступлением в ДДУ не проводилось подробное анкетирование родителей для выявления особенностей развития ребенка, первичный скрининг по шкале М-СНАТ и дети не направлялись на консультацию к психиатру. Однако, и в дальнейшем, при диспансерном наблюдении ребенка участковым психиатром, нами также зарегистрированы значительные нарушения ведения таких пациентов: редкое назначение визитов, недостаточное отражение динамики состояния и результатов лечения и реабилитации при последующих осмотрах, неиспользование утвержденных шкал (ADOS, CARS) для оценки состояния, определения тяжести нарушений и динамики процесса.

По блоку «лечение и реабилитация» достоверно чаще ($p<0,001$) «удовлетворительные» показатели ($M=0,53\pm 0,07$) получены только в группах УО легкой степени (177; 54,1%) и ОПР (338; 56,7%), между которыми не были выявлены статистически значимые различия ($p=0,882$), тогда как неудовлетворительные значения ($M=0,27\pm 0,02$) достоверно чаще ($p<0,001$) зарегистрированы в группах УО умеренно тяжелой степени и ДА.

По данным медицинских записей в картах, детям с УО умеренно тяжелой степени лечение проводилось нерегулярно. Не учитывались сопутствующие заболевания (сложная структура дефекта), психиатрические синдромы, утяжеляющие состояние (астенический, депрессивный, психопатоподобный), объем реабилитационных и психолого-педагогических коррекционных мероприятий был явно недостаточным.

В группе детей с ДА исследуемый показатель оказался самым низким ($M=0,18\pm 0,01$), что явилось высоко статистически значимым отличием ($p<0,001$) от других групп сравнения. Основными причинами низкого качества оказания помощи в данной группе были: длительное наблюдение детей непрофильными специалистами (педиатрами неврологами, психологами) с диагнозами ЗПР, РОПЦНС, СДВГ; недифференцированный подход внутри самой нозологической группы (синдром Каннера, органический аутизм, инфантильный психоз) и как следствие, неправильный выбор тактики медикаментозной коррекции; несоответствие назначения препаратов и сроков лечения утвержденным стандартам, недостаточный объем психолого-педагогической коррекции и отсутствие диагностики развития, направленной на выявление индивидуальных особенностей ребенка и характеристику его коммуникационных возможностей.

При изучении раздела «Достижение результатов» учитывались такие показатели (в ходе лечения и реабилитации), как сформированность навыков самообслуживания и простых бытовых навыков, умение обходиться без посторонней помощи, степень социальной адаптации.

Самый высокий показатель среди всех групп ($M=0,81\pm 0,01$) был нами определен в группе детей с УО легкой степени ($p<0,001$); в данной группе дети (236; 72,2%) были хорошо социально адаптированы, большинство из них в дальнейшем было трудоустроено, они могли обходиться без посторонней помощи и жить самостоятельно. Пациенты из группы ОПР обнаруживали данные навыки только в 197; 33% наблюдений и имели удовлетворительный показатель ($M=0,65\pm 0,04$). Достоверно значимыми ($p<0,001$) оказались показатели в группах УО умеренно тяжелой степени и ДА ($M=0,11\pm 0,04$ и $M=0,23\pm 0,01$ соответственно), что являлось высоко статистически значимым отличием ($p=0,000$) их от других групп сравнения. Большинство детей были

дезадаптированы, не овладели навыками опрятности и самообслуживания и нуждались в постоянной помощи взрослых.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного анализа было выявлено, что немаловажными факторами, утяжеляющими состояние детей и приводящими к росту инвалидности среди выделенных групп исследования являются (по усредненным данным):

- гиподиагностика и продолжительное наблюдение детей с неправомерными диагнозами – (58,3%);
- недостаточный объем диагностических мероприятий – 56%;
- лечение, не соответствующее утвержденным стандартам и клиническим протоколам (недифференцированный подход без учета коморбидной патологии, сложной структуры дефекта) – 52,7%;

проведение комплексной реабилитации и психолого-педагогической коррекции не в полном объеме – 68,4%.

Высокий и качественный уровень профилактических мероприятий при оказании психиатрической помощи детям с психическими расстройствами, соответствие ее утвержденным стандартам и клиническим протоколам, своевременное установление диагноза, адекватная медицинская и психолого-педагогическая коррекция, а также соответствующий выбор образовательного маршрута должны приводить к уменьшению числа детей-инвалидов, улучшению их социальной адаптации и интеграции в общество.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демчева Н.К., Пронина Л.А., Положая З.Б. Показатели инвалидности детей по психическому заболеванию в РФ в 2002–2012 гг. // Главврач. 2014. № 5. С. 3–10.
2. Демчева Н.К., Макушкин Е.В. Проблемы инвалидности детей с психическими расстройствами // Материалы Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации». Ярославль, 2016. С. 128–130.
3. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста (клиника, эпидемиология, вопросы реабилитации): Дисс. ... докт. мед. наук. Москва, 1995.
4. Макашева В.А. Сохранение психического здоровья детей и подростков в мегаполисах и отдельных регионах // Материалы всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии «Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации». – Ярославль, 2016 С. 248–251.
5. Макушкин Е.В., Жеребцова В.А. Приоритетные направления охраны здоровья ребенка в неврологии и психиатрии (диагностика, терапия, реабилитация и профилактика). Итоги научно-практической конференции // Вестник новых медицинских технологий. 2011. Т. 18, № 4. С. 291–293.
6. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей Российской Федерации в 1991–2012 гг. (эпидемиологическое исследование) // Общие вопросы неврологии и психиатрии. 2014. № 1, Вып. 2. С. 3–14.
7. Мухамедрахимов Р.Ж., Пальмов О.И., Микшина Е.П., Зигле Л.А. Программа ранней помощи для младенцев группы риска в дошкольных учреждениях системы образования // Проблемы младенчества: нейropsихологопедагогическая коррекция отклонений. М., 2009. С. 89–91.
8. Сабанов В.И. Мониторинг качества медицинской помощи в стационаре с применением формализованных экспертных карт // Вопр. экспертизы и качества медицинской помощи. 2006. № 12. С. 16–30.
9. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 3. С. 92–100.
10. Behavior problems, psychiatric symptoms, and quality of life for adults with intellectual disability with and without autism / V.Totsika, D. Felce, M. Kerr, R.P. Hastings // J. Autism Dev. Disord. 2010. Vol. 40, N 10. P. 1171–1178.
11. CBR: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper [Electronic resource] / International Labour Organization, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization and the World Health Organization. – 2004. – URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43060/1/9241592389_eng.pdf
12. Kuzmichev B.N., Zinkovskiy A.K. Comparative analysis of clinical and social characteristics of adolescents, with the mental retardation of mild and moderate degree // J. World Psychiatry (пер. с англ. в «Обзоре современной психиатрии»). 2014. № 17. P. 15–19.
13. Piper M.C., Autony G.R. Resolution of neurological symptoms of high-risk infants during the first two years of the life // Dev. Med. Child. Neurol. 2013. .
14. Rutter M. Genetic influences and autism // Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders / F.Volkmar et al. 2005. Hoboken N.J.: John Wiley & Sons. P. 425–452.
15. Saxena Sh., Jané-Llopis E., Hosman Cl. Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice // J. World Psychiatry (пер. с англ. в «Обзоре современной психиатрии»). 2012. N 27. C. 14). 2012. N 5. P. 5–10/

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ КАК ПРЕДИКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Ж.В. Альбицкая

В последние годы в России и в мире наблюдается значительный рост психической патологии у детей, в большинстве случаев приводящей к формированию стойкой социальной дезадаптации и инвалидизации. Цель исследования: определение предикторов формирования инвалидизирующих психических расстройств у детей в аспекте выявления проблем и трудностей ранней диагностики и качества оказания психиатрической помощи в детском возрасте. Выделены группы детей с умственной отсталостью, органическими психическими расстройствами, ранним детским аутизмом. Анализу подвергались медицинские карты больных. Выявлялось соответствие диагностических и лечебных мероприятий рекомендациям клинических протоколов и стандартов, сроки установления диагноза психических расстройств в раннем возрасте, а также эффективность и комплекс-

ность реабилитации. **Выводы.** Факторами, утяжеляющими состояние детей и приводящими к росту инвалидности среди выделенных групп исследования являются: гиподиагностика и продолжительное наблюдение детей с неправомерными диагнозами; недостаточный объем диагностических мероприятий; лечение, не соответствующее утвержденным стандартам и клиническим протоколам, недифференцированный подход к терапии без учета коморбидной патологии и сложной структуры дефекта, неполный объем реабилитации и психолого-педагогической коррекции.

Ключевые слова: психические расстройства у детей, инвалидность, задержка психического развития, умственная отсталость, органические психические расстройства, ранний детский аутизм, психиатрическая помощь.

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND QUALITY OF RENDERING MENTAL HEALTH SERVICES AS A PREDICTOR OF FORMATION OF THE DISABLING MENTAL DISORDERS AT CHILDREN

Zh.V. Albitskaya

In recent years in Russia and in the world significant growth in the mental pathology at children in most cases leading to formation of permanent social disadaptation and disability is observed. Research objective: definition of predictors of formation of the disabling mental disorders at children in aspect of identification of problems and difficulties of early diagnostics and quality of rendering mental health services in children's age. Materials and methods. The research is conducted clinical, follow-up, psychopathological and statistical methods among 1886 patients observed at early age with the diagnosis a delay of mental development and the verified diagnoses of a mental disorder by 14 years. As a result of a research groups of mentally retarded children, are allocated with organic mental disorders, early children's autism. Medical records of patients were exposed to the analysis and compliance diagnostic and treatment to the recommendations

of clinical protocols and standards, terms of establishment of the diagnosis of mental disorders at early age, and also efficiency and complexity of rehabilitation came to light. Results and conclusions. The factors which are making heavier a condition of children and disability conducting to growth among the allocated groups of a research is: incorrect diagnosis and long observation of children with unauthorized diagnoses; insufficient volume of diagnostic actions; the treatment which isn't conforming to the approved standards and clinical protocols and undifferentiated approach to therapy without combined pathology and complex structure of defect, not the full volume of rehabilitation and psychology and pedagogical correction.

Keywords: mental disorders at children, disability, intellectual backwardness, organic mental disorders, early children's autism, delay of mental development, mental health services.

Альбицкая Жанна Вадимовна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии Приволжского исследовательского медицинского университета; e-mail: zhanna051267@gmail.com