

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень, М.Т. Датуашвили, М.Ю. Корнева, В.А. Красов

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал «НМИЦ ПН им. В.П.Сербского» Минздрава России

Проблематика расстройств аутистического спектра (РАС) – одна из наиболее актуальных на сегодняшний день в детской психиатрии и смежных специальностях. Немалую роль в этом играет усилившийся фокус внимания общества к данной проблеме [11, 14, 20]. Особый интерес для специалистов представляет отмечаемый во всем мире рост числа пациентов, у которых диагностируются РАС. Масштабность наблюдаемой тенденции настолько велика, что заставила некоторых исследователей задуматься о «всемирной эпидемии аутизма» [8, 15, 21].

С 2002 по 2006 год показатель «административной распространенности» аутизма вырос на 57% (Autism Monitoring Network, 2009). В ходе исследования, проведенного в 2009 году в Калифорнии, было обнаружено, что зарегистрированная заболеваемость аутизмом выросла с начала 1990-х годов по 2007 год в 7–8 раз, и что изменениями диагностических критериев, а именно включение более легких случаев и установление диагноза в более раннем возрасте, вероятно, объясняется лишь 4,25-кратное увеличение [12]. Согласно опубликованным результатам Национального интервью о здоровье, проведенном в 2014 году среди родителей детей в возрасте от 3 до 17 лет Национальным центром статистики здравоохранения США, РАС диагностируется у 1 из 45 детей (около 2%) [8], что превышает последние опубликованные в 2018 году данные официальной статистики Центра по контролю заболеваемости и профилактике США (CDC) по распространенности аутизма в восьмилетнем возрасте – 1,7% (1 на 59 детей) [16].

При этом за 2012 год CDC представлял пересмотренные данные – у 1 из 68 детей диагностированы РАС (1,5%), что было на 23% больше, чем предыдущая оценка в 2009 году – 1 из 110 детей и на 78% больше, чем оценка того же агентства в 2007 году – 1 из 150 детей [9]. Американская правозащитная организация Autism Speaks в 2011 году провела исследование среди школьников 7–12 лет в Южной Корее. По результатам этого эпидемиологического

исследования было показано, что аутизмом страдает каждый 38-й ребенок (2,6%), причем у 2/3 детей РАС выявлены впервые [20, 21].

По данным Всемирной организации здравоохранения (67 сессия Всемирной ассамблеи от 21 марта 2014), для Европы медианный показатель составляет 61,9/10000, с 4,5-кратным преобладанием у мальчиков. В ряде литературных источников имеются указания на то, что при правильно методологически проведенных исследованиях распространенность РАС остается на прежнем уровне. Так, например, по данным Отчета за 2009 год, на основе анализа заболеваемости в 2007 году по базам Национальной Службы Здравоохранения среди взрослого населения с психиатрическими диагнозами распространенность РАС у взрослых составила около 1% населения, с более высокой частотой встречаемости у мужчин и без значительного различия между возрастными группами [18]. Эти результаты показывают, что распространенность РАС среди взрослых аналогична таковой у детей, и темп заболеваемости аутизмом в последние годы не увеличивается [7].

По данным Минздрава Российской Федерации в 2014 году было официально зарегистрировано 27 602 детей с психическими расстройствами. Из них 13 057 случаев составляли РАС (47,3%). В 2015 году – 17 606 детей с РАС, из них 3 195 диагноз поставлен впервые (Фонд содействия решению проблем аутизма «Выход») [5].

Помимо ряда вопросов методологического порядка к проведению эпидемиологических исследований РАС, некоторые авторы полагают, что, возможно, именно некоторыми методологическими факторами можно объяснить выраженные отклонения в уровнях распространенности данного заболевания, в частности, наблюдаемое увеличение распространенности аутизма с течением времени [15, 17]. Широкий разброс показателей распространенности РАС заставляет с осторожностью относиться к интерпретации представленных данных как подтверждению

наличия каузальных закономерностей, отражающих истинный рост заболеваемости и повышение риска возникновения РАС.

Перспективным представляется поиск возможных альтернативных объяснений, апеллирующих к эпипатогенетической гетерогенности состояний, относимых к РАС, существующим проблемами в установлении границ диагностических категорий в современных классификациях [1–3], изменениям в диагностической практике [18] с диагностированием вместо аутизма, в первую очередь, умственной отсталости и других психопатологических состояний [4].

В данной связи представляют интерес результаты проспективного исследования, проведенного в 2006 году и показавшего, что очевидный рост административной распространенности стал результатом диагностического замещения, в основном в отношении диагностики умственной отсталости и неспособности к обучению [19], что коррелирует с представленными сотрудниками Вейсмановского центра в Мэдисоне данными о снижении числа детей, получающих услуги специального образования в связи с умственной отсталостью и нарушениями обучения в 47 штатах с 1994 по 2003 год, при увеличении количества детей, получающих помощь в связи с аутизмом. Причем в 44 штатах такое снижение было даже больше, чем рост случаев аутизма [11, 15]. Сюда же можно отнести исследование 2008 года, показавшее, что значительное число (40%) людей с диагнозом «нарушения практического использования речи» (pragmatic language impairment) в детском возрасте в предыдущие десятилетия теперь будут иметь диагноз «аутизм» [6]. Рост аутизма по сравнению с другими причинами инвалидизации в школах со специальным образованием влечет за собой соответствующее снижение процента детей с умственной отсталостью [10]. Аналитическое исследование 2006 года показало, что только данные анализа специального образования недостаточно отражают распространенность РАС, поскольку многие случаи заболевания не диагностируются, и что увеличение распространенности аутизма в США в 1994–2003 годы было связано с изменением диагностических категорий, а именно изменением в некоторых случаях диагноза умственной отсталости на аутизм [19].

Таким образом, чтобы приблизиться к ответу на вопрос о росте распространенности РАС или даже наличия «эпидемии аутизма», перспективным является не только проведение эпидемиологических исследований, но также использование непрямых клинических маркеров, к которым можно отнести динамику показателей РАС в условиях стационара. Например, результаты, проведенного в 2008 году в Германии изучения динамики частоты госпитализаций, показали, что число детей с диагностированным РАС с 2000 по 2005 год увеличилось на 30%, с небольшим приростом по отношению к показателям стационарирования по всем психическим расстройствам [7].

Целью проведенного нами исследования явилась оценка динамики частоты госпитализаций детей с РАС при обращении за лечебно-консультативной помощью в отделение психической патологии детского и подросткового возраста Московского НИИ психиатрии за период 2008–2017 годов.

Материалы и методы

По имеющейся базе данных был проведен анализ всех клинических случаев с установленным диагнозом РАС (согласно МКБ-10), находившихся на стационарном лечении в детском отделении, с 2008 по 2017 год. Помимо соответствия при поступлении в отделение диагностическим критериям РАС по МКБ-10, рутинное клиническое обследование детей в возрасте от 2 до 15 лет по критериям МКБ-10 было дополнено использованием сертифицированным специалистом «золотого стандарта» подтверждения наличия диагноза РАС – опросника Autism Diagnostic Interview- Revised (ADI-R) [13]. Дополнительно для сопоставления данных была оценена частота госпитализаций детей с диагнозом умственная отсталость по МКБ-10 за тот же временной период.

Результаты

С 2008 года по 2017 год за лечебно-консультативной помощью в отделение психической патологии детского и подросткового возраста обратилось 4 100 детей и подростков в возрасте от 2 до 15 лет (средний возраст $9,4 \pm 5,8$), из которых 2026 (49,4%) были госпитализированы и находились на стационарном лечении (средний возраст госпитализированных детей – $8,3 \pm 5,7$). Диагноз РАС (согласно МКБ-10), был поставлен 345 (17%) госпитализированным детям и подросткам, средний возраст постановки диагноза – $5,3 \pm 4,1$.

Частота госпитализаций детей с установленным диагнозом РАС (по критериям МКБ-10) в течение анализируемого периода имела тенденцию к плавному увеличению. При этом общее число больных детей и подростков, находящихся на стационарном лечении, находилось приблизительно, на одном уровне (табл. 1). В 2008 году из 130 госпитализированных детей и подростков диагноз РАС был поставлен 19 пациентам, что составило 14,6%; в 2009 – госпитализировано было 165 детей, с диагнозом РАС – 24 ребенка (14,5%); из 172 госпитализированных детей и подростков в 2010 году 26 детей имели диагноз РАС, что составило 15,1% от общего числа госпитализированных больных.

Наиболее заметное увеличение числа детей с РАС можно отметить, начиная с 2012 года. Так, в 2011 году из 193 детей, находившегося на стационарном лечении в детском отделении, РАС было диагностировано у 28 пациентов, что составило 14,5% от общего числа стационарных больных. Соответственно, в 2012 году из 202 стационарных больных детей диагноз РАС был поставлен 34 паци-

ентам (16,8%), в 2013 году из 217 стационарных пациентов диагноз РАС был поставлен 38 детям (17,5%), в 2014 году из 219 госпитализированных детей 42 имели диагноз РАС (19,2%). В 2015 году частота госпитализаций детей с РАС достигла относительного максимума и составило 53 пациента (25,2%) из 212 госпитализированных. В последующие годы отмечено некоторое снижение показателей, так, в 2016 году из 205 госпитализированных детей и подростков диагноз РАС был поставлен 44 детям, что составило 21,3%, а в 2017 году из 212 госпитализированных детей РАС было диагностировано в 41 случае (19,5%).

На протяжении всего рассматриваемого периода соотношение мальчиков и девочек оставалось стабильно, удерживалось в диапазоне от 3,7:1 в 2008 году через максимум 4,6:1 в 2011 году с некоторым снижением в последующие годы – 3,9:1 в 2017 году. В среднем составило 4,03:1, что соответствует данными литературы [8, 12, 15].

Общая характеристика госпитализированных больных, включая детей с РАС, представлена в таблице.

Таким образом, анализируя полученные данные, в целом, можно отметить, что общее число госпитализированных детей в течение ряда лет остается относительно стабильным. В то же время, при анализе частоты госпитализаций детей с РАС, начиная с 2012 года, отмечается некоторое увеличение ее, с незначительными колебаниями, с пиком в 2015 году – 25,2%, и дальнейшей тенденцией к снижению: в 2017 году 19,5% от общего числа госпитализированных детей (рис. 1). Таким образом, увеличение частоты госпитализаций детей с РАС за анализируемый период составило почти 25%.

Анализируя данные, представленные на рис. 1, можно отметить, рост числа госпитализированных детей и подростков с РАС происходил относительно плавно, приблизительно до 2010–2011 годов. Затем отмечен постоянный нерезкий рост, с незначительными «плато» в 2012–2013 годах. К 2015 году отмечается максимальное увеличение числа госпитализированных детей с РАС – практически четверть детей, находившихся в стационаре.

На следующем этапе работы было проведено сравнение частоты госпитализаций детей с РАС с частотой госпитализаций детей с умственной отсталостью (за тот же период). Полученные данные (в процентах) представлены на рис. 2.

С 2008 по 2017 год произошла «транспозиция» показателей. В 2008 году среди всех госпитализированных пациентов число детей с умственной отсталостью составляло около 24%, в то время как диагноз РАС был выставлен около 14% детей. В 2011 году частота госпитализаций детей с РАС и умственной отсталостью практически сравнялись. К 2017 году эти показатели соответственно составили 8% и 19,5%, то есть частота госпитализаций детей с РАС увеличилась в 1,33 раза, а число детей с умственной отсталостью уменьшилось практически в 3 раза. После 2017 года наметилось некоторое сближение показателей.

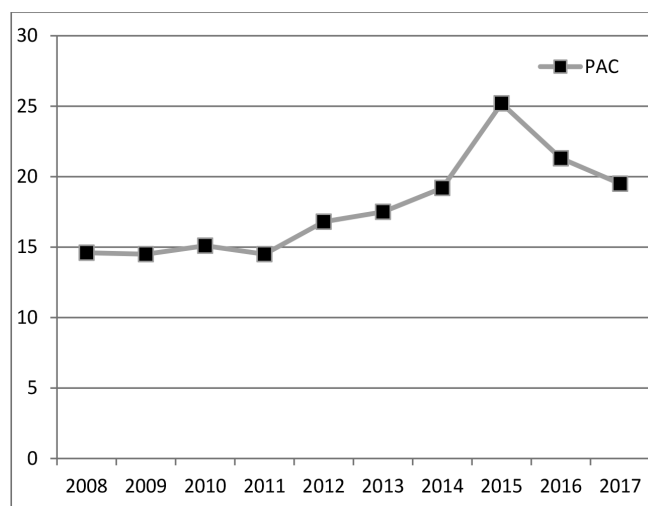


Рис. 1. Число детей с РАС (в процентах), находившихся на стационарном лечении в период с 2008 по 2017 годы

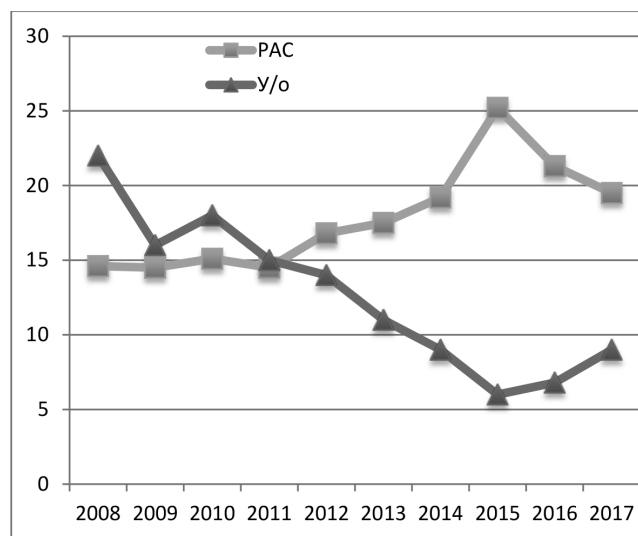


Рис. 2. Соотношение частоты госпитализаций детей с РАС и умственной отсталости (в процентах) с 2008 по 2017 годы

зированных пациентов число детей с умственной отсталостью составляло около 24%, в то время как диагноз РАС был выставлен около 14% детей. В 2011 году частота госпитализаций детей с РАС и умственной отсталостью практически сравнялись. К 2017 году эти показатели соответственно составили 8% и 19,5%, то есть частота госпитализаций детей с РАС увеличилась в 1,33 раза, а число детей с умственной отсталостью уменьшилось практически в 3 раза. После 2017 года наметилось некоторое сближение показателей.

Общая характеристика госпитализированных детей

Год	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Всего пациентов в стационаре, из них с:	130	165	172	193	202	217	219	212	205	212
РАС (абс/%)	19/14,6	24/14,5	26/15,1	28/14,5	34/16,8	38/17,5	42/19,2	53/25,2	44/21,3	41/19,5
Мальчики : девочки	3,7:1	3,9:1	4,2:1	4,6:1	3,8:1	3,7:1	4,2:1	4,1:1	4,2:1	3,9:1

Заключение

Анализ литературы показывает рост числа диагностируемых случаев РАС за последние десятилетия, но в силу большого разброса данных не дает однозначного ответа на главный вопрос – носит ли фиксируемое повышение распространенности характер «эпидемии». Приводимые объяснения указанной тенденции, среди которых ведущими являются гипердиагностика РАС, расширение диагностических рамок и смена диагностических категорий, в состоянии охватить не более трети клинических случаев, что заставляет с осторожностью относиться к интерпретации представленных в публикациях данных.

К другим возможным причинам увеличения числа детей с РАС относят использование различных классификационных систем (МКБ-10, DSM-IV и DSM-5) смена диагноза умственной отсталости, рост числа специалистов, участвующих в оказании помощи больным детям, а также повышение осведомленности об аутизме у населения и повышение обращаемости. Критическая оценка этих параметров также не позволяет отвергнуть предположения о возможном наличии каузальных закономерностей, связанных с повышением риска возникновения и истинным ростом заболеваемости РАС.

В сложившейся ситуации с очевидностью возрастает роль использования косвенных клинических маркеров, одним из которых является оценка динамики частоты госпитализаций детей с РАС в условиях психиатрического стационара. По немногочисленным данным литературы указанный подход уже реализовывался для детей с РАС. При соблюдении ряда условий одним из его преимуществ является чувствительность к возможному скачкообразному изменению числа детей с РАС в популяции, выведение за скобки такого параметра как возможная гипо/гипердиагностика РАС.

В данном случае диагностика РАС по МКБ-10 осуществлялась стабильной и неизменной на протяжении исследуемого периода командой специалистов, реализующей единые методологические подходы на базе Московского НИИ психиатрии, одного из ведущих научных подразделений по детской психиатрии в России, что обеспечивает высокую культуру постановки диагноза, включая использование формализованной диагностической составляющей по ADI-R, при наличии четких показаний для стационарного лечения. Анализ исследованного контингента показал относительную устойчивость соотношения детей по полу и отношению числа госпитализированных детей к общему числу обратившихся за помощью, что имеет существенное значение для повышения достоверности интерпретации полученных данных.

Следует отметить особый профиль клинико-социальных потребностей, госпитализированных детей с РАС по сравнению с амбулаторными больными, что может косвенно свидетельствовать об утяжелении контингента детей, обращающихся за помощью

в детское отделение НИИ психиатрии. С другой стороны, нельзя игнорировать тот факт, что родители боятся огласки, и дети с подозрением на наличие РАС часто «уходят» в частные медицинские центры или к специалистам «околомедицинских» специальностей, но при наличии тяжелых психических и поведенческих нарушений вынуждены обращаться к психиатрам за стационарной помощью.

Важно подчеркнуть, что результаты проведенного исследования не претендуют на популяционные данные о распространенности РАС. Проведенная оценка фиксирует лишь тенденцию к определенному последовательному повышению показателей стационарирования детей с РАС в десятилетнем интервале с тенденцией к стабилизации темпов роста в последние два года, без указаний на скачкообразную динамику числа больных, что не поддерживает утверждений об эпидемическом характере прироста диагностированных случаев РАС.

Поскольку в данном исследовании был дезактуализирован фактор гипердиагностики, и можно с осторожностью говорить о наблюдаемой тенденции к стабилизации наблюдаемого прироста числа стационарированных детей с РАС (согласующейся и с последними данными американской статистики), некоторое увеличение числа больных в значительной степени может объясняться повышением выявления больных с РАС с приближением к истинным показателям распространенности.

Другой находкой проведенного исследования является транспозиция показателей госпитализации детей с РАС и умственной отсталостью в виде напоминающего крест с центром пересечения в 2011 году, обратного соотношения процентной динамики клинических случаев в стационаре, что частично поддерживает объяснение роста административной распространенности РАС как результата диагностического замещения. Поскольку существующие критерии диагностики РАС позволяют ставить диагноз аутизма с умственной отсталостью, нельзя исключить влияние фактора стигматизации, связанного с нежеланием родителей иметь социально депримирующий диагноз (умственная отсталость), а также социальными вопросами (например, оформление инвалидности). Наблюдающееся после 2015 года синхронное сближение обоих показателей требует дополнительной динамической оценки.

Таким образом, анализ результатов проведенного исследования фиксирует плавный рост с тенденцией к стабилизации частоты госпитализаций детей с РАС и не подтверждает эпидемический характер и широкомасштабный рост числа детей с аутизмом в популяции, но актуальная и привлекающая всеобщее внимание проблема распространенности РАС далека от окончательного разрешения и требует дальнейших исследований с использованием новых подходов, не только на эпидемиологическом, но и на клиническом уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корень Е.В., Татарова И.Н., Марченко А.М., Дробинская А.О., Субботина В.В. Опыт применения МКБ-10 в российской детской психиатрии в перспективе пересмотра международной классификации // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19. № 4. С. 34–41.
2. Корень Е.В., Ковалев А.И. Перспективы классификации в детской психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. № 1. С. 37–43.
3. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Классификация в детской психиатрии в перспективе принятия МКБ-11 // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 2. С. 61–64.
4. Филиппова Н.В., Барыльник Ю.Б. Эпидемиология аутизма: современный взгляд на проблему // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 3. С. 96–101.
5. Фонд содействия решению проблем аутизма «Выход» <http://outfund.ru>
6. Bishop D.V.M., Whitehouse A.J.O., Watt H.J., Line E.A. Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder // Dev. Med. Child. Neurol. 2008. Vol. 50. N 5. P. 341–345.
7. Bolte S., Poustka F., Holtmann M. Trends in autism spectrum disorder referrals // Epidemiology. 2008. Vol. 19. N 3. P. 519–520.
8. CDC. Developmental Disabilities Monitoring Network surveillance year 2010 principal investigators; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States *MMWR Surveillance Summary*. 2010. Vol. 6. N 2. P.1–21.
9. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/index.html>.
10. Five Easy Graphs, USDE figures. 2009. <http://archive.is/IL6F>.
11. Fombonne E. The prevalence of autism // JAMA. 2003. Vol. 289, N 1. P. 87–89.
12. Hertz-Picciotto I., Delwiche L. The rise in autism and the role of age at diagnosis // Epidemiology. 2009. Vol. 20. N 1. P. 84–90.
13. Lord C., Rutter M., Le Couteur A. Autism diagnostic interview-revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders // J. Autism Developmental Dis. 1994. Vol. 24. P. 659–685.
14. Newschaffer C.J., Croen L.A., Daniels J. et al. The epidemiology of autism spectrum disorders // Ann. Rev. Public Health. 2007. Vol. 28. P. 235–258.
15. Posserud M., Lundervold A.J., Lie S.A., Gillberg C. The prevalence of autism spectrum disorders: impact of diagnostic instrument and non-response bias // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2010. Vol. 45. N 3. P. 319–327.
16. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014 Surveillance Summaries. 2018, April 27. Vol. 67. N 6. P. 1–23.
17. Shattuck P.T. The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education // Pediatrics. 2006. Vol. 117. N 4. P. 1028–1037.
18. Smeeth L., Cook C., Fombonne E. et al. Rate of first recorded diagnosis of autism and other pervasive developmental disorders in United Kingdom general practice, 1988 to 2001 // BMC Med. 2004. Vol. 2. P. 39.
19. Wazana A., Bresnahan M., Kline J. The autism epidemic: fact or artifact? // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. 2007. Vol. 46, N 6. P. 721–730.
20. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: is the prevalence rising? // Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev. 2002. Vol. 8, N 3. P. 151–161.
21. Kim Y.S., Leventhal B.L., Yun-Joo-Koh et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample // Am. J. Psychiatry. 2011. Vol. 168. N 9. P. 904–912.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА В ДЕТСКОМ ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Т.А. Куприянова, Е.В. Корень, М.Т. Датуашвили, М.Ю. Корнева, В.А. Красов

По имеющейся базе данных была проанализирована частота госпитализаций детей с РАС (по МКБ-10) в возрасте от 2 до 15 лет за период с 2008 по 2017 год. Анализ данных показал тенденцию к незначительному росту диагноза с последующим снижением его. При этом соотношение мальчиков и девочек оставалось стабильным и составило, в среднем, 4,0:1. При сравнении частоты госпитализаций детей с РАС и с умственной отсталостью в этот же период можно отметить «транспозицию» показателей: снижение частоты госпитализаций детей с умственной отсталостью

шло параллельно с повышением процента детей с РАС по отношению к общему числу стационаризованных детей. По результатам проведенного исследования фиксируется плавный рост с тенденцией к стабилизации частоты госпитализаций детей с РАС и не подтверждается эпидемический характер и широкомасштабный рост числа детей с аутизмом в популяции.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, дети, умственная отсталость, частота госпитализаций, детский психиатрический стационар.

DYNAMICS OF INDICATORS OF HOSPITALIZATION OF CHILDREN WITH AUTHISM SPECTRUM DISORDERS IN CHILDREN'S PSYCHIATRIC HOSPITAL

T.A. Kupriyanova, E.V. Koren, M.T. Datuashvili, M.Y. Korneva, V.A. Krasov

The frequency of hospitalization of children with ASD (according to ICD-10) aged 2–15 years over the period from 2008 to 2017 was analyzed using the existing database. The results indicate modestly increased rates of hospitalization on 25% and show signs of steady in suggesting there may be a leveling off. At the same time, the ratio of boys and girls remained stable and averaged at around 4.0:1. When comparing the frequency of hospitalization of children with ASD and with mental retardation over

the same period, a “transposition” of indicators was noted: a decrease in frequency of hospitalization of children with mental retardation coincided with an increase in children with ASD. Thus, the study did not confirm the epidemic nature of the increasing prevalence of children with autism in the population.

Keywords: autism spectrum disorders, children, mental retardation, frequency of hospitalization, children's psychiatric hospital.

Куприянова Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: anna_gorbunova@list.ru

Корень Евгений Владимирович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: evkoren@yandex.ru

Датуашвили Марина Теймуразовна – младший научный сотрудник Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: sovest33@mail.ru

Корнева Мария Юрьевна – кандидат медицинских наук, врач детского отделения Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: korneva-72@list.ru

Красов Виктор Алексеевич – кандидат медицинских наук, заведующий детским отделением Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: vikkrasov@mail.ru