

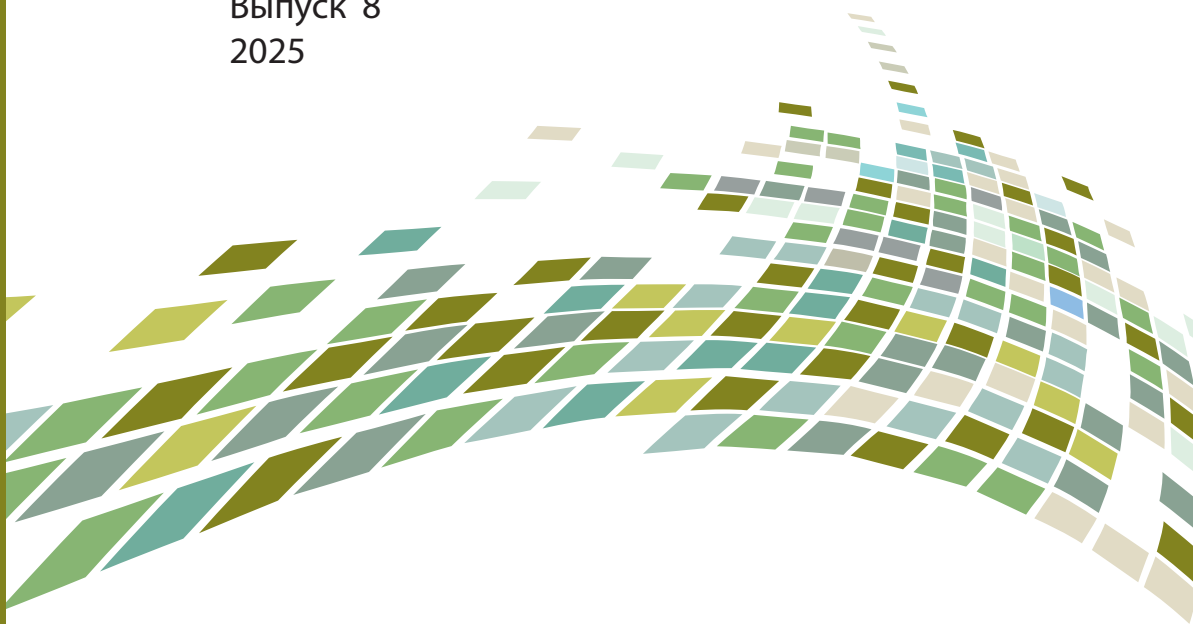


Национальный медицинский
исследовательский центр
психиатрии и неврологии
им. В. М. Бехтерева

Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы

Сборник методических рекомендаций
и статистических материалов

Выпуск 8
2025



Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

**Диагностика и лечение психических
и наркологических расстройств:
современные подходы**

**Сборник методических рекомендаций
и статистических материалов**

Выпуск 8

Санкт-Петербург
2025

Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций и статистических материалов / сост. Н. В. Семенова, под общ. ред. Н. Г. Незнанова. Выпуск 8. — СПб.: Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2025. — 436 с.

ISBN 978-5-91258-554-8

Рецензенты издания:

Петрова Н. Н. — заведующая кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», д. м. н., профессор.

Бомов П. О. — и. о. заведующего кафедрой психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, к. м. н., доцент, эксперт Росздравнадзора по вопросам психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии и сексологии по Санкт-Петербургу и Ленинградской области.

Коллектив авторов:

Н. А. Александрова, М. В. Анохина, В. В. Бадер, Ю. В. Батлук, В. А. Богачева, В. В. Бочаров, А. С. Бурдейная, Н. Г. Васильева, А. Ю. Гончаренко, А. П. Горбунова, И. В. Добряков, Д. В. Захаров, Ю. В. Захарова, М. В. Иванов, Е. Д. Касьянов, Е. А. Квасов, Д. Д. Кокарева, О. В. Кольцова, А. Г. Кондинский, Ю. В. Коцюбинская, Е. Л. Красько, С. В. Ляшкова, Г. Э. Мазо, В. А. Михайлов, А. А. Моритц, Р. Ф. Насырова, М. Ю. Попов, В. А. Розанов, Г. В. Рукавишников, Н. Ю. Сафонова, Н. В. Семенова, С. А. Трофимова, А. И. Федорова, И. В. Фурсова, А. В. Шаболтас, Н. А. Шнайдер, О. Ю. Щелкова, Е. С. Щепкин, Ю. А. Яковлева, Я. В. Яковлева, Ю. В. Ярыгина

СОДЕРЖАНИЕ

М. Ю. Попов, Ю. А. Яковлева, Г. В. Рукавишников, Е. Д. Касьянов, А. П. Горбунова, Я. В. Яковлева, А. С. Бурдейная, Е. С. Щепкин, Г. Э. Мазо Подходы к диагностике и профилактике метаболических нарушений у пациентов с психическими расстройствами детско-подросткового и взрослого возраста	5
А. А. Моритц, М. В. Иванов Вторичная негативная симптоматика при шизофрении: клиническая диагностика и подходы к терапии	22
Н. А. Шнайдер, Р. Ф. Насырова, В. В. Бадер Расстройства пищевого поведения, индуцированные психотропными препаратами	39
В. А. Михайлов, Ю. В. Коцюбинская, Д. В. Захаров, В. А. Богачева, И. В. Фурсова, Ю. В. Ярыгина Комплексный анализ причин нарушений сна у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона, с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами	88
Д. В. Захаров, Д. Д. Кокарева, В. А. Михайлов, Ю. В. Коцюбинская, С. А. Трофимова, В. А. Богачева Диагностика лекарственно-индуцированной сialореи, оценка ее выраженности и методы коррекции	115
С. А. Трофимова, В. А. Михайлов, Д. В. Захаров, Ю. В. Коцюбинская, Д. Д. Кокарева, Ю. В. Захарова Психиатрические аспекты болезни Гентингтона	131
Н. Ю. Сафонова, М. В. Анохина Влияние расстройств сна на здоровье и их профилактика у лиц, работающих в экстремальных условиях	147
А. В. Шаболтас, А. Г. Кондинский, С. В. Ляшковская, Е. А. Квасов, О. Ю. Щелкова, В. В. Бочаров, Н. Г. Васильева Методические рекомендации по организации работы и видам деятельности медицинского психолога в системе здравоохранения	162

О. В. Кольцова, А. В. Шаболтас

Основные направления медико-психологического сопровождения
при лечении пациентов с хроническими соматическими заболеваниями
(методические рекомендации для медицинских психологов)..... 183

А. В. Шаболтас, В. А. Розанов, Ю. В. Батлук, Е. Л. Красько

Колумбийский протокол (шкала) оценки тяжести суицидального поведения
(Columbia suicide severity rating scale, C-SSRS) 203

И. В. Добряков, А. И. Федорова

Медико-психологическое сопровождение женщин в ситуации
репродуктивного выбора 223

Н. А. Александрова, М. В. Анохина, А. Ю. Гончаренко, Н. В. Семенова

Заболеваемость психическими и наркологическими расстройствами населения
в 2017–2024 гг. (статистические материалы) 259

Подходы к диагностике и профилактике метаболических нарушений у пациентов с психическими расстройствами детско-подросткового и взрослого возраста

М. Ю. Попов, Ю. А. Яковлева, Г. В. Рукавишников, Е. Д. Касьянов,
А. П. Горбунова, Я. В. Яковлева, А. С. Бурдейная, Е. С. Щепкин, Г. Э. Мазо

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время известно о сопряженных с расстройствами настроения рисках развития различных соматических нарушений, а также усугублении тяжести их течения при наличии сопутствующей психической патологии [6]. Среди наиболее часто встречающихся ассоциаций между аффективными расстройствами и соматическими нарушениями в литературе выделяют метаболические нарушения, включающие ожирение, сахарный диабет и различные проявления метаболического синдрома [10]. Данные метаанализа 49 исследований (399 494 участников) показали значимое повышение риска проявлений метаболического синдрома (МС) у пациентов с депрессией в сравнении со здоровыми индивидами [41]. В свою очередь при оценке психического состояния пациентов с метаболическим синдромом в метаанализе когортных исследований (всего более 2 650 000 участников) был отмечен повышенный риск наличия депрессивных симптомов [36]. Схожие данные о взаимосвязи психических и метаболических нарушений отмечены и для пациентов с биполярным расстройством [30].

По имеющимся данным, наличие МС у пациентов с аффективными расстройствами ведет к повышению частоты случаев госпитализаций, суицидов, а также к нестабильному течению психического заболевания с высокой частотой рецидивов и плохим ответом на терапию [30]. Взаимосвязь аффективной патологии и МС носит комплексный, двусторонний характер и обусловлена множеством различных факторов (биологические особенности индивида, специфика фармакотерапии, образ жизни и другие) [61].

Хотя МС традиционно рассматривается как проблема, затрагивающая преимущественно людей старшего возраста, результаты эпидемиологических исследований указывают на устойчивый рост его распространенности среди молодежи, в том числе среди детей и подростков [52]. Так, в США частота встречаемости МС у подростков возросла с 4,2% в 1988–1992 гг. до 6,4% в 1999–2000 гг. [24]. Согласно недавним исследованиям, распространенность МС среди лиц подросткового возраста в мире составляет около 5%, варьируя от 0,3 до 26,4% в зависимости от диагностических критериев, географического региона и этнических особенностей выборки [44]. У подростков с ожирением МС встречается намного чаще: по данным эпидемиологического исследования, проведенного в Российской Федерации,

у каждого третьего подростка с ожирением в возрасте 13–19 лет выявляются признаки МС [2].

Так же, как и у взрослых, к числу факторов риска формирования МС в детско-подростковом возрасте относятся наличие психической патологии и прием психофармакологических средств [46]. При этом у детей и подростков риск метаболических побочных эффектов психофармакотерапии выше, чем у взрослых [7, 40]. Так, в исследовании возрастных особенностей эффектов длительной терапии оланзапином (не менее 24 недель) была обнаружена более выраженная прибавка веса у подростков (в среднем 11,2 кг) по сравнению со взрослыми (4,8 кг), при этом доля пациентов, прибавивших более 7% от исходной массы тела, среди подростков составила 89,4%, а среди взрослых — 55,4% [37]. С другой стороны, метаболические нарушения в детско-подростковом возрасте могут иметь обратимый (или, по крайней мере, частично обратимый) характер [60], что придает особую важность их раннему выявлению.

Своевременное выявление метаболических нарушений у пациентов с расстройствами настроения является крайне важной клинической проблемой. Раннее адекватное лечение и ограничение влияния потенциальных факторов риска дает возможность устранить отдаленные негативные последствия, улучшить качество жизни и продлить ее сроки.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Подходы к диагностике метаболического синдрома

Основные положения концепции МС были предложены G. H. Reaven (1988) и включали следующие показатели [50]:

- инсулинорезистентность;
- гиперинсулинемия;
- нарушение толерантности к глюкозе;
- повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) и триглицеридов (ТГ);
- снижение липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП);
- артериальная гипертензия.

В дальнейшем в 1998 году рабочая группа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) разработала первые международные критерии МС. Обязательным критерием данного подхода были нарушения углеводного обмена (нарушения толерантности к глюкозе, гипергликемия натощак, инсулинорезистентность, сахарный диабет), а критерии артериальной гипертензии (АГ), нарушений липидного обмена, ожирение и микроальбуминурия являлись дополнительными [65]. Указанный подход, однако, оказался достаточно сложным для практического применения ввиду существенного акцента на особенности патогенетических механизмов.

В 2001 году были предложены критерии диагностики МС, ориентированные на выявление групп высокого риска. Они были разработаны рабочей группой На-

циональной образовательной программы по снижению уровня холестерина США (NCEP) (табл. 1).

Таблица 1

**Критерии метаболического синдрома, разработанные
Национальной образовательной программой по снижению
уровня холестерина. США, Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III), 2001**

Любые 3 критерия из приведенных ниже:	
Объем талии (для лиц европеоидной расы)	♂ >102 см ♀ >88 см
Триглицериды	>1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
Холестерин липопротеидов высокой плотности	♂ <1,0 ммоль/л (40 мг/дл) ♀ <1,3 ммоль/л (50 мг/дл)
Артериальное давление	≥130/ ≥85 мм рт. ст.
Уровень глюкозы	≥6,1 ммоль/л (110 мг/дл)

В 2005 году Международная федерация диабета (International Diabetes Federation, IDF) выдвинула новые критерии постановки диагноза «метаболический синдром» [9] (табл. 2).

Таблица 2

**Критерии метаболического синдрома, разработанные
Международной федерацией диабета (IDF), 2005**

Основной критерий — наличие центрального ожирения	
Объем талии (для лиц европеоидной расы)	♂ ≥94 см ♀ ≥80 см
Плюс любые 2 из следующих факторов:	
Уровень триглицеридов	>1,7 ммоль/л (150 мг/дл) или лечение нарушения
Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности	♂ <0,9 ммоль/л (40 мг/дл) ♀ <1,1 ммоль/л (50 мг/дл) или лечение нарушения
Артериальное давление	≥130/ ≥85 мм рт. ст. или лечение артериальной гипертензии
Уровень глюкозы натощак в плазме крови (венозная кровь)	≥5,6 ммоль/л (100 мг/дл) или сахарный диабет 2 типа

Согласно новому предложению Международной федерации диабета (2005), при диагностике МС абдоминальное ожирение (для европейцев окружность талии >94 см для мужчин и >80 см для женщин) рассматривается как ключевой компонент (в сочетании с двумя и более критериями — гипергликемией >5,6 ммоль/л;

гипертриглицеридемией $>1,7$ ммоль/л; низким уровнем ХС ЛПВП <1 ммоль/л для мужчин и $<1,3$ ммоль/л для женщин; артериальной гипертензией $>130/85$ мм рт. ст.).

В современных классификациях (в частности, в МКБ-11) МС классифицируется в рубрике 05 «Эндокринные, алиментарные или метаболические заболевания», а именно в рамках более широкой категории «Нарушения обмена веществ» (5C50–5D2Z). Единого кода для «метаболического синдрома» как отдельного заболевания, по аналогии с МКБ-10, не существует. Предполагается, что в рамках данных классификаций возможна кластеризация различных состояний для описания синдрома.

Критерии и методы диагностики метаболического синдрома у детей и подростков

За последние 20 лет было предложено большое число дефиниций МС у детей и подростков (табл. 3), основанных преимущественно на адаптации «взрослых» критериев, в первую очередь вышеуказанных критериев Международной федерации диабета (IDF) [5] и критериев National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III (ATP-III) [32]. Как видно из таблицы 3, в качестве диагностических критериев МС используются одни и те же параметры (центральное ожирение, АГ, дислипидемия, гипергликемия), различаются лишь предлагаемые пороговые значения.

К числу наиболее часто применяемых как в практическом здравоохранении, так и при проведении научных исследований подходов к диагностике «детско-подросткового» МС относится педиатрическая версия критериев IDF [68], которая определяет особые критерии МС лишь для возраста от 10 до 15 лет включительно (см. табл. 3). В более младшем возрасте, в соответствии с рекомендациями IDF, МС не диагностируют, но при наличии в этом возрасте абдоминального ожирения (окружность талии превышает 90-й перцентиль) в сочетании с отягощенным семейным анамнезом по МС, ожирению, СД 2, сердечно-сосудистым заболеваниям рекомендуется последующее динамическое наблюдение [4]. Для подростков 16 лет и старше IDF предлагает использовать «взрослые» критерии, основное отличие которых состоит в «фиксированных» пороговых значениях окружности талии (94 см для мужчин и 80 см для женщин), а также в половых различиях пороговых значений ЛПВП (1,03 ммоль/л для мужчин и 1,29 ммоль/л для женщин) [5].

Тем не менее международный консенсус об использовании единых критериев (а именно — пороговых значений) для диагностики МС у детей и подростков на сегодняшний день отсутствует. Вариативность пороговых значений, предлагаемых разными авторами, существенно затрудняет сопоставление и обобщение данных эпидемиологических исследований, в том числе в отношении встречаемости МС у детей и подростков с психическими расстройствами. Кроме того, прогностическая ценность различных критериев МС в отношении будущего состояния здоровья остается неустановленной [52]. Долгосрочные исследования, направ-

ленные на оценку связи между компонентами МС у детей и подростков и неблагоприятными медицинскими последствиями во взрослом возрасте, практически не проводятся. Вместе с тем необходимость ранних интервенций для предотвращения развития СД 2 и сердечно-сосудистых заболеваний не вызывает сомнений, что определяет важность диагностики компонентов МС на начальных этапах их формирования — в том числе в детско-подростковом возрасте.

Таблица 3

Диагностические критерии МС у детей и подростков
(адапт. из [Flemming G. M. et al., 2020; Reisinger C. et al., 2021])

Авторы, год	Центральное ожирение	Гипертензия	Триглицериды	ЛПВП	Глюкоза
Cook et al., 2003 ¹	ОТ ≥90 пер- центиля	сАД или дАД ≥ 90 перцентиля	≥1,24 ммоль/л (≥110 мг/дл)	≤1,03 ммоль/л (≤40 мг/дл)	≥6,1 ммоль/л (≥110 мг/дл) ³
Cruz et al., 2004 ¹	ОТ >90 пер- центиля	АД ≥ 90 перцентиля	≥90 перценти- ля	≤10 перценти- ля	2 ч после ПГТТ: ≥7,8 ммоль/л (≥140 мг/дл)
Weiss et al., 2004 ¹	ИМТ z-score ≥2,0	АД > 95 перцентиля	≥95 перценти- ля	≤5 перцентиля	2 ч после ПГТТ: ≥7,8 ммоль/л (≥140 мг/дл)
De Ferranti et al., 2004 ¹	ОТ >75 пер- центиля	АД > 90 пер- центиля	≥1,1 ммоль/л (≥100 мг/дл)	<1,17 ммоль/л (<45 мг/дл) (♂) <1,29 ммоль/л (<50 мг/дл) (♀)	≥6,1 ммоль/л (≥110 мг/дл) ³
Ford et al., 2005 ¹	ОТ >90 пер- центиля	АД > 90 пер- центиля	≥1,24 ммоль/л (≥110 мг/дл)	≤1,03 ммоль/л (≤40 мг/дл)	≥6,1 ммоль/л (≥110 мг/дл) ³ плюс повтор- ный анализ ≥5,55 ммоль/л (≥100 мг/дл) ³
Viner et al., 2005 ¹	ИМТ ≥95 перцентиля	сАД ≥ 95 пер- центиля	≥1,69 ммоль/л (≥150 мг/дл) или общий холестерин ≥95 перцентиля	≤0,91 ммоль/л (≤35 мг/дл)	≥5,55 ммоль/л (≥100 мг/дл) ³ или инсулин ≥104,2 пкмоль/л
Zimmet et al. (IDF), 2007 ²	10–15 лет: ОТ ≥90 пер- центиля ≥16 лет: ОТ ≥94 см (♂) ОТ ≥80 см (♀)	сАД ≥130 мм рт. ст. или дАД ≥85 мм рт. ст. или лечение артериальной гипертензии	≥1,69 ммоль/л (≥150 мг/дл) или специфиче- ское лечение	10–15 лет: <1,03ммоль/л (<40 мг/дл) ≥16 лет: <1,03ммоль/л (<40 мг/дл) (♂) <1,29ммоль/л (<50 мг/дл) (♀)	≥5,55 ммоль/л (≥100 мг/дл) ³ или диагности- рованный СД 2

Авторы, год	Центральное ожирение	Гипертензия	Триглицериды	ЛПВП	Глюкоза
Ahrens et al., 2014 ¹	ОТ >90 пер- центиля	сАД или дАД ≥90 пер- центиля	≥90 перценти- ля	≤10 перценти- ля	≥90 перценти- ля ³ или НОМА-IR ≥ 90 перцентиля

Примечание:

¹ — для диагностики МС необходимо наличие любых трех из пяти критериев;

² — для диагностики МС необходимо наличие центрального ожирения, а также двух из четырех оставшихся критериев;

³ — концентрация глюкозы натощак.

АД — артериальное давление; дАД — диастолическое артериальное давление; ИМТ — индекс массы тела; ЛПВП — липопротеины высокой плотности; МС — метаболический синдром; ОТ — окружность талии; ПГТТ — пероральный глюкозотолерантный тест; сАД — систолическое артериальное давление; СД 2 — сахарный диабет 2-го типа; НОМА-IR — индекс инсулинорезистентности НОМА.

Диагностика ведущего компонента МС — *центрального ожирения* требует проведения физикального обследования с антропометрией (с обязательным измерением окружности талии и расчетом ИМТ). В соответствии с критериями IDF пороговыми значениями окружности талии для подростков 16 лет и старше являются 80 см у девочек и 94 см у мальчиков (что совпадает с пороговыми значениями у взрослых); в более младшем возрасте результаты измерения сопоставляются с центильными таблицами, при этом критерием является превышение 90-го перцентиля [68]. ИМТ рассчитывается как отношение массы тела (кг) к росту в квадрате (м²). Ожирение диагностируют при увеличении ИМТ на два и более стандартных отклонения по сравнению со средним значением для данного возраста и пола, а избыточную массу тела — при увеличении ИМТ в пределах одного-двух стандартных отклонений [4]. Нормальная масса тела предполагает отличие ИМТ менее чем на одно стандартное отклонение от среднего.

Для диагностики АГ проводят измерение артериального давления (АД), которое сопоставляют с центильными таблицами для соответствующего возраста, пола и роста (не должно превышать 95-го перцентиля). IDF рекомендует единое пороговое значение АД для подростков и взрослых: 130/85 мм рт. ст. [5, 68]. При подозрении на наличие АГ необходима консультация кардиолога и проведение суточного мониторингирования АД [4].

Для диагностики *дислипидемии* определяют уровень триглицеридов, общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой и низкой плотности в сыворотке крови [4]. В соответствии с критериями МС диагностическое значение имеет повышение уровня триглицеридов и снижение уровня ЛПВП.

Для диагностики *инсулинорезистентности* и СД 2 ведущее значение имеет определение концентрации глюкозы в плазме крови натощак, а также результат перорального глюкозотолерантного теста (табл. 4) [3].

Интерпретация перорального глюкозотолерантного теста

Время	Норма	НГН/НТГ	СД
Утром, натощак	3,3–<6,1 ммоль/л	≥6,1–<7,0 ммоль/л	≥7,0 ммоль/л
Через 2 часа после приема глюкозы	<7,8 ммоль/л	≥7,8–<11,1 ммоль/л	≥11,1 ммоль/л

Примечание: при проведении теста пациент утром натощак, на фоне 8–14-часового голодания, принимает внутрь раствор глюкозы из расчета 1,75 г сухого вещества на 1 кг веса, но не более 75 г, разведенной в 250 мл воды.

НГН — нарушенная гликемия натощак; НТГ — нарушение толерантности к глюкозе; СД — сахарный диабет.

Дополнительное диагностическое значение может иметь повышение уровня гликированного гемоглобина (*HbA1c*) и индекса *НОМА-IR* (*homeostasis model assessment of insulin resistance*), рассчитываемого по формуле:

$$\text{глюкоза плазмы натощак (ммоль/л)} \times \text{инсулин натощак (мЕд/л)} / 22,5.$$

Однако отсутствие общепринятых пороговых значений ограничивает диагностическую ценность показателей *HbA1c* и *НОМА-IR* в отношении МС, инсулинорезистентности и СД 2 в детско-подростковом возрасте [39, 64].

Нарушения, ассоциированные с метаболическим синдромом в различных возрастных группах

Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) — хроническое заболевание печени метаболического генеза у лиц с отсутствием экзогенных факторов токсического (например, этанол), вирусного, аутоиммунного или медикаментозного поражения, обусловленное накоплением липидов в составляющих печеночную дольку клеточных элементах, морфологически подтверждаемое стеатозом, стеатогепатитом, фиброзом, циррозом или аденокарциномой. Диагноз НАЖБП верифицируется при накоплении липидов в виде триглицеридов в количестве более 5–10% массы гепатоцитов или при наличии более 5% печеночных клеток, содержащих депозиты липидов и встречается в том числе у детей и подростков [15]. Диагностика опирается на лабораторные показатели, отражающие функциональное состояние печени, анализ липидного профиля, ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и селезенки. При выявлении УЗИ-признаков стеатоза печени может проводиться оценка риска фиброза неинвазивными методами, однако «золотым стандартом» диагностики НАЖБП является биопсия печени. По данным биопсии НАЖБП выявляется у 66% подростков с МС, кроме того, имеется связь между гистологической тяжестью заболевания и компонентами МС [12]. Считается, что важную роль в развитии НАЖБП играет кишечная микробиота — лица с ожирением и избыточным бактериальным ростом в кишечнике имеют повышенный риск развития НАЖБП [11].

Нарушения сна напрямую связаны с ожирением, являясь, по всей видимости, и фактором риска его развития, и его следствием. Некоторые данные позволяют предположить роль недостаточного сна (включая как снижение продолжительности, так и ухудшение качества) в развитии ожирения [25]. Появляется все больше данных, подтверждающих связь недостаточного сна в детско-подростковом возрасте с развитием АГ, а также с инсулинорезистентностью и низким уровнем ЛПВП [54]. Ожирение и специфические жировые отложения predisполагают к развитию синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). СОАС сам по себе может приводить к ожирению из-за дневной сонливости, снижения активности и продолжительности сна. Сообщается, что МС выявляется у 16% детей без СОАС и у 59% детей с СОАС [12]. Во взрослом возрасте частота СОАС у пациентов с МС и ожирением достигает 40–60%. Данный синдром характеризуется повторяющимися эпизодами остановки дыхания во сне, что приводит к гипоксии, активации воспалительных процессов и повышению риска артериальной гипертензии, аритмий и инсульта [23].

Гиперурикемия — повышенное содержание солей мочевой кислоты (уратов) в сыворотке крови. Мочевая кислота является конечным продуктом метаболизма пуринов в организме человека. Потребление большого количества источников пуриновых оснований или фруктозы напрямую связано с повышением уровня уратов в сыворотке крови [66]. Гиперурикемия вовлечена в патогенез АГ, микроальбуминурии, застойной сердечной недостаточности, СД 2 и атеросклероза. Имеется корреляция между гиперурикемией и компонентами МС. Кроме того, толщина интимы сонных артерий (фактор риска развития сердечно-сосудистых заболеваний) значимо связана с уровнем мочевой кислоты [12]. Выдвинуто предположение, что уровень мочевой кислоты в сыворотке крови у детей и подростков можно использовать в качестве прогностического маркера ожирения, при этом низкий уровень уратов указывает на меньший риск, а повышенный уровень сопряжен с более высоким риском ожирения [53].

Хроническая болезнь почек (ХБП). МС связан с повышенным риском развития ХБП и микроальбуминурии [43]. Хроническое воспаление и нарушение липидного обмена способствуют повреждению клеток почек, и у детей и подростков с тяжелым ожирением повышена распространенность ранних почечных патологий, включая протеинурию, изменение уровня креатинина в сыворотке крови, скорость клубочковой фильтрации и повышенный уровень биомаркеров раннего повреждения почек [43].

Синдром поликистозных яичников (СПЯ) — многофакторное состояние неясной этиологии, ассоциированное с бесплодием, психическими расстройствами, ожирением, МС, СД 2 и сердечно-сосудистыми заболеваниями [59]. Этиопатогенез предположительно включает в себя нарушение секреции лютеинизирующего гормона, глобулина, связывающего половые гормоны, пролактина и тестостерона, инсулинорезистентность и гиперинсулинемию или их сочетание [59]. В качестве общего этиопатогенетического звена в развитии СПЯ и МС рассматривают системное воспаление [35]. Известно, что прием ряда психофармакологических

препаратов (в частности вальпроатов) повышает риск развития СПЯ, особенно в молодом возрасте [31].

Хроническое воспаление и повышение маркеров системного воспаления — метаболический синдром сопровождается хроническим субклиническим воспалением, обусловленным избыточной продукцией провоспалительных цитокинов (таких как TNF- α , IL-6) адипоцитами и иммунными клетками инфильтрированной жировой ткани. Повышение уровня С-реактивного белка (СРБ >3 мг/л), фибриногена и других маркеров воспаления ассоциировано с инсулинорезистентностью, эндотелиальной дисфункцией и повышенным риском атеросклероза [33]. У пациентов с ожирением и МС также отмечается увеличение количества лейкоцитов и нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (NLR), что может служить дополнительным маркером кардиометаболического риска [1, 29].

Нарушение секреции адипокинов — при метаболическом синдроме развивается лептин-резистентность (повышение уровня лептина >10 нг/мл при сохранении чувства голода) и снижение выработки адипонектина (<4 мкг/мл). Эти изменения приводят к усилению липогенеза, угнетению β -окисления жирных кислот и прогрессированию инсулинорезистентности. Низкий адипонектин является независимым предиктором развития СД2 и ИБС [42].

Таким образом, нарушения, выявляемые у пациентов с МС, зачастую выходят за рамки его основных компонентов. Соответственно при обнаружении МС или его отдельных компонентов целесообразно расширить диагностический поиск в направлении перечисленных выше состояний.

Профилактика метаболического синдрома у пациентов различных возрастных групп с психическими расстройствами

Выявление группы риска по формированию метаболического синдрома

Профилактика МС требует идентификации факторов риска его развития. Факторы риска могут быть разделены на немодифицируемые и модифицируемые. К первым относят генетические факторы, пренатальные вредности и т. п., ко вторым — факторы, связанные с образом жизни и постнатальными средовыми воздействиями, включая фармакотерапию [27].

1. Диагноз

Даже в отсутствие фармакотерапии дети и подростки с определенными психическими расстройствами — группа риска по формированию МС [46]. В частности, показано, что у детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра еще до начала приема антипсихотических препаратов НТГ встречается чаще, чем у здоровых сверстников [26]. Наличие аффективной патологии также является фактором риска формирования МС [38]. Среди расстройств пищевого поведения повышенный риск формирования МС в наибольшей степени сопряжен с приступообразным перееданием [49].

В целом связь между психической патологией и МС имеет многофакторный и сложный характер. Сам факт наличия определенных психических расстройств можно отнести к немодифицируемым факторам риска «детско-подросткового» МС (в том числе за счет «генетической коморбидности»). Но при этом важное значение могут иметь и модифицируемые факторы, к которым относится изменение образа жизни, связанное с психическим заболеванием: уменьшение двигательной активности, изменение питания как следствие депрессии или негативной симптоматики шизофрении. В любом случае дети и подростки с психическими расстройствами представляют группу повышенного риска развития МС и целевую группу для проведения профилактических мероприятий.

У взрослых пациентов с психическими расстройствами эти ассоциации выражены еще более значительно. Метаанализ 2021 года продемонстрировал, что у пациентов с биполярным расстройством и шизофренией риск развития МС в 2–3 раза выше по сравнению с общей популяцией, независимо от приема психотропных препаратов [61]. Особую озабоченность вызывает высокая распространенность абдоминального ожирения (до 60%) и дислипидемии (до 70%) у взрослых с тяжелыми психическими заболеваниями [18]. У взрослых пациентов с расстройствами пищевого поведения, особенно с компульсивным перееданием, частота МС достигает 30–35%, что существенно выше популяционных показателей [34]. Эти данные подчеркивают необходимость регулярного мониторинга метаболических параметров у психиатрических пациентов и разработки превентивных стратегий.

2. Фармакотерапия

Результаты зонтичного обзора метааналитических исследований применения антипсихотиков у детей и подростков позволяют разделить препараты на три группы исходя из степени риска повышения массы тела и формирования метаболических нарушений [14]:

- антипсихотики высокого метаболического риска: оланзапин, кветиапин и клозапин (в отношении клозапина данные экстраполированы из исследований, включавших выборки взрослых пациентов);
- антипсихотики умеренного метаболического риска: рисперидон и арипипразол (при этом у взрослых пациентов арипипразол относится к препаратам низкого метаболического риска);
- антипсихотики низкого метаболического риска: луразидон и зипрасидон.

По остальным препаратам антипсихотического ряда данных о степени риска метаболических нарушений у детей и подростков недостаточно.

Антидепрессанты трициклической структуры, а также миртазапин известны своей способностью приводить к набору массы тела у взрослых, однако данные о подобных эффектах этих препаратов у детей и подростков ограничены [51]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, по одним оценкам, являются метаболически нейтральными, по другим — все же могут быть связаны с набором массы тела, развитием СД 2 и дислипидемии у подростков [48].

Имеются единичные сообщения о повышенном риске развития МС у детей на фоне приема нормотимиков/антиконвульсантов (в частности, производных вальпроевой кислоты) [13]. Подобное действие этих препаратов у взрослых пациентов хорошо известно, что требует соответствующей настороженности при их применении у детей и подростков.

При курсовом назначении препаратов с высоким и умеренным риском метаболических нарушений необходимо предварительное обследование и тщательный мониторинг метаболических побочных эффектов. Ранжирование препаратов по степени метаболического риска имеет важное значение при выборе инициальной терапии, а также при необходимости ее смены на более метаболически нейтральную.

3. Гены-кандидаты

Описаны следующие гены-кандидаты, изменения нуклеотидной последовательности которых могут быть связаны с метаболическими нарушениями при назначении антипсихотиков детям и подросткам:

- однонуклеотидный полиморфизм (ОНП) rs1801133 гена *MTHFR* повышает риск развития МС у детей и подростков, принимающих антипсихотики второго поколения [22];
- у детей, подростков и молодых взрослых с полиморфизмом *CYP2D6 wt/*4* (промежуточные метаболиты) наблюдается больший набор массы тела при приеме антипсихотиков второго поколения [45].

Экстраполяция данных, полученных в выборках взрослых пациентов, указывает на полигенный характер генетической предрасположенности к развитию метаболических нарушений у детей и подростков, принимающих психофармакологические препараты. На сегодняшний день пока еще рано говорить о возможностях практического применения генотипирования для определения групп риска МС. Осложняющими факторами являются вероятные межгенные взаимодействия, а также эпигенетические механизмы и влияние средовых факторов.

4. Факторы образа жизни и среды

В качестве немодифицируемых средовых факторов риска формирования МС принято рассматривать прибавку веса матерью в период беременности, характер ее питания, стрессы, гестационный диабет, массу тела при рождении [27]. К модифицируемым факторам помимо фармакогенного (см. выше в соответствующем подразделе) относят нерациональную диету, богатую быстрыми углеводами и жирами, низкий уровень физической активности, низкий социально-экономический статус, недостаточный сон, продолжительное «экранное» время, вредные привычки, эндокринные нарушения [27].

Методы профилактики МС

Основой профилактики МС является комплексная оценка исходного состояния здоровья. Так, перед началом терапии антипсихотиками второго поколения

вне зависимости от возраста пациентов рекомендуется сбор данных анамнеза (семейного и индивидуального), касающихся диабета, ожирения, дислипидемии, АГ и других сердечно-сосудистых заболеваний; измерение АД, окружности талии и веса (с расчетом ИМТ); анализ крови натощак для определения уровня глюкозы и компонентов липидного профиля [56]. Подобное обследование позволяет определить необходимость интервенций, направленных на коррекцию образа жизни, и наличие противопоказаний к назначению препаратов «метаболического риска». В ходе терапии рекомендуется регулярный мониторинг перечисленных показателей.

При выявлении МС первоначальной интервенцией у детей и подростков является коррекция образа жизни [58]. В качестве ориентира можно использовать рекомендации Эндокринологического общества по включению ежедневных 20 минут физической нагрузки средней или высокой интенсивности в режим дня, что благоприятно влияет на инсулинорезистентность и АГ [57], а также на течение основного заболевания [55]. Полезным является и ограничение использования электронных устройств в неакадемических целях до 60–120 минут в день с целью профилактики гиподинамии [57]. Последнее может также положительно сказаться и на продолжительности сна, дефицит которого у подростков ассоциирован, как уже отмечалось, с АГ, инсулинорезистентностью и низким уровнем ЛПВП [54]. Имеются данные об эффективности психотерапевтических интервенций, направленных на снижение массы тела, в отношении профилактики «детско-подросткового» МС [67].

Для взрослых актуальны схожие основные принципы коррекции избыточного веса и ожирения в отношении адекватных физических нагрузок и соблюдения определенных диетических ограничений. Имеются данные, что физические упражнения оказывают выраженное влияние на депрессивные симптомы. Так, регулярные физические упражнения связаны с более низкими показателями выраженности депрессивной и тревожной симптоматики во всех возрастных группах [17]. Многие исследования сфокусированы на физических упражнениях, оказывающих благоприятный эффект на аффективное состояние. Выявлено, что их эффекты проявляются через механизмы, подобные тем, что лежат в основе действия антидепрессантов, — активацию моноаминергических систем в различных участках мозга [47].

Кроме того, одним из основных методов профилактики МС является рациональная тактика назначения психофармакологических средств, например ограничение применения антипсихотиков только теми случаями, при которых эти препараты имеют доказанный высокий уровень эффективности, при отсутствии метаболически нейтральных альтернатив.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

МС является частой проблемой в психиатрической практике, существенно влияющей на качество и продолжительность жизни пациентов, их привержен-

ность медикаментозной терапии, а также во многом определяющей тактику лечения психического расстройства. При том что большая часть проводимых исследований сфокусирована на взрослых и пожилых пациентах, имеется явный дефицит научных знаний в области МС при психических расстройствах в детско-подростковом возрасте. Данные о специфических методах профилактики МС у детей и подростков с психическими расстройствами и об их эффективности крайне ограничены. При этом потенциальная обратимость МС на начальных этапах его формирования придает особую важность не только его раннему выявлению, но и разработке превентивных интервенций, основанных на модифицируемых факторах риска.

Литература

1. Горбунова А. П., Рукавишников Г. В., Касьянов Е. Д., Мазо Г. Э. Роль гематологических коэффициентов системного воспаления в диагностике и оценке риска аффективных расстройств // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева*. 2024; 58 (1): 47–55. doi: 10.31363/2313-7053-2024-79.
2. Доскина Е. В. Метаболический синдром — это очень серьезно! // *Диабет. Образ жизни*. 2007; 3: 57–59.
3. Сахарный диабет 2 типа у детей: клинические рекомендации [www.cr.minzdrav.gov.ru]. Рубрикатор клинических рекомендаций. [Процитировано 07 октября 2024]. Доступно: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/622_5.
4. Кондратьева Е. И., Одинаева Н. Д., Дроздова А. И., Кулеватова А. Ю., Васина Е. В. Метаболический синдром у детей и подростков: учебное пособие. М.: ГБУЗ Московской области «Научно-исследовательский клинический институт детства Минздрава Московской области», 2022.
5. Международная федерация диабета (IDF): консенсус по критериям метаболического синдрома // *Ожирение и метаболизм*. 2005; 2 (3): 47–49.
6. Незнанов Н. Г., Кибитов А. О., Мазо Г. Э. Депрессия и риск развития соматических заболеваний: руководство для врачей. М.: Специальное издательство медицинских книг, 2018. 248 с.
7. Попов М. Ю. Отдаленные последствия психофармакотерапии в подростковом возрасте: минимизация потенциальных рисков // *Современная терапия психических расстройств*. 2024; 3: 58–69. doi: 10.21265/PSYPH.2024.65.78.006.
8. Ahrens W., Moreno L. A., Mårild S. et al. Metabolic syndrome in young children: definitions and results of the IDEFICS study // *Int. J. Obes. (Lond)*. 2014; 38 Suppl. 2: S4–S14. doi:10.1038/ijo.2014.130.
9. Alberti K. G., Zimmet P., Shaw J.; IDF Epidemiology Task Force Consensus Group. The metabolic syndrome — a new worldwide definition // *Lancet*. 2005 Sep 24–30; 366 (9491): 1059–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67402-8.
10. Arnaud A. M., Brister T. S., Duckworth K. et al. Impact of Major Depressive Disorder on Comorbidities: A Systematic Literature Review // *J. Clin. Psychiatry*. 2022 Oct 19; 83 (6): 21r14328. doi: 10.4088/JCP.21r14328.
11. Belei O., Olariu L., Dobrescu A. et al. The relationship between non-alcoholic fatty liver disease and small intestinal bacterial overgrowth among overweight and obese children and adolescents // *J. Pediatr. Endocrinol. Metab*. 2017 Oct 26; 30 (11): 1161–1168. doi: 10.1515/jpem-2017-0252.
12. Bussler S., Penke M., Flemming G. et al. Novel Insights in the Metabolic Syndrome in Childhood and Adolescence // *Horm. Res. Paediatr*. 2017; 88 (3–4): 181–193. doi: 10.1159/000479510.

13. *Carmona-Vazquez C. R., Ruiz-Garcia M., Pena-Landin D. M. et al.* Prevalencia de obesidad y síndrome metabólico en pacientes pediátricos con epilepsia tratados en monoterapia con ácido valproico [The prevalence of obesity and metabolic syndrome in paediatric patients with epilepsy treated in monotherapy with valproic acid] // *Rev. Neurol.* 2015 Sep 1; 61 (5): 193–201 (In Spanish).
14. *Carnovale C., Battini V., Santoro C. et al.* Umbrella Review: Association Between Antipsychotic Drugs and Metabolic Syndrome Hallmarks in Children and Adolescents // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2024; 63 (3): 313–335. doi:10.1016/j.jaac.2023.04.018.
15. *Clemente M. G., Mandato C., Poeta M., Vajro P.* Pediatric non-alcoholic fatty liver disease: Recent solutions, unresolved issues, and future research directions // *World J. Gastroenterol.* 2016 Sep 28; 22 (36): 8078–8093. doi: 10.3748/wjg.v22.i36.8078.
16. *Cook S., Weitzman M., Auinger P. et al.* Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994 // *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.* 2003 Aug; 157 (8): 821–827. doi: 10.1001/archpedi.157.8.821.
17. *Contreras-Osorio F., Ramirez-Campillo R., Cerda-Vega E. et al.* Effects of Physical Exercise on Executive Function in Adults with Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022 Nov 18; 19 (22): 15270. doi: 10.3390/ijerph192215270.
18. *Correll C. U., Solmi M., Veronese N. et al.* Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls // *World Psychiatry.* 2017 Jun; 16 (2): 163–180. doi: 10.1002/wps.20420.
19. *Cruz M. L., Goran M. I.* The metabolic syndrome in children and adolescents // *Curr. Diab. Rep.* 2004 Feb; 4 (1): 53–62. doi: 10.1007/s11892-004-0012-x.
20. *de Ferranti S. D., Gauvreau K., Ludwig D. S. et al.* Prevalence of the metabolic syndrome in American adolescents: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey // *Circulation.* 2004 Oct 19; 110 (16): 2494–2497. doi: 10.1161/01.CIR.0000145117.40114.C7.
21. *De Hert M., Dobbelaere M., Sheridan E. M. et al.* Metabolic and endocrine adverse effects of second-generation antipsychotics in children and adolescents: A systematic review of randomized, placebo controlled trials and guidelines for clinical practice // *Eur. Psychiatry.* 2011 Apr; 26 (3): 144–158. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.09.011.
22. *Devlin A. M., Ngai Y. F., Ronsley R., Panagiotopoulos C.* Cardiometabolic risk and the MTHFR C677T variant in children treated with second-generation antipsychotics // *Transl. Psychiatry.* 2012 Jan 24; 2 (1): e71. doi: 10.1038/tp.2011.68.
23. *Drager L.F., Togeiro S.M., Polotsky V.Y., Lorenzi-Filho G.* Obstructive sleep apnea: a cardio-metabolic risk in obesity and the metabolic syndrome // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2013 Aug 13; 62 (7): 569–576. doi: 10.1016/j.jacc.2013.05.045.
24. *Duncan G. E., Li S. M., Zhou X. H.* Prevalence and trends of a metabolic syndrome phenotype among U.S. adolescents, 1999–2000 // *Diabetes Care.* 2004 Oct; 27 (10): 2438–2443. doi: 10.2337/diacare.27.10.2438.
25. *Fatima Y., Doi S. A., Mamun A. A.* Sleep quality and obesity in young subjects: a meta-analysis // *Obes. Rev.* 2016 Nov; 17 (11): 1154–1166. doi: 10.1111/obr.12444.
26. *Fernandez-Egea E., Bernardo M., Donner T. et al.* Metabolic profile of antipsychotic-naïve individuals with non-affective psychosis // *Br. J. Psychiatry.* 2009 May; 194 (5): 434–438. doi: 10.1192/bjp.bp.108.052605.
27. *Flemming G. M., Bussler S., Körner A., Kiess W.* Definition and early diagnosis of metabolic syndrome in children // *J. Pediatr. Endocrinol. Metab.* 2020 Jul 28; 33 (7): 821–833. doi: 10.1515/jpem-2019-0552.

28. Ford E. S., Ajani U. A., Mokdad A. H. National Health and Nutrition Examination. The metabolic syndrome and concentrations of C-reactive protein among U.S. youth // *Diabetes Care*. 2005 Apr; 28 (4): 878–881. doi: 10.2337/diacare.28.4.878.
29. Furukawa S., Fujita T., Shimabukuro M. *et al.* Increased oxidative stress in obesity and its impact on metabolic syndrome // *J. Clin. Invest.* 2004 Dec; 114 (12): 1752–1761. doi: 10.1172/JCI21625.
30. Giménez-Palomo A., Gomes-da-Costa S., Dodd S. *et al.* Does metabolic syndrome or its component factors alter the course of bipolar disorder? A systematic review // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2022 Jan; 132: 142–153. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.11.026.
31. Gotlib D., Ramaswamy R., Kurlander J. E. *et al.* Valproic Acid in Women and Girls of Childbearing Age // *Curr. Psychiatry Rep.* 2017 Sep; 19 (9): 58. doi: 10.1007/s11920-017-0809-3.
32. Grundy S. M., Cleeman J. I., Daniels S. R. *et al.* Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement // *Circulation*. 2005; 112 (17): 2735–2752. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.169404.
33. Hotamisligil G. S. Inflammation, metaflammation and immunometabolic disorders // *Nature*. 2017; 542 (7640): 177–185.
34. Kessler R. C., Berglund P. A., Chiu W. T. *et al.* The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys // *Biol. Psychiatry*. 2013 May 1; 73 (9): 904–914. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
35. Khashchenko E., Vysokikh M., Uvarova E. *et al.* Activation of Systemic Inflammation and Oxidative Stress in Adolescent Girls with Polycystic Ovary Syndrome in Combination with Metabolic Disorders and Excessive Body Weight // *J. Clin. Med.* 2020 May 9; 9 (5): 1399. doi: 10.3390/jcm9051399.
36. Kim H. B., Wolf B. J., Kim J. H. Association of metabolic syndrome and its components with the risk of depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis of cohort studies // *J. Affect. Disord.* 2023 Feb 15; 323: 46–54. doi:10.1016/j.jad.2022.11.049.
37. Kryzhanovskaya L. A., Xu W., Millen B. A. *et al.* Comparison of long-term (at least 24 weeks) weight gain and metabolic changes between adolescents and adults treated with olanzapine // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2012 Apr; 22 (2): 157–165. doi: 10.1089/cap.2010.0020.
38. Li C., Birmaher B., Rooks B. *et al.* High Prevalence of Metabolic Syndrome Among Adolescents and Young Adults With Bipolar Disorder // *J. Clin. Psychiatry*. 2019 Jul 30; 80 (4): 18m12422. doi: 10.4088/JCP.18m12422.
39. Li P., Jiang R., Li L. *et al.* Usefulness of hemoglobin A(1c) as a criterion to define metabolic syndrome in nondiabetic Chinese adolescents // *J. Investig. Med.* 2013 Mar; 61 (3): 586–592. doi: 10.2310/JIM.0b013e318280ab13.
40. Libowitz M. R., Nurmi E. L. The Burden of Antipsychotic-Induced Weight Gain and Metabolic Syndrome in Children // *Front Psychiatry*. 2021 Mar 12; 12: 623681. doi: 10.3389/fpsyt.2021.623681.
41. Moradi Y., Albatineh A. N., Mahmoodi H., Gheshlagh R. G. The relationship between depression and risk of metabolic syndrome: a meta-analysis of observational studies // *Clin. Diabetes Endocrinol.* 2021 Mar 2; 7 (1): 4. doi: 10.1186/s40842-021-00117-8.
42. Myers M. G., Cowley M. A., Münzberg H. Mechanisms of leptin action and leptin resistance // *Annu. Rev. Physiol.* 2008; 70: 537–556. doi: 10.1146/annurev.physiol.70.113006.100707. PMID: 17937601.
43. Nehus E. Obesity and chronic kidney disease // *Curr. Opin. Pediatr.* 2018 Apr; 30 (2): 241–246. doi: 10.1097/MOP.0000000000000586.
44. Noubiap J. J., Nansseu J. R., Lontchi-Yimagou E. *et al.* Global, regional, and country estimates of metabolic syndrome burden in children and adolescents in 2020: a systematic review and

modelling analysis // *Lancet Child Adolesc. Health*. 2022 Mar; 6 (3): 158–170. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00374-6.

45. Nussbaum L. A., Dumitraşcu V., Tudor A. *et al.* Molecular study of weight gain related to atypical antipsychotics: clinical implications of the CYP2D6 genotype // *Rom. J. Morphol. Embryol.* 2014; 55 (3): 877–884.
46. Patel R. S., Majumder P., Correll C. U. Characteristics and Correlates of Metabolic Syndrome in Adolescents with Unipolar and Bipolar Depression: Results from a Cross-National Inpatient Case-Control Study // *J. Child Adolesc. Psychopharmacol.* 2022 Oct; 32 (8): 426–433. doi: 10.1089/cap.2022.0017.
47. Pearce M., Garcia L., Abbas A. *et al.* Association Between Physical Activity and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-analysis // *JAMA Psychiatry*. 2022 Jun 1; 79 (6): 550–559. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2022.0609.
48. Qin B., Zhang Y., Zhou X. *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants in young patients: a meta-analysis of efficacy and acceptability // *Clin. Ther.* 2014; 36 (7): 1087–1095.e4. doi:10.1016/j.clinthera.2014.06.001.
49. Ramírez-Garza S. L., Laveriano-Santos E. P., Moreno J. J. *et al.* Metabolic syndrome, adiposity, diet, and emotional eating are associated with oxidative stress in adolescents // *Front. Nutr.* 2023 Sep 12; 10: 1216445. doi: 10.3389/fnut.2023.1216445.
50. Reaven G. M. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease // *Diabetes*. 1988 Dec; 37 (12): 1595–1607. doi: 10.2337/diab.37.12.1595.
51. Reekie J., Hosking S. P., Prakash C. *et al.* The effect of antidepressants and antipsychotics on weight gain in children and adolescents // *Obes. Rev.* 2015 Jul; 16 (7): 566–580. doi: 10.1111/obr.12284.
52. Reisinger C., Nkeh-Chungag B. N., Fredriksen P. M., Goswami N. The prevalence of pediatric metabolic syndrome-a critical look on the discrepancies between definitions and its clinical importance // *Int. J. Obes. (Lond)*. 2021 Jan; 45 (1): 12–24. doi: 10.1038/s41366-020-00713-1.
53. Rocha E. P. A. A., Vogel M., Stanik J. *et al.* Serum Uric Acid Levels as an Indicator for Metabolically Unhealthy Obesity in Children and Adolescents // *Horm. Res. Paediatr.* 2018; 90 (1): 19–27. doi: 10.1159/000490113.
54. Sayin F. K., Buyukinan M. Sleep Duration and Media Time Have a Major Impact on Insulin Resistance and Metabolic Risk Factors in Obese Children and Adolescents // *Child Obes.* 2016 Aug; 12 (4): 272–278. doi: 10.1089/chi.2015.0126.
55. Schuch F. B., Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on // *Trends Psychiatry Psychother.* 2021 Jul-Sep; 43 (3): 177–184. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0237.
56. Stahl S. M. *Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology*, 6th Edition. Cambridge University Press, 2017.
57. Styne D. M., Arslanian S. A., Connor E. L. *et al.* Pediatric obesity-assessment, treatment, and prevention: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2017 Mar 1; 102 (3): 709–757. doi: 10.1210/jc.2016-2573.
58. Tagi V. M., Samvelyan S., Chiarelli F. Treatment of Metabolic Syndrome in Children // *Horm. Res. Paediatr.* 2020; 93 (4): 215–225. doi: 10.1159/000510941.
59. Teede H. J., Tay C. T., Laven J. J. E. *et al.* Recommendations from the 2023 international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome // *Eur. J. Endocrinol.* 2023 Aug 2; 189 (2): G43–G64. doi:10.1093/ajendo/lvad096.
60. Upadhyay N., Patel A., Chan W. *et al.* Reversibility of psychotropic medication induced weight gain among children and adolescents with bipolar disorders // *Psychiatry Res.* 2019 Jun; 276: 151–159. doi: 10.1016/j.psychres.2019.05.005.
61. Vancampfort D., Stubbs B., Mitchell A. J. *et al.* Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major

- depressive disorder: a systematic review and meta-analysis // World Psychiatry. 2015 Oct; 14 (3): 339–347. doi: 10.1002/wps.20252.
62. Viner R. M., Segal T. Y., Lichtarowicz-Krynska E., Hindmarsh P. Prevalence of the insulin resistance syndrome in obesity // Arch. Dis. Child. 2005 Jan; 90 (1): 10–14. doi: 10.1136/adc.2003.036467.
63. Weiss R., Dziura J., Burgert T. S. et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents // N. Engl. J. Med. 2004 Jun 3; 350 (23): 2362–2374. doi: 10.1056/NEJMoa031049.
64. Widjaja N. A., Irawan R., Hanindita M. H. et al. METS-IR vs. HOMA-AD and Metabolic Syndrome in Obese Adolescents // J. Med. Invest. 2023; 70 (1.2): 7–16. doi: 10.2152/jmi.70.7.
65. World Health Organization Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: World Health Organization Report. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999: 59.
66. Yanai H., Adachi H., Hakoshima M., Katsuyama H. Molecular Biological and Clinical Understanding of the Pathophysiology and Treatments of Hyperuricemia and Its Association with Metabolic Syndrome, Cardiovascular Diseases and Chronic Kidney Disease // Int. J. Mol. Sci. 2021 Aug 26; 22 (17): 9221. doi: 10.3390/ijms22179221.
67. Ye W., Xing J., Yu Z. et al. Mechanism and treatments of antipsychotic-induced weight gain // Int. J. Obes. (Lond). 2023 Jun; 47 (6): 423–433. doi: 10.1038/s41366-023-01291-8.
68. Zimmet P., Alberti G., Kaufman F. et al. International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention of Diabetes. The metabolic syndrome in children and adolescents // Lancet. 2007 Jun 23; 369 (9579): 2059–2061. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60958-1.

Список сокращений

АГ — артериальная гипертензия

АД — артериальное давление

АО — абдоминальное ожирение

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ИМТ — индекс массы тела

МС — метаболический синдром

МКБ — Международная классификация болезней

НАЖБП — неалкогольная жировая болезнь печени

ОНП — однонуклеотидный полиморфизм

ОТ — окружность талии

ПГТТ — пероральный глюкозотолерантный тест

СД — сахарный диабет

СПЯ — синдром поликистозных яичников

ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

ТГ — триглицериды

ТТГ — тиреотропный гормон

ХБП — хроническая болезнь почек

ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности

ХС ЛПВП — холестерин липопротеинов высокой плотности

IDF — International Diabetes Federation (Международная федерация диабета)

Вторичная негативная симптоматика при шизофрении: клиническая диагностика и подходы к терапии

А. А. Моритц, М. В. Иванов

ВВЕДЕНИЕ

Диагностика и лечение негативной симптоматики при шизофрении остаются одной из наиболее сложных областей клинической психиатрии. Это связано с полиморфным характером симптомов, их низкой чувствительностью к традиционной антипсихотической терапии и выраженным влиянием на социальное и когнитивное функционирование пациентов. Негативные симптомы могут формироваться под действием как эндогенных, так и экзогенных факторов. Важно различать первичные и вторичные негативные симптомы, поскольку они отражают разные механизмы и требуют различных терапевтических подходов [1]. Первичные негативные симптомы (ПНС) рассматриваются как аутохтонные проявления, непосредственно связанные с патологическим процессом, и включают такие симптомы, как аффективное уплощение, аволиция (снижение мотивации), ангедония, алогия (бедность речи) и асоциальность (социальная отгороженность) [2]. Эти симптомы отражают ядерные нарушения, возникающие в результате дисфункции нейрокогнитивных и нейрофизиологических механизмов, и могут быть интерпретированы как проявления «психического дефицита», который формируется в результате прогрессирующего распада высших психических функций [3].

Вторичные негативные симптомы (ВНС), напротив, возникают в результате воздействия внутренних (позитивные, когнитивные и депрессивные симптомы, коморбидные соматические заболевания) или внешних факторов (социального и терапевтического происхождения), носят более динамичный характер и могут быть частично обратимы при устранении вторичных факторов [4, 5].

Разграничение первичных и вторичных негативных симптомов имеет как теоретическую, так и практическую значимость, поскольку напрямую влияет на выбор терапевтической стратегии [5]. В то время как первичные симптомы требуют воздействия на патогенетические основы заболевания, вторичные симптомы могут быть частично или полностью редуцированы путем коррективной медикаментозной терапии, проведения социальной реабилитации и внедрения психообразовательных программ [6].

В условиях сохраняющихся методологических и практических сложностей, связанных с диагностикой и терапией ВНС, приоритетным направлением научно-исследовательской деятельности отделения биологической терапии психических расстройств НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева явилась разработка подходов к их клиническому выявлению и коррекции. Эмпирические и теоретические

обоснования данного подхода, представленные в серии публикаций [7–9], составили доказательную базу для формирования настоящих клинических рекомендаций. Предлагаемые подходы не требуют дополнительных кадровых или финансовых ресурсов и могут быть внедрены в повседневную практику врача-психиатра.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Дифференциальная диагностика и своевременная коррекция ВНС играют ключевую роль в улучшении функциональных исходов и качества жизни больных. В связи с отсутствием единых стандартов оценки и лечения данной симптоматики актуальной становится разработка методических рекомендаций, основанных на современных научных данных и клиническом опыте. Представленные рекомендации направлены на оптимизацию подходов к диагностике, мониторингу и терапии вторичных негативных симптомов у пациентов с шизофренией.

Предлагаемая система классификации вторичных негативных симптомов основана на их дифференциации по этиологическим факторам и направлена на определение патогенетически обоснованных стратегий терапевтического воздействия. Согласно результатам собственных исследований с дополнениями на основе работ С. Н. Мосолова [4] разработана следующая классификация вторичных негативных симптомов, дифференцированная по этиологическим признакам (рис. 1).

Дальнейшее изложение материала будет проводиться в подразделах в соответствии с предложенной моделью ВНС.

Вторичные негативные симптомы, вызванные депрессивными симптомами

Диагностические аспекты

При обследовании пациентов с шизофренией необходимо учитывать, что депрессивные расстройства встречаются в 25–60% случаев и часто маскируют или усиливают негативную симптоматику [10]. Феноменологическое перекрытие симптомов депрессии и первичных негативных расстройств, таких как ангедония, аволия и социальная изоляция, создает значительные диагностические трудности [11–13]. При этом снижение настроения, суицидальные мысли и чувство беспомощности целесообразно рассматривать как более характерные для депрессии, в то время как алогия и притупленный аффект — для негативной симптоматики [14].

Депрессивные симптомы при шизофрении часто носят ремиттирующий характер, что контрастирует с устойчивостью ПНС. Важно отметить, что ВНС, ассоциированные с депрессией, зачастую обладают эгидистонией, что делает их более осознаваемыми пациентами (так называемый «парадокс инсайта»), вызывая больший дистресс, в отличие от эгосинтонных симптомов ПНС, которые часто воспринимаются как часть собственного «Я» [15–17]. В нашем исследовании [7] обнаружено, что пациенты с преобладанием ВНС чаще, чем больные, у которых преобладают ПНС, испытывают тревогу, более критичны к своему

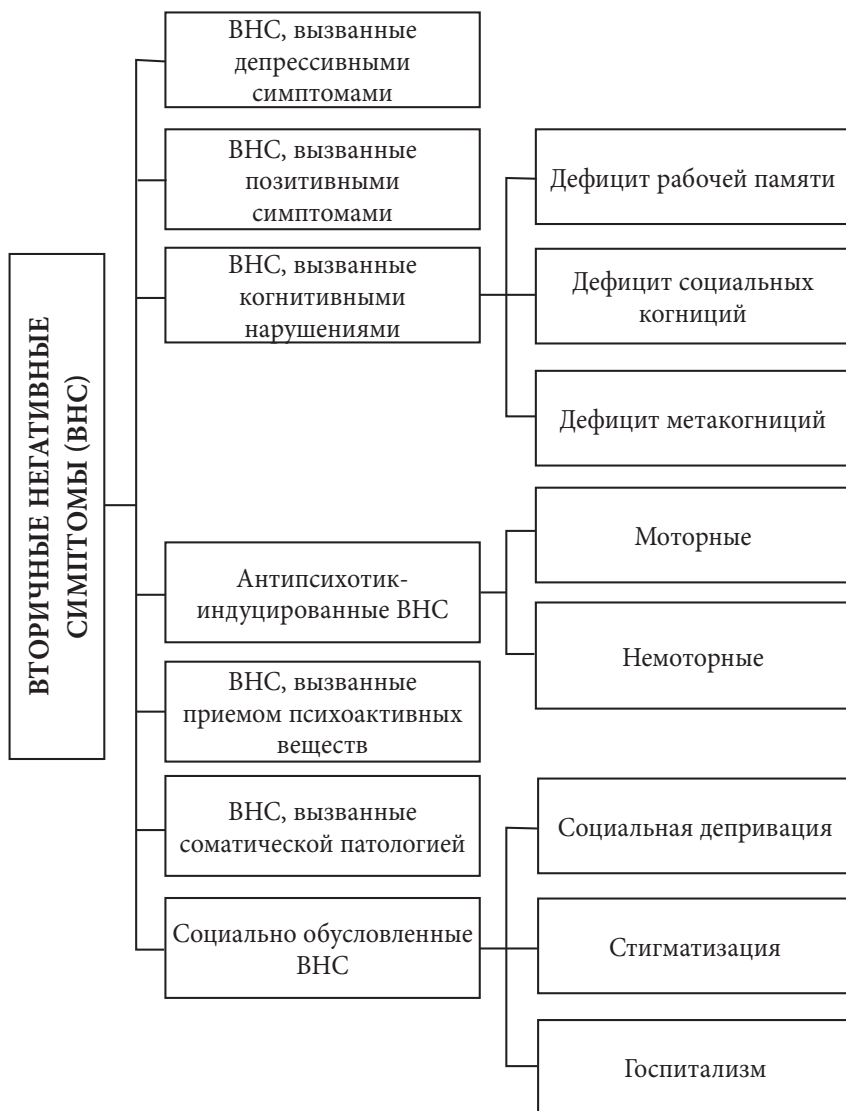


Рис. 1. Систематизация вторичных негативных симптомов в зависимости от механизмов их формирования

заболеванию и в большей степени способны переживать дистресс в ответ на неприятные события. С учетом этого в рамках настоящего клинического контекста способность испытывать дистресс может рассматриваться как проявление эго-дистонии ВНС, вызванных депрессией. При этом нами обнаружено, что наличие ВНС, вызванных депрессивными симптомами, ассоциировано с меньшим уровнем нарушений в социальном функционировании.

Помимо этого, исходя из результатов лонгитюдного исследования An der Heiden и соавт., отмечено, что у 85% пациентов негативные симптомы остаются

стабильными в течение 5 лет, тогда как депрессивные эпизоды рецидивируют у 60%. Это создает риск гипердиагностики ПНС в острых фазах депрессии, особенно при использовании общих шкал, таких как PANSS. Для инструментальной диагностики предпочтительно использовать шкалу CDSS, разработанную специально для выявления депрессии при шизофрении, которая обладает большей специфичностью по сравнению с субшкалой PANSS [18].

Исходя из вышесказанного, в контексте дифференциальной диагностики ПНС и ВНС, вызванных депрессией, рекомендуется проводить детальное клинико-психопатологическое интервью с оценкой специфических для депрессии симптомов, анализом эгодистонии/синтонии негативных симптомов и динамических аспектов.

Подходы к терапии

При обнаружении ВНС, вызванных депрессией, рекомендуется проводить коррекционные мероприятия, направленные на терапию депрессии при шизофрении. На основе результатов проведенных исследований и литературных данных предлагаются следующие стратегии вмешательства [19–21]:

- перевод на терапию антипсихотиком второго/третьего поколений с антидепрессивной активностью: арипипразол, карипразин, амисульприд, оланзапин, рисперидон, кветиапин, луразидон, брекспипразол, клозапин;
- добавление к терапии антипсихотиком — антидепрессанта (СИОЗС, СИОЗС-СН, ТЦА);
- когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ);
- транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) и электросудорожная терапия (ЭСТ).

Важно отметить, что при наличии высокого суицидального риска предпочтительным выбором является клозапин [19].

Вторичные негативные симптомы, вызванные позитивными симптомами

Диагностические аспекты

Клиническая картина ВНС в контексте позитивных симптомов формируется галлюцинаторно-бредовыми феноменами, которые вторично приводят к снижению аффективного резонанса, ограничению социальной активности и мотивационному дефициту как защитной реакции пациента на субъективно угрожающую реальность [22]. Важно помнить, что в фазе развернутого психоза вопрос о разграничении ВНС от ПНС не ставится, поскольку оценка негативной симптоматики в этот период может быть искажена из-за ее тесной связи с доминирующими позитивными проявлениями [23]. В таких случаях выявляемые негативные проявления носят преимущественно вторичный характер и редуцируются по мере купирования психоза.

Однако остаточные позитивные симптомы могут существенно влиять на качество жизни больных шизофренией и препятствовать их социальной адаптации, приводя к развитию ВНС [5, 24]. В ходе качественного анализа субъективных

переживаний больных с негативными симптомами, проведенного I. Butcher и соавт. [25], обнаружено, что пациенты чаще называли причиной своих негативных симптомов именно позитивные симптомы. Постоянное звучание «голосов» в голове пациентов вызывало ощущение бессилия, лишая их возможности нормально функционировать. Параллельно с этим подозрительность и бред преследования субъективно усиливали негативные симптомы, затрудняя взаимодействие с окружающими и приводя к прогрессирующей социальной и эмоциональной изоляции.

Для идентификации ВНС, обусловленных позитивной симптоматикой, требуется тщательный психопатологический анализ, направленный на выявление причин социальной изоляции и амотивации. При этом пациенты нередко указывают на связь негативных симптомов с дистрессом, обусловленным галлюцинациями, явлениями психического автоматизма, бредовыми переживаниями и повышенной подозрительностью [25, 26]. Немаловажную роль в решении поставленной задачи играет установление доверительного контакта с целью формирования прочного терапевтического альянса и повышения комплаенса, что позволит выявить скрываемые пациентом позитивные симптомы, которые могут лежать в основе ВНС [27].

Подходы к терапии

При выявлении остаточных галлюцинаторных или бредовых расстройств рекомендуются следующие интервенции [4, 8, 28–31]:

- налаживание антипсихотической терапии: доведение дозировок до эффективных с учетом безопасности;
- перевод на терапию клозапином при сформировавшейся резистентности;
- сочетание клозапина и антипсихотиков третьего поколения: арипипразол, карипразин, брекспипразол;
- ЭСТ, ТМС;
- КПТ, психодинамическая психотерапия.

Наилучшие результаты достигаются при комплексном подходе, сочетающем фармакотерапию и психосоциальные вмешательства

Вторичные негативные симптомы, вызванные когнитивными нарушениями

Диагностические аспекты

Когнитивные расстройства наблюдаются примерно у 80% пациентов с шизофренией и представляют собой важный фактор, способствующий формированию ВНС [32]. Наиболее часто встречаются нарушения рабочей памяти, дефицит социальных когниций и недостаточность метакогнитивных процессов.

1. *Дефицит рабочей памяти.* Под рабочей памятью понимается функция временного хранения и обработки информации, которая имеет ключевое значение для таких процессов, как речь, исполнительные функции, обучение и память. Снижение рабочей памяти и дезорганизация мышления могут проявляться в виде амотивации и социальной отгороженности [24].

2. *Дефицит социальных когний.* Нарушение социальных когний включает в себя расстройство восприятия, интерпретации и реагирования на социальные сигналы, такие как эмоции, мысли и намерения других людей. Согласно данным G. Giordano и соавт., нейрокогнитивные нарушения не оказывают прямого влияния на общий уровень функционирования пациентов, однако их эффект опосредуется через негативные симптомы, в частности — экспрессивный дефицит, который усиливается на фоне когнитивных трудностей [33]. Помимо этого выявлено, что нарушения социальных когний достоверно влияют на социально полезную деятельность, способствуя возникновению трудностей в межличностном взаимодействии и повседневной адаптации.

3. *Дефицит метакогний.* Понятие дефицита метакогний содержит в себе нарушение способности рефлексировать, думать о своем мышлении, понимать свои мысли и размышлять о собственном психическом состоянии. Эти нарушения приводят к трудностям в определении целей, планов и эмоционально значимых намерений, что снижает мотивацию к выполнению задач, особенно в условиях повышенной сложности или эмоциональной нагрузки [34]. Подобные нарушения могут служить независимым препятствием для психосоциального функционирования, снижать мотивацию к работе и, соответственно, приводить к развитию проявлений амотивации, социальной отгороженности и аффективного уплощения [35].

В выявлении нейрокогнитивных нарушений предлагается оценка когнитивных функций объективными методами, среди которых для оценки когнитивных нарушений можно выделить когнитивную батарею консенсуса MATRICS [36] и шкалу краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией BACS, а для оценки социальных когний — тест на распознавание эмоций Белла–Лисакера [37]. Вместе с тем не менее эффективным исследователям представляется проведение детального психопатологического интервью с анализом способности к метакогнитивным процессам, эмпатии и уровня восприятия социальных сигналов у больных шизофренией [38].

Подходы к терапии

С целью коррекции и профилактики ВНС, вызванных когнитивными нарушениями, рекомендуется применять следующие подходы [38–40]:

- перевод на антипсихотики второго и третьего поколения, поскольку они обладают более благоприятным когнитивным профилем в сравнении с антипсихотиками первого поколения;
- минимизация, по возможности, применения бензодиазепинов и антихолинэргических средств из-за их негативного влияния на когнитивные функции;
- когнитивная ремедиация — метод психосоциального вмешательства, направленный на улучшение когнитивных функций.

Несмотря на прогресс в терапии шизофрении, лечение когнитивных нарушений остается одной из сложнейших задач. Вышеописанные методы направлены в большей степени на профилактику возникновения когнитивных нарушений, нежели на ее терапию.

Антипсихотик-индуцированные вторичные негативные симптомы

Диагностические аспекты

По механизму возникновения антипсихотик-индуцированные ВНС можно подразделить на две группы: моторные и немоторные [41, 42]. Моторные ВНС возникают вследствие дофаминоблокирующего действия в нигростриарном пути, что приводит к лекарственно-индуцированному паркинсонизму (ЛИП), и гистаминоблокирующего действия, вызывающего седацию [42].

Имеются данные, что экстрапирамидные симптомы связаны как с мотивационно-волевым дефицитом, так и с эмоционально-экспрессивными нарушениями [22]. В работе D. Treen и соавт. акинезия, вызванная антипсихотиками, была связана с каждым из негативных симптомов и объясняла 25% изменчивости общей негативной симптоматики по шкале BNSS [42]. Следовательно, проявления ЛИП (акинезия, брадифения, гипомимия, ригидность) могут приводить к снижению мотивации и двигательной инициативы, в том числе инициации речевого контакта, что перекрывается с такими негативными симптомами как амотивация, алогия, аффективное уплощение [24, 42].

Моторные ВНС, вызванные седативным эффектом антипсихотиков, приводят к снижению общего уровня активности, что клинически проявляется апатией, снижением мотивации и ограничением спонтанной поведенческой активности [4]. Повышенный уровень седации, индуцированный приемом клозапина, динамически ассоциируется со снижением мотивации и способности испытывать удовольствие, при этом не оказывая влияния на эмоционально-экспрессивные нарушения [43].

В свою очередь, немоторные антипсихотик-индуцированные ВНС развиваются по двум основным механизмам: 1) прямое снижение уровня мотивации и удовольствия вследствие дофаминоблокирующего действия в мезокортико-лимбической системе [44] и 2) гиперпролактинемия, возникающая при блокаде дофаминовых рецепторов в тубероинфундибулярном пути [45]. По результатам исследования, проведенного на здоровых добровольцах, даже однократный прием рисперидона и галоперидола способен вызвать негативные симптомы (амотивацию и ангедонию) при отсутствии клинически значимых ЭПС и седации [41]. Лекарственно-индуцированная гиперпролактинемия способствует астенизации, эмоциональной нивелировке и развитию вторичных депрессий, что является дополнительным фактором формирования ВНС [46].

Дифференциальную диагностику ПНС и антипсихотик-индуцированных ВНС позволяют провести клинические особенности ВНС. Так, ретроспективно можно установить время начала ВНС, вызванных антипсихотиками, и оценить связь выраженности ВНС с дозировкой и длительностью терапии антипсихотиком [26]. В дополнение к этому, пациенты зачастую сами связывают возникновение вышеописанных симптомов с началом приема антипсихотиков, что не характерно для ПНС. Диагностика ЛИП проводится с применением шкалы Симпсона–Ангуса для оценки экстрапирамидных побочных эффектов [47]. Выявление вторичной депрессии и астении, вызванных гиперпролактинемией, представляется возмож-

ным при проведении мониторинга концентрации пролактина в крови на фоне антипсихотической терапии с сопутствующей клинической оценкой эмоционального состояния [23]. Однако крайне сложно отличить антипсихотик-индуцированную амотивацию и ангедонию от ПНС в силу их клинической идентичности с ПНС и отсутствия связи с двигательными нарушениями [44].

Методы коррекции

С целью коррекции антипсихотик-индуцированных ВНС следует прибегать к следующим методам [48–50]:

- при недостаточной эффективности антипсихотика — перевод на другой антипсихотик с более благоприятным спектром побочных эффектов, а именно с низким риском развития ЛИП, седации, гиперпролактинемии (арипипразол, карипразин);
- присоединение корректора экстрапирамидных симптомов — тригексифенидила;
- снижение дозировки основного антипсихотика, если это осуществимо.

При этом важно учитывать индивидуальные особенности каждого пациента и подбирать терапию в соответствии с фармакологическим анамнезом и индивидуальными реакциями на терапию.

Вторичные негативные симптомы, вызванные приемом психоактивных веществ

Диагностические аспекты

Состояние пациентов с коморбидными шизофренией и аддикцией, имеющих так называемый двойной диагноз (dual diagnosis), характеризуется более выраженными депрессивными симптомами, такими как ангедония, стойкое снижение настроения и апатия [51]. Согласно исследованиям, у пациентов с шизофренией частота злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ) составляет около 50%, что в три раза превышает среднепопуляционные показатели [52–53]. Данные систематического обзора свидетельствуют о влиянии хронического употребления каннабиса на систему вознаграждения, которое проявляется в виде апатии, ангедонии и снижения мотивации в контексте ухудшения способности прилагать усилия для получения вознаграждения [54]. Подобным образом хроническое употребление психостимуляторов, вызывая гипофункцию дофаминергической системы и оказывая негативное влияние на нейропластичность, приводит к дефициту мотивации и способности испытывать удовольствие [55].

По мнению E. L. Garland (2021), дефицит положительных эмоций и нарушение мотивации — это трансдиагностические признаки зависимости, которые также наблюдаются при хроническом употреблении опиоидов, алкоголя, кокаина и др. [56]. Следовательно, экстраполируя эти данные на популяцию больных с двойным диагнозом, можно сделать вывод о возможном перекрытии вышеописанного дефицита мотивации и удовольствия с негативной симптоматикой с формированием ВНС.

Предлагается дифференцировать эти клинические состояния при помощи внимательного сбора наркологического анамнеза, лабораторной диагностики содержания ПАВ в биологических жидкостях, волосах, а также уточнения симптомов в период абстиненции [4].

Подходы к терапии

Терапия зависимости от ПАВ у пациентов с шизофренией требует интегрированного подхода, сочетающего фармакологические и психосоциальные методы, среди которых можно выделить следующие [57–59]:

- модифицированная КПТ и мотивационная терапия;
- применение антипсихотиков, показавших эффективность при двойном диагнозе, — клозапин, рисперидон, оланзапин;
- добавление налтрексона к терапии антипсихотиками.

Важно регулярно оценивать мотивацию к изменениям, учитывать когнитивные и мотивационные дефициты, а также предлагать пациентам индивидуализированные и длительные программы поддержки.

Вторичные негативные симптомы, вызванные соматической патологией

Диагностические аспекты

Пациенты с шизофренией демонстрируют повышенную предрасположенность к развитию коморбидных соматических заболеваний, что подтверждается исследованиями как у лиц с установленным диагнозом, так и у пациентов с продромальными симптомами заболевания [60, 61]. Среди соматических нарушений, способных приводить к формированию ВНС, можно выделить: хронические сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, гипотиреоз, хронический болевой синдром, хроническую анемию и т. д. Как подчеркивают авторы, соматические заболевания, вероятно, вторично амплифицируют негативные симптомы, ограничивая социальную адаптацию пациентов [62].

Для минимизации диагностических ошибок и оптимизации терапии рекомендована комплексная соматическая оценка: до постановки диагноза психоза — для исключения вторичных нейропсихиатрических синдромов; при уже установленном диагнозе — для мониторинга прогрессирования коморбидности и коррекции лечения [63]. Такой подход позволяет не только уточнить патогенетические механизмы, но и повысить качество жизни пациентов за счет интеграции психиатрической и соматической помощи.

Подходы к терапии

Важным в терапии ВНС, вызванных соматической патологией, является определение ведущего патогенетического механизма (анемия, гипотиреоз, хроническая боль и т. д.), лежащего в основе формирования данных симптомов. Общим для терапии данной группы ВНС является междисциплинарный подход с участием психиатров, неврологов и терапевтов, приоритезирующий устранение

основной соматической причины (например, коррекцию гипотиреоза) с последующей симптоматической поддержкой.

Социально обусловленные вторичные негативные симптомы

Диагностические аспекты

Формирование ВНС в значительной степени обусловлено социальными факторами, которые усугубляют дезадаптацию пациентов. Исследования показывают, что социально-экономическое неблагополучие объясняет около 18% вариативности негативных симптомов [64]. Показано, что снижение плотности социальных сетей, то есть уменьшение количества и качества социальных связей, напрямую коррелирует с усилением асоциальности у пациентов [65]. Эти данные подчеркивают, что социальные факторы играют значительную роль в развитии и поддержании негативной симптоматики, что требует их учета в терапевтических стратегиях. Среди социально обусловленных факторов ВНС рассматриваются такие явления, как стигматизация, в том числе самостигматизация, госпитализм, социальная депривация и социально-экономические аспекты.

1. *Стигматизация* — это процесс, при котором человеку приписываются негативные черты или ограничения из-за его болезни. По данным M. S. Tibber и соавт., дискриминация по данному признаку, например при трудоустройстве, повышает риск асоциальности на 30% [66]. Вместе с тем пациенты с шизофренией часто интернализируют общественные стереотипы, связанные с психическими заболеваниями, и демонстрируют высокий уровень внутренней стигмы, что подтверждается исследованиями с использованием шкалы интернализованной стигмы психических заболеваний ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness Scale) [67].

2. *Госпитализм* — это явление характеризуется глубоким ухудшением социальных, эмоциональных и когнитивных функций, что приводит к значительной дезадаптации в обществе. По данным исследования I. Oshima и соавт., у 65% пациентов, находящихся в стационаре длительное время, наблюдается утрата социальных навыков [68]. Госпитализм способствует формированию пассивности и «выученной беспомощности» у пациентов с шизофренией, проявляющихся в снижении мотивации, утрате инициативы и бытовых навыков, а также в ограничении повседневной активности [69]. Это связано с тем, что пациенты привыкают к отсутствию связи между своими действиями и результатами, что усиливает негативные симптомы — апатию и зависимость от посторонней помощи [70, 71]. Длительное пребывание в стационаре также приводит к ослаблению социальных навыков и коммуникативных способностей, что способствует изоляции и социальной отгороженности больных [72].

3. *Социальная депривация* проявляется в ограничении доступа к базовым социальным ресурсам: поддержке семьи, образованию, трудоустройству и медицинской помощи. Эти ограничения усиливают изоляцию, снижают мотивацию и приводят к утрате социальных навыков. Согласно исследованиям C. L. Odgers и соавт., пациенты из районов с низким социально-экономическим статусом демонстрируют более выраженную асоциальность [73].

Выявление социально обусловленных ВНС затруднено из-за ограничений диагностических инструментов и сложности учета множества факторов. Ключевым методом остается сбор социального анамнеза, позволяющего выявить культурную неконгруэнтность и экзосистемные барьеры. Однако эффективность этого метода снижается из-за субъективности данных и нередкого нежелания пациентов раскрывать информацию о бедности, стигматизации или других проблемах. Таким образом, диагностика ВНС сталкивается с пересечением субъективности данных, ограниченности инструментов и культурного контекста, что осложняет разработку эффективных стратегий помощи.

Методы коррекции

Медикаментозная терапия в отношении социально-обусловленных ВНС является малоэффективной. Приоритетными методами коррекции данных нарушений представляются нижеперечисленные [74–76]:

- когнитивная ремедиация;
- тренинги социальных навыков;
- психообразование;
- семейная терапия.

Таким образом, для коррекции социальных нарушений при шизофрении рекомендуется интеграция психосоциальных, когнитивных и поведенческих методов с индивидуальным подбором программ реабилитации.

Сводная таблица подходов к диагностике вторичных негативных симптомов

На основании проведенного анализа отечественной и зарубежной литературы выделены ключевые аспекты, связанные с ВНС при шизофрении, которые имеют важное значение для практической психиатрии. Клиническое и психопатологическое осмысление симптомов является центральным элементом в диагностике ВНС, поскольку позволяет определить их происхождение, патогенетические механизмы и течение. В таблице 1 представлены обобщенные данные по клинико-психопатологическим характеристикам, динамике проявлений и социальным детерминантам различных форм вторичных негативных симптомов, что может служить ориентиром в повседневной клинической практике.

Таблица 1

Клинические характеристики вторичных негативных симптомов, обусловленные фактором их происхождения

Фактор ВНС	Проявления	ВНС	Дифференциальные клинические особенности
Депрессивные симптомы	Апатия, ангедония, чувство беспомощности	Ангедония, амотивация, социальная изоляция	Эгодистония симптомов, связь с эмоциональной лабильностью, ремиттирующий характер

Фактор ВНС	Проявления	ВНС	Дифференциальные клинические особенности
Позитивные симптомы	Остаточные бред и галлюцинации, подозрительность	Социальная отгороженность, амотивация, алогия	Связь с актуальными позитивными симптомами, субъективное указание на дистресс из-за симптомов
Когнитивные симптомы	Дефициты рабочей памяти, социальных когниций и метакогниций	Амотивация, социальная отгороженность, аффективное уплощение, алогия	Корреляция с выполнением когнитивных тестов, связь с когнитивным дефицитом с учетом уровня социальных когниций и метакогниций
Антипсихотик-индуцированные симптомы	Моторные: акинезия, брадифрения, снижение инициативности, седация	Социальная отгороженность, алогия, аффективное уплощение	Связь с началом приема антипсихотиков, улучшение при коррекции дозы или смене препарата, связь с двигательными нарушениями
	Немоторные: снижение мотивации и удовольствия	Ангедония, амотивация	Связь с приемом антипсихотиков, улучшение при коррекции дозы или смене препарата
Социальные факторы	Госпитализм, стигматизация, самостигматизация, социальная депривация	Социальная отгороженность, амотивация	Связь с длительной госпитализацией, данными социального анамнеза, уровнем самостигмы
Соматические факторы	Астения, апатия, пассивно-апатичный социальный уход	Амотивация, ангедония, социальная отгороженность	Связь с соматическими заболеваниями (например, гипотиреоз, сердечно-сосудистые заболевания, хронический болевой синдром), улучшение при компенсации соматического состояния
Зависимость от ПАВ	Снижение мотивации и удовольствия	Амотивация, ангедония	Связь с хроническим употреблением ПАВ (каннабиноиды, алкоголь, стимуляторы), установление двойного диагноза, подтверждение лабораторными тестами, улучшение в периоды абстиненции

Примечание. ВНС — вторичные негативные симптомы, ПАВ — психоактивные вещества.

Таким образом, ВНС могут быть обратимыми или частично обратимыми при устранении вторичных причин, что делает их важной мишенью для коррекционных мероприятий. Кроме того, необходимо учитывать, что ВНС могут быть результатом взаимодействия нескольких факторов, например сочетания депрессивных расстройств, когнитивного дефицита и побочных эффектов медикаментов. Такие случаи требуют комплексного подхода, включающего

мультидисциплинарное взаимодействие психиатров, неврологов, эндокринологов, наркологов и социальных работников. Вместе с тем важно отметить роль субъективного опыта пациента: осознание наличия симптомов, уровень дистресса и степень их влияния на качество жизни — все это должно учитываться при постановке диагноза и планировании терапии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учет генеза, временного контекста, связи с другими симптомами и реакции на лечение открывает возможность для более точной диагностики и эффективной коррекции вторичных негативных симптомов, что особенно важно в рамках персонализированного подхода к лечению шизофрении. Понимание клинических особенностей ВНС с психопатологическим их рассмотрением играет ключевую роль в понимании природы негативных расстройств и выборе тактики ведения пациентов.

Литература

1. Correll C. U., Schooler N. R. Negative symptoms in schizophrenia: a review and clinical guide for recognition, assessment, and treatment // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2020; 16: 519–534. doi: 10.2147/NDT.S225643.
2. Kirkpatrick B., Fenton W. S., Carpenter W. T. Jr, Marder S. R. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms // *Schizophr. Bull.* 2006; 32 (2): 214–219. doi: 10.1093/schbul/sbj053.
3. Незнанов Н. Г., Иванов М. В. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2021. 320 с.
4. Mosolov S. N., Yaltonskaya P. A. Primary and secondary negative symptoms in schizophrenia // *Front Psychiatry.* 2022; 12: 766692. doi: 10.3389/fpsyt.2021.766692.
5. Kirschner M., Aleman A., Kaiser S. Secondary negative symptoms — a review of mechanisms, assessment and treatment // *Schizophr. Res.* 2017; 186: 29–38. doi: 10.1016/j.schres.2016.05.003.
6. Galderisi S., Mucci A., Dollfus S. et al. EPA guidance on assessment of negative symptoms in schizophrenia // *Eur. Psychiatry.* 2021; 64 (1): 23. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.11.
7. Моритц А. А., Теребова П. С., Иванов М. В. Характеристики первичных и вторичных негативных расстройств у больных шизофренией и их влияние на социальное функционирование // *Доктор.Ру.* Опубликовано онлайн 15 апреля 2025 г. doi: 10.31550/17272378-Ps(6)3.25.
8. Иванов М. В., Становая В. В., Моритц А. А., Теребова П. С. Карипразин и арипипразол в госпитальной терапии больных шизофренией: сравнительный анализ показателей эффективности и безопасности // *Психиатрия.* 2024; 22 (5): 10–19. doi: 10.30629/2618-6667-2024-22-5-10-19.
9. Моритц А. А., Теребова П. С., Иванов М. В. Роль иммунновоспалительных факторов в развитии негативной симптоматики при шизофрении // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2024; 124 (11): 42–48. doi: 10.17116/jnevro202412411142.
10. Новицкий М. А., Шнайдер Н. А., Насырова Р. Ф. Частота встречаемости депрессивных расстройств у пациентов с шизофренией // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева.* 2021; 55 (3): 45–61. doi: 10.31363/2313-7053-2021-56-3-45-61.

11. *Demyttenaere K., Anthonis E., Acsai K., Correll C. U.* Depressive Symptoms and PANSS Symptom Dimensions in Patients With Predominant Negative Symptom Schizophrenia: A Network Analysis // *Front Psychiatry*. 2022; 13: 795–866. doi: 10.3389/fpsy.2022.795866.
12. *Dai J., Du X., Yin G. et al.* Prevalence, demographic and clinical features of comorbid depressive symptoms in drug naïve patients with schizophrenia presenting with first episode psychosis // *Schizophr. Res.* 2018; 193: 182–187. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.029.
13. *Paul N. B., Strauss G. P., Gates-Wooddyatt J. J. et al.* Two and five-factor models of negative symptoms in schizophrenia are differentially associated with trait affect, defeatist performance beliefs, and psychosocial functioning // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2023; 273 (8): 1715–1724. doi: 10.1007/s00406-022-01507-4.
14. *Krynicky C. R., Uptegrove R., Deakin J. F. W., Barnes T. R. E.* The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review // *Acta Psychiatr. Scand.* 2018; 137 (5): 380–390. doi: 10.1111/acps.12873.
15. *Belvederi Murri M., Respino M., Innamorati M. et al.* Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2015; 162 (1–3): 234–247. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.003.
16. *Amore M., Murri M. B., Calcagno P. et al.* The association between insight and depressive symptoms in schizophrenia: undirected and Bayesian network analyses // *Eur. Psychiatry*. 2020; 63 (1): 1–21. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.45.
17. *Palmer E. C., Gilleen J., David A. S.* The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: a review and meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2015; 166 (1–3): 261–268. doi: 10.1016/j.schres.2015.05.032.
18. *Addington D., Addington J., Atkinson M.* A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale // *Schizophr. Res.* 1996; 19: 205–212. doi: 10.1016/0920-9964(95)00070-4.
19. *Mosolov S. N.* Diagnosis and treatment depression in schizophrenia // *Consortium Psychiatricum*. 2020; 1: 29–42. doi: 10.17650/2712-7672-2020-1-2-29-42.
20. *Orzelska-Górka J., Mikulska J., Wiszniewska A., Biała G.* New Atypical Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia and Depression // *International Journal of Molecular Sciences*. 2022; 23: 10624. doi: 10.3390/ijms231810624.
21. *Gregory A., Mallikarjun P., Uptegrove R.* Treatment of depression in schizophrenia: Systematic review and meta-analysis // *British Journal of Psychiatry*. 2017; 211: 198–204. doi: 10.1192/bjp.bp.116.190520.
22. *Farreny A., Savill M., Priebe S.* Correspondence between negative symptoms and potential sources of secondary negative symptoms over time // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2018; 268 (6): 603–609. doi: 10.1007/s00406-017-0813-y.
23. *Иванов М. В., Становая В. В., Моритц А. А., Терехова П. С.* Методы коррекции эндокринных побочных эффектов антипсихотической терапии у больных шизофренией // *Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы*. Вып. 7. СПб., 2024: 66–77.
24. *De Pieri M., Berg X., Georgiadis F. et al.* Negative symptoms and their associations with other clinical variables and working memory across the schizophrenia spectrum and bipolar disorder // *Schizophr. Bull. Open*. 2024; 5 (1): 24. doi: 10.1093/schizbullopen/sgae024.
25. *Butcher I., Berry K., Haddock G.* Understanding individuals' subjective experiences of negative symptoms of schizophrenia: A qualitative study // *Br. J. Clin. Psychol.* 2020; 59 (3): 319–334. doi: 10.1111/bjc.12248.
26. *Galderisi S., Mucci A., Buchanan R. W., Arango C.* Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions // *Lancet Psychiatry*. 2018; 5 (8): 664–677. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30050-6.

27. *Barnicot K., Michael C., Trione E. et al.* Psychological interventions for acute psychiatric inpatients with schizophrenia-spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis // *Clin. Psychol. Rev.* 2020; 82: 101929. doi: 10.1016/j.cpr.2020.101929.
28. *McCutcheon R., Marques R., Howes O.* Schizophrenia — An Overview // *JAMA Psychiatry.* 2020; 77 (9): 908–917. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3360.
29. *Modesti M., Arena J., Palermo N., Del Casale A.* A Systematic Review on Add-On Psychotherapy in Schizophrenia Spectrum Disorders // *Journal of Clinical Medicine.* 2023; 12: 1021. doi: 10.3390/jcm12031021.
30. *Bighelli I., Salanti G., Huhn M. et al.* Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis // *World Psychiatry.* 2018; 17: 318–331. doi: 10.1002/wps.20577.
31. *Siwek M., Chrobak A., Gorostowicz A. et al.* Cariprazine augmentation of clozapine in schizophrenia — a retrospective chart review // *Frontiers in Pharmacology.* 2024; 14: 1321112. doi: 10.3389/fphar.2023.1321112.
32. *Harvey P. D., Bosia M., Cavallaro R. et al.* Cognitive dysfunction in schizophrenia: an expert group paper on the current state of the art // *Schizophr. Res. Cogn.* 2022; 29: 100249. doi: 10.1016/j.scog.2022.100249.
33. *Giordano G. M., Pezzella P., Mucci A. et al.* Negative symptoms and social cognition as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia // *Front Psychiatry.* 2024; 15: 1333711. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1333711.
34. *Lysaker P. H., Dimaggio G., Carcione A. et al.* Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months // *Schizophr. Res.* 2010; 122 (1–3): 124–130. doi: 10.1016/j.schres.2009.04.024.
35. *Lysaker P. H., Chernov N., Moiseeva T. et al.* Contrasting metacognitive profiles and their association with negative symptoms in groups with schizophrenia, early psychosis and depression in a Russian sample // *Psychiatry Res.* 2020; 291: 113–177. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113177.
36. *Lo S. B., Szuhany K. L., Kredlow M. A. et al.* A confirmatory factor analysis of the MATRICS consensus cognitive battery in severe mental illness // *Schizophr. Res.* 2016; 175: 79–84. doi: 10.1016/j.schres.2016.03.013.
37. *Bryson G., Bell M., Lysaker P.* Affect recognition in schizophrenia: a function of global impairment or a specific cognitive deficit // *Psychiatry Res.* 1997; 71(2): 105–113. doi: 10.1016/S0165-1781(97)00050-4.
38. *Vita A., Gaebel W., Mucci A. et al.* European Psychiatric Association guidance on assessment of cognitive impairment in schizophrenia // *Eur. Psychiatry.* 2022; 65(1): e58. doi: 10.1192/j.eurpsy.2022.2316.
39. *Vita A.* EPA guidance on treatment of cognitive impairment in schizophrenia // *European Psychiatry.* 2023; 66 (S1): S32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.124.
40. *Tumova M. A., Stepanova A. A., Yanushko M. G. et al.* Antipsychotic treatment and cognitive function in patients with schizophrenia // *European Psychiatry.* 2023; 66 (S1): S125–S126. doi: 10.1192/j.eurpsy.2023.328.
41. *Artaloytia J. F., Arango C., Lahti A. et al.* Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers // *Am. J. Psychiatry.* 2006; 163 (3): 488–493. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.488.
42. *Treen D., Savulich G., Mezquida G. et al.* Influence of secondary sources in the Brief Negative Symptom Scale // *Schizophr. Res.* 2019; 204: 452–454. doi: 10.1016/j.schres.2018.10.004.
43. *Wolpe N., Chen S., Kirkpatrick B. et al.* Longitudinal effect of clozapine-associated sedation on motivation in schizophrenia: naturalistic longitudinal study // *Br. J. Psychiatry.* 2023; 223 (1): 295–297. doi: 10.1192/bjp.2022.191.

44. Ikemoto S., Yang C., Tan A. Basal ganglia circuit loops, dopamine and motivation: a review and inquiry // *Behav. Brain Res.* 2015; 290: 17–31. doi: 10.1016/j.bbr.2015.04.018.
45. Anwar S., Kay K. Hyperprolactinemia as a side effect of using antipsychotics in schizophrenic patients // *Jurnal Psikiatri Surabaya.* 2023; 12 (2): 84–91. doi: 10.20473/jps.v12i2.23359.
46. Stojkovic M., Radmanovic B., Jovanovic M. et al. Risperidone induced hyperprolactinemia: from basic to clinical studies // *Front Psychiatry.* 2022; 13: 874705. doi: 10.3389/fpsyt.2022.874705.
47. Simpson G. M., Angus J. W. S. A rating scale for extrapyramidal side effects // *Acta Psychiatr. Scand.* 1970; 212 (suppl. 44): 11–19. doi: 10.1111/j.1600-0447.1970.tb02066.x.
48. Stroup T., Gray N. Management of common adverse effects of antipsychotic medications // *World Psychiatry.* 2018; 17: 341–356. doi: 10.1002/wps.20567.
49. Strube W., Wagner E., Luykx J., Hasan A. A review on side effect management of second-generation antipsychotics to treat schizophrenia: a drug safety perspective // *Expert Opinion on Drug Safety.* 2024; 23 (7): 715–729. doi: 10.1080/14740338.2024.2348561.
50. Pillinger T., Howes O., Correll C. et al. Antidepressant and antipsychotic side-effects and personalised prescribing: a systematic review and digital tool development // *The Lancet Psychiatry.* 2023; 10 (11): 860–876. doi: 10.1016/S2215-0366(23)00262-6.
51. Potvin S., Sepehry A. A., Stip E. Meta-analysis of depressive symptoms in dual-diagnosis schizophrenia // *Aust. NZJ Psychiatry.* 2007; 41 (10): 792–799. doi: 10.1080/00048670701579041.
52. Petersen S. M., Toftdahl N. G., Nordentoft M., Hjorthøj C. Schizophrenia is associated with increased risk of subsequent substance abuse diagnosis: A nation-wide population-based register study // *Addiction.* 2019; 114 (12): 2217–2226. doi: 10.1111/add.14746.
53. Brunette M. F., Mueser K. T., Babbin S. et al. Demographic and clinical correlates of substance use disorders in first episode psychosis // *Schizophr. Res.* 2018; 194: 4–12. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.039.
54. Skumlien M., Langley C., Lawn W. et al. The acute and non-acute effects of cannabis on reward processing: A systematic review // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2021; 130: 512–528. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.09.008.
55. Campbell R. R., Lobo M. K. Neurobiological mechanisms underlying psychostimulant use // *Curr. Opin. Neurobiol.* 2023; 83: 102786. doi: 10.1016/j.conb.2023.102786.
56. Garland E. L. Mindful Positive Emotion Regulation as a Treatment for Addiction: From Hedonic Pleasure to Self-Transcendent Meaning // *Curr. Opin. Behav. Sci.* 2021; 39: 168–177. doi: 10.1016/j.cobeha.2021.03.019.
57. Bennett M., Bradshaw K., Catalano L. Treatment of substance use disorders in schizophrenia // *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2017; 43 (4): 377–390. doi: 10.1080/00952990.2016.1200592.
58. Krause M., Huhn M., Schneider-Thoma J. et al. Efficacy, acceptability and tolerability of antipsychotics in patients with schizophrenia and comorbid substance use. A systematic review and meta-analysis // *European Neuropsychopharmacology.* 2019; 29 (1): 32–45. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.11.1105.
59. Крупицкий Е. М., Звартау Э. Э., Блохина Е. А. Исследования эффективности и безопасности применения налтрексона в различных лекарственных формах для лечения синдрома зависимости от опиоидов // *Experimental and Clinical Pharmacology.* 2023; 86 (11S): 86a. doi: 10.30906/ekf-2023-86s-86a.
60. Oud M. J., Meyboom-de Jong B. Somatic diseases in patients with schizophrenia in general practice: their prevalence and health care // *BMC Fam Pract.* 2009; 10: 32. doi: 10.1186/1471-2296-10-32.
61. Chen Y. L., Pan C. H., Chang C. K. et al. Physical Illnesses Before Diagnosed as Schizophrenia: A Nationwide Case-Control Study // *Schizophr. Bull.* 2020; 46 (4): 785–794. doi: 10.1093/schbul/sbaa009.

62. Lee T. Y., Jo H. J. Differential diagnosis and comorbid physical illness of schizophrenia // J. Korean Med. Assoc. 2021; 64 (8): 551–558. doi: 10.5124/jkma.2021.64.8.551.
63. Kokurcan A., Atbasoglu E. C. Differential Diagnosis of Schizophrenia: Psychotic Symptoms in Neurodevelopmental Disorders and Psychotic Disorders due to other Medical Conditions // Turk. Psikiyatri Derg. 2015; 26 (4): 279–290.
64. Samele C., van Os J., McKenzie K. et al. Does socioeconomic status predict course and outcome in patients with psychosis? // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2001; 36: 573–581. doi: 10.1007/s127-001-8196-3.
65. Thorup A., Petersen L., Jeppesen P. et al. Social network among young adults with first-episode schizophrenia spectrum disorders // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41: 761–770. doi: 10.1007/s00127-006-0098-3.
66. Tibber M. S., Kirkbride J. B., Mutsatsa S. et al. Are socioenvironmental factors associated with psychotic symptoms in people with first-episode psychosis? A cross-sectional study of a West London clinical sample // BMJ Open. 2019; 9: e030448. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030448.
67. Герасимчук Е. С., Сорокин М. Ю., Лутова Н. Б. и др. Роль негативного детского опыта и внутренней стигмы в формировании мотивации к лечению пациентов с психическими расстройствами // Научные результаты биомедицинских исследований. 2024; 10 (1): 126–142. doi: 10.18413/2658-6533-2024-10-1-0-8.
68. Oshima I., Mino Y., Inomata Y. Effects of environmental deprivation on negative symptoms of schizophrenia: a nationwide survey in Japan's psychiatric hospitals // Psychiatry Res. 2005; 136 (2–3): 163–171. doi: 10.1016/j.psychres.2005.06.001.
69. Zhang L., James S. H., Strauss G. P. Environmental resource reductions predict greater severity of negative symptoms in schizophrenia // Schizophr. Res. 2023; 261: 94–99. doi: 10.1016/j.schres.2023.09.013.
70. Chai J., Liu F., Liu L. et al. The efficacy of homestyle rehabilitation on negative symptoms in chronic schizophrenia: a randomized controlled trial // Front Psychiatry. 2023; 14: 1138794. doi: 10.3389/fpsy.2023.1138794.
71. Strauss G. P. A bioecosystem theory of negative symptoms in schizophrenia // Front Psychiatry. 2021; 12: 655471. doi: 10.3389/fpsy.2021.655471.
72. Abo E.L., Ella E. I., Hashim N. Z. et al. Negative symptoms and functioning in institutionalized versus outpatient schizophrenic patients // Middle East Curr. Psychiatry. 2015; 22 (2): 65–69. doi: 10.1097/01.XME.0000461674.43736.ac.
73. Odgers C. L., Caspi A., Russell M. A. et al. Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12 // Dev. Psychopathol. 2012; 24 (3): 705–721. doi: 10.1017/S0954579412000326.
74. Javed A., Charles A. The Importance of Social Cognition in Improving Functional Outcomes in Schizophrenia // Frontiers in Psychiatry. 2018; 9: 157. doi: 10.3389/fpsy.2018.00157.
75. Tan B., Lee S., Lee J. Social cognitive interventions for people with schizophrenia: A systematic review // Asian Journal of Psychiatry. 2016; 35: 115–131. doi: 10.1016/j.ajp.2016.06.013.
76. Barlati S., Nibbio G., Vita A. Evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia: a critical review // Current Opinion in Psychiatry. 2024; 37 (2): 131–139. doi: 10.1097/YCO.0000000000000925.

Расстройства пищевого поведения, индуцированные психотропными препаратами

Н. А. Шнайдер, Р. Ф. Насырова, В. В. Бадер

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства пищевого поведения (РПП) — это гетерогенная группа психопатологических состояний, характеризующихся устойчивыми нарушениями пищевого поведения, нарушениями восприятия сигналов голода и насыщения, а также патологическими установками в отношении веса, формы тела и контроля над приемом пищи [15]. РПП сопровождаются выраженным дистрессом, нарушением соматического и психического здоровья, а также снижением уровня функционирования и качества жизни. РПП имеют мультифакторную природу, формируясь на стыке биологических, психологических, нейроэндокринных, социокультурных и генетических факторов. Наиболее тяжелые формы РПП ассоциированы с высоким риском метаболических нарушений, тяжелых соматических осложнений и суицидального поведения.

В современной практике целесообразно выделять первичные и вторичные формы РПП, что имеет важное значение для диагностики, ведения и выбора терапевтической стратегии. Первичные РПП, такие как нервная анорексия, нервная булимия, расстройство компульсивного переедания и др., являются самостоятельными нозологическими единицами, включенными в Международную классификацию болезней 11 пересмотра (МКБ-XI) (раздел 6B8) и Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5th edition (DSM-V). Они формируются как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов, и, как правило, манифестируют в подростковом или юношеском возрасте. Первичные РПП характеризуются стойкими поведенческими, когнитивными и аффективными расстройствами, касающимися приема пищи, веса и образа тела, и часто имеют хроническое или рецидивирующее течение [118]. Вторичные РПП возникают как симптом или нежелательные реакции (НР) на прием лекарственных средств (ЛС) при нейроэндокринных нарушениях, соматических заболеваниях или других психических расстройствах [49]. В последние годы отдельное внимание уделяется развитию РПП, индуцированных психотропными ЛС, на фоне приема антипсихотиков, нормотимиков/антиконвульсантов и антидепрессантов. Наиболее часто вторичные РПП проявляются в форме гиперфагии, ночного переедания, эмоционального или импульсивного пищевого поведения, реже — в виде анорексии, отказа от пищи или извращенных форм пищевого поведения. Их развитие, как правило, сопряжено с неблагоприятным метаболическим профилем, риском инсулинорезистентности, ожирения, метаболического синдрома и нарушением приверженности к терапии. Дифференциация

первичных и вторичных форм РПП имеет принципиальное значение: в то время как первые требуют преимущественно психотерапевтической и психофармакологической коррекции в рамках длительного ведения, вторичные могут быть частично или полностью купированы модификацией лекарственной терапии, корректировкой дозировки, назначением метаболических корректоров и психобразованием пациента.

Особое внимание следует уделить факторам риска развития изменения пищевого поведения, индуцированного психотропными ЛС, поскольку именно они играют ключевую роль в развитии данной НР. В клинической практике принято разделять факторы риска на модифицируемые и немодифицируемые, что имеет принципиальное значение для разработки профилактических и коррекционных стратегий (табл. 1). Понимание структуры факторов риска позволяет не только прогнозировать развитие РПП, индуцированного психотропными ЛС, но и сформировать персонализированные стратегии наблюдения, профилактики и коррекции, направленные на снижение риска их возникновения и минимизацию этой НР [19, 89, 107].

Таблица 1

Немодифицируемые и модифицируемые факторы риска развития расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

Немодифицируемые факторы риска	Модифицируемые факторы риска
Возраст (дети и подростки)	Возраст начала терапии антиконвульсантами
Пол (женский)	Высокая доза антиконвульсантов
Раса (этнос)	Длительный прием психотропных ЛС
Генетическая предрасположенность	Политерапия (одновременный прием 2 и более психотропных ЛС)
Внутриутробное воздействие высокого уровня кортизола в результате материнского стресса	Полипрагмазия (одновременный прием 5 и более ЛС)
Раннее половое созревание	Питание (кратность питания, объем порций, пищевые предпочтения)
Задержка интеллектуального развития, когнитивные расстройства, низкий уровень образования	Низкая физическая активность и длительный постельный режим; микробиота кишечника (дисбиоз кишечных микроорганизмов)
Личностные особенности пациента с эпилепсией (перфекционизм, одержимость, импульсивность)	Взаимоотношения пациента, страдающего эпилепсией, с членами семьи (мнение членов семьи о том, что у пациента низкий вес; давление со стороны членов семьи в отношении питания пациента)
Коморбидные заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз)	Социально-экономический статус (отсутствие продуктовой безопасности, приводящее к перееданию; привычки питания в семье, приводящие к перееданию; гиперопека со стороны членов семьи)

Немодифицируемые факторы риска	Модифицируемые факторы риска
Коморбидные психические расстройства (обсессивно-компульсивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, социальное тревожное расстройство, пограничное расстройство личности, биполярное расстройство, депрессивное расстройство)	Эмоциональное насилие (опыт детских травм и жестокого обращения)
Коморбидные аутоиммунные заболевания (воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта)	Изменение уровня нейропептидов, влияющих на пищевое поведение (нейропептид Y, грелин, лептин, глюкагоноподобный пептид)

Классификация расстройств пищевого поведения

В DSM-V (2013) РПП выделены в отдельный блок и представлены рядом специфических и неспецифических диагнозов. Классификация учитывает как поведенческие, так и когнитивные критерии, включая установки по отношению к массе тела, пищевому контролю, компенсаторным стратегиям и образу тела [12] (табл. 2).

Таблица 2

Классификация расстройств пищевого поведения по DSM-V

Диагноз	DSM-V код	Особенности
Анорексия нервная (Anorexia Nervosa)	307.1 (F50.01/ F50.02)	Ограничение энергетического потребления, интенсивный страх набора веса, искажение образа тела
Нервная булимия (Bulimia Nervosa)	307.51 (F50.2)	Повторяющиеся эпизоды переедания с последующим компенсаторным поведением (рвота, голодание и др.)
Расстройство компульсивного переедания (Binge Eating Disorder)	307.51 (F50.8)	Повторяющиеся эпизоды переедания без компенсаторных действий
Избирательное/ограничительное расстройство приема пищи (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, ARFID)	307.59 (F50.82)	Нарушение питания без озабоченности весом или образом тела, приводящее к дефициту питания
Пика (Pica)	307.52 (F98.3)	Регулярное употребление несъедобных веществ (глина, земля, краска и т. д.)
Руминационное расстройство (Rumination Disorder)	307.53 (F98.21)	Регургитация пищи с повторным пережевыванием и повторным проглатыванием
Расстройства пищевого поведения и кормления иного типа	307.59 (F50.89)	Серьезные симптомы РПП, не соответствующие полностью критериям других РПП

Диагноз	DSM-V код	Особенности
(Other Specified Feeding or Eating Disorder, OSFED) • Расстройство очищения • Синдром ночного приема пищи • Атипичная нервная анорексия • Подпороговая нервная булимия и расстройство переедания • Орторексия		
Неуточненное РПП (Unspecified Feeding or Eating Disorder, UFED)	307.50 (F50.9)	Клинически значимые симптомы РПП, но недостаточные данные для постановки специфического диагноза

Диагнозы избирательное/ограничительное расстройство приема пищи; пика; руминационное расстройство актуальны в детско-подростковой и геронтопсихиатрической практике, где нарушение питания может не сопровождаться искаженным образом тела. Диагнозы РПП и кормления иного типа; неуточненное РПП используются в клинической практике при неполном анамнезе, атипичных проявлениях или в ситуациях, когда симптомы значимы, но не укладываются в строгие критерии.

Классификация РПП по DSM-V позволяет не только точно диагностировать тип нарушения, но и отражает спектр состояний — от классических форм до атипичных и неспецифических вариантов. Это особенно важно для раннего выявления, дифференцированной терапии и междисциплинарного подхода в лечении.

Классификация РПП в рамках Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-X, 1995) широко использовалась в клинической практике, однако на сегодняшний день обладает рядом серьезных ограничений, снижающих ее диагностическую чувствительность и валидность (табл. 3) [4]. Основные недостатки МКБ-X в отношении F50 следующие.

1. Устаревшие диагностические критерии

МКБ-10 была разработана задолго до накопления современных данных о клиническом спектре РПП. Например, критерии нервной анорексии включают обязательное наличие аменореи, что исключает мужчин, подростков и женщин в пременопаузе, а также ограничивает диагностику РПП у пациентов на гормональной терапии.

2. Недостаточная гибкость и чувствительность

Атипичные формы РПП, субклинические состояния и смешанные варианты поведения плохо отражены. Категории F50.1 и F50.3 («атипичные» формы)

и особенно F50.8/F50.9 являются «диагностическими помойками», куда попадают пациенты, не укладывающиеся в жесткие формальные рамки.

3. Игнорирование новых форм РПП

МКБ-Х не учитывает диагностически значимые состояния, такие как:

- компульсивное переедание (Binge Eating Disorder);
- ночной синдром питания (Night Eating Syndrome);
- избегающее/ограничительное расстройство приема пищи (ARFID);
- орторексия и другие поведенческие паттерны, признанные в более современных системах (например, DSM-V, МКБ-XI).

4. Недостаточное внимание к клиническому контексту

МКБ-Х делает акцент на симптомах, а не на дистрессе, функциональных нарушениях и мотивационных компонентах (например, искаженное восприятие тела), что снижает ее диагностическую точность в кросс-культурных и подростковых популяциях.

5. Недостаток валидированных шкал и корреляций с лечением

Классификация не сопряжена с конкретными инструментами диагностики и оценки тяжести, а также не отражает прогностические различия между подтипами РПП.

Таблица 3

Классификация расстройств пищевого поведения по МКБ-Х (1995)

Диагноз	Код по МКБ-Х	Особенности течения
Нервная анорексия	F50.0	Сознательное ограничение приема пищи с целью похудения
Атипичная нервная анорексия	F50.1	Некоторые симптомы анорексии без полного набора критериев
Нервная булимия	F50.2	Эпизоды переедания, за которыми следуют компенсаторные меры
Атипичная нервная булимия	F50.3	Некоторые признаки булимии при отсутствии всех диагностических критериев
Переедание, связанное с другими психическими нарушениями	F50.4	Патологическое переедание при других психических расстройствах
Рвота, связанная с другими психическими расстройствами	F50.5	Психогенная рвота без признаков булимии
Другие расстройства приема пищи	F50.8	Расстройства пищевого поведения, не классифицированные выше
Неуточненное расстройство приема пищи	F50.9	Некоторые признаки булимии при отсутствии всех диагностических критериев

МКБ 11-го пересмотра (МКБ-XI, 2022) предлагает расширенную и уточненную структуру нозологических единиц в сфере РПП. В отличие от предыдущих версий, акцент сделан не только на вес и образ тела, но и на характер пищевого поведения, его повторяемость и наличие/отсутствие компенсаторных механизмов (табл. 4) [123].

Таблица 4

Классификация расстройств пищевого поведения по МКБ-XI (2022)

Диагноз	Код по МКБ-XI	Особенности течения
Нервная анорексия	6B80	Ограничение веса с выраженным страхом ожирения и искажением образа тела
Нервная булимия	6B81	Переедание с компенсаторными поведением (рвота, голодание, упражнения)
Расстройство компульсивного переедания	6B82	Повторяющиеся эпизоды неконтролируемого переедания без компенсаторных мер
Избирательное или ограничительное расстройство приема пищи	6B83	Ограничение питания без озабоченности весом или формой тела
Пика	6B84	Регулярное поедание несъедобных веществ (земля, мел, бумага и др.), не обусловленное культурными или возрастными особенностями
Расстройство руминации-регургитации	6B85	Повторяющееся срыгивание пищи, не связанное с заболеваниями ЖКТ
Другие уточненные расстройства приема пищи и кормления	6B8Y	Расстройства, которые не соответствуют полностью вышеперечисленным категориям
Неуточненные расстройства приема пищи и кормления	6B8Z	Когда недостаточно данных для точного диагноза

Распространенность расстройств пищевого поведения у пациентов с психическими расстройствами

РПП, индуцированные психотропными ЛС, представляют собой клинически значимую проблему в психиатрии и неврологии, поскольку могут не только снижать приверженность пациентов к терапии, но и способствовать развитию тяжелых метаболических нарушений. Эти эффекты чаще всего остаются недооцененными как врачами, так и пациентами, несмотря на их высокую частоту. Характер и степень выраженности РПП зависят от фармакологического класса ЛС, дозы, длительности приема, а также от фармакогенетического и фармакометаболического профиля пациента [57, 109] (табл. 5).

**Распространенность расстройств пищевого поведения
у пациентов с психическими расстройствами**

Группа психотропных ЛС	Процент пациентов с РПП
Антипсихотики	8–40%
Нормотимики	10–40%
Антиконвульсанты	10–40%
Антидепрессанты	10–30%

Антипсихотики

РПП, включая повышение аппетита и увеличение массы тела, представляют собой одно из наиболее частых НР антипсихотической терапии [21, 77]. Эти изменения могут существенно снижать приверженность к лечению, а также способствовать развитию метаболического синдрома (МС) и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Влияние антипсихотиков на аппетит и массу тела значительно варьирует в зависимости от поколения ЛС и конкретного действующего вещества [61]. Наиболее выраженное влияние среди типичных антипсихотиков оказывает хлорпромазин, вызывая значительное повышение аппетита и массы тела [25]. Это сопровождается высоким риском метаболических нарушений. В то же время некоторые ЛС (например, галоперидол) характеризуются минимальным влиянием на массу тела [42]. Локсапин и перфеназин демонстрируют умеренное увеличение массы тела, зависящее от дозы и длительности терапии [26, 51]. Однако данные по влиянию на аппетит в этих случаях ограничены. Атипичные антипсихотики в среднем значительно чаще вызывают метаболические НР [37]. Наиболее выраженное увеличение аппетита и массы тела наблюдается у оланзапина и клозапина, оба ЛС вызывают выраженное повышение этих параметров и ассоциированы с высоким риском МС. Кветиапин и рисперидон также вызывают умеренное повышение массы тела, при этом эффект усиливается при длительной терапии. Антипсихотики третьего поколения (например, арипипразол и брекспипразол) характеризуются более благоприятным метаболическим профилем. Они демонстрируют лишь умеренное влияние на аппетит и массу тела [101, 102, 122] (табл. 6).

Таблица 6

Расстройства пищевого поведения, индуцированные антипсихотиками

Группа ЛС	Название действующего вещества	Влияние на аппетит	Влияние на вес	Комментарии
Антипсихотики	Антипсихотики I поколения			
	Хлорпромазин	↑↑↑	↑↑↑	Выраженное увеличение веса. Высокий риск МС
	Галоперидол	Н/Д	↑	Низкий риск увеличения веса

Группа ЛС	Название действующего вещества	Влияние на аппетит	Влияние на вес	Комментарии
	Локсапин	Н/Д	↑↑	Умеренное увеличение веса. Риск МС зависит от дозы ЛС и длительности терапии
	Перфеназин	Н/Д	↑↑	Умеренное увеличение веса. Риск МС зависит от дозы ЛС и длительности терапии
	Антипсихотики II поколения			
	Оланзапин	↑↑↑	↑↑↑	Выраженное увеличение веса (до 9 кг в краткосрочной перспективе). Высокий риск МС.
	Клозапин	↑↑↑	↑↑↑	Выраженное повышение аппетита и веса. Высокий риск МС
	Кветиапин	↑↑	↑↑	Умеренное увеличение веса. Риск МС зависит от дозы ЛС и длительности терапии
	Рisperидон	↑↑	↑↑	Умеренное увеличение веса. Риск МС повышается при длительном применении ЛС
	Антипсихотики III поколения			
	Арипипразол	↑	↑	Умеренное повышение аппетита и веса (на 7% и более от исходного)
	Брексипразол	↑	↑	Умеренное увеличение веса, особенно при длительном применении ЛС (в среднем у 10,4% пациентов)

Нормотимики/антиконвульсанты

Фармакотерапия биполярного расстройства, эпилепсии, расстройств личности и в составе комбинированной терапии шизоаффективного спектра, ряда других психических расстройств и неврологических заболеваний нередко сопровождается РПП и изменением массы тела. Эти эффекты могут варьировать от значительного набора веса до выраженного снижения веса в зависимости от используемого ЛС. Наиболее изученные нормотимики в этом контексте — вальпроаты, препараты лития, карбамазепин и топирамат [47]. Неблагоприятное влияние на массу тела варьирует в зависимости от конкретного ЛС и не является однородным по всей группе нормотимиков.

Так, прием вальпроевой кислоты (ВК) ассоциирован с выраженным приростом веса. ВК-индуцированные РПП развиваются постепенно, чаще всего в первые месяцы терапии, и имеют тенденцию к стабилизации при длительном применении вальпроатов. Повышение аппетита у таких пациентов отмечается часто

и регулярно и может сопровождаться повышенным тяготением к высококалорийной пище, что нередко требует дополнительного поведенческого вмешательства или консультации диетолога [104].

Препараты лития приводят к умеренному увеличению веса, чаще всего в течение первых 6 месяцев терапии. В последующем динамика прироста веса может стабилизироваться, однако в ряде случаев пациенты отмечают субъективное усиление аппетита на фоне лечения, особенно при нерегулярном мониторинге терапевтической концентрации ЛС и недостаточном контроле за общим режимом питания. Необходимо учитывать, что вес у пациентов, получающих препараты лития, может увеличиваться даже при отсутствии выраженного повышения аппетита, что требует дополнительной настороженности со стороны лечащего врача [40].

Карбамазепин, применяемый как в лечении эпилепсии, так и в качестве нормотимика, демонстрирует менее выраженное влияние на вес. В клинической практике чаще наблюдается клинически незначимый прирост веса, а в отдельных случаях отмечается стабильный вес на протяжении длительного периода терапии. Однако аппетит может усиливаться на фоне приема карбамазепина, особенно в начале лечения. Доступные исследования по этому вопросу остаются ограниченными и противоречивыми, что не позволяет сделать однозначные выводы [53].

Особое место среди нормотимиков занимает топирамат, который, напротив, ассоциирован с угнетением аппетита и снижением веса. Это снижение может быть достаточно выраженным и наблюдаться как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе. На фоне приема этого ЛС пациенты нередко отмечают снижение аппетита, вплоть до анорексии и возникновения трудностей с поддержанием привычного режима питания. Такие изменения в пищевом поведении нередко воспринимаются положительно самим пациентом, особенно в случае изначально повышенного индекса массы тела, однако требуют клинического и терапевтического лекарственного мониторинга, а также своевременной оценки нутритивного статуса в динамике [120] (табл. 7).

Таблица 7

**Расстройства пищевого поведения,
индуцированные нормотимиками/антиконвульсантами**

Группа ЛС	Название действующего вещества	Влияние на аппетит	Влияние на вес	Комментарии
Нормотимики/ Антиконвульсанты	Вальпроевая кислота	↑↑	↑↑↑	Выраженное увеличение веса. Высокий риск МС
	Литий	↑	↑↑	Умеренное увеличение веса (особенно в первые 6 месяцев терапии)

Группа ЛС	Название действующего вещества	Влияние на аппетит	Влияние на вес	Комментарии
	Карбамазепин	↑↑	↑	Незначительное увеличение веса. Умеренный риск повышения аппетита
	Топирамат	↓↓	↓↓	Умеренное угнетение аппетита и снижение веса. Умеренный риск нутритивной недостаточности метаболизма

Антидепрессанты

Антидепрессанты — одна из наиболее широко применяемых групп психотропных ЛС. Несмотря на доказанную эффективность в терапии депрессии, тревожных расстройств и ряда других патологических состояний, многие из них оказывают значимое влияние на пищевое поведение, что может как способствовать улучшению состояния пациента, так и становиться фактором снижения его комплаентности к лечению. Изменения аппетита и веса при терапии антидепрессантами не являются однородными и зависят как от фармакологического класса ЛС, так и фармакогенетического и фармакометаболического профиля конкретного пациента (персоны). Наиболее выраженное влияние на пищевое поведение наблюдается у пациентов, получающих трициклические антидепрессанты (ТЦА) и некоторые атипичные антидепрессанты, в то время как определенные представители современных селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и атипичных антидепрессантов обладают нейтральным или даже анорексигенным действием [38].

Трициклические антидепрессанты

У пациентов, длительно находящихся на терапии ТЦА, часто развиваются РПП, выраженность которых зависит от конкретного представителя ЛС этой группы. Наиболее значимыми в этом отношении являются амитриптилин, доксепин и имипрамин, при этом прирост веса при их применении может быть клинически значимым, особенно у пациентов с уже имеющимися метаболическими нарушениями [103].

Доксепин, широко применяемый как в среднетерапевтических дозах при тревожных и аффективных расстройствах, так и в низких дозах в качестве снотворного ЛС, характеризуется высоким риском увеличения веса. Это связано с его выраженным антигистаминным действием, способствующим усилению аппетита. При этом следует учитывать, что у пациентов с хронической инсомнией, у которых прирост веса может быть связан с гиперфагией и нарушениями регуляции голода на фоне дефицита сна, восстановление ночного сна само по себе может способствовать снижению риска РПП и избыточного питания. Тем не менее при

длительном применении доксемина в антидепрессивных дозах (75 мг/сут и выше) прирост веса отмечается у значительного числа пациентов, особенно при наличии сопутствующей тревоги или ночных приступов переедания [130].

Имипрамин, один из первых антидепрессантов, также характеризуется РПП с умеренным или выраженным влиянием на вес пациентов. Увеличение аппетита чаще всего наблюдается на фоне длительной терапии и может сопровождаться постепенным набором веса. В ряде случаев пациенты субъективно отмечают усиление тяготения к углеводной пище и снижение чувства насыщения. Хотя метаболические НР имипрамина менее выражены по сравнению с амитриптилином, при длительном приеме это ЛС требует динамического наблюдения за массой тела, особенно у пациентов женского пола, у которых такие НР регистрируются чаще [103].

Атипичные антидепрессанты

Среди атипичных антидепрессантов наибольшее влияние на пищевое поведение оказывают мirtазапин и бупропион, представляющие собой фармакологически различные, но клинически значимые по весовому профилю ЛС [76].

Миртазапин, относящийся к тетрациклическим антидепрессантам, широко используется в практике лечения депрессии, тревожных расстройств, нарушений сна, а также у пациентов с недостаточным питанием. Наиболее характерной особенностью этого ЛС является его способность вызывать выраженное усиление аппетита и значительный прирост веса, особенно в первые недели терапии. Эти НР являются дозозависимыми и, как правило, сохраняются при длительном применении этого ЛС. Часто пациенты сообщают о выраженном тяготении к сладкой и высококалорийной пище. Миртазапин-индуцированное увеличение веса может достигать 7–10% от исходных показателей, что требует обязательного информирования пациента и, по возможности, раннего внедрения профилактических и/или коррекционных поведенческих и диетических стратегий. Несмотря на это, миртазапин остается ЛС выбора в ситуациях, где необходим как антидепрессивный эффект, так и стимуляция аппетита (например, при депрессии с анорексией, в геронтопсихиатрии или при онкопсихологических состояниях) [66].

Бупропион, в отличие от большинства антидепрессантов, оказывает противоположное воздействие на пищевое поведение. Будучи ингибитором обратного захвата дофамина и норадреналина, он характеризуется нейтральным или умеренно анорексигенным действием. У части пациентов наблюдается снижение аппетита, уменьшение тяги к приему пищи в состоянии стресса и умеренное снижение веса. Бупропион активно используется *off-label* при лечении компульсивного переедания, а также в составе комбинированных схем терапии ожирения [69].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) являются одной из наиболее часто назначаемых групп антидепрессантов. Влияние этих ЛС

на массу тела и пищевое поведение может различаться в зависимости от конкретного представителя и продолжительности терапии [39].

Пароксетин традиционно ассоциирован с наибольшим риском увеличения веса среди всех применяемых в клинической практике СИОЗС. У пациентов на фоне его длительного приема наблюдается выраженное повышение аппетита, что в ряде случаев приводит к клинически значимой прибавке веса. Нередко пациенты отмечают усиление пищевой тяги уже в первые месяцы терапии. При отсутствии контроля веса и диеты масса тела может увеличиваться на 5–10 кг в течение первого года лечения. Эти НР считаются дозозависимыми и более выраженными при длительной терапии пароксетином [70, 82].

Эсциталопрам также может вызывать умеренное повышение веса, особенно при приеме более 6 месяцев. Повышение аппетита развивается постепенно и нередко остается незамеченным в первые месяцы от старта терапии. Однако при длительном приеме эсциталопрама возможно устойчивое увеличение веса, особенно у пациентов с исходной склонностью к гиперфагии. Несмотря на относительно нейтральный профиль в начале лечения, эсциталопрам требует динамического наблюдения при длительном применении [90].

Циталопрам, предшественник эсциталопрама, демонстрирует сходные НР. Увеличение веса обычно умеренное, но развивается не у всех пациентов и часто ограничено приростом на 1–3 кг. Повышение аппетита отмечается преимущественно в течение длительной терапии (6–12 месяцев). Несмотря на это, циталопрам традиционно не считается «тяжелым» в плане риска развития МС [90].

Сертралин в целом рассматривается как один из наиболее метаболически нейтральных СИОЗС. У большинства пациентов масса тела остается стабильной, хотя в отдельных случаях возможен умеренный прирост веса. Аппетит может незначительно увеличиваться, однако частота клинически значимых изменений веса существенно меньше по сравнению с пароксетином или эсциталопрамом. Сертралин может рассматриваться как предпочтительный вариант при необходимости минимизировать негативное влияние на пищевое поведение и вес [39].

Флуоксетин, напротив, в начальный период терапии часто приводит к снижению аппетита и уменьшению веса. Эти НР, как правило, наиболее выражены в течение первых 4–8 недель от старта терапии флуоксетином и могут сопровождаться потерей нескольких килограммов. Однако при длительном приеме (более 6–9 месяцев) у некоторых пациентов вес может возвращаться к исходным показателям или незначительно их превышать. Несмотря на это, флуоксетин остается одним из немногих СИОЗС, способных оказывать анорексигенное действие, что используется клинически, в том числе в терапии РПП [90].

Таким образом, антидепрессанты по-разному влияют на пищевое поведение: наиболее выраженный прирост веса наблюдается при приеме амитриптилина, доксепина, имипрамина, миртазапина и пароксетина. Нейтральный или умеренный эффект на пищевое поведение — у циталопрама, эсциталопрама, сертралина и дулоксетина. Флуоксетин и бупропион могут угнетать аппетит и снижать массу тела, особенно в начале терапии. Выбор ЛС требует учета метаболических

рисков, фармакогенетического профиля пациента и динамического наблюдения (табл. 8).

Таблица 8

Расстройства пищевого поведения, индуцированные антидепрессантами

Группа ЛС	Название действующего вещества	Влияние на аппетит	Влияние на вес	Комментарии
Антидепрессанты	Трициклические антидепрессанты			
	Амитриптилин	↑↑↑	↑↑↑	Выраженное увеличение веса (более 7% от исходного) и повышение аппетита. Высокий риск МС
	Имипрамин	↑↑	↑↑	Умеренное увеличение веса и повышение аппетита. Умеренный риск МС
	Доксепин	↑↑	↑↑	Умеренное/выраженное увеличение веса и повышение аппетита, особенно у пациентов с нарушениями сна и тревожными расстройствами. Умеренный риск МС
	Атипичные/мультикомпонентные антидепрессанты			
	Миртазапин	↑↑↑	↑↑↑	Выраженное увеличение веса и повышение аппетита. Высокий риск МС
	Бупропион	↓↓	↓↓	Умеренное снижение веса и угнетение аппетита
	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина			
	Пароксетин	↑↑	↑↑	Умеренное/выраженное увеличение веса и повышение аппетита. Умеренный риск МС
	Эсциталопрам	↑↑	↑↑	Умеренное увеличение веса и повышение аппетита. Низкий/умеренный риск МС
	Циталопрам	↑↑	↑↑	Умеренное увеличение веса и повышение аппетита. Низкий/умеренный риск МС
	Сертралин	↑	↑	Незначительное увеличение веса и повышение аппетита (в среднем на 0,2 кг)
	Флуоксетин	↓	↓	Незначительное снижение веса и угнетение аппетита (особенно в начале терапии)
	Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина			
	Дулоксетин	↑	↑	Незначительное увеличение веса и повышение аппетита

Механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

Антипсихотики

Нейромедиаторные механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных антипсихотиками

Антипсихотики воздействуют на широкий спектр нейротрансмиттерных систем, вовлеченных в регуляцию пищевого поведения, энергетического гомеостаза и массы тела. Наиболее значимыми рецепторными мишенями в этом контексте являются серотониновые (5-НТ₂С, 5-НТ₁А), дофаминовые (D₂, D₃), гистаминовые (H₁), мускариновые (M₃) и адренергические (α₁) рецепторы. Изменения в активности этих систем могут приводить к гиперфагии, нарушению метаболической регуляции и набору веса.

Одним из наиболее значимых механизмов считается антагонизм к 5-НТ₂С-рецепторам, которые локализованы преимущественно в гипоталамусе и играют ключевую роль в регуляции энергетического гомеостаза и аппетита [92]. Физиологическая активация 5-НТ₂С-рецепторов способствует стимуляции проопиомеланокортиновых нейронов и угнетению пищевого поведения. Антагонизм к этим рецепторам, характерный для таких антипсихотиков, как клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин и локсапин, приводит к ослаблению анорексигенного сигнала и усилению пищевой мотивации, способствуя развитию гиперфагии [111].

Гистаминовые H₁-рецепторы также вовлечены в регуляцию пищевого поведения и бодрствования. Их блокада, наблюдаемая при применении клозапина, оланзапина, хлорпромазина и кветиапина, вызывает выраженный седативный эффект и увеличение аппетита, в том числе за счет усиления тяги к углеводной пище. Седация и снижение уровня физической активности, вызванные H₁-блокадой, дополняют влияние на энергетический баланс, усиливая склонность к набору веса [48].

Дофаминовые D₂-рецепторы регулируют мотивацию, а также процессы подкрепления и удовольствия. Их блокада, являющаяся основной точкой действия типичных и ряда атипичных антипсихотиков, нарушает физиологические механизмы вознаграждения и удовольствия. Хотя прямая связь между степенью D₂-блокады и увеличением веса в клинических исследованиях менее устойчива по сравнению с влиянием H₁- и 5-НТ₂С-блокады, предполагается, что нарушение дофаминергического подкрепления может способствовать перееданию как компенсаторному пищевому поведению. Этот эффект усиливается при одновременном антагонизме по 5-НТ₂С- и H₁-рецепторам [29]. Влияние D₃-рецепторов (у арипипразола, брекспипразола) на пищевое поведение пока остается предметом исследований. Частичный агонизм к D₃-рецепторам, реализуемый рядом атипичных антипсихотиков, в первую очередь рассматривается в контексте влияния на негативные и когнитивные симптомы шизофрении. Достоверных

данных о его роли в регуляции пищевого поведения в настоящее время недостаточно [44].

Холинергическая система также вносит вклад в формирование антипсихотик-индуцированной гиперфагии, преимущественно через M_3 -мускариновые рецепторы. Эти рецепторы участвуют в регуляции секреции инсулина и глюкозного гомеостаза. Их блокада, характерная для клозапина и оланзапина, нарушает углеводный обмен, способствует развитию инсулинорезистентности и гиперинсулинемии. В результате формируется вторичная гиперфагия, обусловленная метаболическим дисбалансом и активацией компенсаторных механизмов пищевого поведения [41].

Адренергические α_1 -рецепторы участвуют в регуляции сосудистого тонуса и уровня бодрствования. Их блокада, характерная для ряда антипсихотиков (например, клозапина, кветиапина, хлорпромазина, рисперидона и локсапина), сопровождается седативным эффектом и снижением физической активности. Данные о прямом влиянии α_1 -блокады на аппетит противоречивы и нуждаются в дальнейшем исследовании [115].

Особое значение придается анализу конкуренции между рецепторными эффектами у ЛС с мультирецепторной активностью. Так, хлорпромазин, обладая антагонизмом к D_2 -, H_1 -, 5- HT_2C -, M_3 - и α_1 -рецепторам, сочетает как эффекты, способствующие усилению аппетита (через D_2 -, H_1 -, 5- HT_2C - и M_3 -блокаду), так и потенциально противоположные (через α_1 -блокаду). Однако в клинической практике преобладают эффекты, связанные с повышением аппетита и увеличением массы тела, что указывает на доминирующее значение антагонизма по дофаминовым, гистаминовым и серотониновым рецепторам в регуляции пищевого поведения. Аналогичная ситуация наблюдается у клозапина и оланзапина, для которых характерна высокая аффинность к H_1 -, 5- HT_2C - и M_3 -рецепторам и выраженное влияние на массу тела.

Нейромедиаторные механизмы антипсихотик-индуцированного РПП опосредуются через разные рецепторы центральной нервной системы (ЦНС) и периферической нервной системы (ПНС). Наиболее значимыми с точки зрения формирования гиперфагии и метаболических нарушений являются антагонизм по 5- HT_2C -, H_1 -, D_2 - и M_3 -рецепторам. Воздействие на α_1 -рецепторы, напротив, клинически незначимо в контексте регуляции пищевого поведения и не может нивелировать эффект других систем. Суммарный метаболический риск определяется совокупностью этих взаимодействий, а также уровнем аффинности ЛС к ключевым рецепторам — мишеням их действия (табл. 9).

**Нейромедиаторные механизмы действия антипсихотиков,
влияющие на пищевое поведение**

Рецептор	Нейромедиатор	Функция в норме	Последствия изменений	ЛС
Дофаминергический DRD2	Дофамин	Регуляция эмоций, мотивации, когнитивных функций и контроля движения	Блокада может приводить к компенсаторному перееданию в попытке восстановить ощущение удовольствия, способствуя увеличению веса	Галоперидол Хлорпромазин Арипипразол Локсапин Оланзапин Клозапин Кветиапин Рisperидон Брексипразол
Дофаминергический DRD3	Дофамин	Мотивация и эмоциональные реакции	Частичный агонизм может улучшать негативные и когнитивные симптомы, влияние на аппетит требует дальнейшего изучения	Арипипразол Брексипразол Клозапин Кветиапин Оланзапин Рisperидон
Гистаминергический H1	Гистамин	Регуляция бодрствования и аппетита	Блокада вызывает седацию и увеличение аппетита, способствуя приросту веса	Кветиапин Оланзапин Хлорпромазин Локсапин Клозапин
Серотонинергический 5-HT _{2C}	Серотонин	Регулирует аппетит, настроение и эндокринные функции; подавление аппетита через модуляцию нейропептида Y	Антагонизм приводит к увеличению аппетита и приросту веса	Арипипразол Кветиапин Клозапин Локсапин Оланзапин Рisperидон
Серотонинергический 5-HT _{1A}	Серотонин	Регуляция настроения и тревожности	Частичный агонизм может снижать тревожность, иногда может повышать аппетит	Арипипразол Брексипразол
Адренергический α ₁	Норадреналин	Регуляция сосудистого тонуса и бодрствования	Блокада адренорецепторов может вызывать ортостатическую гипотензию и седацию, угнетать аппетит	Клозапин Кветиапин Локсапин Рisperидон Хлорпромазин
Мускариновый холинергический M3	Ацетилхолин	Регуляция секреции инсулина и гомеостаза глюкозы	Антагонизм к мускариновым рецепторам может нарушать метаболизм глюкозы, способствуя увеличению веса	Оланзапин Клозапин

Гормональные механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных антипсихотиками

Антипсихотики влияют на метаболизм и пищевое поведение посредством модуляции гормональных и нейропептидных сигнальных каскадов. Наиболее значимое участие в данном процессе принимают инсулин, лептин, грелин, кортизол и пролактин. Дисрегуляция этих гормонов может нарушать как центральные, так и периферические механизмы контроля аппетита, способствуя развитию гиперфагии и положительному энергетическому балансу.

Лептин — адипокиновый гормон, подавляющий аппетит и участвующий в регуляции энергетического гомеостаза через сигналы насыщения, поступающие в гипоталамус. Повышение уровня лептина, наблюдаемое на фоне терапии клозапином и оланзапином, отражает увеличение жировой массы и связано с развитием лептинорезистентности — состоянием, при котором центральные рецепторы становятся менее чувствительны к действию лептина. В результате подавление аппетита нарушается и формируется порочный круг переедания. Связь между приемом атипичных антипсихотиков и повышением лептина подтверждена клинически, однако прямой корреляционный вклад лептинорезистентности в гиперфагию остается предметом научной дискуссии [132].

Грелин — желудочный гормон, стимулирующий чувство голода и усиливающий пищевое поведение. Повышение уровня грелина при применении антипсихотиков (в частности, клозапина и оланзапина) может усиливать мотивацию к приему пищи. Однако результаты исследований в этой области противоречивы: часть работ демонстрирует повышение циркулирующего грелина на фоне терапии, другая — его парадоксальное снижение при ожирении. Механизм остается недостаточно изученным. Необходимо учитывать возможные различия в активных и неактивных формах гормона, а также половые и возрастные различия [105].

Инсулин, секретируемый β -клетками поджелудочной железы, регулирует уровень глюкозы в крови и способствует индукции чувства насыщения. Антипсихотики, обладающие антагонизмом к M_3 -рецепторам (клозапин, оланзапин, хлорпромазин), нарушают инсулиновую секрецию и чувствительность к инсулину, способствуя развитию инсулинорезистентности. Это сопровождается гипергликемией, гиперинсулинемией и компенсаторным перееданием, что приводит к увеличению массы тела [129].

Кортизол является глюкокортикоидным гормоном, вырабатываемым надпочечниками в ответ на стресс и регулирующим глюконеогенез, уровень глюкозы и перераспределение жировой ткани [24]. Хроническое повышение уровня кортизола может способствовать усилению аппетита, особенно к высококалорийной пище, а также формированию висцерального ожирения. Есть данные о повышении кортизола при применении клозапина и оланзапина, особенно у пациентов с МС [75]. Однако точные механизмы (эндогенный стресс, прямое влияние на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему или вторичные изменения) до конца не установлены [98, 110].

Пролактин, синтезируемый в передней доле гипофиза, регулирует лактацию и влияет на репродуктивную функцию [116]. Гиперпролактинемия, индуцированная приемом рисперидона и галоперидола, может нарушать метаболический баланс, способствуя увеличению массы тела. Влияние повышенного пролактина на массу тела может быть опосредовано как снижением дофаминергического торможения, так и изменением чувствительности к инсулину и лептину [42]. Клозапин, оланзапин быстро повышают уровень пролактина в 1,5–2,5 раза в течение 2–4 часов после приема, до исходного уровня показатель гормона снижается в течение 8 часов [2, 114]. Несмотря на то, что гиперпролактинемия хорошо описана при применении антипсихотиков, степень ее вклада в развитие гиперфагии оценивается как умеренная.

Оланзапин и клозапин не воздействуют напрямую на щитовидную железу, но влияют на уровни тиреоидных гормонов и гипоталамо-гипофизарно-тиреоидную ось опосредованно через центральные нейромедиаторные пути, метаболические изменения и иммунные механизмы. У части пациентов, получающих оланзапин, наблюдается повышение уровня тиреотропного гормона (ТТГ) при нормальных уровнях свободного Т4. Это может указывать на субклинический гипотиреоз. Изменение уровней тиреоидных гормонов может происходить за счет увеличения массы тела и лептинорезистентности, воздействие на дофаминергическую и серотонинергическую систему. У пациентов, длительно принимающих клозапин, могут развиваться изменения в щитовидной функции, включая повышение ТТГ и снижение Т4, особенно при сопутствующей терапии ВК или наличии аутоиммунной предрасположенности. Снижение тиреоидных гормонов может приводить к нейровегетативным, гормональным и метаболическим нарушениям [55] (табл. 10).

Таблица 10

**Гормональные механизмы действия антипсихотиков,
влияющие на пищевое поведение**

Гормон	Орган секреции	Функция в норме	Последствия изменения	ЛС
Лептин	Адиipoциты (жировая ткань)	Подавляет аппетит, регулирует энергетический баланс	Повышение уровня лептина может свидетельствовать о развитии лептинорезистентности, что снижает эффективность сигнала насыщения и способствует перееданию и увеличению веса	Клозапин Оланзапин
Грелин	Желудок	Стимулирует аппетит, повышает потребление пищи	Повышение уровня грелина может усиливать чувство голода, способствуя перееданию и увеличению веса	Клозапин Оланзапин

Гормон	Орган секреции	Функция в норме	Последствия изменения	ЛС
Инсулин	Поджелудочная железа	Регулирует уровень глюкозы в крови, способствует насыщению	Снижение чувствительности к инсулину (инсулинорезистентность) может приводить к гипергликемии и компенсаторному перееданию, способствуя увеличению веса	Клозапин Оланзапин Хлорпромазин
Кортизол	Надпочечники	Повышает уровень глюкозы в крови, участвует в ответе на стресс	Хроническое повышение уровня кортизола может увеличивать аппетит и способствовать накоплению жира, особенно в абдоминальной области — кратковременное влияние	Клозапин Оланзапин
Пролактин	Гипофиз	Стимулирует лактацию, влияет на репродуктивную функцию	Повышение уровня пролактина (гиперпролактинемия) может приводить к увеличению массы тела и нарушению метаболизма	Рisperидон Галоперидол Кветиапин Оланзапин
Тиреоидные гормоны	Щитовидная железа	Регулируют метаболизм и энергетический обмен	Снижение уровня тиреоидных гормонов (гипотиреоз) может замедлять метаболизм, способствуя увеличению массы тела	Кветиапин Оланзапин

Нормотимики/антидепрессанты

Нейромедиаторные механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных нормотимиками/антиконвульсантами

РПП, возникающие на фоне терапии нормотимиками/антиконвульсантами, обусловлены воздействием этих ЛС на ключевые нейротрансмиттерные системы, регулирующие мотивацию, насыщение, метаболизм и аппетит. Основными мишенями при этом являются дофаминергические, серотонинергические, адренергические, глутаматергические и гамма-аминомасляная кислота-ергические (ГАМК-ергические) рецепторы. Влияние этих систем может быть разнонаправленным и варьировать от анорексигенного до орексигенного эффекта в зависимости от типа рецепторной модуляции и индивидуальной чувствительности пациента.

ГАМК_А и ГАМК_В-рецепторы играют центральную роль в регуляции тормозной активности в центральной нервной системе (ЦНС). ГАМК_А-рецепторы ионотропные, тогда как ГАМК_В — метаботропные. Усиление ГАМК-ергической нейротрансмиссии, индуцированное приемом препаратов ВК, может снижать активацию нейронов насыщения и вызывать ощущение гипофагического дефицита, приводя

к усилению аппетита и гиперфагии [113]. Этот механизм особенно значим при длительном приеме вальпроатов и рассматривается как один из главных факторов набора веса у пациентов, получающих терапию ВК [73, 93].

Глутаматные рецепторы α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor (AMPA) и N-methyl-D-aspartate (NMDA), относящиеся к ионотропным рецепторам, опосредуют возбуждающую нейротрансмиссию и участвуют в регуляции нейропластичности, когнитивных функций и пищевого поведения. Блокада этих рецепторов снижает активность возбуждающих сигналов в ЦНС, что может сопровождаться анорексигенным эффектом [68]. Топирамат, ингибирующий глутаматные синапсы, проявляет анорексигенное действие, частично за счет снижения активности AMPA- и NMDA-рецепторов [13].

Дофаминовые D₂-рецепторы, являющиеся метаботропными, играют важную роль в формировании мотивации, вознаграждения, двигательной активности и пищевого поведения. Снижение активности дофаминергической нейротрансмиссии, индуцированное, например, препаратами лития, может ослаблять мотивацию к физической активности и снижать способность к формированию ощущения вознаграждения, что может привести к компенсаторному повышению аппетита и увеличению веса [18]. Этот механизм подтвержден клиническими наблюдениями при длительном приеме лития, однако степень негативного влияния на пищевое поведение у разных пациентов может варьировать [16] (табл. 11).

Таблица 11

Нейромедиаторные механизмы действия нормотимиков/антиконвульсантов, влияющие на пищевое поведение

Рецептор	Нейромедиатор	Функция в норме	Последствия изменений	ЛС
ГАМК А (ионотропный)	ГАМК	Основной тормозный нейротрансмиттер в ЦНС. Регулирует нейронную возбудимость и способствует расслаблению	Усиление тормозной ГАМК-ергической нейротрансмиссии может снижать чувство насыщения, способствуя повышению аппетита	ВК и ее соединения
AMPA, каинатный (ионотропный)	Глутамат	Опосредует быструю возбуждающую нейротрансмиссию. Участвует в процессах обучения и памяти	Блокада глутаматных AMPA рецепторов может снижать возбуждающую нейротрансмиссию, приводя к угнетению аппетита	Топирамат
NMDA (ионотропный)	Глутамат	Участвует в синаптической пластичности, процессах обучения и памяти	Блокада глутаматных NMDA рецепторов может снижать возбуждающую нейротрансмиссию,	Топирамат

Рецептор	Нейромедиатор	Функция в норме	Последствия изменений	ЛС
		Регулирует кальциевый ток в нейронах	приводя к угнетению аппетита	
DRD2-рецептор (метаботропный)	Дофамин	Участвует в мотивации, вознаграждении и контроле движения. Регулирует пищевое поведение	Снижение дофаминергической нейротрансмиссии может уменьшать мотивацию к физической активности и усиливать пищевое поведение, способствуя увеличению веса	Литий и его соединения

Гормональные механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных нормотимиками/антиконвульсантами

Гормональные механизмы, опосредующие РПП на фоне терапии нормотимиками и антиконвульсантами, представляют собой комплексную нейроэндокринную адаптацию, затрагивающую гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось. Эти изменения влияют на регуляцию аппетита, энергетический гомеостаз и водно-солевой обмен.

На уровне желудочно-кишечного тракта важную роль играет грелин — периферический гормон, синтезируемый желудком и стимулирующий чувство голода. ВК может повышать уровень циркулирующего грелина, усиливая мотивацию к приему пищи и способствуя перееданию [84, 104].

Лептин, синтезируемый адипоцитами, регулирует энергетический баланс, снижая аппетит через воздействие на гипоталамические центры насыщения. При применении вальпроатов может развиваться лептинорезистентность, характеризующаяся сниженной чувствительностью к сигналу насыщения. В отличие от этого, топирамат ассоциирован с уменьшением массы тела, что может быть обусловлено как усилением чувствительности к лептину, так и дополнительными механизмами — включая модуляцию глутаматергической и ГАМК-ергической передачи, снижение удовольствия от пищи и повышение метаболической активности [84, 104].

Гиперинсулинемия, индуцированная вальпроатами, может вызывать гипогликемические состояния и вторично усиливать пищевое поведение как компенсаторную реакцию на падение уровня глюкозы. Это представляет собой дополнительный путь формирования РПП, особенно при предрасположенности к инсулинорезистентности [104].

Литий также способствует активации гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, вызывая хроническое повышение уровня кортизола. Кортизол усиливает аппетит, повышает уровень глюкозы в крови и способствует перераспределению жировой ткани по абдоминальному типу, увеличивая риск висцерального ожирения [106].

Еще одним эффектом препаратов лития является индукция гиперпролактинемии. Пролактин, кроме своей репродуктивной функции, оказывает влияние на метаболизм: его избыточная секреция может снижать чувствительность к инсулину и способствовать накоплению жировой ткани, особенно при длительном курсе терапии [17, 86].

Одним из ключевых механизмов является угнетение продукции тироксина (Т4), индуцированное литием [28]. Литий снижает секрецию тиреоидных гормонов, вызывая гипотиреоз, который сопровождается снижением основного обмена, замедлением липолиза и снижением энергетических трат, что клинически проявляется увеличением массы тела даже при неизменном пищевом поведении [112].

Наконец, антидиуретический гормон (АДГ), продуцируемый в гипоталамусе и секретируемый задней долей гипофиза, регулирует реабсорбцию воды в почках. Повышение секреции АДГ под влиянием карбамазепина может приводить к задержке жидкости и соответствующему увеличению массы тела, в том числе за счет отека компонента [60].

Таблица 12

Гормональные механизмы действия нормотимиков/антиконвульсантов, влияющие на пищевое поведение

Гормон	Орган секреции	Функция в норме	Последствия изменения	ЛС
Грелин	Желудок	Стимулирует аппетит. Повышает потребление пищи	Повышение уровня грелина может усиливать чувство голода, способствуя перееданию и увеличению веса	ВК и ее соединения. Топирамат
Лептин	Адиipoциты (жировая ткань)	Подавляет аппетит. Регулирует энергетический баланс	Повышение уровня лептина может свидетельствовать о развитии лептинорезистентности, что снижает эффективность сигнала насыщения и способствует перееданию и увеличению веса	ВК и ее соединения. Топирамат
Инсулин	Поджелудочная железа	Регулирует уровень глюкозы в крови. Регулирует чувство насыщения	Гиперинсулинемия может приводить к гипогликемии и компенсаторному перееданию	ВК и ее соединения
Кортизол	Надпочечники	Повышает уровень глюкозы в крови. Регулирует изменение пищевого поведения в ответ на стресс	Хроническое повышение уровня кортизола может увеличивать аппетит и способствовать накоплению жира, особенно в абдоминальной области	Литий и его соединения

Гормон	Орган секреции	Функция в норме	Последствия изменения	ЛС
Пролактин	Гипофиз	Стимулирует лактацию, влияет на репродуктивную функцию	Повышение уровня пролактина (гиперпролактинемия) может приводить к увеличению веса и нарушению метаболизма	Литий и его соединения
Тиреоидные гормоны	Щитовидная железа	Регулируют метаболизм и энергетический обмен	Снижение уровня тиреоидных гормонов (гипотиреоз) может замедлять метаболизм, способствуя увеличению веса	Литий и его соединения
Антидиуретический гормон (АДГ)	Гипоталамус (синтез), задняя доля гипофиза (секреция)	Регулирует водный баланс. Способствует реабсорбции воды в почках	Повышение активности АДГ может приводить к задержке жидкости и увеличению веса	Карбамазепин

Антидепрессанты

Нейромедиаторные механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных антидепрессантами

Антидепрессанты, модулируя активность нейромедиаторных систем в ЦНС, оказывают выраженное влияние на пищевое поведение. Изменения аппетита и массы тела при их применении нередко обусловлены сложным взаимодействием между серотонинергическими, дофаминергическими, норадренергическими и гистаминергическими системами. Нарушение регуляторных связей на уровне гипоталамических ядер, участвующих в контроле голода, насыщения и энергетического баланса, может приводить к различным формам расстройств пищевого поведения: от анорексигенного до орексигенного паттерна [39, 58].

СИОЗС блокируют пресинаптический захват серотонина, повышая его концентрацию в синаптической щели. Повышенный уровень серотонина способствует снижению тревожности, улучшению настроения и на ранних этапах терапии может снижать аппетит. Этот эффект объясняется усилением серотонинергического торможения орексигенных нейронов в гипоталамусе. Однако при длительном приеме возможна рецепторная адаптация с ослаблением анорексигенного действия.

5-НТ₂C-рецепторы играют ключевую роль в регуляции пищевого поведения через стимуляцию проопиомеланокортиновых нейронов в ядрах дуги гипоталамуса. Их активация способствует снижению аппетита [91]. Блокада этих рецепторов (например, миртазапином) нарушает механизм насыщения, вызывая гиперфагию и увеличение массы тела [74]. Эффект усиливается на фоне сочетанного действия с блокадой Н₁-гистаминергических рецепторов.

Ингибирование обратного захвата дофамина повышает его уровень в мезолимбических структурах, включая прилежащее ядро. Повышение дофаминергической активности ассоциировано с усилением мотивации и снижением ангедонии, что может снижать переживание, связанное с эмоциональной компенсацией [14]. Применение бупропиона сопровождается анорексигенным эффектом и может приводить к снижению массы тела [97].

Ингибиторы обратного захвата норадреналина активируют восходящие норадренергические пути, усиливая бодрствование, концентрацию и двигательную активность [65, 99]. Это косвенно может снижать аппетит. На фоне активации симпатической нервной системы возможно кратковременное подавление пищевого поведения.

Блокада α_1 -адренорецепторов может сопровождаться снижением артериального давления и выраженной седацией [71]. Хотя прямой связи между α_1 -адренолитическим действием и модуляцией аппетита не установлено, косвенное влияние через снижение уровня физической активности и повышение тяги к углеводам возможно.

Гистаминергическая система играет важную роль в регуляции бодрствования и аппетита. Блокада H_1 -рецепторов, характерная для ТЦА и миртазапина [30], вызывает седативный эффект и значительное повышение аппетита за счет ослабления анорексигенного сигнала на уровне вентромедиального гипоталамуса (табл. 13).

Таблица 13

**Нейромедиаторные механизмы действия антидепрессантов,
влияющие на пищевое поведение**

Рецептор	Нейромедиатор	Функция в норме	Последствия изменений	ЛС
SERT (транспортёр серотонина)	Серотонин	Обратный захват серотонина. Регуляция настроения и аппетита	Ингибирование обратного захвата серотонина повышает его уровень в синаптической щели, улучшая настроение и снижая тревожность, уменьшая аппетит	Эсциталопрам Циталопрам Флуоксетин Сертралин Пароксетин
NET (транспортёр норадреналина)	Норадреналин	Обратный захват норадреналина. Регуляция бодрствования и внимания	Ингибирование обратного захвата норадреналина повышает его уровень, улучшая концентрацию и бодрствование, также может уменьшать аппетит	Дулоксетин Венлафаксин Бупропион
DAT (транспортёр дофамина)	Дофамин	Обратный захват дофамина. Регуляция мотивации и удовольствия	Ингибирование обратного захвата дофамина повышает его уровень, улучшая мотивацию и снижая ангедонию	Бупропион

Рецептор	Нейромедиатор	Функция в норме	Последствия изменений	ЛС
5-НТ ₂ A (серотониновый рецептор)	Серотонин	Модуляция настроения. Модуляция восприятия аппетита. Регуляция цикла сна и бодрствования	Ингибирование рецепторов 5-НТ ₂ A может способствовать улучшению сна и снижению тревожности	Миртазапин
5-НТ ₂ C (серотониновый рецептор)	Серотонин	Регуляция аппетита и настроения	Ингибирование 5-НТ ₂ C рецепторов может приводить к увеличению аппетита и веса	Миртазапин Флуоксетин
α_1 -адренорецептор	Норадреналин	Регуляция сосудистого тонуса. Регуляция цикла сна и бодрствования	Блокада α_1 -адренорецепторов может вызывать седативный эффект и снижение артериального давления	Миртазапин
H ₁ -гистаминовый рецептор	Гистамин	Регуляция цикла сна и бодрствования. Регуляция аппетита	Блокада H ₁ -рецепторов может вызывать седативный эффект и увеличение аппетита	Миртазапин

Гормональные механизмы развития расстройств пищевого поведения, индуцированных антидепрессантами

Антидепрессанты, особенно ЛС с действием на серотонинергическую и гистаминергическую системы, могут оказывать значительное влияние на регуляцию гормонов, вовлеченных в энергетический обмен и контроль аппетита.

Грелин — орексигенный гормон, секретируемый желудком, стимулирующий чувство голода и пищевое поведение. Снижение уровня грелина на фоне терапии антидепрессантами может способствовать уменьшению потребления пищи [67]. Антагонизм к 5-НТ₂C и H₁-рецепторам может способствовать повышению уровня грелина и усилению голода, что является одним из механизмов набора массы тела [67]. В то же время было показано, что лечение антидепрессантами может снижать уровень грелина, что в свою очередь способствует снижению аппетита и массы тела [54]. Данные неоднозначны и требуют дальнейшего изучения.

Лептин, синтезируемый адипоцитами, подавляет аппетит и регулирует энергетический баланс через гипоталамические структуры [9]. При увеличении массы тела на фоне терапии может развиваться лептинорезистентность, снижающая эффективность центрального сигнала насыщения. В некоторых исследованиях наблюдались повышенные уровни лептина у пациентов, принимающих миртазапин и амитриптилин, что может быть связано с развитием относительной резистентности и вторичным перееданием, но данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения [50, 100].

Инсулин регулирует гомеостаз глюкозы и участвует в модуляции центральных сигнальных путей насыщения. Некоторые антидепрессанты (например, амитриптилин, миртазапин) повышают уровень глюкозы в крови, что может опосредованно вызывать гиперинсулинемию и приводить к компенсаторному усилению аппетита и риску развития сахарного диабета 2-го типа (СД 2-го типа) [11, 33, 127]. Напротив, флуоксетин может способствовать снижению уровня глюкозы в крови и повышать чувствительность к инсулину (то есть снижать инсулинорезистентность) [124, 131].

Серотонинергические антидепрессанты (например, пароксетин, амитриптилин, циталопрам) могут повышать уровень пролактина за счет модуляции дофаминергического торможения секреции пролактина [2, 45]. Гиперпролактинемия ассоциирована с увеличением массы тела, снижением либидо и нарушением метаболических процессов.

Влияние антидепрессантов на уровень тироксина противоречиво. Пароксетин ассоциировался с редкими случаями субклинического гипотиреоза, однако систематических данных об устойчивом снижении уровня Т4 нет [34]. При этом гипотиреоз (вне зависимости от причины) способен снижать основной обмен и способствовать увеличению массы тела (табл. 14).

Таблица 14

**Гормональные механизмы действия антидепрессантов,
влияющие на пищевое поведение**

Гормон	Орган секреции	Функция в норме	Последствия изменения	ЛС
Грелин	Желудок	Стимулирует аппетит. Повышает потребление пищи	Неоднозначные	Миртазапин
Лептин	Адиipoциты (жировая ткань)	Угнетает аппетит. Регулирует энергетический баланс	Повышение уровня лептина может свидетельствовать о развитии лептинорезистентности, что снижает эффективность сигнала насыщения и способствует перееданию и увеличению массы тела	Амитриптилин Миртазапин
Инсулин	Поджелудочная железа	Регулирует уровень глюкозы в крови. Регулирует чувство насыщения	Снижение чувствительности к инсулину (инсулинорезистентность) может приводить к гипергликемии и компенсаторному перееданию, способствуя увеличению веса. Повышение уровня инсулина	Амитриптилин Миртазапин Пароксетин Флуоксетин

Гормон	Орган секреции	Функция в норме	Последствия изменения	ЛС
Пролактин	Гипофиз	Стимулирует лактацию. Влияет на репродуктивную функцию	Повышение уровня пролактина (гиперпролактинемия) может приводить к увеличению веса и нарушению метаболизма	Амитриптилин Пароксетин Циталопрам
Тиреоидные гормоны	Щитовидная железа	Регулируют метаболизм. Регулируют энергетический обмен	Снижение уровня тиреоидных гормонов (гипотиреоз) может замедлять метаболизм, способствуя увеличению веса	Пароксетин

Влияние психотропных лекарственных средств на систему нейропептида Y

Нейропептид Y (NPY) представляет собой один из наиболее широко экспрессируемых пептидов в ЦНС, преимущественно в гипоталамусе, гиппокампе, миндалине и стриатуме. Он играет ключевую роль в регуляции пищевого поведения, энергетического обмена, циркадных ритмов, стресс-реактивности и нейровоспаления, а также оказывает анксиолитическое, антидепрессивное и противосудорожное действие. Связываясь с различными подтипами рецепторов (наиболее изучен NPY_{1R}), NPY регулирует как возбуждающие, так и тормозные каскады, участвуя в поддержании функционального баланса ЦНС [6, 27].

Изменение активности системы NPY наблюдается при различных психических расстройствах и неврологических заболеваниях, включая тревожные расстройства, депрессию, эпилепсию, шизофрению и РПП [22, 94, 108, 119]. Это делает ее как биомаркером патологических процессов, так и перспективной мишенью для патогенетического вмешательства.

Многочисленные исследования продемонстрировали, что психотропные ЛС способны модулировать экспрессию NPY и его рецепторов, тем самым влияя как на поведение, так и на массу тела пациентов.

Антипсихотики

Антипсихотики второго поколения, в частности клозапин, оланзапин и кветиапин, существенно повышают экспрессию NPY и его рецептора NPY_{1R} в латеральных ядрах гипоталамуса [62, 83]. Это связано с выраженным орексигенным эффектом и частым развитием гиперфагии и увеличения массы тела на фоне терапии этими ЛС.

Антидепрессанты

Миртазапин, обладая выраженной антагонистической активностью в отношении 5-HT_{2C} и H₁-рецепторов, способствует повышению экспрессии NPY

и активности его рецепторов, особенно NPY1R в гипоталамусе. Это сопровождается усилением пищевого поведения и нарастанием массы тела. Данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения [59, 85]. В отличие от него, СИОЗС (флуоксетин), напротив, снижают как уровень самого пептида, так и экспрессию рецептора NPY1R, что коррелирует с анорексигенным эффектом и снижением веса у пациентов [31, 46]. Эти эффекты реализуются преимущественно на уровне гипоталамуса, что подтверждено данными нейровизуализации и постмортальных исследований.

Нормотимики/антиконвульсанты

Нормотимики и антиконвульсанты также активно вовлечены в модуляцию системы NPY. Вальпроаты обладают противосудорожным и нормотимическим действием, достоверно увеличивают экспрессию NPY1R и NPY2R в гиппокампе и таламусе, что способствует не только усилению противосудорожного эффекта, но и повышению аппетита и увеличению массы тела [6]. Литий повышает уровень NPY в гиппокампе и стриатуме, однако одновременно снижает экспрессию NPY1R, что может ограничивать орексигенные эффекты пептида и объясняет его нейтральное влияние на массу тела в ряде клинических наблюдений [87, 88, 117]. Исследования о влиянии топирамата на экспрессию NPY противоречивы. В одних исследованиях топирамат снижает экспрессию NPY в гиппокампе, что может быть связано с его антидепрессивным и противосудорожным эффектом [10, 52]. В других, напротив, способствует повышению его уровня в гипоталамусе, что, вероятно, лежит в основе его анорексигенного действия и способности снижать массу тела, особенно у пациентов с коморбидным МС [52].

Таким образом, влияние психотропных ЛС на систему NPY является важным механизмом, опосредующим как терапевтические эффекты, так и метаболические НР. Повышение экспрессии NPY и его рецепторов ассоциировано с увеличением аппетита и массы тела, в то время как ингибирование этой системы может быть связано с анорексигенным действием и снижением веса. Понимание этих взаимодействий важно как для индивидуализации терапии, так и для разработки новых стратегий коррекции рассматриваемых НР (табл. 15).

Таблица 15

Влияние психотропных лекарственных средств на систему нейропептида Y, ассоциированное с изменением пищевого поведения

ЛС	Влияние на экспрессию NPY	Влияние на рецепторы NPY	Последствия изменений
Антипсихотики			
Клозапин	↑	↑ экспрессии NPY1R в латеральных ядрах гипоталамуса	Увеличивает экспрессию NPY и его рецепторов. Повышается аппетит и увеличивается вес

ЛС	Влияние на экспрессию NPY	Влияние на рецепторы NPY	Последствия изменений
Оланзапин	↑	↑ экспрессии NPY1R	Повышает уровень NPY и экспрессию его рецепторов. Повышается аппетит и увеличивается вес
Кветиапин	↑	↑ экспрессии NPY1R	Повышает экспрессию NPY и его рецепторов в гипоталамусе. Повышается аппетит и увеличивается вес
Нормотимики/антиконвульсанты			
Вальпроевая кислота и ее соединения	↑	↑ экспрессии NPY1R и NPY2R (гиппокамп, таламус)	Повышает экспрессию NPY и его рецепторов. Повышается аппетит и увеличивается вес
Литий и его соединения	↑	↓ экспрессии NPY1R (гиппокамп, стриатум)	Модуляция настроения. Возможное модулирующее влияние на аппетит и вес
Топирамат	↓ (гиппокамп). ↑ (гипоталамус)	Н/Д	Угнетение аппетита, снижение массы тела
Антидепрессанты			
Миртазапин	Н/Д	↑ экспрессии NPY1R (гипоталамус)	Повышение аппетита и увеличение веса
Флуоксетин	↓	↓ экспрессии NPY1R (гипоталамус)	Угнетение аппетита и снижение веса

Клиническая картина расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

Пищевое поведение является сложным, иерархически организованным процессом, регулируемым нейрогуморальными и психоэмоциональными факторами. Психотропные ЛС, влияя на нейромедиаторные и нейроэндокринные системы, могут вызывать различные формы его нарушений. Эти расстройства, как правило, носят вторичный характер и формируются на фоне терапии основного психического расстройства или неврологического заболевания. Клиническая картина варьирует в зависимости от группы ЛС, рецепторного профиля и индивидуальной чувствительности пациента, однако ряд симптомов является типичным вне зависимости от этиологического агента.

Антипсихотики

Наиболее выраженные и частые РПП наблюдаются при применении антипсихотиков, особенно второго поколения. Наиболее типичным проявлением является гиперфагия — патологически усиленное стремление к приему пищи, часто сопровождающееся снижением чувства насыщения и стремлением к высококалорийной пище с преобладанием углеводов и жиров. Это поведение часто развивается незаметно для пациента, прогрессируя параллельно с ростом массы тела. Пациенты могут сообщать о «навязчивой тяге к еде», ночных эпизодах переедания, изменении вкусовых предпочтений [77]. Оланзапин и клозапин — ЛС с наивысшим риском — вызывают подобную симптоматику у более чем 40–60% пациентов в течение первых месяцев терапии [63]. Реже встречается снижение пищевой активности, чаще всего при терапии высокоаффинными D₂-блокаторами (галоперидол), где выраженная гиподопаминовая стимуляция сопровождается апатией и снижением витальности.

Антидепрессанты

Клиника РПП при применении антидепрессантов во многом определяется их фармакологическим классом. При использовании СИОЗС (например, сертралина или флуоксетина) на начальном этапе терапии возможно снижение аппетита, потеря массы тела, что нередко рассматривается как благоприятный эффект у пациентов с сопутствующим ожирением. Однако в ряде случаев спустя 4–6 недель лечения наблюдается парадоксальное усиление пищевого поведения, особенно при длительной терапии, что связывают с нейропластическими изменениями в гипоталамо-лимбических структурах [32]. При применении ТЦА (амитриптилин, доксепин) и мirtазапина, напротив, типично устойчивое увеличение аппетита, дневная седация и тяга к углеводам, с развитием эмоционального переедания [76]. Пациенты нередко связывают прием пищи с улучшением настроения и уменьшением тревожности, что ведет к закреплению поведенческого паттерна.

Нормотимики/антиконвульсанты

Клиническая картина приема нормотимиков отличается большей вариативностью. Наиболее выраженные РПП развиваются при применении ВК и ее соединений и проявляются в виде прогрессирующего повышения аппетита, тяги к калорийной пище и быстрой прибавки массы тела (до 10–15 кг за первые 6 месяцев терапии). Пациенты могут отмечать «постоянное чувство голода», эпизоды компульсивного переедания и трудности с самоконтролем. Эти симптомы зачастую сочетаются с сонливостью, астенией и эмоциональной лабильностью [73]. Напротив, топирамат ассоциирован с анорексигенными проявлениями — спонтанным снижением аппетита, отказом от пищи без психогенных причин, ощущением «отвращения» к еде. У части пациентов развивается нейрогенное похудание, которое может сопровождаться нарушениями восприятия вкуса и ранним насыщением [120]. Литий и его соединения, несмотря на нейтральный метаболический

профиль, в ряде случаев вызывают либо умеренное повышение аппетита, либо, напротив, анорексию — особенно в фазе стабилизации настроения, что предполагает наличие индивидуальных механизмов регуляции [40].

Таким образом, клиническая картина РПП, индуцированных психотропными ЛС, характеризуется многообразием проявлений — от гиперфагии до анорексии — и значительной межиндивидуальной вариабельностью. Основными факторами, определяющими тип симптомов, являются рецепторный профиль ЛС, дозировка, длительность приема, а также исходное психическое состояние и метаболический фон пациента. Эти расстройства часто маскируются под естественное течение болезни, что требует от врача высокой степени настороженности, особенно в амбулаторной практике. Их своевременное выявление и коррекция являются необходимым условием сохранения терапевтической приверженности и профилактики вторичных метаболических осложнений.

Диагностика расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

РПП, индуцированные психотропными ЛС, представляют собой клинически значимую и зачастую недооцененную проблему. Эти нарушения могут существенно влиять на комплаентность, прогноз основного психического расстройства и неврологических заболеваний, а также на качество жизни пациента. Их диагностика требует системного подхода, включающего предварительное выявление факторов риска, регулярный мониторинг динамики пищевого поведения и использование валидированных психометрических инструментов.

Первый этап

Как первый этап диагностики мы выделили «предварительную психиатрическую оценку до начала терапии», целью которой является выявление актуальных или латентных РПП, которые могут модулировать или маскировать влияние психотропной терапии, а также повышение настороженности в группах риска (женщины, пациенты с тревожными и аффективными расстройствами, больные с уже измененным образом питания и массой тела). К методам данного этапа мы отнесли структурированное или полуструктурированное клиническое интервью с фокусом на: отношении пациента к своему телу; наличии эпизодов переедания или ограничительного поведения в анамнезе; истории изменения массы тела, в том числе до начала психофармакотерапии. Использование валидированных опросников: SCOFF (Sick, Control, Over, Fat, Food) — скрининговый инструмент для выявления анорексии и булимии (чувствительность >85%) [64]; EAT-26 (Eating Attitudes Test) — оценивает пищевое поведение и отношение к телу [56]; EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) — 28-пунктовый опросник для оценки частоты симптомов и степени выраженности РПП [72]; SPDI-ED (Санкт-Петербургское диагностическое интервью для РПП) — перспективный инструмент проходит этап клинической валидации.

Второй этап

Второй этап диагностики — «мониторинг после начала психофармакотерапии», целью которой является своевременно выявить РПП, связанное с действием ЛС, до развития стойких метаболических НР и значимого увеличения массы тела. Рекомендуемые интервалы оценки: через 4 недели от начала терапии; каждые 3 месяца на фоне продолжающейся терапии, либо при смене дозы/ЛС. К методам данного этапа мы отнесли: повторное использование исходных шкал с последующим сопоставлением динамики; целенаправленное клиническое интервью (с вопросами о изменении аппетита и пищевых предпочтений; индуцирование эпизодов ночного/компульсивного переедания, снижения контроля над объемом потребляемой пищи; контроль массы тела и индекса массы тела (ИМТ) (включая биоимпедансный анализ при необходимости); идентификация развития ограничительного поведения или страха прибавки в весе).

Особое внимание следует уделять пациентам, принимающим атипичные антипсихотики (оланзапин, клозапин), нормотимики (вальпроаты, препараты лития), а также антидепрессанты с выраженным действием на гистаминергическую и серотонинергическую системы (миртазапин, трициклики), поскольку именно эти классы ЛС чаще всего ассоциированы с индуцированными психофармакотерапией РПП (табл. 16).

Таблица 16

Этапы диагностики расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

1 этап Предварительная психиатрическая оценка пищевого поведения (до начала приема психотропных ЛС)	
Методы	Структурированное или полуструктурированное клиническое интервью с фокусом на: • отношении пациента к своему телу; • наличии эпизодов переедания или ограничительного поведения в анамнезе; • истории изменения массы тела, в том числе до начала психофармакотерапии Использование валидированных опросников: • SCOFF — скрининговый инструмент для выявления анорексии и булимии (чувствительность >85%); • EAT-26 — оценивает пищевое поведение и отношение к телу; • EDE-Q — 28-пунктовый опросник для оценки частоты симптомов и степени выраженности РПП; • SPDI-ED — перспективный инструмент для русскоязычной популяции, проходит этап клинической валидации
2 этап Мониторинг изменений пищевого поведения (на фоне приема психотропных ЛС)	
Методы	Повторное использование исходных шкал с последующим сопоставлением динамики.

	Целенаправленное клиническое интервью с вопросами о: • изменении аппетита и пищевых предпочтений; • появлении эпизодов ночного/компульсивного переедания; • снижении контроля над объемом потребляемой пищи; • изменении массы тела и ИМТ (включая биоимпедансный анализ при необходимости); • развитии ограничительного поведения или страха прибавки в весе

Профилактика расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

Профилактика РПП, ассоциированных с приемом психотропных ЛС, требует комплексного, многоуровневого подхода, направленного на минимизацию метаболических и поведенческих НР. Ведущими компонентами профилактической стратегии являются: персонализированный выбор терапии, мониторинг метаболических показателей, поведенческо-диетические интервенции и фармакологическая коррекция.

На этапе планирования лечения ключевой является оценка индивидуальных факторов риска: наличие МС, ожирения, сахарного диабета 2-го типа, семейный анамнез по этим заболеваниям, а также ранее перенесенные РПП. Для повышения прогностической точности может быть использовано предиктивное фармакогенетическое тестирование (например, идентификация генетических вариантов в генах *HTR2C*, *MC4R*, *LEPR*, *CYP*, *ABCB1*). Такой подход позволяет снизить риск НР путем выбора психотропных ЛС с наиболее благоприятным метаболическим профилем (арипипразол, zipрасидон, лурасидон, брекспипразол, кари-празин) и избегать назначения ЛС с высоким риском развития МС (например, оланзапина, клозапина) пациентам, имеющим немодифицируемые и модифицируемые факторы риска РПП.

У пациента, получающего психотропные ЛС, ключевым профилактическим компонентом является формирование устойчивых пищевых привычек. Рекомендуется проведение индивидуальных консультаций по питанию с целью снижения калорийности суточного рациона на 500–1000 ккал, ограничение потребления жиров до 30% общей энергетической ценности, а также психообразование, нацеленное на повышение осведомленности пациента о потенциальных изменениях пищевого поведения на фоне фармакотерапии. Физическая активность (не менее 150 минут умеренной аэробной нагрузки в неделю) способствует не только стабилизации массы тела, но и улучшению общего метаболического статуса [20].

Фармакологическая коррекция может использоваться в случаях высокой вероятности развития РПП, индуцированного психотропными ЛС. Применение метформина показало эффективность в предотвращении увеличения массы тела у пациентов, получающих антипсихотики с выраженным метаболическим профилем (доказательность высокая, по данным систематических обзоров

и рандомизированных контролируемых исследований) [128]. Также перспективны агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (например, лираглутид), которые способствуют снижению массы тела и улучшению липидного и углеводного профиля [125].

Динамическое измерение веса и расчет индекса массы тела (ИМТ) необходимо проводить еженедельно в течение первых 4–6 недель терапии, затем — ежемесячно. Один раз в 3 месяца рекомендуется лабораторный контроль уровня глюкозы, инсулина, лептина и липидного спектра, по показаниям — ТТГ, Т3, Т4, АДГ, кортизола. Параллельно проводится терапевтический лекарственный мониторинг (ТЛМ) психотропных ЛС в крови. Оценка пищевого поведения осуществляется с помощью валидированных опросников (например, EAT-26, SCOFF и др.), а также через структурированное клиническое интервью с оценкой изменений пищевых привычек и пищевых предпочтений.

Для повышения эффективности профилактики РПП, индуцированных психотропными ЛС, целесообразно формирование мультидисциплинарной команды, включающей невролога, психиатра, диетолога, терапевта (эндокринолога) и клинического психолога/психотерапевта. Такой подход позволяет учитывать комплексный биопсихосоциальный профиль пациента, выстраивая наиболее безопасную и персонализированную тактику коррекции РПП, индуцированных психотропными ЛС.

Генетические биомаркеры нарушений транспорта и метаболизма психотропных лекарственных средств

Одной из ключевых причин индивидуальной вариабельности в эффективности и безопасности психофармакотерапии является полиморфизм генов, кодирующих мембранные транспортеры ЛС. Эти белки — преимущественно члены суперсемейства ABC (ATP-binding cassette) — играют решающую роль в абсорбции, распределении, проникновении через гематоэнцефалический барьер (ГЭБ) и выведении психотропных ЛС. Наиболее клинически значимыми считаются полиморфизмы в генах *ABCB1*, *ABCG2*, *ABCC1* и *ABCC2*, ассоциированные с изменением экспрессии и/или функции соответствующих транспортных белков.

P-гликопротеин (P-gp), кодируемый геном *ABCB1* (OMIM: 171050), экспрессируется в эндотелиоцитах ГЭБ, энтероцитах и гепатоцитах и обеспечивает активный экспорт ряда субстратов, включая антидепрессанты, антиконвульсанты и антипсихотики. Наиболее изученными однонуклеотидными вариантами (ОНВ) являются rs1045642, rs2032582, rs1128503, rs2235048. Аллельные варианты этих ОНВ могут снижать экспрессию или функциональную активность P-gp, повышая проницаемость ЛС через ГЭБ и усиливая как терапевтические эффекты, так и повышая риск НР [23].

Белок BCRP (breast cancer resistance protein), кодируемый *ABCG2* (OMIM: 603756), также относится к классу ABC-транспортеров и экспрессируется в ГЭБ, печени и кишечнике. ОНВ rs2231142 (Q141K) и rs2231137 ассоциированы

с нарушением транспорта ряда антипсихотиков, включая клозапин, оланзапин, арипипразол, рисперидон. Q141K аллель снижает активность BCRP, повышая системную и центральную экспозицию ЛС [79].

Ген *ABCC1* (OMIM: 158343) кодирует белок MRP1, участвующий в выведении ряда ксенобиотиков из клеток. Описан ОНВ rs212090, потенциально ассоциированный с вариабельностью ответа на клозапин, однако данных недостаточно для клинической интерпретации [80, 126].

Продукт гена *ABCC2* (OMIM: 601107) экспрессируется в печени, почках и ГЭБ. ОНВ rs717620, rs2273697 и rs3740066 ассоциированы с изменением выведения карбамазепина и ВК, включая повышение концентрации последних при сниженной функции транспортера [81].

Индивидуальные различия в метаболизме психотропных ЛС могут быть обусловлены полиморфизмами генов I фазы биотрансформации, кодирующих ферменты системы цитохрома P450, а также ферменты II фазы биотрансформации. Учет этих генетических вариаций приобретает особое значение в рамках персонализированной психофармакотерапии, особенно при наличии недостаточного терапевтического ответа, НР или при подборе стартовой дозы.

CYP2D6 является одним из ключевых изоферментов, участвующих в метаболизме более чем 25% всех психотропных ЛС. Полиморфизмы (rs3892097, rs1065852) обуславливают различия между ультрабыстрыми, обширными, промежуточными и медленными метаболиторами. Клинически значимые ЛС: арипипразол, кветиапин, клозапин, рисперидон, эсциталопрам, флуоксетин и др. [5].

CYP2C19 является ключевым ферментом метаболизма СИОЗС: эсциталопрама, циталопрама, сертралина. Полиморфизмы (rs4244285, rs4986893) ассоциированы с риском НР (например, синдром удлиненного интервала QT) у медленных метаболиторов [1].

CYP2C9 участвует в метаболизме карбамазепина и ВК. Полиморфизмы (rs1799853, rs1057910) могут замедлять клиренс этих ЛС, увеличивая риск токсичности [1].

CYP2B6 ассоциирован с метаболизмом бупропиона, ВК и флуоксетина. Полиморфизмы (rs3745274, rs2279343) влияют на уровень ЛС в плазме.

CYP3A4 отвечает за метаболизм широкого спектра ЛС, включая клозапин, флуоксетин и карбамазепин. Полиморфизмы (*CYP3A4*B, 22) оказывают умеренное влияние на метаболизм, однако в клинической практике чаще ориентируются на ингибиторы/индукторы фермента. Данные противоречивы и требуют дальнейшего изучения [3].

CYP1A2 метаболизирует клозапин и оланзапин. Варьирует под влиянием никотина, который является индуктором CYP1A2. Полиморфизм (rs762551) может влиять на эффективность и безопасность терапии, особенно у курящих пациентов [7].

UGT2B7 и *UGT1A6* кодируют УДФ-глюкуронозилтрансферазы, катализирующие процесс глюкуронидирования ВК и карбамазепина. Полиморфизмы (rs7439366, rs12233719 для *UGT2B7*; rs1105879, rs7439366 для *UGT1A6*) ассоциированы

с замедленным выведением ЛС. Их роль в развитии гепатотоксичности и индивидуальной чувствительности к терапии пока изучена недостаточно (табл. 17) [35, 121].

Таблица 17

Генетические биомаркеры нарушений метаболизма психотропных лекарственных средств, ассоциированных с расстройством пищевого поведения

Ген	Белок/фермент	ОМIM	ОНВ	ЛС
<i>ABCB1</i>	P-гликопротеин	171050	rs1045642 rs2032582 rs1128503 rs2235048	Арипипразол Брексипразол Вальпроевая кислота Галоперидол Дулоксетин Кветиапин Клозапин Оланзапин Пароксетин Рisperидон Сертралин Флуоксетин Циталопрам Эсциталопрам
<i>ABCG2</i>	BCRP	603756	rs2231142 rs2231137	Арипипразол Брексипразол Клозапин Оланзапин Рisperидон
<i>ABCC1</i>	MRP1, MRP	158343	rs212090	Клозапин
<i>ABCC2</i>	MRP2, CMOAT	601107	rs717620 rs2273697 rs3740066	Вальпроевая кислота Карбамазепин
<i>CYP2D6</i>	CYP2D6	124030	rs3892097 rs1065852	Арипипразол Брексипразол Бупропион Галоперидол Дулоксетин Кветиапин Клозапин Миртазапин Оланзапин Пароксетин Перфеназин Рisperидон Сертралин Флуоксетин

Ген	Белок/фермент	ОМIM	ОНВ	ЛС
				Хлорпромазин Циталопрам Эсциталопрам
CYP2C19	Цитохром P450 2C19	124020	rs4244285 rs4986893 rs12248560	Сертралин Флуоксетин Циталопрам Эсциталопрам Карбамазепин
CYP1A2	Цитохром P450 2B6	123930	rs762551	Клозапин Оланзапин
CYP2B6	Цитохром P450 2B6	123930	rs3745274 rs2279343	Бупропион Вальпроевая кислота Флуоксетин
CYP2C9	Цитохром P450 2C9	601130	rs1799853 rs1057910	Вальпроевая кислота Карбамазепин Флуоксетин
CYP3A4	Цитохром P450 3A4	124010	CYP3A4*1B, *22	Клозапин Флуоксетин Карбамазепин
UGT2B7	УДФ-глюкуронозил- трансфераза 2B7	600068	rs7439366 rs12233719	Карбамазепин Вальпроевая кислота
UGT1A6	УДФ-глюкуронозил- трансфераза 1A6	606431	rs1105879 rs7439366	Вальпроевая кислота

Коррекция расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

Коррекция РПП, индуцированных приемом психотропных ЛС, требует раннего вмешательства, направленного на поддержание адекватной пищевой регуляции, формирование устойчивых копинг-стратегий и сохранение позитивного отношения к телу. Психотерапевтические подходы в этом контексте служат не только инструментом сопровождения, но и эффективным способом предупреждения развития компульсивного переедания, эмоционального голода и расстройств, вторичных к увеличению массы тела. Наиболее значимыми мишенями становятся навыки саморегуляции, повышение осознанности в отношении сигналов голода и насыщения, а также снижение зависимости пищевого поведения от уровня стресса. Вовлечение пациента в процесс самонаблюдения, проработка когнитивных и межличностных факторов риска, а также обучение адаптивным паттернам поведения позволяют существенно снизить вероятность формирования РПП, индуцированных психотропными ЛС.

Немедикаментозные методы

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — наиболее изученный и эффективный метод коррекции РПП, в том числе связанных с приемом психотропных ЛС. Ее целью является реструктуризация искаженных когниций, связанных с телесным образом, едой, контролем и самоуважением [8].

Ключевые техники:

- самомониторинг приемов пищи и эмоций (ведение дневника);
- выявление триггеров переедания и работа с автоматическими мыслями;
- поведенческие эксперименты: замена переедания альтернативными стратегиями совладания;
- постепенное выстраивание адекватного пищевого режима;
- тренировка самопринятия и устойчивости к телесной неуверенности.

Диалектическая поведенческая терапия

Изначально разработанная для пациентов с пограничным расстройством личности, диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) доказала свою эффективность в случаях, когда РПП сопровождаются выраженной эмоциональной лабильностью и импульсивностью. Ее целью является развитие навыков регуляции аффекта, толерантности к дистрессу и предотвращение эмоционального «заедания» [95].

Основные техники ДПТ:

- осознанность (mindfulness): тренировка внимания к внутренним состояниям;
- навыки эмоциональной регуляции;
- навыки межличностной эффективности;
- устойчивость к дистрессу без ухода в деструктивное пищевое поведение.

Интерперсональная терапия

Интерперсональная терапия (ИПТ) эффективна у тех пациентов, у кого РПП связаны с нарушениями в сфере значимых отношений (например, отвержение, уязвимость, стыд). Ее целью является улучшение качества межличностного взаимодействия и эмоциональной поддержки, снижение изоляции [78].

Фокус терапии ИПТ:

- переживание потерь, смен ролей (например, после смены тела);
- конфликты в отношениях;
- дефицит социальных связей и ощущение одиночества;
- развитие навыков конструктивного общения и установления границ.

Терапия принятия и ответственности

Терапия принятия и ответственности — АСТ (Acceptance and Commitment Therapy) показана при устойчивом недовольстве телом, перфекционистических

установках и выраженной фиксации на весе. Ее целью является повышение психологической гибкости и способности действовать в соответствии с ценностями, несмотря на наличие дистресса [36].

Методы АСТ:

- дистанцирование от навязчивых мыслей (cognitive defusion);
- работа с концепцией «я-наблюдающего»;
- определение индивидуальных жизненных ценностей;
- формирование поведенческих стратегий, соответствующих ценностям, а не симптомам.

Семейная терапия

Семейная терапия рекомендуется при РПП, индуцированных приемом психотропных ЛС, у подростков и молодых взрослых, особенно при участии семьи в контроле за лечением [96].

Цели семейной терапии:

- повышение информированности семьи о влиянии ЛС на пищевое поведение;
- снижение стигматизации изменений массы тела;
- формирование здоровой атмосферы поддержки;
- устранение дисфункциональных паттернов родительского контроля или гиперопеки.

Групповая терапия

Групповая терапия может применяться как дополнение к индивидуальной терапии РПП, индуцированных психотропными препаратами, или на этапе поддерживающего лечения [43].

Цели групповой терапии:

- нормализация переживаний через групповую идентификацию;
- снижение чувства вины и стыда;
- обучение через ролевое моделирование;
- повышение мотивации через поддержку сверстников.

Таким образом, психотерапия при РПП, индуцированном психотропными ЛС, должна быть персонализирована и учитывать как тип психотропного ЛС, так и личностные и социальные особенности пациента. Наиболее эффективным представляется комбинированный подход, включающий элементы КПТ и ДПТ, с прицельной психообразовательной работой и вовлечением близкого окружения пациента.

Медикаментозные методы

Медикаментозные методы коррекции РПП, индуцированных психотропными ЛС, направлены как на устранение симптомов, так и на воздействие на патогенетические механизмы развития этих НР. Лечение требует индивидуального подбора с учетом психиатрического диагноза, фармакогенетического профиля

пациента [133, 134] и сроков развития НР, метаболического статуса пациента и степени выраженности РПП (табл. 18).

Таблица 18

Медикаментозная коррекция расстройств пищевого поведения, индуцированных психотропными лекарственными средствами

Группа ЛС	Название	Форма выпуска	Суточная доза (мг/сут)	T _{1/2} (ч)	Путь выведения
Патогенетическая терапия					
Гепатопротектор	Урсодезоксихолевая кислота	Капсулы	250–500	3,5–5,8	Печеночный
Метаболическое средство	L-Карнитин	Таблетки	1000–3000	3–5	Почечный (с мочой)
Противоэпилептическое средство	Фенобарбитал	Таблетки	50–100	48–72	Почечный (с мочой)
Агонисты глюкагоноподобного пептида 1	Семаглутид	Раствор для подкожного введения	0,25 мг/нед	1 нед	Почечный и кишечный (с мочой и калом)
	Лираглутид	Раствор для подкожного введения	0,6 мг/сут	13 ч	Почечный и кишечный (с мочой и калом)
	Эксенатид	Раствор для подкожного введения	5 мкг 2 р/сут	2,4 ч	Почечный (с мочой)
Симптоматическая терапия					
Сахароснижающие	Метформин	Таблетки	500–2550	2–6	Почечный (с мочой)
Ингибиторы АПФ	Эналаприл	Таблетки	10–20	11	Смешанный (с калом и мочой)
Гиполипидемические	Розувастатин	Таблетки	5–20	19	Смешанный (с калом и мочой)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

РПП, индуцированные психотропными ЛС, представляют собой сложный, мультифакторный синдром, в основе которого лежат аддитивные эффекты нейромедиаторных, гормональных, метаболических и психологических механизмов. Формирование гиперфагии, изменение пищевой мотивации и массы тела при приеме психотропных ЛС — не НР в узком смысле, а клинически и социально

значимое явление, требующее системного подхода к его диагностике, профилактике и коррекции.

Наиболее высокий метаболический риск ассоциирован с приемом антагонистов 5-НТ₂С, Н₁, D₂ и М₃-рецепторов, а также ЛС, влияющих на ось лептин–инсулин–глюкоза и систему нейропептида Y. Понимание рецепторного профиля и фармакогенетических предикторов индивидуальной чувствительности позволяет прогнозировать вероятность развития РПП и проводить превентивную стратификацию пациентов.

Комплексное изучение механизмов РПП, индуцированных психотропными ЛС, а также внедрение в практику доказательных подходов к профилактике и лечению этих состояний имеет ключевое значение для повышения приверженности лечению, улучшения качества жизни пациентов и снижения долгосрочных соматических рисков.

Литература

1. Галанкин Н. А., Тадтаева З. Г., Сардарян И. С. и др. Влияние генетических полиморфизмов CYP2C9, CYP2C19 и ABCB1 на безопасность и эффективность применения антиэпилептических препаратов // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2025; 17 (1): 70–81. doi: 10.17749/2077-8333/epi.par.con.2025.240.
2. Дзеранова Л. К., Воротникова С. Ю., Шутова А. С. и др. Лекарственно-индуцированная гиперпролактинемия: механизм развития, особенности диагностики и лечения // Ожирение и метаболизм. 2023; 20 (3): 251–258. doi: 10.14341/omet13036.
3. Егоренков Е. А., Смирнов В. В., Кузина В. Н. и др. Методики фенотипирования изофермента CYP3A4, применяемые для персонализации фармакотерапии // Вестник Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2017; 7 (1): 20–24.
4. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Приказ от 27.05.1997 № 170 «Об утверждении Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10)». <https://mkb-10.com/>
5. Смирнов В. В., Абдрашитов Р. Х., Егоренков Е. А. и др. Влияние изофермента CYP2D6 на метаболизм лекарственных препаратов и методы определения его активности // Вестник Научного центра экспертизы средств медицинского применения. 2015; (3): 32–35.
6. Шнайдер Н. А., Гречкина В. В., Киссин М. Я. и др. Роль нейропептида Y в развитии вальпроат-индуцированного расстройства пищевого поведения // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2024; 16 (4): 349–361. <https://doi.org/10.17749/2077-8333/epi.par.con.2024.207>.
7. Шнайдер Н. А., Хасанова А. К., Насырова Р. Ф. Первая фаза метаболизма антипсихотиков в печени: роль окисления // Фармакогенетика и фармакогеномика. 2022; (1): 15–30. doi: 10.37489/2588-0527-2022-1-15-30.
8. Agras W. S., Bohon C. Cognitive Behavioral Therapy for the Eating Disorders // Annu Rev. Clin. Psychol. 2021; 17: 417–438. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-110907.
9. Al-Hussaniy H.A., Alburghaif A. H., Naji M. A. Leptin hormone and its effectiveness in reproduction, metabolism, immunity, diabetes, hopes and ambitions // J. Med. Life. 2021; 14 (5): 600–605. doi: 10.25122/jml-2021-0153.
10. Alkan I., Altunkaynak B. Z., Altun G., Erener E. The investigation of the effects of topiramate on the hypothalamic levels of fat mass/obesity-associated protein and neuropeptide Y in obese female rats // Nutr. Neurosci. 2019; 22 (4): 243–252. doi: 10.1080/1028415X.2017.1374033.

11. *Alruwaili N. S., Al-Kuraishy H. M., Al-Gareeb A. I. et al.* Antidepressants and type 2 diabetes: highways to knowns and unknowns // *Diabetol. Metab. Syndr.* 2023; 15 (1): 179. doi: 10.1186/s13098-023-01149-z.
12. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.) // American Psychiatric Publishing. 2013. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596.
13. *Bai Y. F., Zeng C., Jia M., Xiao B.* Molecular mechanisms of topiramate and its clinical value in epilepsy // *Seizure.* 2022; 98: 51–56. doi: 10.1016/j.seizure.2022.03.024.
14. *Baik J. H.* Dopaminergic Control of the Feeding Circuit // *Endocrinol. Metab. (Seoul).* 2021; 36 (2): 229–239. doi: 10.3803/EnM.2021.979.
15. *Balasundaram P., Santhanam P.* Eating Disorders. Treasure Island (FL) // StatPearls Publishing; 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567717/>
16. *Basselin M., Chang L., Bell J. M., Rapoport S. I.* Chronic lithium chloride administration to unanesthetized rats attenuates brain dopamine D2-like receptor-initiated signaling via arachidonic acid // *Neuropsychopharmacology.* 2005; 30 (6): 1064–1075. doi: 10.1038/sj.npp.1300671.
17. *Baştürk M., Karaaslan F., Esel E. et al.* Effects of short and long-term lithium treatment on serum prolactin levels in patients with bipolar affective disorder // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2001; 25 (2): 315–322. doi: 10.1016/s0278-5846(00)00165-2.
18. *Beeler J. A., Faust R. P., Turkson S. et al.* Low Dopamine D2 Receptor Increases Vulnerability to Obesity Via Reduced Physical Activity, Not Increased Appetitive Motivation // *Biol. Psychiatry.* 2016; 79 (11): 887–897. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.07.009.
19. *Brodie E., van Veenendaal N., Platz E. et al.* The incidence of refeeding syndrome and the nutrition management of severely malnourished inpatients with eating disorders: An observational study // *Int. J. Eat. Disord.* 2024; 57 (3): 661–670. doi: 10.1002/eat.24151.
20. *Bull F. C., Al-Ansari S. S., Biddle S. et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour // *Br. J. Sports Med.* 2020; 54 (24): 1451–1462. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955.
21. *Buraniqi E., Dabaja H., Wirrell E. C.* Impact of Antiseizure Medications on Appetite and Weight in Children // *Paediatr. Drugs.* 2022; 24 (4): 335–363. doi: 10.1007/s40272-022-00505-2.
22. *Cattaneo S., Verlengia G., Marino P. et al.* NPY and Gene Therapy for Epilepsy: How, When,... and Y // *Front. Mol. Neurosci.* 2021; 13: 608001. doi: 10.3389/fnmol.2020.608001.
23. *Chai A. B., Callaghan R., Gelissen I. C.* Regulation of P-Glycoprotein in the Brain // *Int. J. Mol. Sci.* 2022; 23: 14667. doi: 10.3390/ijms232314667.
24. *Chao A. M., Jastreboff A. M., White M. A. et al.* Stress, cortisol, and other appetite-related hormones: Prospective prediction of 6-month changes in food cravings and weight // *Obesity (Silver Spring).* 2017; 25 (4): 713–720. doi: 10.1002/oby.21790.
25. *Chetty M., Miller R., Moodley S. V.* Smoking and body weight influence the clearance of chlorpromazine // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 1994; 46 (6): 523–526. doi: 10.1007/BF00196109.
26. *Chue J. P.* Antipsychotic Drugs. Side Effects of Drugs // *Annual.* 2016; (38): 35–54. doi: 10.1016/bs.seda.2016.08.004.
27. *Czarnecka M., Lu C., Pons J. et al.* Neuropeptide Y receptor interactions regulate its mitogenic activity // *Neuropeptides.* 2019; 73: 11–24. doi: 10.1016/j.npep.2018.11.008.
28. *Czarnywojtek A., Zgorzalewicz-Stachowiak M., Czarnocka B. et al.* Effect of lithium carbonate on the function of the thyroid gland: mechanism of action and clinical implications // *J. Physiol. Pharmacol.* 2020; 71 (2). doi: 10.26402/jpp.2020.2.03.
29. *Dayabandara M., Hanwell R., Ratnatunga S. et al.* Antipsychotic-associated weight gain: management strategies and impact on treatment adherence // *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2017; 13: 2231–2241. doi: 10.2147/NDT.S113099.

30. Drugbank. Mirtazapine. Available online: URL: <https://go.drugbank.com/drugs/DB00370> (Accessed 04.07.2025)
31. Dryden S., Frankish H. M., Wang Q. *et al.* The serotonergic agent fluoxetine reduces neuropeptide Y levels and neuropeptide Y secretion in the hypothalamus of lean and obese rats // *Neuroscience*. 1996; 72 (2): 557–566. doi: 10.1016/0306-4522(95)00566-8.
32. Duan H., Zhu L., Li M. *et al.* Comparative efficacy and acceptability of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants for binge eating disorder: A network meta-analysis // *Front Pharmacol*. 2022; 13: 949823. doi: 10.3389/fphar.2022.949823.
33. Eissa R. G., Eissa N. G., Eissa R. A. *et al.* Oral prazosin and amitriptyline for management of diabetic neuropathy: Exceptional control over hyperglycemia and neuropathic pain // *Int. J. Pharm.* 2023; 647: 123549. doi: 10.1016/j.ijpharm.2023.123549.
34. Ercan Z., Dogru M. S., Ertugrul N. U. *et al.* The Effect of Irisin on Thyroid Hormone Levels in Chronic Paroxetine-Treated Rats // *Biol. Trace Elem. Res.* 2023; 201 (2): 810–815. doi: 10.1007/s12011-022-03204-8.
35. Faisal M. S., Jamil A., Ali N. *et al.* Distribution pattern of UGT1A6 and UGT2B7 gene polymorphism and its impact on the pharmacokinetics of valproic acid and carbamazepine: Prospective genetic association study conducted in Pakistani patients with epilepsy // *Gene*. 2024; 892: 147886. doi: 10.1016/j.gene.2023.147886.
36. Fogelkvist M., Gustafsson S. A., Kjellin L., Parling T. Acceptance and commitment therapy to reduce eating disorder symptoms and body image problems in patients with residual eating disorder symptoms: A randomized controlled trial // *Body Image*. 2020; 32: 155–166. doi: 10.1016/j.bodyim.2020.01.002.
37. Fonseca M., Carmo F., Martel F. Metabolic effects of atypical antipsychotics: Molecular targets // *J. Neuroendocrinol.* 2023; 35 (12): e13347. doi: 10.1111/jne.13347.
38. Gafoor R., Booth H. P., Gulliford M. C. Antidepressant utilisation and incidence of weight gain during 10 years' follow-up: population based cohort study // *BMJ*. 2018; 361: k1951. doi: 10.1136/bmj.k1951.
39. Gill H., Gill B., El-Halabi S. *et al.* Antidepressant Medications and Weight Change: A Narrative Review // *Obesity (Silver Spring)*. 2020; 28 (11): 2064–2072. doi: 10.1002/oby.22969.
40. Gomes-da-Costa S., Marx W., Corponi F. *et al.* Lithium therapy and weight change in people with bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2022; 134: 104266. doi: 10.1016/j.neubiorev.2021.07.011.
41. Grajales D., Ferreira V., Valverde Á. M. Second-Generation Antipsychotics and Dysregulation of Glucose Metabolism: Beyond Weight Gain // *Cells*. 2019; 8: 1336. doi: 10.3390/cells8111336.
42. Grechkina V. V., Shnayder N. A. Personalized approach to the prediction and prevention of haloperidol-induced metabolic syndrome: brief review // *Personalized Psychiatry and Neurology*. 2025; 5 (1): 16–26 (In Russ). doi: 10.52667/2712-9179-2025-5-1-16-26.
43. Grenon R., Schwartze D., Hammond N. *et al.* Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis // *Int. J. Eat. Disord.* 2017; 50 (9): 997–1013. doi: 10.1002/eat.22744.
44. Gross G., Drescher K. The role of dopamine D(3) receptors in antipsychotic activity and cognitive functions // *Handb. Exp. Pharmacol.* 2012; (213): 167–210. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_7.
45. Gulati P., Chavan B. S., Das S. Paroxetine-induced galactorrhea // *Indian J. Psychiatry*. 2014; 56 (4): 393–394. doi: 10.4103/0019-5545.
46. Gutiérrez A., Saracíbar G., Casis L. *et al.* Effects of fluoxetine administration on neuropeptide Y and orexins in obese Zucker rat hypothalamus // *Obes. Res.* 2002; 10 (6): 532–540. doi: 10.1038/oby.2002.72.
47. Hamed S. A. Antiepileptic drugs influences on body weight in people with epilepsy // *Expert Rev. Clin. Pharmacol.* 2015; 8 (1): 103–114. doi: 10.1586/17512433.2015.991716.

48. He M., Deng C., Huang X. F. The role of hypothalamic H1 receptor antagonism in anti-psychotic-induced weight gain // *CNS Drugs*. 2013; 27 (6): 423–434. doi: 10.1007/s40263-013-0062-1.
49. Heinemann J., Barry C. Differential Diagnoses Between Primary Eating Disorders and Disordered Eating Secondary to a Primary Gastrointestinal Disorder // P. Beniwal-Patel, R. Shaker (eds). *Gastrointestinal and Liver Disorders in Women's Health*. Springer Cham. 2019. doi: 10.1007/978-3-030-25626-5_1.
50. Heinen D., Heissel A., Heinzl S. *et al.* Effect of acute and long-term exercise on leptin levels in depressed outpatients // *BMC Public Health*. 2023; 23 (1): 2509. doi: 10.1186/s12889-023-17362-4.
51. Hermes E., Nasrallah H., Davis V. *et al.* The association between weight change and symptom reduction in the CATIE schizophrenia trial // *Schizophr. Res.* 2011; 128 (1–3): 166–170. doi: 10.1016/j.schres.2011.01.022.
52. Husum H., Van Kammen D., Termeer E. *et al.* Topiramate normalizes hippocampal NPY-LI in flinders sensitive line 'depressed' rats and upregulates NPY, galanin, and CRH-LI in the hypothalamus: implications for mood-stabilizing and weight loss-inducing effects // *Neuropsychopharmacology*. 2003; 28 (7): 1292–1299. doi: 10.1038/sj.npp.1300178.
53. Im D. U., Kim S. C., Chau G. C., Um S. H. Carbamazepine Enhances Adipogenesis by Inhibiting Wnt/ β -catenin Expression // *Cells*. 2019; 8 (11): 1460. doi: 10.3390/cells8111460.
54. Ishitobi Y., Kohno K., Kanehisa M. *et al.* Serum ghrelin levels and the effects of antidepressants in major depressive disorder and panic disorder // *Neuropsychobiology*. 2012; 66 (3): 185–192. doi: 10.1159/000339948.
55. Iversen T., Steen N. E., Birkeland K. I. *et al.* Antipsychotic drug use and thyroid function in patients with severe mental disorders // *Schizophr. Bull.* 2018; 44 (1): S205–206. doi: 10.1093/schbul/sby016.505.
56. Janahi S., Alkhater N., Bucheer A. *et al.* A Reliability Generalization Meta-Analysis of the Eating Attitudes Test 26 (EAT-26) Scale // *Cureus*. 2024; 16 (11): e73647. doi: 10.7759/cureus.73647.
57. Jensen G. L. Drug-induced hyperphagia: what can we learn from psychiatric medications? // *JPEN J. Parenter Enteral. Nutr.* 2008; 32 (5): 578–581. doi: 10.1177/0148607108321708.
58. Jensen-Otsu E., Austin G. L. Antidepressant Use is Associated with Increased Energy Intake and Similar Levels of Physical Activity // *Nutrients*. 2015; 7: 9662–9671. <https://doi.org/10.3390/nu7115489>.
59. Jiang S. M., Jia L., Liu J. *et al.* Beneficial effects of antidepressant mirtazapine in functional dyspepsia patients with weight loss // *World J. Gastroenterol.* 2016; 22 (22): 5260–5266. doi: 10.3748/wjg.v22.i22.5260.
60. Kaeley N., Kabi A., Bhatia R., Mohanty A. Carbamazepine-induced hyponatremia — A wakeup call // *J. Family Med. Prim. Care*. 2019; 8 (5): 1786–1788. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_185_19.
61. Khasanova A. K., Dobrodeeva V. S., Shnayder N. A. *et al.* Blood and Urinary Biomarkers of Antipsychotic-Induced Metabolic Syndrome // *Metabolites*. 2022; 12 (8): 726. doi: 10.3390/metabo12080726.
62. Kirk S. L., Cahir M., Reynolds G. P. Clozapine, but not haloperidol, increases neuropeptide Y neuronal expression in the rat hypothalamus // *J. Psychopharmacol.* 2006; 20 (4): 577–579. doi: 10.1177/02698811060061199.
63. Kluge M., Schuld A., Himmerich H. *et al.* Clozapine and olanzapine are associated with food craving and binge eating: results from a randomized double-blind study // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2007; 27 (6): 662–666. doi: 10.1097/jcp.0b013e31815a8872.
64. Kutz A. M., Marsh A. G., Gunderson C. G. *et al.* Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF // *J. Gen. Intern. Med.* 2020; 35 (3): 885–893. doi: 10.1007/s11606-019-05478-6.

65. *Leko M B., Hof P. R., Šimić G.* Alterations and interactions of subcortical modulatory systems in Alzheimer's disease // *Prog. Brain Res.* 2021; 261: 379–421. doi: 10.1016/bs.pbr.2020.07.016.
66. *Lechner K., Heel S., Uhr M. et al.* Weight-gain independent effect of mirtazapine on fasting plasma lipids in healthy men // *Naunyn. Schmiedebergs Arch. Pharmacol.* 2023; 396 (9): 1999–2008. doi: 10.1007/s00210-023-02448-y.
67. *Lis M., Miłuch T., Majdowski M., Zawodny T.* A link between ghrelin and major depressive disorder: a mini review // *Front Psychiatry.* 2024; 15: 1367523. doi: 10.3389/fpsy.2024.1367523.
68. *Liu J., Conde K., Zhang P. et al.* Enhanced AMPA Receptor Trafficking Mediates the Anorexigenic Effect of Endogenous Glucagon-like Peptide-1 in the Paraventricular Hypothalamus // *Neuron.* 2017; 96 (4): 897–909.e5. doi: 10.1016/j.neuron.2017.09.042.
69. *Liu Y., Han F., Xia Z. et al.* The effects of bupropion alone and combined with naltrexone on weight loss: a systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials // *Diabetol. Metab. Syndr.* 2024; 16 (1): 93. doi: 10.1186/s13098-024-01319-7.
70. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Paroxetine. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548306/>
71. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury. Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Alpha 1 Adrenergic Receptor Antagonists. 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK548719/>
72. *Machado P. P. P.* EDE and EDE-Q: A Call for Field Wide International Collaboration When Revisiting a Classic, Commentary on Reilly et al. // *Int. J. Eat. Disord.* 2025. doi: 10.1002/eat.24481.
73. *Martin C. K., Han H., Anton S. D. et al.* Effect of valproic acid on body weight, food intake, physical activity and hormones: results of a randomized controlled trial // *J. Psychopharmacol.* 2009; 23 (7): 814–825. doi: 10.1177/0269881108091595.
74. *Miller K. J.* Serotonin 5-HT_{2C} receptor agonists: potential for the treatment of obesity // *Mol. Interv.* 2005; 5 (5): 282–291. doi: 10.1124/mi.5.5.8.
75. *Mondelli V., Dazzan P., Hepgul N. et al.* Abnormal cortisol levels during the day and cortisol awakening response in first-episode psychosis: the role of stress and of antipsychotic treatment // *Schizophr. Res.* 2010; 116 (2–3): 234–242. doi: 10.1016/j.schres.2009.08.013.
76. *Mouawad M., Nabipur L., Agrawal D. K.* Impact of Antidepressants on Weight Gain: Underlying Mechanisms and Mitigation Strategies // *Arch. Clin. Biomed Res.* 2025; 9 (3): 183–195. PMID: 40444017.
77. *Mukherjee S., Skrede S., Milbank E. et al.* Understanding the Effects of Antipsychotics on Appetite Control // *Front Nutr.* 2022; 8: 815456. doi: 10.3389/fnut.2021.815456.
78. *Murphy R., Straebl S., Basden S. et al.* Interpersonal psychotherapy for eating disorders // *Clin. Psychol. Psychother.* 2012; 19 (2): 150–158. doi: 10.1002/cpp.1780.
79. *Nakanishi T., Ross D. D.* Breast cancer resistance protein (BCRP/ABCG2): its role in multidrug resistance and regulation of its gene expression // *Chin. J. Cancer.* 2012; 31 (2): 73–99. doi: 10.5732/cjc.011.10320.
80. National Library of Medicine. ABCC1. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/4363> (Accessed 04.07.2025)
81. National Library of Medicine. ABCC2. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/1244> (Accessed 04.07.2025)
82. *Nevels R. M., Gontkovsky S. T., Williams B. E.* Paroxetine-The Antidepressant from Hell? Probably Not, But Caution Required // *Psychopharmacol. Bull.* 2016; 46 (1): 77–104. PMID: 27738376.
83. *Nikisch G., Baumann P., Liu T., Mathé A. A.* Quetiapine affects neuropeptide Y and corticotropin-releasing hormone in cerebrospinal fluid from schizophrenia patients: relationship to depression and anxiety symptoms and to treatment response // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* 2012; 15 (8): 1051–1061. doi: 10.1017/S1461145711001556.

84. Ozcelik A. A., Serdaroglu A., Bideci A. *et al.* The effect of topiramate on body weight and ghrelin, leptin, and neuropeptide-Y levels of prepubertal children with epilepsy // *Pediatr. Neurol.* 2014; 51 (2): 220–224. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2014.05.001.
85. Ozsoy S., Eker O. O., Abdulrezzak U. The Effects of Antidepressants on Neuropeptide Y in Patients with Depression and Anxiety // *Pharmacopsychiatry.* 2016; 49 (1): 26–31. doi: 10.1055/s-0035-1565241.
86. Pacchiarotti I., Murru A., Kotzalidis G. D. *et al.* Hyperprolactinemia and medications for bipolar disorder: Systematic review of a neglected issue in clinical practice // *Neuropsychopharmacology.* 2015; 25 (8): 1045–1059. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.04.007>.
87. Parker M. S., Parker S. L., Kane J. K. Internalization of neuropeptide Y Y1 and Y5 and of pancreatic polypeptide Y4 receptors is inhibited by lithium in preference to sodium and potassium ions // *Regul. Pept.* 2004; 118 (1–2): 67–74. doi: 10.1016/j.regpep.2003.10.029.
88. Parker M. S., Sah R., Balasubramaniam A., Parker S. L. Lithium inhibits internalization and endosomal processing of both neuropeptide Y (NPY) Y1 and transferrin receptors // *Neurosci. Lett.* 2005; 374 (1): 43–46. doi: 10.1016/j.neulet.2004.10.025.
89. Pelc A., Winiarska M., Polak-Szczybyło E. *et al.* Low Self-Esteem and Life Satisfaction as a Significant Risk Factor for Eating Disorders among Adolescents // *Nutrients.* 2023; 15: 1603. doi: 10.3390/nu15071603.
90. Petimar J., Young J. G., Yu H. *et al.* Medication-Induced Weight Change Across Common Antidepressant Treatments: A Target Trial Emulation Study // *Ann. Intern. Med.* 2024; 177 (8): 993–1003. doi: 10.7326/M23-2742.
91. Price A. E., Anastasio N. C., Stutz S. J. *et al.* Serotonin 5-HT_{2C} Receptor Activation Suppresses Binge Intake and the Reinforcing and Motivational Properties of High-Fat Food // *Front Pharmacol.* 2018; 9: 821. doi: 10.3389/fphar.2018.00821.
92. Przeglasiński E., Witek K., Wydra K. *et al.* 5-HT_{2C} Receptor Stimulation in Obesity Treatment: Orthosteric Agonists vs // Allosteric Modulators. *Nutrients.* 2023; 15: 1449. doi: 10.3390/nu15061449.
93. Rahman M., Awosika A. O., Nguyen H. Valproic Acid. // *Treasure Island. StatPearls Publishing.* Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559112/>
94. Rana T., Behl T., Sehgal A. *et al.* Exploring the role of neuropeptides in depression and anxiety // *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2022; 114: 110478. doi: 10.1016/j.pnpbp.2021.110478.
95. Reilly E. E., Orloff N. C., Luo T. *et al.* Dialectical behavioral therapy for the treatment of adolescent eating disorders: a review of existing work and proposed future directions // *Eat. Disord.* 2020; 28 (2): 122–141. doi: 10.1080/10640266.2020.1743098.
96. Rienecke R. D. Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights // *Adolesc. Health Med. Ther.* 2017; 8: 69–79. doi: 10.2147/AHMT.S115775.
97. Roger S., Paron M. E., Burrows M. *et al.* Psychiatric Safety and Weight Loss Efficacy of Naltrexone/bupropion as Add-on to Antidepressant Therapy in Patients with Obesity or Overweight // *Journal of Affective Disorders.* 2021; 289: 167–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.017>.
98. Romanova Z., Hlavacova N., Jezova D. Psychotropic Drug Effects on Steroid Stress Hormone Release and Possible Mechanisms Involved // *Int. J. Mol. Sci.* 2022; 23 (2): 908. doi: 10.3390/ijms23020908.
99. Samuels E. R., Szabadi E. Functional neuroanatomy of the noradrenergic locus coeruleus: its roles in the regulation of arousal and autonomic function part II: physiological and pharmacological manipulations and pathological alterations of locus coeruleus activity in humans // *Curr. Neuropharmacol.* 2008; 6 (3): 254–285. doi: 10.2174/157015908785777193.
100. Schilling C., Gilles M., Blum W. F. *et al.* Leptin plasma concentrations increase during antidepressant treatment with amitriptyline and mirtazapine, but not paroxetine and

- venlafaxine: leptin resistance mediated by antihistaminergic activity? // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2013; 33 (1): 99–103. doi: 10.1097/JCP.0b013e31827cb179.
101. *Schwartz T. L., Stahl S. M.* Treatment strategies for dosing the second generation antipsychotics // *CNS Neurosci. Ther.*; 17 (2): 110–117. doi: 10.1111/j.1755–5949.2011.00234.x.
 102. Selected adverse effects of antipsychotic medications for schizophrenia // *UpToDate.ir* URL: <https://maadi-clinical.byethost8.com/d/image.htm?imageKey=PSYCH/82533> (Accessed 02.07.2025)
 103. *Sepúlveda-Lizcano L., Arenas-Villamizar V. V., Jaimes-Duarte E. B. et al.* Metabolic Adverse Effects of Psychotropic Drug Therapy: A Systematic Review // *Eur. J. Investig Health Psychol. Educ.* 2023; 13 (8): 1505–1520. doi: 10.3390/ejihpe13080110.
 104. *Shnayder N. A., Grechkina V. V., Trefilova V. V. et al.* Valproate-Induced Metabolic Syndrome // *Biomedicines.* 2023; 11 (5): 1499. doi: 10.3390/biomedicines11051499.
 105. *Singh R., Bansal Y., Medhi B., Kuhad A.* Antipsychotics-induced metabolic alterations: Recounting the mechanistic insights, therapeutic targets and pharmacological alternatives // *Eur. J. Pharmacol.* 2019; 844: 231–240. doi: 10.1016/j.ejphar.2018.12.003.
 106. *Smigan L., Perris C.* Cortisol changes in long-term lithium therapy // *Neuropsychobiology.* 1984; 11 (4): 219–223. doi: 10.1159/000118082.
 107. *Solmi M., Radua J., Stubbs B. et al.* Risk factors for eating disorders: an umbrella review of published meta-analyses // *Braz. J. Psychiatry.* 2021; 43 (3): 314–323. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1099.
 108. *Song J. Q., Xin W., Yu J. J. et al.* Neuropeptide Y in first-episode schizophrenia: is there any sex differences in the pathogenesis of schizophrenia? // *Front Psychiatry.* 2024; 15: 1514475. doi: 10.3389/fpsyt.2024.1514475.
 109. *Spertus J., Horvitz-Lennon M., Normand S. T.* Bayesian Meta-analysis of Multiple Continuous Treatments with Individual Participant-Level Data: An Application to Antipsychotic Drugs // *Med. Decis. Making.* 2019; 39 (5): 583–592. doi: 10.1177/0272989X19856884.
 110. *Subramaniam A., LoPilato A., Walker E. F.* Psychotropic medication effects on cortisol: Implications for research and mechanisms of drug action // *Schizophr. Res.* 2019; 213: 6–14. doi: 10.1016/j.schres.2019.06.023.
 111. *Sudar F. P., Zekerallah S. S., Paulzen M. et al.* Unraveling antipsychotic induced weight gain in schizophrenia — A proof-of-concept study exploring the impact of the cumulative historical occupancy of different receptors by antipsychotics // *Psychiatry Res.* 2025; 348: 116452. doi: 10.1016/j.psychres.2025.116452.
 112. *Sutkowska E., Kisiel M., Zubkiewicz-Kucharska A.* When Should the Treatment of Obesity in Thyroid Disease Begin? // *Biomedicines.* 2025; 13: 157. doi: 10.3390/biomedicines13010157.
 113. *Suyama S., Yada T.* New insight into GABAergic neurons in the hypothalamic feeding regulation // *J. Physiol. Sci.* 2018; 68 (6): 717–722. doi: 10.1007/s12576-018-0622-8.
 114. *Svestka J., Synek O., Tomanová J. et al.* Differences in the effect of second-generation antipsychotics on prolactinaemia: six weeks open-label trial in female in-patients // *Neuro. Endocrinol. Lett.* 2007; 28 (6): 881–888. PMID: 18063941
 115. *Taylor B. N., Cassagnol M.* Alpha-Adrenergic Receptors // *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing;* 2025. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539830/>
 116. *Tewksbury A., Olander A.* Management of antipsychotic-induced hyperprolactinemia // *Ment. Health Clin.* 2016; 6 (4): 185–190. doi: 10.9740/mhc.2016.07.185.
 117. *Thorsell A., Mathé A. A.* Neuropeptide Y in Alcohol Addiction and Affective Disorders // *Front Endocrinol (Lausanne).* 2017; 8: 178. doi: 10.3389/fendo.2017.00178.
 118. *Treasure J., Duarte T. A., Schmidt U.* Eating disorders // *Lancet.* 2020; 14: 395 (10227): 899–911. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30059-3.
 119. *Tyszkiewicz-Nwafor M., Jowik K., Dutkiewicz A. et al.* Neuropeptide Y and Peptide YY in Association with Depressive Symptoms and Eating Behaviours in Adolescents across the

- Weight Spectrum: From Anorexia Nervosa to Obesity // *Nutrients*. 2021; 13 (2): 598. doi: 10.3390/nu13020598.
120. *Wajid I., Vega A., Thornhill K. et al.* Topiramate (Topamax): Evolving Role in Weight Reduction Management: A Narrative Review // *Life (Basel)*. 2023; 13 (9): 1845. doi: 10.3390/life13091845.
121. *Wang P., Lin X. Q., Cai W. K. et al.* Effect of UGT2B7 genotypes on plasma concentration of valproic acid: a meta-analysis // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2018; 74 (4): 433–442. doi: 10.1007/s00228-017-2395-z.
122. *Weiss C., Weiller E., Baker R. A. et al.* The effects of brexpiprazole and aripiprazole on body weight as monotherapy in patients with schizophrenia and as adjunctive treatment in patients with major depressive disorder: an analysis of short-term and long-term studies // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2018; 33 (5): 255–260. doi: 10.1097/YIC.0000000000000226.
123. World Health Organization. International classification of diseases 11th revision (*ICD-11*) 2019. <https://icd.who.int/>
124. *Yang H., Cao Q., Xiong X. et al.* Fluoxetine regulates glucose and lipid metabolism via the PI3K-AKT signaling pathway in diabetic rats // *Mol. Med. Rep.* 2020; 22 (4): 3073–3080. doi: 10.3892/mmr.2020.11416.
125. *Yao H., Zhang A., Li D. et al.* Comparative effectiveness of GLP-1 receptor agonists on glycaemic control, body weight, and lipid profile for type 2 diabetes: systematic review and network meta-analysis // *BMJ*. 2024; 384: e076410. doi: 10.1136/bmj-2023-076410.
126. *Yang Y., Li Z., Mo W. et al.* Human ABCC1 interacts and colocalizes with ATP synthase α , revealed by interactive proteomics analysis // *J. Proteome Res.* 2012; 11 (2): 1364–1372. doi: 10.1021/pr201003g.
127. *Yao J., Zhu C. Q., Sun Y. et al.* Insulin resistance: The role in comorbid type 2 diabetes mellitus and depression // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2025; 175: 106218. doi: 10.1016/j.neubiorev.2025.106218.
128. *Yerevanian A., Soukas A. A.* Metformin: Mechanisms in Human Obesity and Weight Loss // *Curr. Obes. Rep.* 2019; 8 (2): 156–164. doi: 10.1007/s13679-019-00335-3.
129. *Yu L., Wu S., Deng Y. et al.* Insulin resistance induced by olanzapine and other second-generation antipsychotics in Chinese patients with schizophrenia: a comparative review and meta-analysis // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 2019; 75 (12): 1621–1629. doi: 10.1007/s00228-019-02739-5.
130. *Zhang M., Huang F., Jiang F. et al.* Clinical efficacy and safety of low-dose doxepin in Chinese patients with generalized anxiety disorder: A before-after study. *Medicine (Baltimore)*. 2022; 101 (42): e31201. doi: 10.1097/MD.00000000000031201.
131. *Zhang Z., Du Y., Chen L. et al.* Effects of the selective serotonin reuptake inhibitor fluoxetine on glucose metabolism: A systematic review // *Asian J. Psychiatr.* 2022; 73: 103092. doi: 10.1016/j.ajp.2022.103092.
132. *Zhou W., Sun J., Huai C. et al.* Multi-omics analysis identifies rare variation in leptin/PPAR gene sets and hypermethylation of ABCG1 contribute to antipsychotics-induced metabolic syndromes // *Mol. Psychiatry*. 2022; 27 (12): 5195–5205. doi: 10.1038/s41380-022-01759-5.
133. Клиническая психофармакогенетика / под ред. Р. Ф. Насыровой, Н. Г. Незнанова. СПб.: Издательство ДЕАН, 2019. 405 с.
134. *Шнайдер Н. А., Гречкина В. В., Архипов В. В., Насырова Р. Ф.* Фармакогенетически-информированная фармакометабомика как инновационный подход к оценке безопасности и риска фармакотерапии препаратами вальпроевой кислоты // *Безопасность и риск фармакотерапии*. 2023; 11 (4): 450–462. <https://doi.org/10.30895/2312-7821-2023-386>.

Список обозначений и сокращений

АДГ — антидиуретический гормон

ГАМК — гамма-аминомасляная кислота

ГЭБ — гематоэнцефалический барьер

ДПТ — диалектическая поведенческая терапия

ИМТ — индекс массы тела

ИПТ — интерперсональная терапия

КПТ — когнитивно-поведенческая терапия

ЛС — лекарственное средство

МКБ — международная классификация болезней

МС — метаболический синдром

НР — нежелательная реакция

ОНВ — одонуклеотидный вариант

ПНС — периферическая нервная система

РПП — расстройство пищевого поведения

СИОЗС — селективный ингибитор обратного захвата серотонина

ССЗ — сердечно-сосудистое заболевание

ТЛМ — терапевтический лекарственный мониторинг

ТТГ — тиреотропный гормон

ТЦА — трициклический антидепрессант

ЦНС — центральная нервная система

5-HT₂C-receptor — 5-hydroxytryptamine receptor 2C

ABC — ATP-binding cassette

АСТ — acceptance and commitment therapy

AMPA — α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor

DSM — Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders

EAT-26 — Eating Attitudes Test

EDE-Q — Eating Disorder Examination Questionnaire

NMDA — N-methyl-D-aspartate

NPY — neuropeptide Y

P-gp — P-glycoprotein

SCOFF — Sick Control One Fat Food

T4 — thyroxine

Комплексный анализ причин нарушений сна у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона, с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами

В. А. Михайлов, Ю. В. Коцюбинская, Д. В. Захаров, В. А. Богачева,
И. В. Фурсова, Ю. В. Ярыгина

ВВЕДЕНИЕ

Болезнь Паркинсона (БП) является вторым по степени распространенности нейродегенеративным заболеванием. Исходя из анализа тенденции роста данной заболеваемости, она удвоится в течение следующих 30 лет [Tolosa E., Garrido A., 2021]. БП рассматривается как мультисистемное нейродегенеративное заболевание с поражением различных медиаторных систем и широким спектром как двигательных, так и недвигательных (нервно-психических в виде тревоги и депрессии, сенсорных и вегетативных) нарушений [Тавадян З. Д., Бакунц Г. О., 2014]. БП считается двигательным расстройством, но сочетается с различными немоторными симптомами, включая гипосмию, запор, нарушения мочеиспускания, ортостатическую гипотензию, потерю памяти, депрессию, боль и нарушения сна практически у всех больных. Нарушения когнитивных функций — общий немоторный признак БП, который может развиваться уже на ранних стадиях БП [Aarsland D., Creese B., 2017; O'Callaghan C., Lewis S. J. G., 2017]. Плохое качество сна — один из ведущих факторов, ухудшающих качество жизни больных с ранним и, особенно, развернутых стадий БП [Нодель М. Р., 2017]. Встречаемость нарушений сна и бодрствования при БП, по разным данным, составляет в среднем 60–98%, что превышает их частоту в возрастной популяции и при других нейродегенеративных заболеваниях. По данным исследований, частые ночные пробуждения (более двух раз за ночь) и ранние утренние пробуждения отмечаются более чем у 80% пациентов, нарушения засыпания несколько реже — у 63,5% [Литвиненко И. В., 2012]. Причины, которые могут вызывать такие нарушения, гетерогенны. Это могут быть: симптомы паркинсонизма, дистонические мышечные спазмы или крампи, сенсорные, эмоциональные расстройства, двигательное беспокойство (акатизия), никтурия и многие другие. В их основе лежат структурные и/или нейрохимические изменения в головном мозге у пациентов с БП [Parkinson Study Group. 2002]. Супрахиазматическое ядро, находящееся в переднем гипоталамусе, получает афферентные стимулирующие сигналы от фоторецепторов сетчатки, заднего гипоталамуса, ствола мозга, а также принимает ингибирующие сигналы мелатонина (из эпифиза) — и таким образом участвует в регуляции как бодрствования, так и сна — то есть является центральным пейсмейкером эндогенных биологических часов. Дофамин является важным эфферентом циркадианных часов, регулирующим многие функциональные изменения в ре-

ринальных нейронах и их сетях, которые определяют «дневное» либо «ночное» состояние ретинальной функции, выделение фоторецепторами мелатонина, доминирование в зрительной системе информации от колбочек либо от палочек [Вереютина И. А., 2012]. Соответственно изменение концентрации дофамина тем или иным образом может влиять на функцию данных структур. При БП амплитуда выработки и соответственно концентрация мелатонина в крови достоверно снижена, что также коррелирует со степенью атрофии гипоталамуса и тяжестью заболевания. В свою очередь, при снижении выработки мелатонина сокращается длительность медленноволнового сна. Установлено, что у пациентов с БП смещается ночной пик выделения мелатонина, что развивается, вероятно, по мере прогрессирования и увеличения длительности БП и на фоне терапии препаратами леводопы. В частности, по данным R. Bordet с соавт. [Bordet R., Devos D., 2003], сильнее меняется ритм выделения мелатонина у пациентов с флюктуациями.

Согласно концепции С. В. Saper с соавт. [Saper C. B., Lu J., 2005], ключевыми структурами, поддерживающими сон, являются ГАМК-ергические нейроны вентролатеральных преоптических ядер переднего гипоталамуса, которые подавляются во время бодрствования активностью гистаминергических нейронов туберомамиллярных ядер заднего гипоталамуса. К компонентам восходящей активирующей системы относят серотонинергические нейроны дорзального ядра шва и норадренергические нейроны голубоватого пятна ствола мозга, холинергические нейроны педункулопонтинного ядра и латеродорзального ядра покрышки ствола мозга, а также дофаминергические нейроны черной субстанции и покрышки мозга [Srinivasan V., 2011]. Дегенерация дорзального ядра шва, голубоватого пятна, педункулопонтинного ядра ствола мозга с развитием соответствующих нейромедиаторных расстройств, которые могут способствовать нарушению сна и бодрствования, согласно популярной концепции Н. Braak и соавт. [Braak H., 2003], наблюдается уже на ранней стадии БП, до развития двигательных нарушений. Депрессия встречается примерно у 40–50% пациентов, что превышает частоту данного расстройства в популяции [Левин О. С., 2002]. Частота возникновения депрессии в здоровой популяции старше 50 лет составляет 0,2% в год против 1,9% для пациентов с БП. Установлено, что частота депрессии у больных значительно превышает ее встречаемость и при ряде других тяжелых хронических заболеваний. Таким образом, высокая частота депрессии при БП не может объясняться лишь возрастными факторами или психологической реакцией на хроническую болезнь [Dooneief G., 1992]. Психологические факторы играют существенную роль в формировании и протекании БП. Наблюдения показывают, что наиболее выраженный стресс у пациентов обычно вызывает начало болезни и установление диагноза, а затем тяжелые двигательные нарушения на поздних этапах заболевания. С этим согласуется преимущественное выявление депрессивных расстройств на самых ранних и поздних стадиях заболевания [Lemke M. R., 2008]. Возникновение депрессии у части пациентов с БП за несколько лет до манифестации двигательных расстройств, отсутствие доказательной корреляции депрессии с длительностью и тяжестью двигательных

симптомов заболевания косвенно указывают на наличие не только психологических, но и биологических патогенетических факторов развития психопатологических симптомов при БП.

В качестве ведущих механизмов развития депрессии при БП рассматриваются нейромедиаторные нарушения в лимбической системе мозга вследствие нейродегенерации с формированием вторичной субкортикально-кортикальной дисфункции. Концепция развития субкортикально-кортикальной дисфункции у пациентов с БП и депрессией была подтверждена, в частности, методом позитронно-эмиссионной томографии. У пациентов с БП и депрессией, в сравнении с пациентами без нее и возрастной группой контроля, выявлено снижение метаболизма в хвостатом ядре и нижней орбитальной зоне лобной коры. Представляется значимым, что показатели гипометаболизма в лобной коре достоверно коррелировали с клиническими индикаторами тяжести депрессии. Следует отметить, что субкортикально-кортикальная дисфункция характерна и для депрессии, не связанной с БП. Однако паттерн гипометаболизма в орбитофронтальной зоне, возможно, специфичен для пациентов с депрессией в рамках БП, поскольку при депрессии другой этиологии выявляется снижение метаболизма в переднебоковых отделах лобной коры [Mayberg H. S., 2009]. Результаты ПЭТ согласуются с данными диффузионно-взвешенного нейровизуализационного исследования, в ходе которого были отмечены функциональные нарушения в белом веществе лобной коры с двух сторон и передней поясной извилине [Matsui H., Nishinaka K., 2007]. Одним из важнейших факторов возникновения депрессии при БП является дегенерация дофаминергических проекций, которые связывают вентральную покрышку с мезолимбическими и мезокортикальными отделами мозга [Malhi G. S., 2007]. С дофаминергической денервацией структур лимбической системы, ответственных за мотивационно обусловленное поведение и получение удовольствия (миндалины, прилежащего ядра, передней поясной извилины), связывают также появление апатии, утомляемости, ангедонии [Chaudhuri K. R., Pal S., 2001]. Помимо дофаминергического дефицита в патогенезе депрессии у пациентов с БП обсуждается значение серотонин- и норадренергической дисфункции в лимбической системе мозга. Патоморфологические исследования выявляют у пациентов с БП дегенерацию норадренергического голубоватого места и серотонинергического ядра шва. Согласно популярной концепции стадий патоморфологических изменений при БП Н. Braak с соавт., дегенеративные изменения в этих ядрах ствола мозга отмечаются еще до поражения черной субстанции, что может служить объяснением возникновения депрессии у 20% пациентов еще за 5–10 лет до постановки диагноза [Braak H., Del Tredici K., 2003]. В прогностическом плане известно, что депрессия оказывает большое влияние на прогноз основного заболевания: пациенты получают более низкие баллы по шкалам оценки двигательной функции и повседневной деятельности, проявляют больше симптомов когнитивных нарушений и сообщают о более низком качестве жизни [Mujahid B. I. M., Holla V. V., 2025], повышается риск неконтрольного приема противопаркинсонических препаратов и увеличивается нагрузка на ухаживающих лиц.

Депрессивный синдром — представляет собой расстройство аффективной сферы, выражающееся в стойком снижении настроения, потере интереса к происходящему вокруг и мотивации к действиям, замедлении когнитивных процессов и двигательной активности, а также различных соматических и вегетативных нарушениях.

Тревожное расстройство — тревога, наряду с депрессией, является частым немоторным проявлением БП. Среди наиболее распространенных форм встречаются генерализованное тревожное расстройство (ГТР), панические атаки, обсессивно-компульсивные нарушения, а также фобии — в частности, агорафобия и социальная фобия, которая связана со страхом потери контроля над движениями в социальных ситуациях.

Гиперсомнический синдром — проявляется повышенной дневной сонливостью в течение дня и/или неожиданными короткими эпизодами засыпаний во время повседневной активности.

Инсомния (фрагментарность сна) — это частые ночные и ранние пробуждения, приводящие к снижению общей продолжительности и эффективности сна и постсомнические расстройства, которые характеризуются утренней сонливостью, недостаточной удовлетворенностью качеством ночного сна. Пресомнические нарушения в виде нарушений засыпания отмечаются у 1/3 пациентов с БП, частые пробуждения (по субъективной оценке больных) — более чем у 3/4, а ранние пробуждения примерно у половины пациентов с развернутыми стадиями БП. Инсомния как самостоятельный феномен при БП возникает в результате нейродегенерации структур, отвечающих за бодрствование, — нейронов орексинергической системы.

Парасомнии — для пациентов с БП с парасомниями характерен синдром нарушения поведения (СНП) во сне с синдромом быстрых движений глаз (СБДГ) — СНП-СБДГ. Этот комплексный синдром обнаруживается примерно у половины пациентов с БП и проявляется сновидениями и связанной с ними двигательной и речевой активностью вследствие отсутствия физиологического торможения мышечного тонуса в фазе СБДГ. Это могут быть вскрики, различные хватяющие и ударяющие движения руками, ударяющие движения ногами, падения с кровати.

Циркадные расстройства — отличаются ранними утренними пробуждениями, повышенной сонливостью ранним вечером, цикл сна и бодрствования нерегулярный, короткий ночной сон с непродолжительными частыми засыпаниями в дневное время.

Нарушение дыхания (апноэ) во сне — двигательные феномены, такие как ригидность, диафрагмальные дискинезии, вегетативные расстройства с нарушением механизмов контроля дыхания, могущие привести к снижению дыхательной функции мышц и провокации апноэ во сне.

Ночная акинезия (гипокинезия) — представляет собой снижение спонтанной двигательной активности и выявляется у 65% больных БП.

Ночная акатизия — у некоторых больных в вечернее и ночное время возникает чувство беспокойства, заставляющее их совершать различные движения.

Ночная акатизия нередко возникает у больных с моторными флюктуациями, вызванными длительным приемом препаратов леводопы, часто — во время прекращения действия очередной дозы либо в период начала и прекращения ее действия (разновидность двухфазной дискинезии).

Крампи — представляют собой болезненные непроизвольные мышечные спазмы, чаще в мышцах голени и стоп, реже — в двуглавой мышце плеча или разгибателях пальцев кисти, которые могут длиться от нескольких секунд до нескольких минут. Чаще всего крампи наблюдаются в покое; они могут быть спровоцированы интенсивной физической нагрузкой, приемом алкоголя, недостатком сна, курением, переохлаждением или перегреванием, нарушением водно-электролитного баланса, наблюдаются примерно у 20% больных БП.

Ночная миоклония — непродолжительные подергивания мышц, обычно во время медленного сна. Чаще возникает у больных с дневными дискинезиями и на фоне длительной терапии леводопой, выявляется примерно у 10% больных БП.

Синдром беспокойных ног (СБН) — периодические движения конечностями — проявляется неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются чаще в ночное время и вынуждают больного совершать движения ногами, что на некоторое время облегчает сенсорный дискомфорт. Описанные ощущения могут появляться ночью через определенные промежутки времени, существенно нарушая сон. СБН встречается при БП несколько чаще, чем в популяции (в патогенезе также играет роль дисфункция мезокортикального дофаминергического пути), по данным исследований у 6,3–19,5% пациентов с БП [Кулуа Т. К., 2013]. Нарушения сна при СБН усугубляют периодические движения конечностями (ПДК), которые возникают во сне у 80% больных с СБН во время фазы медленного сна. Характерно нарастание выраженности синдрома с возрастом. В основном вовлекаются нижние конечности, возникают тыльное сгибание стопы и голени, разгибание большого пальца. ПДК ритмично повторяются каждые 5–90 секунд, могут быть односторонними, что отличает их от миоклоний. В легких случаях пациент не догадывается о наличии ПДК, и они могут быть установлены только методом полисомнографии. В тяжелых случаях ПДК не прекращаются всю ночь и могут быть причиной частых пробуждений. Такие симптомы проявляются уже на развернутых стадиях БП.

Ночные лекарственные дискинезии — являются моторными проявлениями БП. Могут проявляться в виде хореоформных гиперкинезов, оромандибулярной дискинезии, редко — миоклонии, тиков.

Ночная дистония периода выключения — бывает болезненной и значительно нарушает сон.

Дискинезии пика дозы — быстрые хореоформные или дистонические движения, обычно более выраженные в верхней части тела, возникающие на фоне максимального действия принятой дозы препарата допа и ее производных.

Двухфазные дискинезии — дискинезии в начале и в конце действия каждой дозы препарата допа и ее производных и исчезают в период ее максимального эффекта.

Синдром нарушения поведения в фазе сна с быстрыми движениями глаз — проявляется яркими сновидениями, ночными кошмарами, галлюцинациями. Данный синдром обычно характеризуется избыточной двигательной активностью и психомоторным возбуждением (сноговорением, криками, стонами, движениями конечностей во сне) вследствие ее недостаточного торможения. Данные симптомы особенно характерны для пациентов с двигательными флюктуациями, начальными проявлениями феномена «выключения». Существует прямая связь между показателем тяжести ночной гипокинезии и изменением архитектуры сна.

Никтурия — это частые позывы на мочеиспускание. Встречается более чем у половины пациентов, несколько чаще у мужчин. При БП происходит дегенерация дофаминергических нейронов мостового центра мочеиспускания, за счет чего и возникают нейрогенные нарушения мочеиспускания (гиперреактивность детрузора, диссинергия детрузора и сфинктера). Также звеном патогенеза может являться супрахиазматическое ядро, ведь оно участвует в регуляции уровня антидиуретического гормона, секреция которого увеличивается ночью, что, в свою очередь, снижает объем мочи, выделяемой в ночное время. С другой стороны, учащенные позывы к мочеиспусканию могут являться не причиной, а следствием нарушений сна.

Флюктуации — симптом эффекта дозы леводопы — в течение дня чередуются периоды оптимального эффекта леводопы (период «включения») и периоды ослабления ее эффекта (период «выключения»). Постепенно амплитуда колебаний увеличивается, с одной стороны, за счет того, что при «выключении» происходит не просто возвращение исходного (до принятия очередной дозы леводопы) состояния, а рикошетное усиление симптомов паркинсонизма, а с другой стороны, за счет появления дискинезий периода «включения». Начало действия очередной дозы может сопровождаться временным ухудшением состояния пациента (возможно, за счет низкоуровневой стимуляции пресинаптических рецепторов). Одновременно эффект препарата леводопы теряет градуальность и приобретает «пороговый характер» (по принципу «все или ничего»): только при достижении концентрации леводопы определенного порогового значения возникает «включение», которое немедленно сменяется «выключением», как только указанная концентрация (в силу той или иной причины) опускается ниже этого порога (даже незначительно) [Левин О. С., Смоленцева И. Г., Иванов А. К., 2010].

Общая характеристика клинических наблюдений

В результате обследования на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева» в исследовании нарушений сна приняли участие 49 испытуемых в возрасте от 40 до 83 лет, средний возраст составил $66,69 \pm 10,1$ года, которые имели подтвержденный диагноз БП (код по МКБ G20). Распределение по полу: в исследовании участвовали 25 мужчин и 24 женщины. Средняя длительность заболевания в общей выборке составила $7,55 \pm 4,7$ года,

из них 14,3% с преимущественно дрожательной формой заболевания, 26,5% с акинетико-ригидной формой и 59,2% — пациенты со смешанной формой БП. Стадии заболевания БП по шкале Хена–Яра распределились следующим образом: у 1 пациента была 1-я стадия (2%), у 15 пациентов 2-я стадия (30,6%), абсолютное большинство имели 3-ю стадию (61,2%), и у 3 пациентов была 4-я стадия. У 20 пациентов наблюдались двигательные флюктуации (40%) на фоне приема препаратов леводопы, у 12 — дискинезии (24,5%).

Критерии включения: жалобы на тревогу, депрессию, нарушение сна; отсутствие деменции, ортостатической и/или постпрандиальной гипотензии; стабильная комбинированная дофаминергическая терапия — препараты леводопы (леводопы/карбидопы, леводопы/бензеразид) и агонисты дофаминовых рецепторов (АДР) — прамипексол, ропинирол, пирибедил в течение как минимум 2 мес. Лечение препаратами леводопы получали 85% исследуемых, и 79% наблюдаемых получают лечение препаратами из группы агонистов дофамина. Комбинированную терапию леводопы + агонисты дофамина получают 63% пациентов. Амантадин принимают 55% пациентов.

Основные методы обследования

Клинико-анамнестический метод: подробный сбор анамнеза, дебют появления первых симптомов, возраст начала заболевания, длительность заболевания, наличие моторных и немоторных проявлений заболевания, информация о получаемой противопаркинсонической терапии, наличии флюктуаций, дискинезий, оценка соматического, неврологического и психического статусов, а также изучение нарушений сна посредством опроса пациентов и их родственников и на основании медицинской документации.

Оценка моторных симптомов БП осуществлялась при помощи Унифицированной рейтинговой шкалы БП Международного общества БП и расстройств движений (Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale — MDS-UPDRS) и шкалы Хен и Яра.

Оценка психопатологических непсихических симптомов (тревога, депрессия):

- Опросник депрессивности Бека (ОДБ) (Beck Depression Inventory), состоящий из 21 вопроса: 0–9 баллов — нет депрессии, 10–19 — легкая депрессия, 20–29 — умеренная депрессия, 30 и более — тяжелая депрессия.
- Шкала реактивной и личностной тревожности (STAI — State-Trait Anxiety Inventory) Спилбергера, адаптированная Ю. Л. Ханиным, — опросник, состоящий из 40 вопросов, с оценкой реактивной (ситуационной) тревоги и личностной тревоги: менее 30 баллов — низкая тревога; 31–45 — средняя, более 46 — высокая тревога.
- Симптоматический опросник SCL-90-R в адаптации Н. В. Тарабриной. Шкала SCL содержит 90 пунктов, и ее назначение состоит в том, чтобы

оценивать паттерны психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам симптоматических расстройств: соматизации, обсессивности — компульсивности, межличностной сензитивности, депрессии, тревожности, враждебности, фобической тревожности, паранойяльных тенденций, психотизма, а также по 3 обобщенным шкалам второго порядка: общий индекс тяжести симптомов (GST), индекс наличного симптоматического дистресса (PTSD), общее число утвердительных ответов (PST). Индексы второго порядка предложены для того, чтобы иметь возможность более гибко оценивать психопатологический статус пациента. SCL-90-R — инструмент определения актуального, присутствующего на данный момент, психологического симптоматического статуса.

Анкетирование: с помощью Модифицированной шкалы оценки сна при БП (Parkinson's disease sleepsca-2 — PDSS-2) [C. Trenkwalder et al., 2011], представляет собой шкалу оценки ночных нарушений при БП (приложение 1). В данном исследовании использовалась модифицированная версия шкалы PDSS (PDSS-2), валидированная C. Trenkwalder на основе наблюдений пациентов и ухаживающих за ними лиц в 2011 году. Данная шкала включает в себя 15 вопросов, которые отображают различные факторы нарушений сна у пациентов с БП по трем основным субшкалам, каждая из которых состоит из 5 пунктов. Для более легкого использования пациентами с БП данного самоопросника в новой версии шкалы PDSS-2 визуальную аналоговую шкалу трансформировали в частотную меру. Каждая субшкала может быть максимально оценена в 20 баллов. Общий балл PDSS-2 варьируется в диапазоне от 0 (отсутствие нарушений сна) до 60 (максимальные ночные расстройства).

Статистический метод: статистическая обработка полученного материала проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0. Нормальность распределений проверялась с помощью тестов Колмогорова–Смирнова. Для расчетов различий в группах применялся дисперсионный анализ по Краскелу–Уоллису с множественным сравнением рангов. Проверка однородности дисперсии проводилась при помощи теста Левена. Выбирались статистически значимые значения критерия корреляции Спирмена при $p < 0,05$.

Результат комплексного анализа причин нарушений сна у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона, с коморбидными тревожными и депрессивными расстройствами

Неврологические проявления

В ходе исследования проводилась комплексная оценка сна с помощью Модифицированной шкалы оценки сна при БП (PDSS2) в течение двух недель.

Среднее значение балла по шкале PDSS2 составило $27 \pm 9,382$ балла, для подшкалы нарушенного сна — $12,41 \pm 3,329$. Медиана по субшкале моторных проявлений ночью составила 7 баллов (4,5–10), медиана по шкале симптомов БП ночью — 8 баллов (3–10). Был проведен анализ на соответствие критерию нормальности с использованием одновыборочного критерия Колмогорова–Смирнова. Общий балл тестирования PDSS и субшкала «Общие нарушения сна» имеют нормальное распределение ($p > 0,05$), а субшкалы, включающие «Моторные проявления ночью» и «Симптомы БП ночью» — не имеют нормального распределения ($p > 0,09$). Для более точной интерпретации результатов далее был использован корреляционный анализ по Спирмену: рассчитан коэффициент корреляции. Данные демонстрируют, что длительность заболевания, стадия по Хен–Яр коррелирует с ночными симптомами БП (рис. 1).

		PDSS-2, общий балл	Двигательны е проблемы ночью: 4.5.6.12.13	Симптомы БП ночью: 7.9.10.11.15.	Нарушенный сон: 1.2.3.8.14.	длит_заб	стадия по Хен-Яр
Ро Спирмена	PDSS-2, общий балл	Коэффициент корреляции	1,000	,831**	,794**	,865**	,258
		знач. (двухсторонняя)	.	<,001	<,001	<,001	,074
		N	49	49	49	49	49
	Двигательные проблемы ночью: 4.5.6.12.13	Коэффициент корреляции	,831**	1,000	,485**	,658**	,151
		знач. (двухсторонняя)	<,001	.	<,001	<,001	,301
		N	49	49	49	49	49
	Симптомы БП ночью: 7.9.10.11.15.	Коэффициент корреляции	,794**	,485**	1,000	,498**	,368**
		знач. (двухсторонняя)	<,001	<,001	.	<,001	,009
		N	49	49	49	49	49
	Нарушенный сон: 1.2.3.8.14.	Коэффициент корреляции	,865**	,658**	,498**	1,000	,194
		знач. (двухсторонняя)	<,001	<,001	<,001	.	,182
		N	49	49	49	49	49
длит_заб	Коэффициент корреляции	,258	,151	,368**	,194	1,000	,384**
		знач. (двухсторонняя)	,074	,301	,009	,182	.
		N	49	49	49	49	49
	стадия по Хен-Яр	Коэффициент корреляции	,358*	,285*	,340*	,237	,384**
		знач. (двухсторонняя)	,012	,047	,017	,101	,006
		N	49	49	49	49	49

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Рис. 1. Данные корреляционного анализа длительности заболевания, стадии болезни Паркинсона (БП) по Хен–Яру, ночные проявления БП

Наличие флюктуаций и дискинезий у пациентов также коррелирует с ночными симптомами в виде галлюцинаций, ночной скованности, боли мышечного характера и спазмов в конечностях (возникающих в ночное время), храпа и нарушения дыхания (рис. 2).

Длительность заболевания, стадия по Хен–Яру коррелирует с ночными симптомами БП ($p = 0,009$; $0,017$). Наличие флюктуаций и дискинезий у пациентов также коррелирует с ночными симптомами БП ($p = 0,02$; и $0,029$).

С помощью анализа описательных данных выделены средние показатели общего балла PDSS2 и его субшкал относительно различных форм БП (табл. 1).

		PDSS-2, общий балл	Двигательны е проблемы ночью: 4.5.6.12.13	Симптомы БП ночью: 7.9.10.11.15.	Нарушенный сон: 1.2.3.8.14.	флюктуации	дискинезии (нет1, да2)	
Ро Спирмена	PDSS-2, общий балл	Кэффициент корреляции	1,000	,831**	,794**	,865**	,288*	,276
		знач. (двухсторонняя)	.	<,001	<,001	<,001	,045	,055
		N	49	49	49	49	49	49
	Двигательные проблемы ночью: 4.5.6.12.13	Кэффициент корреляции	,831**	1,000	,485**	,658**	,094	,244
		знач. (двухсторонняя)	<,001	.	<,001	<,001	,519	,091
		N	49	49	49	49	49	49
	Симптомы БП ночью: 7.9.10.11.15.	Кэффициент корреляции	,794**	,485**	1,000	,498**	,433**	,312*
		знач. (двухсторонняя)	<,001	<,001	.	<,001	,002	,029
		N	49	49	49	49	49	49
	Нарушенный сон: 1.2.3.8.14.	Кэффициент корреляции	,865**	,658**	,498**	1,000	,193	,201
		знач. (двухсторонняя)	<,001	<,001	<,001	.	,183	,167
		N	49	49	49	49	49	49
флюктуации	Кэффициент корреляции	,288*	,094	,433**	,193	1,000	,589**	
		знач. (двухсторонняя)	,045	,519	,002	,183	.	<,001
		N	49	49	49	49	49	49
	дискинезии (нет1, да2)	Кэффициент корреляции	,276	,244	,312*	,201	,589**	1,000
		знач. (двухсторонняя)	,055	,091	,029	,167	<,001	.
		N	49	49	49	49	49	49

** Корреляция значима на уровне 0.01 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Рис. 2. Флюктуации и дискинезии в ночное время

Таблица 1

Средние показатели общего балла PDSS2 и его суббалл относительно различных форм болезни Паркинсона

Форма БП	Общий балл PDSS2, среднее ± ср. откл	Субшкалы		
		Моторные симптомы ночью	Симптомы БП ночью	Изменение непосредственно ночного сна
Преимущественно дрожательная	23,57 ± 8,62	7,43 ± 84,35	4,0 ± 82,58	12,4 ± 84,23
Акинетико- ригидная	28 ± 87,69	6,62 ± 83,64	8,54 ± 83,82	12,85 ± 82,68
Смешанная	27,97 ± 810,27	8,03 ± 84,31	7,66 ± 83,73	12,28 ± 83,44

Чтобы определить наличие статистически значимых различий между тремя группами, использован дисперсионный анализ, апостериорный тест Шеффе, так как размеры выборок не равны между собой, уровень значимости по таблице ANOVA $\geq 0,05$ (рис. 3).

Данные по выборкам существенно не различаются по следующим переменным: «Общий балл PDSS2», «Моторные симптомы ночью», «Нарушенный сон». Таким образом, для этих переменных гипотеза верна. В случае с переменной «Симптомы БП ночью» уровень значимости 0,36.

		ANOVA				
		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	знач.
PDSS-2, общий балл	Между группами	116,422	2	58,211	,652	,526
	Внутри групп	4108,680	46	89,319		
	Всего	4225,102	48			
Двигательные проблемы ночью: 4.5.6.12.13	Между группами	18,243	2	9,122	,529	,593
	Внутри групп	793,757	46	17,256		
	Всего	812,000	48			
Симптомы БП ночью: 7.9.10.11.15.	Между группами	99,605	2	49,803	3,794	,030
	Внутри групп	603,782	46	13,126		
	Всего	703,388	48			
Нарушенный сон: 1.2.3.8.14.	Между группами	3,494	2	1,747	,152	,859
	Внутри групп	528,343	46	11,486		
	Всего	531,837	48			

Рис. 3. Данные дисперсионного анализа влияния ночных симптомов БП на качество сна

Множественные сравнения

Зависимая переменная: Симптомы БП ночью: 7.9.10.11.15.

Шеффе

(I) форма_заб (дрож1 акинетико2смеш 3)	(J) форма_заб (дрож1 акинетико2смеш 3)	Средняя разность (I-J)	Среднекв. Ошибка	знач.	95% доверительный интервал	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	2	-4,538*	1,698	,036	-8,83	-,24
	3	-3,655	1,526	,067	-7,51	,20
2	1	4,538*	1,698	,036	,24	8,83
	3	,883	1,209	,767	-2,18	3,94
3	1	3,655	1,526	,067	-,20	7,51
	2	-,883	1,209	,767	-3,94	2,18

*. Средняя разность значима на уровне 0.05.

Рис. 4. Сравнение трех выборок в дисперсионном анализе

Существует статистически значимая разница в средних результатах тестов между пациентами с преимущественно дрожательной и акинетико-ригидной формами БП. Однако каждый из вопросов в данной субшкале отражает отдельные симптомы (рис. 4). Следовательно, чтобы понять, в каком из вопросов произошло существенное различие, выполнен однофакторный анализ. Пациенты, принимавшие участие в исследовании, имели довольно высокий средний балл, отражающий качество сна. Хотя не существует единой интерпретации данной шкалы, общий балл колеблется в диапазоне от 0 до 60, причем более высокие баллы указывают на более серьезные проблемы со сном. Результаты тестирования также продемонстрировали, что длительность заболевания и стадия по Хен-Яру имеют положительную корреляцию с ночными симптомами БП. Также у па-

циентов, имеющих флюктуации и/или дискинезии, показатели ночных симптомов БП были выше. С течением времени заболевание прогрессирует, усиливаются двигательные симптомы, такие как тремор, ригидность, выше риск появления флюктуаций и дискинезий. Результаты исследования пациентов с различными формами БП оказались неоднозначными. Не было обнаружено значимых различий по общему баллу PDSS-2, что в итоге не совсем согласовывается с исследованиями, в которых отмечалось, что ночные симптомы были более выражены при акинетико-ригидной форме. Однако между этими группами пациентов баллы по субшкале ночных симптомов БП оказались статистически значимыми, а именно, по вопросу № 9 (общая мышечная скованность в ночное время), где во второй группе наблюдалась тенденция к более высоким оценкам. По данным дисперсионного анализа различные формы БП существенно не различаются по переменным: «Общий балл PDSS2» ($p = 0,526$), «Моторные симптомы ночью» ($p = 0,59$), «Нарушенный сон» ($p = 0,859$). Статистически значимая разница в средних результатах тестов между пациентами с преимущественно дрожательной и акинетико-ригидной формами БП отмечается по переменной «Симптомы БП ночью» по вопросу № 9 ($p = 0,030$).

В результате статистического анализа исследований были получены данные, отражающие отрицательное влияние стадии БП, а также длительности заболевания на общее качество сна. Особенно сильно ухудшаются показатели ночных проявлений БП.

Полученные данные свидетельствуют о том, что основное внимание обычно сосредоточено на коррекции дневных симптомов, в то время как ночным симптомам уделяется мало внимания. Единой схемы лечения нет, оно подбирается исключительно индивидуально. В первую очередь оценивается адекватность уже имеющейся терапии. В идеале — выполнение полисомнографии. После выделения основных причин нарушений сна проводится соответствующее лечение.

Пациенты с акинетико-ригидной формой заболевания набрали в вопросе о ночной скованности высокие баллы, что оказалось статистически значимо. Однако в целом они не продемонстрировали существенных отличий по показателям общего качества сна по сравнению с пациентами с преимущественно дрожательной и смешанной формой, что, возможно, связано с небольшим числом таких пациентов в общей выборке.

Более поздняя стадия БП и большая длительность заболевания связаны с более серьезными изменениями качества сна, чем другие.

Результаты исследования депрессии, тревоги и иной психосоматической симптоматики

Средний показатель шкалы депрессии Бека составил $11,96 \pm 8,24$ (соответствует легкой выраженности депрессивной симптоматики), $5,9 \pm 4,8$ — для когнитивно-эмоциональной шкалы, 6 ± 4 — для соматической шкалы. Сравнение групп по полу не дало статистически достоверных различий, т. е. уровень депрессивной симптоматики не зависит от пола респондента.

Сопоставление данных о депрессивной симптоматике для респондентов на второй и третьей стадиях заболевания дало статистически достоверные различия (табл. 2).

Таблица 2

Сопоставление уровня депрессивной симптоматики для пациентов различных стадий заболеваний

Шкала депрессии Бека	II стадия по Хен-Яру	III стадия по Хен-Яру	p-уровень
Общий балл	9,13	17,56	0,015
Когнитивно-аффективная шкала	4,27	9,22	0,015
Соматическая шкала	4,87	8,33	0,035

Мы видим, что уровень депрессивной симптоматики достоверно возрастает по мере прогрессирования заболевания, т. е. чем тяжелее состояние респондента, тем более выражена у него депрессивная симптоматика (когнитивные, эмоциональные и соматические проявления депрессии).

Был проведен корреляционный анализ с использованием корреляционного анализа Спирмена для выявления связи показателей шкалы депрессии Бека с возрастом. Статистически достоверных корреляций не выявлено, что указывает на отсутствие линейной связи депрессивной симптоматики с возрастом респондентов.

Уровень ситуативной тревожности в исследуемой группе составил $38,9 \pm 10,2$ балла, уровень личностной — $48,3 \pm 8$ баллов. Достоверных различий по полу не выявлено.

Мы также сопоставили уровень тревожности для респондентов, проживающих в одиночестве и проживающих совместно с близкими, однако достоверных различий выявлено не было.

При сопоставлении данных для пациентов на разных стадиях заболевания были выявлены различия, имеющие статистическую достоверность (табл. 3).

Таблица 3

Сопоставление уровня тревожности для пациентов различных стадий заболеваний

Шкала Спилбергера-Ханина	II ст. по Хен-Яру	III ст. по Хен-Яру	p-уровень
Ситуативная тревожность	35,80	46,67	0,012
Личностная тревожность	46,27	52,78	0,055

На третьей стадии БП имеет место возрастание как ситуативной тревожности, так и личностной, причем различие более явно для ситуативной тревоги (т. е.

актуального состояния респондентов), в то время как личностные показатели различаются лишь на уровне статистической тенденции.

Далее мы проанализировали информацию по шкале симптоматического опросника SCL-90 для оценки уровня выраженности психологических и психосоматических жалоб. Данные о результатах представлены в таблице 4.

Таблица 4

Средние оценки выборки по данным опросника SCL-90

	Среднее	Стандартное отклонение
Соматизация	1,05	0,55
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,03	0,61
Межличностная сенситивность	0,86	0,71
Депрессия	0,79	0,53
Тревожность	0,79	0,61
Враждебность	0,37	0,38
Фобическая тревожность	0,64	0,68
Паранояльность	0,59	0,49
Психотизм	0,40	0,40
Дополнительные вопросы	0,70	0,58
GSI	0,75	0,47
PSDI	1,53	0,37

Как мы можем видеть, в наибольшей степени респондентов беспокоят жалобы, связанные с соматическими проявлениями неблагополучия (что объяснимо имеющимся у них диагнозом), а также жалобы, характерные для обсессивно-компульсивных расстройств, — навязчивые мысли на фоне тревожных переживаний. Достоверных различий по полу не выявлено.

Таблица 5

**Сопоставление данных симптоматического опросника SCL-90
в зависимости от стадии заболевания**

	II стадия по Хен-Яру	III стадия по Хен-Яру	p-уровень
Соматизация	0,83	1,82	0,035
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,79	1,41	0,01
Межличностная сенситивность	0,67	1,22	0,073
Депрессия	0,67	1,05	0,096

	II стадия по Хен-Яру	III стадия по Хен-Яру	p-уровень
Тревожность	0,69	0,98	0,194
Враждебность	0,30	0,50	0,108
Фобическая тревожность	0,43	1,06	0,01
Паранояльность	0,48	0,83	0,108
Психотизм	0,35	0,51	0,263
Дополнительные вопросы	0,65	0,75	0,726
GSI	0,62	1,00	0,035
PSDI	1,45	1,66	0,238
PST	35,27	52,67	0,025

Помимо общих индексов, выявлены статистически достоверные различия для шкал соматизации, обсессивно-компульсивных расстройств и фобической тревожности. Таким образом, ухудшение состояния (прогрессия заболевания) связано с усилением беспокойств в связи с конкретными обстоятельствами, соматическими проявлениями тревоги и навязчивыми переживаниями. Следует отметить, что один из этих маркеров ухудшения эмоционального состояния респондентов, связанного с ухудшением соматического состояния (навязчивые состояния и переживания), ухудшается при одиноком проживании респондента. Таким образом, по крайней мере одну жалобу, связанную с ухудшением эмоционального состояния, можно облегчить человеческим присутствием и поддержкой близких.

Был проведен корреляционный анализ показателей опросника с возрастом респондентов, статистически достоверных связей не выявлено.

Был проведен корреляционный анализ с помощью коэффициента Спирмена для установления связи показателей тревоги и депрессии с уровнем выраженности нарушений сна. Полученные корреляционные связи говорят о тесной связи нарушений сна с симптомами тревоги, депрессии и эмоционального неблагополучия (приложение 2).

Ввиду тесной взаимосвязанности исследуемых показателей для наглядности они были структурированы в корреляционную плеяду, представленную на рисунке 5.

Таким образом, мы видим, что чем больше жалоб в ночное время у респондентов, тем хуже они себя чувствуют и в эмоциональном плане. Наиболее ярко это проявляется в отношении собственно нарушений ночного сна, из чего можно сделать вывод, что именно этот фактор связан с наихудшим эмоциональным состоянием пациентов, в частности наиболее высоким уровнем напряжения, тревожной и депрессивной симптоматики. Срезовой дизайн исследования не позволяет сделать вывод относительно того, являются ли тревога и депрессия причинами нарушений сна или же, напротив, нарушение ночного сна усиливает тревожные и депрессивные жалобы.

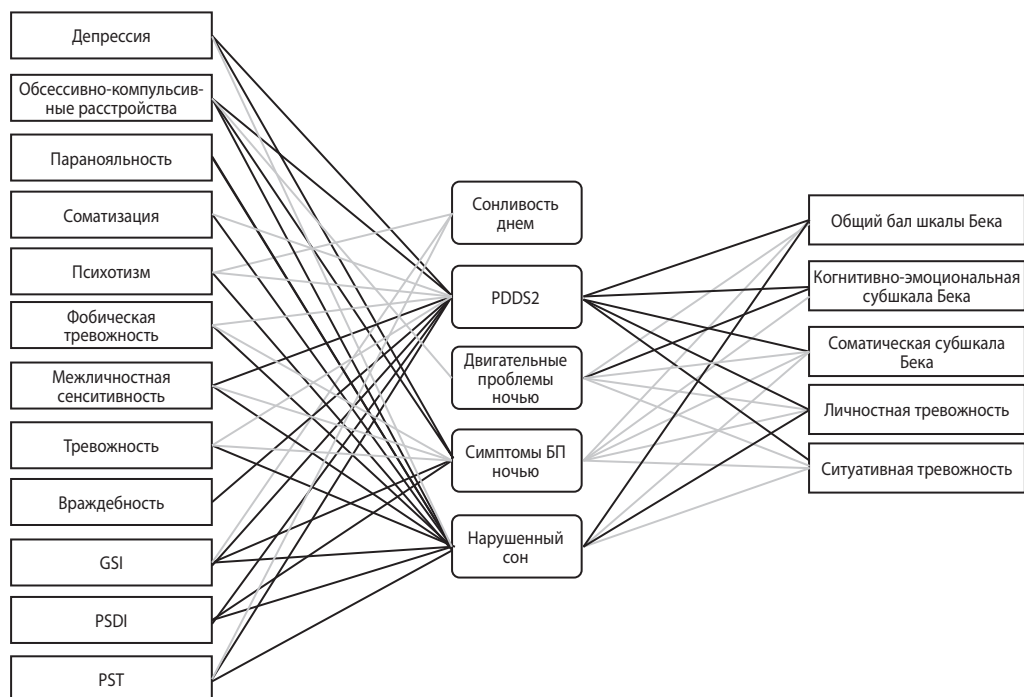


Рис. 5. Корреляционные связи показателей нарушения сна с показателями эмоционального состояния респондентов

Способы коррекции аффективных расстройств у пациентов с болезнью Паркинсона

Изначально необходимы пересмотр и коррекция противопаркинсонической терапии в индивидуальном порядке. Антидепрессивный эффект дофаминергических препаратов не до конца изучен, но коррекция терапии зачастую достаточно эффективна без дополнительного назначения антидепрессантов. Это может быть изменение схемы приема препаратов леводопы и/или комбинирования их с АДР, ингибиторами катехол-о-метилтрансферазы и моноаминоксидазы с параллельной оценкой динамики проявлений депрессии [Devos D., 2008].

В случае отсутствия клинически значимого улучшения через 4 недели после коррекции дофаминергической терапии рекомендуется назначение антидепрессанта из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС): наилучшие результаты по данным плацебо-контролируемых исследований показали: циталопрам, эсциталопрам, сертралин и флуоксетин [Antonini A., Tesei S., 2006]. По имеющимся данным, более эффективны при депрессии у пациентов с БП трициклические антидепрессанты (ТЦА), обладающие более широким спектром действия, чем СИОЗС [Нодель М. Р., 2017]. Однако ТЦА обладают рядом побочных эффектов (усугубление когнитивных и психотических нарушений, ортостатическая гипотензия, нарушение проводимости сердца,

замедление моторики желудочно-кишечного тракта, задержка мочеиспускания), что не позволяет выбирать препараты этой группы в качестве средств первой линии у пациентов с БП.

Комбинация антидепрессантов с разагилином может вызывать серотониновый синдром. Сочетание разагилина с сертралином, циталопрамом и эсциталопрамом характеризуется удовлетворительным профилем безопасности при низких дозах и контроле врача, тогда как сочетания с флуоксетином, флувоксамином требуют особой осторожности. Не рекомендуется сочетать разагилин с ингибиторами обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН), например венлафоксином, дулоксетином), а также с ТЦА из-за более высокого риска развития серотонинового синдрома. Категорически противопоказано сочетать разагилин с неселективными ингибиторами моноаминоксидазы (МАО), а также с препаратами лития и некоторыми другими серотонинергическими средствами [Dobrea C. M., Frum A., Butuca A., 2024].

Тревожные расстройства редко лечат как самостоятельное явление, поскольку тревога при БП часто носит реактивный характер, а также уменьшается на фоне проводимой дофаминергической терапии, с другой стороны, многие антидепрессанты обладают анксиолитическими свойствами. В случае ухудшения сна вследствие психотической симптоматики (ночные возбуждения, галлюцинации, страх) изначально следует вновь скорректировать противопаркинсоническую терапию — уменьшить/отменить агонисты дофаминовых рецепторов. В дальнейшем при неэффективности данной стратегии рекомендован прием на ночь атипичных нейролептиков (клозапин 12,5–25 мг, кветиапин 25–50 мг) [Emre M., 2004]. Побочные эффекты включают седацию, головокружение, слюнотечение, ортостатическую гипотензию, агранулоцитоз (требуется контроль анализов крови). Данные относительно кветиапина противоречивы, в большинстве исследований он действует у пациентов с БП наравне с клозапином. Препараты третьей линии — рisperидон и арипипразол — уменьшают психотическую симптоматику, однако часто вызывали ухудшение двигательной активности у пациентов.

При выраженных когнитивных нарушениях можно использовать ингибиторы ацетилхолинэстеразы (галантамин 24 мг) либо оринавистигмин (в плацебо-контролируемом исследовании при БП с деменцией ривастигмин достоверно уменьшал галлюцинаторный синдром [Barone P., 2010]).

Способы коррекции других нарушений сна у пациентов с болезнью Паркинсона

Программа лечения нарушений сна у каждого пациента подбирается индивидуально. В первую очередь оценивается адекватность уже имеющейся терапии поставленным целям. Наличие у пациента затруднений засыпания или пробуждений на фоне тремора, трудностей при поворотах в постели, болезненных дистонических спазмов или крампи указывает на недостаточную коррекцию двигательных симптомов БП.

При недостаточности коррекции ночных симптомов паркинсонизма

Рекомендовано повышение дозы стандартного либо пролонгированного препарата леводопы в вечернее время (рекомендовано увеличение среднесуточной дозировки на 150–200 мг). Установлено, что стандартная или кратковременная леводопа перед сном может частично компенсировать акинезию, увеличить время сна и уменьшить раннюю утреннюю нетрудоспособность. Не у всех пациентов данная тактика обеспечивает достаточно продолжительный эффект (многие просыпаются в 2–3 часа ночи на фоне нарастания скованности, тремора и вынуждены прибегнуть к дополнительному приему леводопы).

В таком случае эффективно назначение леводопы в сочетании с карбидопой и энтакапоном (Сталево) (энтакапон блокирует фермент, способствующий метилированию леводопы в периферических и центральных тканях). Наиболее эффективно назначение этого препарата для пациентов с синдромом «истощения» леводопы, а также при наличии флюктуаций [Никитина А. В., 2013]. Однако существуют данные о дозозависимом эффекте препаратов леводопы на структуру сна: при назначении высоких доз наблюдалось укорочение быстрой фазы сна и усугубление фрагментации сна. Соответственно при подборе вечерней дозировки препарата необходимо внимательно следить за динамикой ночных симптомов, назначая минимально эффективную дозу.

Назначение АДР длительного действия — прамипексола, ротиготина (трансдермальная система), ропинирола может способствовать коррекции ночных симптомов (ограничение — пациенты старше 70 лет, наличие зрительных галлюцинаций). С помощью данной терапии происходит комплексное воздействие на ночные двигательные (гипокинезия/ригидность, тремор, дистония) и недвигательные (сенсорные нарушения, никтурия) проявления БП. При никтурии терапия действует за счет воздействия на дофаминовые рецепторы мостового центра мочеиспускания. При недостаточной коррекции нарушений сна на фоне терапии ропиниолом следует рассмотреть тактику назначений пролонгированного ропинирола (согласно последним исследованиям [Chaudhuri K. R., 2012] при сравнении этих двух форм, пролонгированный ропиниол у 25% исследуемых улучшил качество сна). Для предупреждения нежелательного воздействия амантадин, селегилин следует назначать пациентам в первой половине дня. В редких случаях появления или усиления инсомнии после назначения препаратов леводопы или АДР (обычно в первые недели лечения) можно рекомендовать временную отмену вечерней дозы препаратов по возможности с сохранением их суточной дозы. Низкие дозы клозапина улучшали ночную акатизию и тремор.

При синдроме беспокойных ног

Применение прамипексола: эффект от данного препарата связан с активацией дофаминовых рецепторов D3, которые широко экспрессируются в спинном мозге и обладают тормозящим действием на сенсорную систему, повышая порог проводимости дизестезических расстройств [Turrini A., 2018]. Происходит

уменьшение неприятных ощущений, нет необходимости двигать ногами ночью, соответственно, пациент лучше спит ночью.

Следует учитывать, что АДР не обладают полной селективностью только к D3 рецепторам и за счет общего повышения дофамина во время данной терапии перекрестно активируются D1 рецепторы. Их функция — повышение двигательной активности, что усугубляет двигательное беспокойство пациента и способствует развитию бессонницы (феномен аугментации). Из этого следует, что пациентам с СБН следует периодически наблюдаться у невролога.

Согласно рекомендациям Немецкого общества сна и Немецкого неврологического общества [Trenkwalder C., Stefani A., Bachmann C. G., 2024], агонисты дофаминовых рецепторов (АДР) остаются препаратами первой линии при СБН. Однако в случаях, когда имеются противопоказания к их применению (пожилой возраст, высокий риск галлюцинаций), а также при развитии аугментации или непереносимости возможно назначение леводопы в небольшой дозе (до 100 мг/сутки) на ночь.

Альтернативу составляют $\alpha 2\delta$ -лиганды. Габапентин эффективен при СБН в дозировке до 1800 мг в сутки. При наличии почечной недостаточности начальная доза снижается до 200 мг, с обязательной коррекцией в зависимости от функции почек. Прегабалин показан при умеренной и тяжелой форме СБН. Он назначается в дозе 150–450 мг за 1–3 часа до сна, начиная со стартовой дозы 50–75 мг. Как и габапентин, прегабалин требует коррекции дозы при сниженной функции почек.

Таким образом, лечение СБН у пациентов с болезнью Паркинсона должно быть индивидуализированным, с учетом противопоказаний к препаратам, сопутствующей патологии (в особенности почечной недостаточности), а также с включением поддерживающих немедикаментозных стратегий.

При синдроме нарушения поведения во сне с быстрыми движениями глаз

Мелатонин, по данным Постума Р. Б. с соавт. (2008), является средством выбора при необходимости коррекции дезадаптирующих пациента или его близких проявлений СНП-СБДГ. На основании текущих научных данных, оптимальная дозировка мелатонина при СНП-СБДГ составляет 3–12 мг, принимаемых за 30–60 минут до сна. Начальная доза: 3 мг мелатонина за 30–60 минут до сна. При необходимости дозу можно увеличивать на 3 мг каждые 2 недели, с максимальной дозой 12 мг в сутки. Предпочтительно использовать препараты с пролонгированным высвобождением, чтобы поддерживать стабильный уровень мелатонина в организме в течение ночи. Несмотря на эффективность мелатонина при СНП-СБДГ, важно учитывать индивидуальные особенности пациента и возможные противопоказания [Trenkwalder C., Stefani A., Bachmann C. G., 2024; McGrane I. R., Leung J. G., St. Louis E. K., 2015].

Клоназепам (0,5–2 мг) эффективен, уменьшает клинические проявления данного синдрома, однако следует учитывать, что препарат оказывает седативный эффект, усугубляет затрудненное дыхание и повышает риск падений. Ингибито-

ры ацетилхолинэстеразы (АХЭ) — в случае выраженных и быстро прогрессирующих когнитивных нарушений [Маляренко Т. Н., 2011]. При этом считается, что антидепрессанты СИОЗС ухудшают самочувствие.

Ухудшение качества сна из-за психотической симптоматики (ночное возбуждение, галлюцинации)

Атипичные нейролептики (азалептин, кветиапин), ингибиторы АХЭ, например донепезил 5–10 мг/сут.

При нарушениях мочеиспускания

У большинства пациентов с БП развиваются проблемы с мочеиспусканием, включая императивные позывы, нарушения частоты мочеиспускания и никтурию. Наиболее распространенным нарушением является гиперреактивность детрузора. К тому же выраженное недержание мочи часто связано с поздней стадией заболевания.

В связи с этим первоначально рекомендуется направить пациента к урологу, по крайней мере в случаях недержания мочи или отсутствия ответа на лечение.

Назначение антихолинергических препаратов периферического действия патогенетически оправдано при гиперактивности мочевого пузыря, однако плацебо-контролируемых исследований не проводилось. При их приеме могут наблюдаться такие побочные эффекты как: сухость во рту, запоры, когнитивные побочные эффекты.

DBS, по данным некоторых исследований [Parkinson Study Group., 2002], может улучшить емкость мочевого пузыря и объемы мочеиспускания, но не влияет на опорожнение мочевого пузыря. Новые методы, применяющиеся за рубежом: внутривезикулярная инъекция ботулинического токсина типа А, прием десмопресси-на перед сном (в виде назального спрея). Препарат увеличивает проницаемость эпителия дистальных отделов извитых канальцев и повышает реабсорбцию воды, что приводит к уменьшению объема выделяемой мочи. Не рекомендуется назначать пожилым людям.

При исключении других синдромов либо слабой эффективности терапии

При гиперсомнии — использование кофеина, который обладает блокирующим действием на аденозиновые рецепторы, а повышение уровня аденозина во время бодрствования способствует засыпанию. Помимо этого, установлено, что кофеин повышает чувствительность циркадианной системы к свету, тем самым способствуя поддержанию бодрствования. Коррекция циркадианной дисфункции — применение препаратов, содержащих мелатонин — синтетический аналог гормона шишковидной железы эпифиза, полученный из аминокислот растительного происхождения. Препарат нормализует ночной сон путем укорочения периода засыпания, повышения эффективности сна и увеличения его длительности. Также терапия мелатонином уменьшает двигательную активность во время сна, увеличивает длительность фазы сна с БДГ.

Эффективность мелатонина у пациентов с БП была подтверждена ранее в ходе небольших плацебо-контролируемых исследований. Так, в исследовании М. Р. Нодель [Нодель М. Р., Ковров Г. В., 2017] изучалась эффективность мелатонина у пациентов с БП и нарушениями сна. Препарат назначался в дозировке 3 мг за 30–40 мин до отхода ко сну, курсом на 4–8 недель. По итогам у преобладающего большинства наблюдалось сокращение длительности периода засыпания, а также снижение частоты ночных и ранних утренних пробуждений. Результаты также подтверждаются данными полисомнографического контроля. По данным Б. Р. Богданова с соавт. [Богданов Б. Р., Борисова С. Ю., Котов С. В., 2014], в сравнении с клоназепамом терапия мелаксеном не оказывала негативное влияние на когнитивные функции и лучше переносилась. Более того, авторы отмечали сохраняющийся эффект лечения в течение нескольких недель или месяцев после отмены препарата. Однако не рекомендовано назначение препаратов мелатонина пациентам с деменцией, психотическими нарушениями. Также при назначении мелатонина необходимо исключить другие причины инсомний, такие как СБН, недостаточность коррекции ночной гипокинезии, депрессивные расстройства. Лечение данных состояний должно осуществляться сугубо патогенетически. Прием снотворных препаратов не должен быть в первой линии терапии, так как при БП характер нарушений сна носит хронический характер. Наиболее положительный результат у пациентов с БП продемонстрировал золпидем [Parkinson Study Group, 2002].

Немедикаментозные методы включают регулярные физические упражнения, которые способствуют улучшению сна и снижению выраженности симптомов. Особенно эффективными считаются занятия йогой. У пациентов, находящихся на диализе, применение велотренажера в процессе процедуры снижает выраженность симптомов СБН. При этом важно избегать интенсивных физических нагрузок во второй половине дня и вечером, поскольку они могут усиливать ночные проявления заболевания. Терапия инфракрасным светом с воздействием на акупунктурные точки показала положительный эффект у пациентов на диализе, однако метод пока не получил широкого клинического применения и требует дальнейших исследований. Кроме того, несмотря на отсутствие убедительных доказательств, рекомендуется соблюдение принципов гигиены сна как часть общего оздоровления.

Неинвазивная стимуляция мозга с использованием транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС) и транскраниальной стимуляции постоянным током (tDCS) рассматриваются как возможные методы коррекции патологических состояний при БП.

Следует отметить, что протоколы используемых ТКМС были разнообразными и гетерогенными. Из них в большинстве исследований (93%) использовались протоколы ТКМС с высокочастотной (>1 Гц) стимуляцией [Deng S. et al., 2022]. Более того, в 56% исследований использовались протоколы односторонней стимуляции ТМС, а в 43% — многосторонней стимуляцией ТКМС. Наиболее распространенными местами стимуляции ТКМС явились первичная моторная кора, пре-

фронтальная кора. Только в 25% исследований использовались протоколы ТМС с количеством импульсов менее 1000 за сеанс, тогда как в 75% исследований количество импульсов за сеанс было равно или превышало 1000. Мета-анализ, проведенный по изучению tDCS как самостоятельного метода, показал улучшение, по общей оценке, когнитивных функций у пациентов с болезнью Альцгеймера, а также по некоторым исполнительным функциям (принятие решений, концентрация внимания, переключение с задачи на задачу) у пациентов с БП. Применение tDCS при УКР при БП считается перспективным, что подтверждено предварительными исследованиями, а также при одновременном проведении с когнитивными или физическими тренировками. Данная методика (анодная tDCS левой дорсолатеральной префронтальной коры) эффективна при БП, как в двигательном, так и в когнитивном аспектах. К сожалению, из-за ограниченного числа исследований гетерогенных протоколов стимуляции не удалось выделить оптимальные параметры стимуляции для улучшения когнитивных функций. Принимая во внимание, что даже незначительные когнитивные улучшения могут облегчить повседневное функционирование у данной категории больных, необходимы более масштабные клинические исследования при когнитивных нарушениях при БП с общими нейропсихологическими измерениями, долгосрочным наблюдением и стандартизированными протоколами воздействий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для оптимальной тактики ведения пациентов с БП необходимо проводить оценку характера и степени тяжести депрессии, тревоги, нарушений сна на всех стадиях заболевания. Требуется пересмотр и коррекция противопаркинсонической терапии в индивидуальном порядке, с учетом степени выраженности тревожно-депрессивной симптоматики. Дофаминергическая терапия оказывает умеренный положительный эффект в отношении депрессии и тревоги и зачастую достаточно эффективна без дополнительного назначения антидепрессантов. В случае отсутствия клинически значимого улучшения через 4 недели после коррекции дофаминергической терапии рекомендуется назначение антидепрессанта из групп СИОЗС. Наилучшие результаты по данным плацебо-контролируемых исследований показали: циталопрам, эсциталопрам, сертралин и флуоксетин. При недостаточном эффекте препарата через 6 недель терапии он может быть заменен на ТЦА: имипрамин, нортриптилин (не зарегистрирован в РФ), дезипрамин. При недостаточном эффекте ТЦА целесообразна комбинированная терапия из двух антидепрессантов — из группы ТЦА и СИОЗСН (или СИОЗС). После того, как будет установлено, что у пациента есть клинически значимые симптомы депрессии и тревоги, важно дать ему знать, что депрессия является аспектом БП, требующим лечения, как и двигательные проявления заболевания. Следует представить идею добавления антидепрессантов и возможность психотерапии. Комплексная стратегия лечения включает психологическую адаптацию, профилактику и коррекцию социальной изоляции, в развернутых стадиях — когнитивную активацию.

Литература

1. Tolosa E., Garrido A., Scholz S. W. et al. Challenges in the diagnosis of Parkinson's disease // *The Lancet Neurology*. 2021; 20(5): 385–397. doi: 10.1016/s1474-4422(21)00030-2.
2. Тавадян З. Д., Бакуниц Г. О. Немоторные проявления болезни Паркинсона // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2014; 114 (5): 81–85.
3. Aarsland D., Creese B., Politis M. et al. Cognitive decline in Parkinson disease // *Nature Reviews Neurology*. 2017; 13 (4): 217–231. doi:10.1038/nrneurol.2017.27.
4. O'Callaghan C., Lewis S. J. G. Cognition in Parkinson's Disease // *Int. Rev. Neurobiol*. 2017; 133: 557–583. doi:10.1016/bs.irn.2017.05.002.
5. Нодель М. Р., Ковров Г. В., Шевцова К. В. и др. Клинико-электрофизиологические характеристики дневной сонливости при болезни Паркинсона / под ред. С. Н. Иллариошкина, О. С. Левина // *Болезнь Паркинсона и расстройства движений: Руководство для врачей по материалам IV Национального конгресса по болезни Паркинсона и расстройствам движений (с международным участием)*. М., 2017: 136–139.
6. Литвиненко И. В., Красаков И. В., Тихомирова О. В. Расстройства сна при неосложненной деменцией болезни Паркинсона: результаты контролируемого сравнительного исследования применения мелатонина и клоназепама // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2012; 12: 26–30.
7. Parkinson Study Group. Dopamine transporter brain imaging to assess the effects of pramipexole vs levodopa on Parkinson disease progression // *JAMA*. 2002; 287 (13): 1653–1661. PMID:11926889.
8. Вереюткина И. А., Иллариошкин С. Н., Журавлева Е. Ю., Шихкеримов Р. К. Нейропсихологические расстройства на ранней стадии болезни Паркинсона // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012; 6 (20): 11–15. doi: 10.17816/psaic276.
9. Bordet R., Devos D., Brique S. et al. Study of circadian melatonin secretion pattern at different stages of Parkinson's disease // *Clin. Neuropharmacol*. 2003; 26 (2): 65–72. doi: 10.1097/00002826-200303000-00005.
10. Saper C. B., Lu J., Chou T. C. et al. The hypothalamic integrator for circadian rhythms // *Trend Neurosci*. 2005; 28: 152–157. doi:10.1016/j.tins.2004.12.009.
11. Srinivasan V., Cardinali D. P., Srinivasan U. S. et al. Therapeutic potential of melatonin and its analogs in Parkinson's disease: focus on sleep and neuroprotection // *Ther. Adv. Neurol. Dis*. 2011; 4 (5): 297–317. doi:10.1177/1756285611406166.
12. Braak H., Del Tredici K., Rub U. et al. Staging of brain pathology related to sporadic Parkinson's disease // *Neurobiol. Aging*. 2003 Mar-Apr; 24 (2): 197–211. doi: 10.1016/s0197-4580(02)00065-9.
13. Левин О. С. Психические расстройства при болезни Паркинсона и их коррекция // *Экстрапирамидные расстройства: руководство по диагностике и лечению / под ред. В. Н. Штока, И. А. Ивановой-Смоленской, О. С. Левина*. М.: МЕДпресс-информ, 2002: 125–151.
14. Dooneief G., Mirabello E., Bell K. et al. An estimate of the incidence of depression in idiopathic Parkinson's disease // *Archives of Neurology*. 1992; 49 (3): 305–307.
15. Lemke M. R. Depressive symptoms in Parkinson's disease // *European Journal of Neurology*. 2008; 15: 21–25. doi:10.1111/j.1468-1331.2008.02058.x.
16. Malhi G. S., Berk M. Does dopamine dysfunction drive depression? // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2007; 433: 116–124. doi: 10.1111/j.1600-0447.2007.00969.x.
17. Chaudhuri K. R., Pal S., Bridgman K., Trenkwalder C. Achieving 24-hour control of Parkinson's disease symptoms; use of objective measures to improve nocturnal disability // *Eur. Neurol*. 2001; 46: Suppl. 1: 3–10. doi:10.1159/000058047.

18. *Mujahid B. I. M., Holla V. V., Kamble N. et al.* Non-motor fluctuations in Parkinson's disease: frequency and clinical correlate // *J. Neural. Transm.* 2025. doi: 10.1007/s00702-025-02908-0.
19. *Кулуа Т. К., Федорова Н. В.* Ночные симптомы болезни Паркинсона и подходы к их коррекции // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2013; 113 (12): 62–66.
20. *Левин О. С., Смоленцева И. Г., Иванов А. К.* Недвигательные флюктуации при болезни Паркинсона // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2010; 110 (3): 90–96.
21. *Trenkwalder C., Kohnen R., Högl B. et al.* Parkinson's disease sleep scale — validation of the revised version PDSS-2 // *Mov. Disord.* 2011 Mar; 26 (4): 644–652. doi: 10.1002/mds.23476.
22. *Devos D., Dujardin K., Poirot I. et al.* Comparison of desipramine and citalopram treatments for depression in Parkinson's disease: a double-blind, randomized, placebo-controlled study // *Mov. Disord.* 2008; 23: 850–857. doi: 10.1002/mds.21966.
23. *Antonini A., Tesei S., Zecchinelli A. et al.* Randomized study of sertraline and low-dose amitriptyline in patients with Parkinson's disease and depression: effect on quality of life // *Mov. Disord.* 2006 Aug; 21 (8): 1119–1122. doi:10.1002/mds.20895.
24. *Dobrea C. M., Frum A., Butuca A. et al.* Drug-drug interactions of selective serotonin reuptake inhibitors: a pharmacovigilance study on real-world evidence from the EudraVigilance database // *Pharmaceuticals.* 2024; 17 (10): 1278. doi: 10.3390/ph17101278.
25. *Emre M., Aarsland D., Albanese A. et al.* Rivastigmine for dementia associated with Parkinson's disease // *N. Engl. J. Med.* 2004; 351: 2509–2518. doi: 10.1056/NEJMoa041470.
26. *Barone P., Poewe W., Albrecht S. et al.* Pramipexole for the treatment of depressive symptoms in patients with Parkinson's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial // *Lancet Neurol.* 2010; 9: 573–580. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70106-X.
27. *Никитина А. В., Федорова Н. В.* Дофаминовый дизрегуляционный синдром при болезни Паркинсона // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2013. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dofaminovyy-dizregulyatsionnyy-sindrom-pri-bolezni-parkinsona> (дата обращения: 19.02.2023).
28. *Chaudhuri K. R., Martinez-Martin P., Rolfe K. A. et al.* Improvements in nocturnal symptoms with ropinirole prolonged release in patients with advanced Parkinson's disease // *Eur. J. Neurol.* 2012 Jan; 19 (1): 105–113. doi: 10.1111/j.1468-1331.2011.03442.x
29. *Turrini A., Raggi A., Calandra-Buonaura G. et al.* Not only limbs in atypical restless legs syndrome // *Sleep Med. Rev.* 2018; 38: 50–55. doi:10.1016/j.smrv.2017.03.007.
30. *Trenkwalder C., Stefani A., Bachmann C. G. et al.* Restless legs syndrome: abbreviated guidelines by the German sleep society and the German neurological society // *Neurol. Res Pract.* 2024; 6: 53. doi:10.1186/s42466-024-00254-9.
31. *McGrane I. R., Leung J. G., St. Louis E. K. et al.* Melatonin therapy for REM sleep behavior disorder: a critical review of evidence // *Sleep Med.* 2015 Jan; 16 (1): 19–26. doi: 10.1016/j.sleep.2014.09.011.
32. *Маляренко Т. Н., Быков А. Т., Заика В. Г., Маляренко Ю. Е.* Медицина сна. Немедикаментозное лечение инсомний // *Медицинский вестник Юга России.* 2011; (1): 23–32.
33. *Богданов Б. Р., Борисова С. Ю., Котов С. В.* Нарушения аффективной сферы у пациентов с начальными проявлениями болезни Паркинсона // *Нервные болезни.* 2014; 2: 12–14.
34. *Deng S. et al.* Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on gait disorders and cognitive dysfunction in Parkinson's disease: A systematic review with meta-analysis // *Brain and Behavior.* 2022; 2 (8): e2697. doi:10.1002/brb3.2697.

Список сокращений

АДР — агонисты дофаминовых рецепторов
АХЭ — ингибиторы ацетилхолинэстеразы
БП — болезнь Паркинсона
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
ГТР — генерализованное тревожное расстройство
ИОЗСиН — ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
КЖ — качество жизни
МАО — неселективные ингибиторы моноаминоксидазы
МРТ — магнитно-резонансная томография
ПД — постуральные деформации
ПДК — периодические движения конечностями
СБН — синдром беспокойных ног
СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
СК — спастическая кривошея
СНП-СБДГ — синдром нарушения поведения во сне с быстрыми движениями глаз
ТКМС — транскраниальная магнитная стимуляция
ТЦА — трициклические антидепрессанты
ЦД — цервикальная дистония
GST — общий индекс тяжести симптомов
MDS-UPDRS — Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale
MMSE — краткая шкала оценки психического статуса
PDSS2 — Parkinson's disease sleepscale
PST — общее число утвердительных ответов
PTSD — индекс наличного симптоматического дистресса
STAI — State-Trait Anxiety Inventory
tDCS — транскраниальная стимуляция постоянным током
UPDRS — Unified Parkinson's Disease Rating Scale

Оцените, пожалуйста, выраженность у себя перечисленных ниже симптомов за последнюю неделю (7 дней). Поставьте крестик в клетке с подходящим ответом.

	Очень часто (это означает 6–7 дней в неделю)	Часто (это означает 4–5 дней в неделю)	Иногда (это означает 2–3 дня в неделю)	Редко (это означает 1 день в неделю)	Никогда
1) В целом, хорошо ли Вы спали в течение последней недели?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
2) Испытывали ли Вы трудности при засыпании каждой ночью?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
3) Испытывали ли Вы трудности в поддержании сна?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
4) Испытывали ли Вы беспокойство в руках или ногах в течение ночи, что приводило к нарушению сна?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
5) Нарушался ли Ваш сон вследствие потребности подвигать ногами или руками?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
6) Видели ли Вы ночью тревожные сны?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
7) Беспокоили ли Вас галлюцинации (в том числе нарушающие адаптацию к повседневной жизни): например, Вы видели или слышали то, чего нет на самом деле?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
8) Просыпались ли Вы из-за позывов на мочеиспускание?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
9) Испытывали ли Вы чувство неловкости из-за того, что не могли перевернуться в кровати или подвинуться из-за скованности?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
10) Испытывали ли Вы боль в руках или ногах, которая заставляла Вас просыпаться посреди ночи?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
11) Испытывали ли Вы мышечные спазмы в руках или ногах, которые заставляли Вас просыпаться в течение ночи?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
12) Просыпались ли Вы рано утром из-за непроизвольно формирующихся болезненных положений рук и ног?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
13) Наблюдался ли у Вас тремор при пробуждении?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
14) Чувствовали ли Вы усталость и сонливость после пробуждения утром?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0
15) Просыпались ли Вы посреди ночи из-за нарушений дыхания или храпа?	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1	☐ 0

Модифицированная шкала оценки сна при БП (PDSS-2)
(из Trenkwalder C. et al. Parkinson's disease sleep scale — validation of the revised version PDSS-2 // Mov. Disord. 2011. V. 26. N 4. P. 644–652)

**Корреляционные связи нарушений сна с симптомами тревоги, депрессии
и эмоционального неблагополучия**

	Положительные связи	Отрицательные связи
Сонливость по Эшворту	Фобическая тревожность ($r = 0,404$; $p = 0,045$); GSI ($r = 0,409$; $p = 0,042$); PST ($r = 0,403$; $p = 0,046$)	—
Общий балл PDDS2	Общий балл шкалы Бека ($r = 0,609$; $p = 0,001$); когнитивно-эмоциональная шкала Бека ($r = 0,577$; $p = 0,003$), соматическая шкала Бека ($r = 0,599$; $p = 0,002$); ситуативная тревожность ($r = 0,575$; $p = 0,003$), личностная тревожность ($r = 0,596$; $p = 0,002$); соматизация ($r = 0,493$; $p = 0,012$), обсессивно-компульсивные расстройства ($r = 0,706$; $p < 0,001$), межличностная сенситивность ($r = 0,619$; $p = 0,001$), депрессия ($r = 0,612$; $p = 0,001$), тревожность ($r = 0,477$; $p = 0,025$), враждебность ($r = 0,581$; $p = 0,002$), фобическая тревожность ($r = 0,465$; $p = 0,019$), психотизм ($r = 0,436$; $p = 0,029$), GSI ($r = 0,626$; $p = 0,001$), PDSI ($r = 0,652$; $p < 0,001$), PST ($r = 0,535$; $p = 0,006$).	—
Двигательные проблемы ночью	Общий балл шкалы Бека ($r = 0,473$; $p = 0,017$), когнитивно-эмоциональная шкала Бека ($r = 0,512$; $p = 0,009$), соматическая шкала Бека ($r = 0,4$; $p = 0,047$); ситуативная тревожность ($r = 0,479$; $p = 0,015$), личностная тревожность ($r = 0,456$; $p = 0,022$); обсессивно-компульсивные расстройства ($r = 0,503$; $p = 0,01$)	—
Симптомы БП ночью	Общий балл шкалы Бека ($r = 0,468$; $p = 0,018$), когнитивно-эмоциональная шкала Бека ($r = 0,422$; $p = 0,035$), соматическая шкала Бека ($r = 0,451$; $p = 0,024$); ситуативная тревожность ($r = 0,496$; $p = 0,012$), личностная тревожность ($r = 0,411$; $p = 0,041$); обсессивно-компульсивные расстройства ($r = 0,579$; $p = 0,002$), межличностная сенситивность ($r = 0,457$; $p = 0,036$), депрессия ($r = 0,421$; $p = 0,036$), тревога ($r = 0,539$; $p = 0,005$), фобическая тревожность ($r = 0,4488$; $p = 0,025$), GSI ($r = 0,521$; $p = 0,008$), PSDI ($r = 0,614$; $p = 0,001$)	—
Нарушенный сон	Общий балл шкалы Бека ($r = 0,441$; $p = 0,027$), соматическая шкала Бека ($r = 0,546$; $p = 0,005$); ситуативная тревожность ($r = 0,455$; $p = 0,022$), личностная тревожность ($r = 0,545$; $p = 0,003$); соматизация ($r = 0,563$; $p = 0,003$), обсессивно-компульсивные расстройства ($r = 0,605$; $p = 0,001$), межличностная сенситивность ($r = 0,659$; $p < 0,001$), депрессия ($r = 0,452$; $p = 0,023$), тревога ($r = 0,539$; $p = 0,005$), фобическая тревожность ($r = 0,61$; $p = 0,001$), паранояльность, психотизм ($r = 0,433$; $p = 0,03$), GSI ($r = 0,64$; $p = 0,001$), PSDI ($r = 0,611$; $p = 0,001$), PST ($r = 0,533$; $p = 0,001$)	—

Диагностика лекарственно-индуцированной сиалореи, оценка ее выраженности и методы коррекции

Д. В. Захаров, Д. Д. Кокарева, В. А. Михайлов, Ю. В. Коцюбинская,
С. А. Трофимова, В. А. Богачева

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность психических расстройств представляет собой одну из наиболее значимых проблем здравоохранения в настоящее время. Согласно сообщениям Всемирной организации здравоохранения, за последние десятилетия наблюдается устойчивый рост встречаемости данных состояний во всем мире, примерно каждый восьмой человек страдает психическим расстройством [1], что, несомненно, оказывает существенное влияние на общественное здоровье и мировую экономику.

Параллельно с ростом числа диагнозов наблюдается заметное увеличение назначений нейролептических препаратов [2]. Изначально предназначенные для купирования психотических расстройств (например, шизофрении), такие лекарственные средства все чаще используются для лечения непсихотических состояний, таких как: депрессия, тревожные состояния, расстройства сна, а также поведенческие симптомы различных неврологических заболеваний [3].

Такое расширение показаний вызывает опасения в медицинском сообществе. Так, исследование, проведенное в США в 2015 году [4], продемонстрировало, что количество взрослых, принимающих антипсихотические препараты, увеличилось почти вдвое за последнее десятилетие [5].

Широкое применение нейролептиков, включая практику полипрагмазии, ассоциировано с повышенным риском возникновения неблагоприятных (побочных) эффектов. Каждый антипсихотический препарат имеет свой, уникальный профиль побочных явлений, которые могут варьироваться от относительно незначительных проблем с переносимостью до очень неприятных (например, запор, акатизия, сексуальная дисфункция), иногда болезненных (например, острая дистония), угрожающих жизни (таких как фатальные аритмии [6] и аспирационная пневмония [7]) и заканчивая развитием социально неприглядных симптомов, в том числе сиалореи [8].

Лекарственно индуцированная сиалорея является распространенным побочным эффектом, который часто упускается из виду, но имеет серьезные последствия как для физического, так и психосоциального благополучия пациентов. Несмотря на ее распространенность, осведомленность об этом состоянии, методах диагностики, а также о современных терапевтических стратегиях среди пациентов и многих медицинских работников остается низкой.

Несвоевременное лечение сиалореи впоследствии нередко становится причиной несоблюдения режима лечения, снижения комплаентности [9] и даже полного

отказа от приема постоянной терапии, таким образом косвенно приводя к ухудшению психического состояния и неспособности достижения ремиссии.

Этиопатогенез лекарственно индуцированной сиалореи

Нормальный процесс слюноотделения представляет собой сложный физиологический механизм, обеспечивающий поддержание гомеостаза в полости рта, участие в первичной фазе пищеварения, способствует правильной артикуляции и поддержанию коммуникативной функции человека. Слюна продуцируется тремя парами крупных слюнных желез, а именно околоушными, поднижнечелюстными и подъязычными и множеством малых, локализованных в слизистой оболочке полости рта. В состоянии покоя (нестимулированном) основную часть общей секреции обеспечивает поднижнечелюстная железа, тогда как при стимуляции главенствующую роль берет на себя околоушная [10].

Секреторная активность слюнных желез обеспечивается скоординированной работой автономной нервной системы. Где, парасимпатическая стимуляция через мускариновые рецепторы вызывает продукцию большого объема водянистой по характеристикам слюны, тогда как симпатическая активность, усиливая стимуляцию альфа и бета-рецепторов, вызывает секрецию более вязкого секрета, богатого белками [11].

Считается, что нормальная суточная выработка слюны в среднем составляет от 0,5 до 1,5 л. Общая скорость оттока нестимулированной слюны находится в диапазоне 0,3–0,4 мл/мин. Этот показатель снижается до 0,1 мл/мин во время сна и увеличивается примерно до 4,0–5,0 мл/мин во время еды, жевания и других стимулирующих действий. Когда поток слюны превышает показатели 0,7 мл/мин, такое состояние принято считать гиперсаливацией [12].

Под термином сиалорея понимают избыточное выделение слюны и ее последующее непроизвольное истечение за пределы полости рта. Причем избыток слюны в ротовой полости может быть обусловлен как ее чрезмерной продукцией — гиперсаливацией, так и нарушением глотания [13].

Именно дискоординации работы мышц рта, глотки и пищевода, а также наличие брадикинезии в рамках экстрапирамидного синдрома зачастую приводит к неэффективному глотанию и скоплению слюны в полости рта.

Анализ современной литературы выявляет значительный дефицит данных и систематизированных обзоров, касающихся влияния фармакотерапии нейropsychиатрических расстройств на секрецию слюны. Существующие источники не предоставляют исчерпывающего перечня ассоциированных препаратов, а также не дают всестороннего объяснения этиопатогенетических механизмов, лежащих в основе медикаментозно индуцированной сиалореи [14].

Однако сиалорея традиционно считается неблагоприятным побочным эффектом как типичных, так и атипичных нейролептических препаратов.

Несмотря на то, что типичные нейролептики (первого поколения) являются более сильными индукторами экстрапирамидных двигательных расстройств,

данные литературных исследований указывают на более выраженную связь с сиалореей именно у атипичных антипсихотиков, таких как клозапин, рисперидон и кветиапин и др. [15, 16].

Внимание исследователей и клиницистов все чаще приковано к побочным эффектам клозапина — ключевого атипичного антипсихотика, широко используемого для терапии резистентной шизофрении. Кроме того, имеются убедительные данные о его высокой эффективности в купировании тревожных состояний, трудно поддающихся терапии галлюцинаций у пациентов с болезнью Паркинсона и поздних дискинезий [17].

Патогенетический механизм сиалореи при приеме клозапина сложен и многообразен. Несмотря на выраженный антихолинергический потенциал клозапина, наблюдается парадоксальное повышение слюноотделения, что связывают с избирательной стимуляцией мускариновых рецепторов подтипа М4 [18]. Дополнительными факторами являются седативное действие клозапина, особенно в ночное время, которое может снижать частоту спонтанных глотательных движений, и блокада α -адренергических рецепторов, что в свою очередь затрудняет эффективное удаление слюны из ротовой полости и способствует ее накоплению и истечению [19].

Несмотря на то, что сиалорея чаще ассоциируется с применением клозапина, она также может возникать при приеме других, с более благоприятным профилем побочных эффектов, атипичных антипсихотиков, включая рисперидон.

Патогенез рисперидон-индуцированной сиалореи менее изучен, но предполагается, что он обусловлен преимущественно антагонизмом к дофаминовым D2-рецепторам, приводящим к холинергической дисрегуляции [20], а также потенциальным вкладом блокады $\alpha 2$ -адренорецепторов [21], поскольку, в отличие от клозапина, он не имеет значимого сродства к М4-рецепторам [22]. Эти различия в механизмах объясняют, почему сиалорея при применении рисперидона встречается реже и часто менее выражена, чем при клозапине.

Помимо нейролептических средств, индукторами сиалореи могут выступать некоторые антидепрессанты [23], препараты лития [24], а также ингибиторы ацетилхолинэстеразы [25]. К числу таких препаратов относятся донепезил и ривастигмин, широко применяемые для симптоматической терапии деменции альцгеймеровского типа. Тем не менее упоминание о сиалорее, вызванной приемом этих классов препаратов, встречается лишь в единичных публикациях, патогенетические механизмы, лежащие в основе симптома, являются предметом дискуссий и клинические проявления редко расцениваются как значимая проблема, требующая специальных терапевтических вмешательств.

Вышеизложенные данные свидетельствуют о том, что сиалорея, как побочный эффект нейролептической терапии, характеризуется сложной патофизиологией, в которой ключевую роль играет сочетание избыточной продукции слюны и нарушения механизмов ее эвакуации из полости рта.

Клинические особенности сиалореи и ее возможные осложнения

В настоящее время отсутствуют данные об истинной распространенности сиалореи, вызванной применением медикаментов. Несмотря на это, в некоторых исследованиях сообщается о 30% частоте встречаемости клозапин-индуцированной сиалореи [26], а более полный анализ литературы демонстрирует, что этот показатель может варьироваться от 10 до 92% [27]. Такая вариабельность подтверждает недостаточную осведомленность клиницистов о симптоме, а также отсутствие унифицированных методов диагностики.

Сиалорея считается одним из значимых побочных эффектов, возникающих преимущественно при приеме препарата в стандартных дозировках и на ранних этапах лечения клозапином [28]. Избыточное выделение слюны приводит к ее скоплению в полости рта и последующему неконтролируемому вытеканию как в дневное, так и в ночное время. Однако пробуждение пациентов с влажной подушкой является отличительной особенностью клозапин-индуцированной сиалореи [26, 29]. Ночное слюнотечение сопряжено с нарушением сна, проявляющимся в частых пробуждениях для прочищения ротоглотки и как следствие появлением дневной сонливости и чрезмерной утомляемости.

В тяжелых случаях скопление слюны может приводить к внезапному ощущению удушья, хроническому кашлю, изменению тембра голоса, появлению охриплости и аспирации слюны, что существенно повышает риск развития аспирационной пневмонии [30].

Длительное воздействие слюны на кожный покров способно приводить к развитию хронического воспаления и присоединению вторичных инфекций, а также неприятного запаха. Все это способствует социальной изоляции пациентов, снижению самооценки и развитию стигматизации. Повреждение электронных устройств из-за повышенной влажности, а также необходимость регулярного использования индивидуальных средств гигиены значительно ухудшают качество жизни и могут привести к прекращению терапии.

Так, в одном из исследований было показано, что около 27% больных, не получавших симптоматическое лечение, отказывались от продолжения терапии клозапином в первые четыре недели после ее начала [31]. Такая высокая частота прекращений терапии свидетельствует о значительной клинической проблеме, требующей особого внимания и разработки эффективных, своевременных методов диагностики, а также стратегий коррекции нежелательных реакций.

Методы диагностики сиалореи

Точная и своевременная диагностика имеет решающее значение для определения причины и выбора эффективной тактики лечения. В настоящее время не существует единого «золотого стандарта» для диагностики сиалореи, поэтому рекомендовано применение комплексного подхода, включающего как объективные,

так и субъективные методы оценки, что позволяет не только определить тяжесть состояния, но и выявить его причины для выбора адекватной терапии.

Первоочередным методом диагностики является клинический осмотр с учетом анамнеза, направленный на выявление факторов, способствующих избыточному слюнотечению или нарушению эвакуации слюны.

При сборе анамнеза врачу необходимо выяснить следующее.

- Время начала и продолжительность симптома: возникла ли сialорея внезапно или развивалась постепенно? В какое время суток больше выражена?
- Связь с приемом лекарств: какие препараты принимает пациент? Существует ли связь возникновения симптома с началом терапии каким-либо конкретным препаратом? А также влияет ли изменение дозировки лекарственных средств на выраженность симптома?
- Наличие сопутствующих заболеваний: сialорея часто сопровождается неврологические расстройства, такие как болезнь Паркинсона, амиотрофический боковой склероз, инсульт или церебральный паралич.
- Симптомы, указывающие на трудности глотания (дисфагию): ощущение «кома в горле», поперхивание, кашель во время еды или питья могут указывать на то, что сialорея является следствием нарушения глотательного рефлекса, а не избыточного образования слюны.

При физикальном осмотре необходимо произвести оценку неврологического статуса и глотания, так как наличие неврологических симптомов, таких как тремор, ригидность, брадикинезия, может указывать на наличие экстрапирамидного синдрома, который вносит вклад в развитие сialореи и нарушение механизмов эвакуации слюны. Оценка состояния зубов, десен и слюнных желез позволяет исключить локальные причины, такие как воспаление или обструкция слюнных протоков.

Если клиническая оценка не дает достаточной информации, могут быть использованы инструментальные методы для количественной оценки слюноотделения. Количественные методы диагностики сialореи представляют собой важную часть комплексного подхода к оценке данного симптома, позволяя объективно измерить объем и интенсивность слюнотечения. Эти методы обеспечивают точные данные, необходимые для постановки диагноза, мониторинга динамики заболевания и оценки эффективности проводимого лечения.

Основным количественным методом является сбор слюны с последующим ее взвешиванием или измерением объема [32]. Для этого применяются стандартные процедуры с использованием марлевых салфеток, фильтровальной бумаги или специальных абсорбирующих материалов, которые размещаются возле рта пациента на определенное время, обычно 5–10 минут [33]. После чего материалы взвешиваются на точных аналитических весах, а разница массы до и после сбора слюны используется для определения общего количества выделенной жидкости. Этот метод позволяет получить объективную величину продукции слюны в миллилитрах и сравнить ее с нормативными значениями для разных возрастных групп и клинических ситуаций.

Другим методом является применение аспирационных устройств, которые дают возможность непосредственно откачивать и измерять слюну из конкретных слюнных желез. Этот способ используется в основном при подозрении на локальные нарушения работы конкретной слюнной железы и помогает выявить очаговые состояния, сопровождающиеся усилением или снижением секреции [34, 35].

Кроме того, количественные методы могут дополняться использованием видеофиксации и регистрации частоты актуальных эпизодов слюноотечения в течение суток, что особенно важно для оценки выраженности симптома в повседневной жизни пациента.

В отношении сialореи, вызванной приемом клозапина, предлагаются такие объективные методы, как измерение диаметра слюны на подушке [36].

Таким образом, количественные методы диагностики сialореи обеспечивают объективные данные о количестве и характере слюноотделения, что является необходимым для всесторонней оценки состояния пациента и проведения адекватной терапии. Однако они не затрагивают аспекты влияния сialореи на психоэмоциональное состояние пациентов. Рутинное применение количественных методов диагностики может быть затруднительным в клинической практике, тем самым оставляя эти методы лишь для научных целей.

Обязательным элементом диагностики является качественная оценка частоты и выраженности симптома с помощью субъективных инструментов: опросников, анкет и шкал. Эти инструменты позволяют получить информацию, которая не может быть измерена с помощью лабораторных тестов, например, о влиянии сialореи на социальную активность или качество жизни. Так, выделяют следующие инструменты: шкала тяжести и частоты слюноотечения (DSFS) [37], клиническая шкала сialореи для болезни Паркинсона (SCS-PD) и шкала оценки слюноотечения (DRS) [38], шкала воздействия слюноотечения (DIS) [39], шкала оценки сialореи (SSS) и модифицированный опросник оральной моторики Радбуда при болезни Паркинсона (mROMP) [40, 41], шкала оценки ночной гиперсаливации (NHRS) [42] и другие. Использование шкал для оценки сialореи сопряжено с рядом ограничений. Эти инструменты имеют разнородные характеристики, не все из них валидированы для русскоязычной аудитории. Кроме того, они оценивают различные аспекты сialореи и не всегда оценивают особенности определенных нозологий и коррелируют с объективными показателями слюноотделения.

Таким образом, диагностика сialореи — это многоэтапный процесс, требующий внимательного сбора анамнеза, тщательного физического осмотра и, в некоторых случаях, использования специализированных инструментальных методов. Точная постановка диагноза позволяет определить основную причину сialореи и выбрать наиболее подходящую стратегию лечения, что значительно улучшает качество жизни пациентов.

Терапевтические стратегии лекарственно-индуцированной сиалореи

В настоящее время отсутствуют утвержденные клинические рекомендации или руководства по лечению сиалореи, особенно вызванной лекарственными средствами. Для терапии этого симптома используются различные терапевтические подходы, ориентированные на уменьшение слюноотделения. Следует отметить, что некоторые из этих методов демонстрируют недостаточную терапевтическую эффективность, в то время как применение иных может быть связано с риском более серьезных осложнений.

На текущий момент стратегия терапии лекарственно-индуцированной сиалореи предполагает первоочередное рассмотрение нефармакологических методов, прежде чем прибегать к применению медикаментозных средств. Тем не менее эффективность данных методов ограничена, а количество исследований, подтверждающих их действенность, невелико.

Сиалорея, вызванная лекарственными средствами, иногда может самостоятельно купироваться в течение первых месяцев лечения [43], и, следовательно, перед началом активных действий, направленных на устранение симптома, обычно рекомендуется придерживаться выжидательной тактики. При дальнейшем сохранении симптома снижение дозы, например клозапина, способно несколько уменьшить проявление гиперсаливации. Однако в многочисленных исследованиях не было установлено связи между гиперсаливацией и дозой или уровнем клозапина и других нейролептиков в плазме крови [44, 45]. Таким образом, изменение дозы, возможно, не является первоочередной стратегией, обеспечивающей значительный клинический эффект при лечении данного побочного эффекта [26].

Для предупреждения развития гиперсаливации рекомендуется постепенное повышение дозы клозапина в начале терапии, что помогает снизить риск возникновения не только этого, но и других побочных явлений [46]. Что касается рисперидона, многие терапевтические преимущества обусловлены его превращением в активный метаболит — палиперидон, который обладает более слабым сродством к α_2 -адренергическому антагонизму. Исходя из этого факта, пациенты, которые получают пользу от антипсихотического действия рисперидона, но на фоне приема которого развилась сиалорея, могут сохранить аналогичную эффективность лечения, перейдя на палиперидон для уменьшения симптома. Тем не менее существуют сообщения о сиалорее, вызванной палиперидоном, следовательно, данная стратегия не может быть рассмотрена в качестве первоочередной [47].

Так, для пациентов с легкими проявлениями сиалореи рекомендуется использование полотенца, размещаемого на подушке в ночное время, которое способствует впитыванию избыточной слюны. При этом у некоторых больных такая тактика может быть неэффективной ввиду того, что слюна выделяется в таком объеме, что даже при этой мере происходит ее затекание за пределы полотенца и подушки [48].

В качестве дополнительной меры предлагается использовать жевательную резинку без сахара или леденцы [49], которые учащают глотание и тем самым способствуют более эффективному процессу утилизации слюны. Следует отметить, что эффективность этого метода в ночные часы отсутствует, а проявления симптома наиболее выражены именно в это время.

Современные исследования подчеркивают, что хотя нефармакологические методы лечения могут оказывать определенное влияние на клиническую картину сиалореи, их применение оправдано преимущественно в комплексе с другими терапевтическими решениями, такими как медикаментозная терапия и инъекции ботулинического токсина.

Большинство фармакологических препаратов, применяемых для лечения сиалореи в последние десятилетия, не имеют официальных регистрационных показаний для данной патологии, что обуславливает их назначение исключительно по схеме off-label. Такая практика сопряжена с повышенным риском развития тяжелых нежелательных эффектов, включая потенциально летальные исходы. Клинические данные, направленные на обоснование выбора конкретного фармакологического агента для купирования лекарственно-индуцированной сиалореи, остаются фрагментарными и недостаточными, а также сосредоточены почти исключительно на вызванной клозапином сиалорее, поэтому возможность распространения полученных результатов на другие нейролептики остается открытым вопросом [50]. Все это ограничивает возможности стандартизации терапии и требует проведения дальнейших исследований в данной области.

Описание большинства предлагаемых фармакологических средств лечения лекарственно-индуцированной сиалореи, которые были изучены, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Препарат	Дозы	Комментарий
Амисульприд	100–400 мг/сут	Подтверждается положительным РКИ по сравнению с плацебо. Может позволить снизить дозу клозапина без снижения эффекта [51–53]
Амитриптилин	25–100 мг/сут	Ограниченные литературные данные. Увеличение риска побочных явлений [54–56]
Атропин	Глазные капли сублингвально или в виде раствора 1 мг/10 мл для полоскания рта	Ограниченные литературные данные, соотношение пользы и риска неясно. Сообщалось о проблемах с применением [57–61]
Тригексифенидил	5–15 мг/сут	Небольшое открытое исследование предполагает положительный эффект. Может ухудшать когнитивные функции [42, 62]
Клонидин	0,1–0,2 мг пластырь ежедневно или 0,1 мг перорально на ночь	$\alpha 2$ -частичный агонист. Ограниченные литературные данные. Может усугублять психоз, депрессию и вызывать гипотензию [63, 64]

Препарат	Дозы	Комментарий
Гликопирролат	0,5–4 мг 2 раза в сутки	Одно РКИ показало, что гликопирролат более эффективен, чем бипериден, без ухудшения когнитивных функций. В другом исследовании — клиническое улучшение «ночной сialореи» по сравнению с плацебо [65–67]
Гиосцин	0,3 мг в виде таблетки для рассасывания или жевания до 3 раз в день или 1,5 мг/72 часа пластырь	Может вызывать когнитивные нарушения, сонливость и усугублять констипацию [68]
Ипратропия бромид назальный спрей	0,03% или 0,06%	Ограниченные литературные данные [69]
Метоклопрамид	От 10 мг в день	Двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование показало значительное снижение ночной гиперсаливации и слюнотечения [70, 71]

Примечание: РКИ — рандомизированное контролируемое исследование.

Пероральное лечение сialореи преимущественно базируется на применении антихолинергических препаратов, среди которых наибольшее распространение получили гликопирролат, бензтропин (отсутствует в реестре лекарственных средств Российской Федерации), скополамин и атропин.

В настоящее время известно о широком применении сублингвально глазных капель с атропином, что сопровождается снижением выраженности сialореи. Преимущество данного применения, по сравнению с другими формами, обусловлено локальным антихолинергическим эффектом препарата, обеспечивающим уменьшение слюноотделения при минимальном системном воздействии.

Однако важной практической проблемой при применении сублингвального атропина является риск преднамеренного или случайного приема дополнительных капель, что может привести к потенциально серьезным побочным эффектам. Пациенты могут не полностью понимать или соблюдать инструкции при самостоятельном введении препарата в домашних условиях. Введение большей, чем предполагалось, дозы увеличивает риск системных побочных эффектов, поскольку лекарство хорошо всасывается слизистой оболочкой и легко проникает через гематоэнцефалический барьер. Кроме того, флаконы с препаратом могут несколько отличаться по размеру выделяемых капель, что способно привести к вариативности дозирования. Эти опасения подчеркивают необходимость адекватного мониторинга, который может быть невозможен в амбулаторных условиях [72].

Кроме того, эффективность данного метода лечения при сialорее, вызванной другими нейролептическими препаратами, остается не выясненной. Из-за вероятных различий в патофизиологии сialореи, вызванной клозапином, и сialореи, например, спровоцированной рисперидоном, селективные и неселективные антихолинергические препараты с меньшей вероятностью будут ее облегчать [22].

В настоящее время наиболее перспективным и единственным зарегистрированным методом лечения сиалореи являются инъекции ботулинического токсина типа А.

Механизм действия ботулинического токсина основан на блокаде высвобождения ацетилхолина в нейрогенном синапсе, что приводит к снижению активности парасимпатической иннервации слюнных желез и, как следствие, уменьшению секреции слюны. При внутривенной инъекции ботулотоксина в большие слюнные железы возникает блокада нейрогенного (парасимпатического) контроля секреции слюны, успешное применение этого метода описано еще с конца XX века Bushara [73], Bhatia [74] и Jost [75].

Ранее исследуемые популяции состояли из пациентов с синдромами Паркинсона, боковым амиотрофическим склерозом, детскими церебральными повреждениями, опухолями головы и шеи/оториноларингологическими опухолями, трахеальными канюлями и искусственным дыханием, дисфагией различной этиологии [76–81].

Доказательства эффективности были получены почти во всех исследованиях путем количественного измерения выработки слюны, при этом в основном определялся точный вес стандартных ватных дисков, используемых в стоматологии, которые впитывают вновь выделяемую слюну в течение установленного срока. Проводимый анализ субъективных ощущений и, как следствие, показателей качества жизни самих пациентов подтвердил высокую эффективность метода наряду с высокой безопасностью, что подтверждалось наблюдениями их родственников или опекунов [82–85].

Самым крупным на сегодняшний день исследованием является международное мультицентровое проспективное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование SIAXI [86], в котором изучалась эффективность и безопасность ботулинического токсина типа А (инкоботулотоксин А) у 184 пациентов с хронической сиалореей вследствие различной патологии.

В ходе исследования препарат в общей дозе 75 ЕД или 100 ЕД или плацебо в рамках одного цикла терапии вводился в форме 4 инъекций в околоушную и подчелюстную слюнные железы с обеих сторон. Через 4 недели по окончании исследования наблюдалось снижение средней интенсивности нестимулированного слюноотделения и улучшение по шкале общего впечатления со значимым различием между группой плацебо и группой лечения в дозе 100 ЕД. Устойчивый эффект наблюдался в течение 16 недель после инъекции. Профиль безопасности препарата не отличался от такового в группе плацебо, а наиболее частыми нежелательными явлениями являлись сухость во рту и дисфагия. По итогам проведенных исследований инкоботулотоксин А получил одобрение FDA, а в 2021 году был зарегистрирован с показанием «сиалорея у взрослых» на территории Российской Федерации. Рекомендуемая лечебная доза составляет 100 ЕД, по 30 ЕД в каждую из двух околоушных желез и по 20 ЕД в две поднижнечелюстные железы; возможное повторение может быть предпринято через 16 недель. В клинической практике инъекции ботулинического токсина обычно проводят под ультразвуко-

вым контролем в околоушные и подчелюстные железы, что повышает точность и безопасность процедуры [76].

Безопасность метода также обусловлена минимальным риском системных побочных эффектов, хорошей переносимостью и отсутствием необходимости хирургического вмешательства. Все это делает ботулинотерапию предпочтительным вариантом терапии как в амбулаторных условиях, так и в специализированных клиниках.

В то же время доказательная база, подтверждающая эффективность данного подхода при сиалорее, индуцированной лекарственными средствами, остается ограниченной и преимущественно представлена отчетами о случаях и небольшими открытыми исследованиями [76, 87–89].

Несмотря на положительные результаты, существуют вопросы, требующие дальнейшего изучения, такие как оптимальные дозировки, схема повторных инъекций и длительность терапевтического эффекта при лекарственно-индуцированной сиалорее.

Хирургические вмешательства рассматриваются как крайняя мера. Комплексный подход, включающий комбинацию фармакотерапии и реабилитации, может обеспечить наилучшие результаты и значительно улучшить качество жизни пациентов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на многочисленные исследования отечественных и зарубежных авторов, до сих пор не существует единой точки зрения на этиологию, патогенез, клинические проявления, а также течение этого состояния. Наличие хронической сиалореи способно приводить к функциональным и социальным нарушениям, снижать комплаентность и эффективность базового лечения сопутствующей патологии.

Лечение избыточного слюнотечения остается трудной задачей по настоящее время, а инъекции ботулинического токсина — инкоботулоксина А, одобренного в мире и Российской Федерации к лечению сиалореи на основании ряда проведенных качественных клинических исследований, — является эффективным и безопасным средством коррекции сиалореи у пациентов с различной патологией, в том числе лекарственно-индуцированной.

Всестороннее изучение сиалореи, а также увеличение осведомленности о данном симптоме среди медицинских работников и пациентов, совершенствование методов диагностики и терапии представляют собой важное направление клинической медицины, обусловленное ее значительным влиянием на качество и прогноз жизни пациентов.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о психическом здоровье в мире. Охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Копенгаген:

2. *Vaughan M., Lucey S., Sahm L. J.* Prevalence and Cost of Antipsychotic Prescribing, within the Context of Psycholeptic Prescribing, in the Irish Setting // Healthcare (Basel). 2024 Jan 29; 12 (3): 338.
3. *Baandrup L., Kruse M.* Incident users of antipsychotics: who are they and how do they fare? // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2016; 51 (4): 505–512.
4. *Olfson M., King M., Schoenbaum M.* Antipsychotic treatment of adults in the United States // J. Clin. Psychiatry. 2015 Oct; 76 (10): 1346–1353.
5. *Vaughan M., Lucey S., Sahm L. J.* Prevalence and Cost of Antipsychotic Prescribing, within the Context of Psycholeptic Prescribing, in the Irish Setting // Healthcare (Basel). 2024 Jan 29; 12 (3): 338.
6. *Ray W. A., Chung C. P., Murray K. T. et al.* Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death // N. Engl. J. Med. 2009; 360 (3): 225–235.
7. *Herzig S. J., LaSalvia M. T., Naidus E. et al.* Antipsychotics and the Risk of Aspiration Pneumonia in Individuals Hospitalized for Nonpsychiatric Conditions: A Cohort Study // J. Am. Geriatr. Soc. 2017 Dec; 65 (12): 2580–2586.
8. *Fornaro M., Caiazza C., Solini N. et al.* Pharmacological interventions for antipsychotic-related sialorrhea: a systematic review and network meta-analysis of randomized trials // Mol. Psychiatry. 2023 Sep; 28 (9): 3648–3660.
9. *Bird A. M., Smith T. L., Walton A. E.* Current treatment strategies for clozapine-induced sialorrhea // Ann. Pharmacother. 2011; 45: 667–675.
10. *Alhajj M., Babos M.* Physiology, Salivation. 2023 Jul 24. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan.
11. *Song E. C., Chung S. H., Kim J. H.* Molecular mechanisms of saliva secretion and hyposalivation // Eur. J. Oral. Sci. 2024 Apr; 132 (2): e12969.
12. *Iorgulescu G.* Saliva between normal and pathological. Important factors in determining systemic and oral health // J. Med. Life. 2009 Jul-Sep; 2(3): 303–307.
13. *Захаров Д. В., Кокарева Д. Д.* Силоррея как мультидисциплинарная проблема. Обзор возможных причин и терапевтических решений // Нервные болезни. 2023; 1: 1–7.
14. *Scully C.* Drug effects on salivary glands: dry mouth // Oral Dis. 2003; 9: 165–176.
15. *Allen S., Hoffer Z., Mathews M.* Quetiapine-induced hypersalivation // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. 2007; 9 (3): 233.
16. *Freudenreich O.* Drug induced sialorrhea // Drugs of Today (Barc). 2005; 41: 411–418.
17. *Praharaj S. K., Arora M., Gandotra S.* Clozapine-induced sialorrhea: pathophysiology and management strategies // Psychopharmacology (Berl). 2006 Apr; 185 (3): 265–273.
18. *Emre Mutlu, Elçin Özçelik Eroğlu, F. Özlem Coşkun et al.* A systematic chart review of pharmacological interventions in patients with clozapine-induced hypersalivation // Schizophr. Res. 2024; 268: 138–144.
19. *Yeşilyurt S., Aras İ., Altınbaş K., Atağün M.* Pathophysiology of clozapine induced sialorrhea and current treatment choices // The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2010; 23: 275–281.
20. *Praharaj S. K., Sharma P.* Clozapine-induced sialorrhea: Pathophysiology and management strategies // Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics. 2019; 10 (1): 1–8.
21. *Tandon R., Jibson M. D.* Clozapine-induced sialorrhea: a review // Psychiatric Services. 2002; 53 (11): 1493–1495.
22. *Torricco T., Kahlon A.* Pathophysiology and management of risperidone-induced sialorrhea: case report // Front Psychiatry. 2023 Jul 13; 14: 1185750.
23. *Şahan E., Kılıçarslan T., Kırpınar İ.* Sialorrhoea associated with sertraline use // Scott. Med. J. 2019; 64 (4): 159–161.

24. Khalil R. B., Souaiby L., Ghossan R., Richa S. Hypersalivation as an adverse drug reaction related to lithium carbonate: a case report // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2016; 36 (6): 739–740.
25. Halder A., Ravindran N. P., Nagda P. *et al.* Review of Psychotropic Agents Associated with Sialorrhoea, Except Clozapine // *Indian J. Psychol. Med.* 2023 Jan; 45 (1): 14–18. doi: 10.1177/02537176211025789. Epub 2021 Aug 9.
26. Maher S., Cunningham A., O'Callaghan N. *et al.* Clozapine-induced hypersalivation: an estimate of prevalence, severity and impact on quality of life // *Ther. Adv. Psychopharmacol.* 2016; 6 (3): 178–184.
27. Chen S. Y., Ravindran G., Zhang Q. *et al.* Treatment Strategies for Clozapine-Induced Sialorrhea: A Systematic Review and Meta-analysis // *CNS Drugs.* 2019 Mar; 33 (3): 225–238.
28. Subramanian S. *et al.* Clozapine dose for schizophrenia // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2017; 6: Cd009555.
29. Man W. H., Wilting I., Souverein P. *et al.* Reporting Patterns of Sialorrhea Comparing Users of Clozapine to Users of Other Antipsychotics: A Disproportionality Analysis Using VigiBase // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2020 May/Jun; 40 (3): 283–286.
30. Saenger R. C. *et al.* Aspiration pneumonia due to clozapine-induced sialorrhea // *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses.* 2016; 9: 170–172.
31. Haastrup M. B., Henriksen D. P., Christensen M. M. Drug-induced Sialorrhoea // *Adverse Drug Reaction Bulletin.* 2018 Dec; 313 (1): 1211–1214.
32. Ivanova V. A., Degtev I. A., Orlova S. E. *et al.* Sialography and its varie-ties // *International Scientific Research Journal.* 2021; 7 (109).
33. Орлова С. Е., Иванова В. А., Дегтев И. А. и др. Сиалометрия как способ диагностики ксеростомии и оценки секреторной функции (обзорная статья) // *Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание.* 2021; 4: 1–9.
34. Marks L., Weinreich J. Drooling in Parkinson's disease: a novel tool for assessment of swallow frequency // *Int. J. Lang Commun. Disord.* 2001; 36 (Suppl): 288–291.
35. Marks L., Turner K., O'Sullivan J. *et al.* Drooling in Parkinson's disease: a novel speech and language therapy intervention // *Int. J. Lang Commun. Disord.* 2001; 36 (Suppl): 282–287.
36. Syed R., Au K., Cahill C. *et al.* Pharmacological interventions for clozapine-induced hypersalivation // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008; 3: CD005579.
37. Sharma P., Morgan J., Sethi K. Hiccups associated with dopamine agonists in Parkinson's disease // *Neurology.* 2006; 66: 774.
38. Srivanitchapoom P., Pandey S., Hallett M. Drooling in Parkinson's disease: A review // *Parkinsonism Relat. Disord.* 2014; 20: 1109–1118.
39. Reid S. M., Johnson H. M., Reddiough D. S. The Drooling Impact Scale: a measure of the impact of drooling in children with developmental disabilities // *Dev. Med. Child Neurol.* 2010: e23–28.
40. Nascimento D., Carmona J., Mestre T. *et al.* Drooling rating scales in Parkinson's disease: A systematic review // *Parkinsonism & Related Disorders.* 2021; 91: 173–180.
41. Kalf J. G., Borm G. F., de Swart B. J. *et al.* Reproducibility and validity of patient-rated assessment of speech, swallowing, and saliva control in Parkinson's disease // *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2011; 92 (7): 1152–1158.
42. Spivak B., Adlersberg S., Rosen L. *et al.* Trihexyphenidyl treatment of clozapine-induced hypersalivation // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1997; 12: 213–215.
43. Clozapine-induced hypersalivation. Oxford Health NHS — Medicines Information Bulletin. 2017; 15: 4.
44. Bird A. M., Smith T. L., Walton A. E. Current treatment strategies for clozapine-induced sialorrhoea // *Annals of Pharmacotherapy.* 2011; 45: 667–675.
45. Praharaj S. K., Jana A. K., Goswami K. *et al.* Salivary flow rate in patients with schizophrenia on clozapine // *Clinical Neuropharmacology.* 2010; 33: 176–178.

46. Cree A., Mir S., Fahy T. A review of the treatment options for clozapine-induced hypersalivation // *Psychiatr Bull.* 2001; 25: 114–116.
47. Burk B. G., Donaldson V., Jackson C. W. et al. Paliperidone-associated sialorrhea: a case report with review of current literature // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2022; 42: 480–484. doi: 10.1097/JCP.0000000000001588.
48. Van Kammen D. P., Marder S. R. Serotonin-dopamine antagonists (atypical or second generation antipsychotics) / B. J. Sadock, V. A. Sadock (eds.); Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2005; 2: 2914–2938.
49. Bourgeois J. A., Drexler K. G., Hall M. J. Hypersalivation and clozapine // *Hosp. Community Psychiatry.* 1991; 42: 1174.
50. Cuvelier E., Gressier B., Fovet T. et al. Prise en charge de l'hypersialorrhée iatrogène: revue de la littérature et recommandations pratiques [Treatment options for drug-induced sialorrhea: Prescribing guidelines] // *Encephale.* 2022 Dec; 48 (6): 700–711. French. doi: 10.1016/j.encep.2022.03.013. Epub 2022 Aug 18.
51. Chen S. Y. et al. Treatment strategies for clozapine-induced sialorrhea: a systematic review and meta-analysis // *CNS Drugs.* 2019; 33: 225–238.
52. Kreinin A. et al. Amisulpride treatment of clozapine-induced hypersalivation in schizophrenia patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled cross-over study // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2006; 21: 99–100.
53. Kreinin A. et al. Amisulpride versus moclobemide in treatment of clozapine-induced hypersalivation // *World J. Biol. Psychiatry.* 2010; 12: 620–626.
54. Copp P. et al. Amitriptyline in clozapine-induced sialorrhoea // *Br. J. Psychiatry.* 1991; 159: 166.
55. Praharaj S. K. et al. Amitriptyline for clozapine-induced nocturnal enuresis and sialorrhoea // *Br. J. Clin. Pharmacol.* 2007; 63: 128–129.
56. Sinha S. et al. Very low dose amitriptyline for clozapine-associated sialorrhea // *Curr. Drug Saf.* 2016; 11: 262–263.
57. Antonello C. et al. Clozapine and sialorrhea: a new intervention for this bothersome and potentially dangerous side effect // *J. Psychiatry Neurosci.* 1999; 24: 250.
58. Mustafa F. A. et al. Sublingual atropine for the treatment of severe and hyoscine-resistant clozapine-induced sialorrhea // *Afr. J. Psychiatry.* 2013; 16: 242.
59. Matos Santana T. E. et al. Sublingual atropine in the treatment of clozapine-induced sialorrhea // *Schizophr. Res.* 2017; 182: 144–145.
60. Mubaslat O. et al. The effect of sublingual atropine sulfate on clozapine-induced hypersalivation: a multicentre, randomised placebo-controlled trial // *Psychopharmacology.* 2020; 237: 2905–2915.
61. Van Der Poorten T. et al. The sublingual use of atropine in the treatment of clozapine-induced sialorrhea: a systematic review // *Clin. Case Rep.* 2019; 7: 2108–2113.
62. Praharaj S. K. et al. Complete resolution of clozapine-induced sialorrhea with low dose trihexyphenidyl // *Psychopharmacol. Bull.* 2010; 43: 73–75.
63. Grabowski J. Clonidine treatment of clozapine-induced hypersalivation // *J. Clin. Psychopharmacol.* 1992; 12: 69–70.
64. Praharaj S. K. et al. Is clonidine useful for treatment of clozapine-induced sialorrhea? // *Journal of Psychopharmacology.* 2005; 19: 426–428.
65. Liang C. S. et al. Comparison of the efficacy and impact on cognition of glycopyrrolate and biperiden for clozapine-induced sialorrhea in schizophrenic patients: a randomized, double-blind, crossover study // *Schizophr. Res.* 2010; 119: 138–144.
66. Man W. H. et al. The effect of glycopyrrolate on nocturnal sialorrhea in patients using clozapine: a randomized, crossover, double-blind, placebo-controlled trial // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2017; 37: 155–161.

67. *Qurashi I., Chu S., Husain N. et al.* Glycopyrrolate in comparison to hyoscine hydrobromide and placebo in the treatment of hypersalivation induced by clozapine (GOTHIC1): study protocol for a randomised controlled feasibility study // *Trials*. 2016 Nov 21; 17 (1): 553.
68. *Segev A. et al.* Hyoscine for clozapine-induced hypersalivation: a double-blind, randomized, placebo-controlled cross-over trial // *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2019; 34: 101–107.
69. *Sockalingam S. et al.* Treatment of clozapine-induced hypersalivation with ipratropium bromide: a randomized, double-blind, placebo-controlled crossover study // *J. Clin. Psychiatry*. 2009; 70: 1114–1119.
70. *Kreinin A. et al.* Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of metoclopramide for hypersalivation associated with clozapine // *J. Clin. Psychopharmacol.* 2016; 36: 200–205.
71. *Livermore C., White H., Bailey L. et al.* A retrospective case notes review of the effectiveness and tolerability of metoclopramide in the treatment of clozapine-induced hypersalivation (CIH) // *BMC Psychiatry*. 2022 Apr 20; 22 (1): 277.
72. *Afroz O., Garg S., Kumar A. et al.* Sublingual Atropine Administration for Clozapine-Induced Sialorrhea in Bipolar Disorder: A Case Report Highlighting its Efficacy, Safety Concerns and Challenges // *Psychopharmacol. Bull.* 2024 Aug 19; 54 (4): 124–130.
73. *Bushara K. O.* Sialorrhea in amyotrophic lateral sclerosis: a hypothesis of a new treatment–botulinum toxin A injections of the parotid glands // *Med. Hypotheses*. 1997; 48: 337–339.
74. *Bhatia K. P., Minchau A., Brown P.* Botulinum toxin is a useful treatment in excessive drooling in saliva // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. 1999; 67: 697.
75. *Jost W. H.* Treatment of drooling in Parkinson's disease with botulinum toxin // *Mov. Disord.* 1999; 14: 1057.
76. *Verma R., Anand K. S.* Botulinum toxin: a novel therapy for clozapine-induced sialorrhoea // *Psychopharmacology*. 2018; 235: 369–371.
77. *Mancini F., Zangaglia R., Cristina S. et al.* Double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of botulinum toxin type A in the treatment of drooling in parkinsonism // *Mov. Disord.* 2003; 18: 685–688.
78. *Martínez-Poles J., Nedkova-Hristova V., Escribano-Paredes J. B. et al.* Incobotulinumtoxin A for sialorrhea in neurological disorders: a real-life experience // *Toxins (Basel)*. 2018; 28: 10.
79. *Narayanaswami P., Geisbush T., Tarulli A. et al.* Drooling in Parkinson's disease: a randomized controlled trial of incobotulinum toxin A and meta-analysis of Botulinum toxins // *Parkinsonism Relat. Disord.* 2016; 30: 73–77.
80. *Restivo D. A., Panebianco M., Casabona A. et al.* Botulinum toxin A for sialorrhoea associated with neurological disorders: evaluation of the relationship between effect of treatment and the number of glands treated // *Toxins (Basel)*. 2018; 10.
81. *Stokholm M. G., Bisgård C., Vilholm O. J.* Safety and administration of treatment with botulinum neurotoxin for sialorrhoea in ALS patients: review of the literature and a proposal for tailored treatment // *Amyotroph. Lateral. Scler. Frontotemporal. Degener.* 2013; 14: 516–520.
82. *Ko S. H., Shin Y. B., Min J. H. et al.* Botulinum toxin in the treatment of drooling in tetraplegic patients with brain injury // *Ann. Rehabil. Med.* 2013; 37: 796–803.
83. *Mazlan M., Rajasegaran S., Engkasan J. P. et al.* A double-blind randomized controlled trial investigating the most efficacious dose of botulinum toxin-A for sialorrhea treatment in Asian adults with neurological diseases // *Toxins (Basel)*. 2015; 7:3758–3770.
84. *Chinnapongse R., Gullo K., Nemeth P. et al.* Safety and efficacy of botulinum toxin type B for treatment of sialorrhea in Parkinson's disease: a prospective double-blind trial // *Mov. Disord.* 2012; 27: 219–226.
85. *Guidubaldi A., Fasano A., Ialongo T. et al.* Botulinum toxin A versus B in sialorrhea: a prospective, randomized, double-blind, crossover pilot study in patients with amyotrophic lateral sclerosis or Parkinson's disease // *Mov. Disord.* 2011; 26: 313–319.

86. *Jost W. et al.* Placebo-controlled, randomized, double-blind study of incobotulinumtoxin A for sialorrhea // *Neurology*. 2019; 92: e1982–e1991.
87. *Moss L.* Early Use of Botulinum Neurotoxin Treatment for Clozapine-Induced Sialorrhea // *J. Acad. Consult. Liaison Psychiatry*. 2021 Nov-Dec; 62 (6): 663–664.
88. *Kahl K. G., Hagenah J., Zapf S. et al.* Botulinum toxin as an effective treatment of clozapine-induced hypersalivation // *Psychopharmacology*. 2004; 173: 229–230.
89. *Steinlechner S., Klein C., Moser A. et al.* Botulinum toxin B as an effective and safe treatment for neuroleptic-induced sialorrhea // *Psychopharmacology (Berl)*. 2010 Jan; 207 (4): 593–597.

Психиатрические аспекты болезни Гентингтона

С. А. Трофимова, В. А. Михайлов, Д. В. Захаров, Ю. В. Коцюбинская,
Д. Д. Кокарева, Ю. В. Захарова

ВВЕДЕНИЕ

С увеличением средней продолжительности жизни все больше людей страдают от нейродегенеративных заболеваний. К сожалению, годы исследований пока не привели ученых к открытию причин развития этих заболеваний и возможной терапии. Это связано, главным образом, с тем, что почти ничего не известно о факторах, вызывающих болезнь, а также с тем, что очень мало пациентов имеют генетическую предрасположенность. Чаще всего эти заболевания являются спорадическими, т. е. причины их возникновения не установлены. Поэтому все больше ученых обращают свое внимание на генетические аспекты нейродегенеративных заболеваний, занимающие особое место в истории нейронаук.

Болезнь (хорея) Гентингтона (БГ) — наследственное хроническое неуклонно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание с мультисистемным поражением головного мозга, передающееся по аутосомно-доминантному типу с практически 100% пенетрантностью мутантного гена, которое отличается особой тяжестью и фатальностью протекания.

История изучения болезни Гентингтона

Термин «хорея» происходит от греческого слова, означающего «танец».

Впервые в медицинском контексте термин «хорея» использовал швейцарский алхимик Филипп Ауреол Теофраст Парацельс Бомобаст фон Гогенхайм (1493–1541), более известный как Парацельс.

Он выделил **три типа хорей**:

- ✓ Chorea imaginative (происходит из воображения);
- ✓ Chorea lasciva (происходит из плотских желаний и связана со страстью);
- ✓ Chorea naturalis (имеет органическое происхождение).

Парацельс указывал, что при Chorea naturalis наблюдаются тревожность и непроизвольная улыбка без смеха, сопровождаемые непреодолимой тягой к танцу. Эти предположения оказались для того времени революционными, так как он отверг происхождение недуга от «демонов» и «злых духов», отметив при этом органическое происхождение других видов хорей.

Следующий значимый вклад в изучение хорей внес английский врач Томас Сиденгам (1624–1689). В своем «Эссе о возникновении новой лихорадки» он описал случаи острой хорей (она же «малая хорея», которая поражала мальчиков и девочек с возраста 10 лет и до половой зрелости). Сиденгам считал, что хорея развивается вследствие «раздражения нервной ткани гуморальным путем, вызывающим «спазмы». Он также описал ревматическую лихорадку с ее суставными симптомами, но не выявил связи между ней и хореей [1].

Название болезни дано в честь трех поколений американских врачей, изучавших ее в штате Коннектикут. В частности, считается, что заболевание названо в честь американского врача Джорджа Хантингтона (Гентингтона), первым давшего его классическое описание.

Генетика заболевания

Генетика и основные закономерности наследования БГ к настоящему времени подробно изучены. Ген *HTT*, присутствующий у всех людей, кодирует белок гентингтин (*Htt*). Тип наследования аутосомно-доминантный. В семье больной родитель передает заболевание в среднем половине своих детей вне зависимости от пола родителя или ребенка. Мужчины и женщины заболевают одинаково часто. Пенетрантность мутантного гена (вероятность манифестации болезни в случае носительства мутации) близка к 100%. Свыше 15% случаев БГ в популяции являются спорадическими. До клонирования мутантного гена был отмечен феномен *антиципации*, который выражался в появлении все более ранних и более тяжелых форм в каждом последующем поколении. При наследовании БГ по отцовской линии у большей части детей симптомы заболевания появляются на несколько лет раньше, чем у отца, и протекают более тяжело. Если передача мутантного гена по мужской линии происходит в нескольких поколениях подряд, то в таких семьях у детей заболевание может появиться в первые годы жизни. «Материнское наследование» обычно сопровождается стабильным возрастом дебюта симптомов в поколениях.

В 1983 году группа Джима Гузеллы из Гарвардского университета картировала генетический локус БГ на коротком плече 4-й хромосомы (локус 4p16.3) (Gusella et al., 1983). Спустя 10 лет эта же группа ученых идентифицировала соответствующий ген, впоследствии получивший обозначение *HTT*. Данный ген имеет размер 180 кб, состоит из 67 экзонов и кодирует белок с молекулярной массой 348 кДа — гентингтин. Этот ген содержит в себе участок с повторяющейся последовательностью трех азотистых оснований: цитоксин-аденин-гуанин (то есть ЦАГЦАГЦАГ...).

Триплет ЦАГ кодирует аминокислоту глутамин, поэтому синтезируемый белок гентингтин содержит последовательность глутаминовых аминокислот, называемую полиглутаминовый тракт. Гомологи человеческого гена *HTT* были обнаружены у большого числа организмов, от млекопитающих до амебы [2], что свидетельствует о значимой роли гентингтина в клетке. До настоящего времени клеточная функция гентингтина до конца не установлена. Предмет мутации при БГ заключается в экспансии — патологическом увеличении числа копий тринуклеотидных повторов. Такое повреждение гена называют динамической мутацией [3].

Количество ЦАГ триплетов различно у отдельных лиц и может изменяться с последующими поколениями. Если их становится больше 36, то синтезируется удлиненный полиглутаминовый тракт и происходит образование мутантного белка гентингтина (*mHtt*), который оказывает токсичное действие на клетки и вызывает болезнь Гентингтона.

Диагностическая значимость обнаруженного числа *CAG-повторов* в гене *HTT*:

6–26 — нормальные аллели: болезнь Гентингтона не разовьется;

27–35 — умеренное увеличение: маловероятно, что болезнь Гентингтона разовьется;

36–39 — умеренная экспансия: диагноз хорея Гентингтона подтвержден. Возможна легкая форма проявлений;

40 и более — выраженная экспансия: диагноз болезнь Гентингтона подтвержден.

При очень большом количестве повторов БГ имеет полную пенетрантность и может проявиться до 20 лет, тогда болезнь классифицируется как ювенильная, акинетически-ригидная или Вестфаль варианты. Составляет приблизительно 7–10% случаев болезни Гентингтона, которые манифестируют до 20 лет (ювенильный вариант). Для варианта Вестфалья характерно преобладание не хореического гиперкинеза, а прогрессирующего акинетико-ригидного синдрома.

Помимо симптомов паркинсонизма для варианта Вестфалья характерны деменция, атаксия и эпилептиформные припадки. Болезнь передается по наследству. Мутантный аллель доминантный, поэтому в семье, где один из родителей имеет такую мутацию, каждый из потомков может получить ее с вероятностью 50%. Наследование не зависит от пола носителя или его детей.

Эпидемиология болезни Гентингтона

Болезнь Гентингтона относится к орфанным заболеваниям, ее распространенность составляет менее 10 случаев на 100 000 населения. В настоящее время от хореи Гентингтона в США страдает около 7000 человек. Распространенность БГ в Российской Федерации в целом никогда не оценивалась. Частота встречаемости заболевания среди населения с европейскими корнями составляет примерно 3–7 : 100 000 и 1 : 1 000 000 среди остальных рас. По данным систематического обзора Rawlins et al., распространенность БГ (на 100 000 населения) в различных регионах мира следующая: Азия — 0,4; Центральная и Восточная Европа — 2,17; Северная Америка — 7,33; Океания — 5,63; Великобритания — 6,68; Западная Европа — 3,6. Из стран Европы наиболее низкая распространенность БГ отмечена в Исландии — 1 случай на 100 000 населения.

Морфология и патогенез

При болезни Гентингтона наблюдается доминирующая селективная гибель клеток полосатого тела, которые разлагают гамма-аминобарбитуровую кислоту. В первую очередь это средние шипиковые ГАМКергические нейроны головки хвостатого ядра, которая непосредственно прилежит к желудочкам мозга. Одновременно с вышеназванными изменениями в полосатом теле обнаруживается реактивный глиоз. Гибель нейронов также происходит в бледном шаре, ретикулярной части черной субстанции, зрительном бугре, коре больших полушарий, в коре и зубчатом ядре мозжечка.

С помощью современных методов нейровизуализации можно наглядно оценить степень атрофии стриарных ядер, считающихся характерным морфологическим маркером БГ. Исследования нейрохимических процессов при БГ позволили выявить нарушения самых разнообразных медиаторов и нейротрансмиттеров — гамма-аминомасляной кислоты, ацетилхолина, глутамата, аспартата, опиоидных пептидов, соматостатина, таурина, катехоламинов.

При повреждении полосатое тело перестает быть модуляторным центром, собирающим импульсы из различных отделов коры головного мозга, обеспечивающих нормальные двигательные, когнитивные и эмоционально-волевые функции, что приводит к развитию клинической симптоматики БГ.

Дегенерация корковых пирамидных нейронов, посылающих аксоны в полосатое тело, и самих клеток полосатого тела, проекция которых находится в черной субстанции, определяется у пациентов уже на пресимптомной стадии.

Активированная микроглия, как маркер нейродегенерации, обнаруживается в коре, полосатом теле, бледном шаре и белом веществе мозга как на ранних, так и поздних стадиях. Также в полосатом теле увеличивается число активированных астро- и олигодендроцитов, в то же время плотность нейронов снижается. Уменьшение объема мозга в меньшей степени выявляется на преманифестной и ранней стадиях и в большей степени — на поздних стадиях.

Морфометрический анализ аутопсийного материала мозга показал, что потеря объема коры мозга составляет 21–29%, телэнцефального белого вещества от 29 до 34%, скорлупы до 64%, хвостатого ядра до 57%.

Ключевым звеном патогенеза нейродегенерации при БГ является полиглутаминовая агрегация гентингтина с формированием внутриклеточных амилоидоподобных включений.

Процесс нейродегенерации при БГ обусловлен нарушением пространственной укладки гентингтина, что позволяет отнести данное заболевание к группе конформационных протеинопатий. Фрагменты мутантного гентингтина проникают в клеточные ядра, где образуют интрануклеарные включения полиглутаминовых фрагментов гентингтина и убиквитина, что объясняется активацией убиквитин-протеасомного механизма расщепления дефектного гентингтина при поддержке системы шаперонов, в частности белка Hsp70.

В результате данный клеточный механизм, играющий важную роль в процессах разрушения аномальных белков в клетке, оказывается несостоятельным, быстро истощается, что вызывает нарастание дальнейшего синтеза конформационно измененного гентингтина. Нарастающее разрушение убиквитин-протеасомной системы и системы шаперонов является пусковым фактором включения механизмов лизосомной аутофагии, но и этот процесс протеолиза со временем истощается, что приводит к формированию ошибок и прогрессирующей нейродегенерации убиквитин-протеасомного механизма расщепления дефектного гентингтина. Конформационно измененный гентингтин является мощным индуктором активации продукции свободных радикалов в нейронах, повреждения клеточных мембран и органелл, запуска окислительного стресса.

Важным патофизиологическим механизмом развития БГ является активация глутаматом NMDA-рецепторов. Этот механизм лежит в основе феномена эксайтотоксичности. При активации MDA-рецепторов происходит накопление ионов внутриклеточного Ca^{2+} с развитием каскада патологических реакций, запускающих процессы апоптоза, приводящих к развитию митохондриальной дисфункции и окислительного стресса.

Нормальный гентинггин является супрессором белков-индукторов апоптоза (каспаз). Он обеспечивает функционирование разнообразных транспортных систем нейронов, регулирует синтез нейротрофического фактора BDNF, который критически важен для обеспечения регуляции функции генов, контролирующих гомеостаз кальция и выживаемость нейронов, особенно стриарных. Мутантный гентинггин, напротив, индуцирует действие каспаз, что приводит к запуску процессов гибели нейронов и цитотоксическим свойствам гентинггина.

Клиническая картина и течение заболевания

Ядром клинической картины являются моторные, когнитивные и психические нарушения. Другими, менее изученными проявлениями заболевания являются непреднамеренная потеря массы тела, нарушение сна и циркадного ритма, дисфункция вегетативной нервной системы.

Основные клинические формы БГ:

1. Гиперкинетическая (классическая), при которой определяющим является наличие распространенных хореических гиперкинезов.
2. Акинетико-ригидная, подразделяется на ювенильную с дебютом заболевания до 20 лет, вариант Вестфала, и позднюю, являющуюся следствием морфогенеза типичной гиперкинетической формы БГ.

Двигательные расстройства при БГ представлены двумя основными группами:

1. Нарушение произвольных движений.
2. Нарушения произвольных движений.

К первой группе относятся характерные хореические гиперкинезы, атетоидные движения, двигательное беспокойство, дистонические проявления, тремор, изредка миоклонии, баллизм.

Ко второй группе обычно относят окуломоторные нарушения (медленные саккады), координаторные и постуральные нарушения, нарушения речи, бульбарные симптомы (дисфагия и дизартрия), апраксию, брадикинезию, расстройства походки.

Двигательные нарушения при болезни Гентингтона

На ранних стадиях обычно превалируют проявления хореи, которые по мере прогрессирования болезни постепенно замещаются другими двигательными нарушениями. Непроизвольные движения часто появляются в дистальных отделах конечностей (пальцы рук, ног), мелких мышцах лица. Поначалу мышечные подергивания незаметны или могут быть объяснены как нервозность. Заметно

легкое нарушение походки, человек похож на слегка подвыпившего. Постепенно непроизвольные движения распространяются на все другие мышцы от дистальных к проксимальным и аксиальным. Хореические движения продолжаются на протяжении всего периода бодрствования, захватывают мышечные группы, отличаются большой амплитудой: больной сгибает и разгибает ноги, запрокидывает руку за голову, закидывает одну ногу за другую, оскаливает зубы, морщит лоб, но делает это непроизвольно. У всех пациентов развиваются гипо-, акинезия, потеря уверенности темпа всех движений. Соотношение между хореей и гипокинезией определяется индивидуально. Дистония может быть первым двигательным симптомом при данной болезни. Различия между хореической и атаксической походкой очень трудно определить. В зависимости от того, какую работу выполняет пациент, нарушения движений рано или поздно начинают влиять на выполняемые действия. Другие непроизвольные движения включают в себя тики, сравнимые с синдромом Туретта, но это встречается редко. Мозжечковый дефицит возникает спорадически, чаще представлен гипо- и гиперметрией. Походка часто описывается как проявления мозжечковой атаксии.

Непроизвольные движения прогрессируют, как правило, лишь на ранних стадиях заболевания. Нарушения произвольных движений находятся в строгой линейной зависимости от времени, прошедшего с момента дебюта БГ.

На поздних стадиях пациент может даже стать немым, дизартрия и дисфагия становятся все более заметными в течение болезни, отмечается скованность и неподвижность. По мере прогрессирования заболевания возникают грубые глазодвигательные нарушения, трудности в фиксации взора на чем-либо, присоединяются экстрапирамидные нарушения — дистония и паркинсонизм. Становится невозможно полностью произвольно контролировать двигательную активность, удерживать позу, сложно выполнять движения, требующие тонкой координации, значительно нарушается ходьба, развиваются постуральные нарушения, приводящие к падениям, отмечается брадикинезия.

Психические расстройства при болезни Гентингтона

Психические нарушения разнообразны — часто отмечаются уже на ранней стадии заболевания, до появления двигательных симптомов.

К ним относятся:

1. Синдром нарушения управляющих функций.
2. Депрессия.
3. Обсессивно-компульсивное расстройство.
4. Мания.
5. Шизофреноподобные синдромы.
6. Деменция.

Синдром нарушения управляющих функций (executive functions syndrome) — патогномоничный комплекс поведенческих и личностных нарушений для БГ. В отечественной литературе для его обозначения ранее применялся термин «синдром лобной доли».

Характеризуется угнетением тормозных процессов, трудностями в расстановке приоритетов и принятии решений, проявляется эмоционально-волевыми и личностными нарушениями.

Первоначально проявляется в виде повышенной нервозности, раздражительности, вспыльчивости, иногда доходящей до приступов агрессии по отношению к окружающим, либо маниакальных проявлений, психопатизации личности.

Депрессия — наиболее распространенный симптом БГ, встречается более чем у 50% больных.

Депрессивный синдром при БГ ассоциирован со снижением метаболизма глюкозы в премоторной и орбитофронтальной коре (по данным позитронной эмиссионной томографии), что соответствует результатам у пациентов с депрессией без первичных нейродегенеративных нарушений.

Как правило, у пациента имеются низкая самооценка, чувство вины и беспокойство.

Частота суицидов на фоне депрессии у больных БГ превышает таковую в популяции в 4–6 раз.

Суициды отмечаются в 5–10% отягощенных по БГ семей.

У носителей мутантного гена БГ депрессия и субдепрессия могут наблюдаться задолго до дебюта БГ.

Обсессивно-компульсивное расстройство часто встречается при БГ.

Истинные показатели ОКР оценить довольно трудно. По имеющимся данным, его признаки обнаруживаются у 22% пациентов на момент первого обращения [5]. Проявляется в виде тенденций застревать на определенных темах и неуклонно к ним возвращаться. Пациенты могут быть заняты мыслями об определенной пище, курении, отстаивании вопросов своей самостоятельности (например, возвращении водительских прав). По отдельным наблюдениям, нередким проявлением ОКР при БГ является навязчивое мытье рук.

ОКР у больных с БГ усугубляется по мере нарастания когнитивного дефицита [5].

Мания и биполярные расстройства при БГ в «чистом виде» встречаются у 5–10% больных [6].

Они могут быть первым симптомом заболевания и тяжелым испытанием для родственников пациента и ухаживающих за ним лиц.

Основными проявлениями являются повышенный фон настроения, раздражительность (гневливость), импульсивность, повышенная активность, снижение потребности во сне, самоуверенность и сильно завышенная самооценка.

Для большинства случаев характерно отсутствие элементов классической клинической триады маний (повышенный фон настроения, параноидальный тип мышления, гиперактивность).

Весьма типична быстрая смена разных модальностей биполярного синдрома (от мании к депрессии и обратно).

Важно дифференцировать эпизоды мании и специфические изменения личности при БГ.

Шизофреноподобные синдромы при болезни Гентингтона

По данным литературы, психотические синдромы возникают у 3–12% пациентов с БГ.

Первичные психозы напоминают шизофрению и сопровождаются бредом и галлюцинациями, однако не позволяют констатировать наличие у пациентов идиопатической шизофрении, поскольку само это понятие до сих пор дискутируется, плохо очерчено и систематизировано.

Бредовые идеи (бред ревности, наличия паразитарного заболевания, постепенного «разрушения тела» и др.) встречаются у 11% пациентов, галлюцинации — у 2–3% [7].

Шизофреноподобный синдром при БГ нередко включает и такие проявления, как паранойя, сверхценные идеи, раздражительность, агрессивность (вплоть до жестокости по отношению к близким), импульсивность, эротомания.

Острая симптоматика чаще отмечается на ранних этапах заболевания, а по мере нарастания когнитивного дефицита встречается все реже.

Деменция при болезни Гентингтона

Когнитивные расстройства при БГ носят характер прогрессирующей деменции «подкоркового типа». В отличие от кортикальной деменции альцгеймеровского типа у больных БГ нет выпадения высших корковых функций, относительно сохранна память (преимущественно страдает кратковременная, а не долговременная память), наибольшие трудности вызывает выполнение задач, требующих концентрации внимания, увеличивается время, необходимое для выполнения когнитивных нагрузок (брадифрения), наблюдаются прогрессирующие изменения личности, поведенческие и эмоционально-волевые нарушения. Развитие подкорковой деменции обусловлено первичной дегенерацией хвостатого ядра и прерыванием волокон, идущих от префронтальной коры больших полушарий к хвостатому ядру.

Деменция характеризуется относительно медленной прогрессивностью. Больные длительное время сохраняют работоспособность в рамках привычной деятельности. Однако выраженные дефекты понятийного мышления, снижение уровня обобщений, суждений, абстрагирования не позволяют больным выполнять задачи, требующие активной умственной работы. Словарный запас постепенно становится скудным. Память ухудшается, хотя семантическая память может долго сохраняться.

Прогрессирование интеллектуально-мнестических нарушений проходит в три этапа [8].

В начале заболевания преобладают патохарактерологические реакции (эксплозивные и истероидные) или стойкие патохарактерологические изменения личности. Деменция как бы возникает из характерологических нарушений [8].

В дальнейшем деменция прогрессирует, снижается память и критическое отношение к своему состоянию. На этом фоне могут развиваться аффективные, бредовые или галлюцинаторно-бредовые психозы.

Третий этап характеризуется грубой деменцией и распадом личности.

Наряду с «простым» типом слабоумия выделяются и более редкие варианты псевдопаралитического, амнестического и псевдосенильного слабоумия, встречающихся в более позднем возрасте.

Расстройства, связанные с болезнью Гентингтона

Суицидальные мысли и/или поведение связаны с тяжестью и выраженностью симптомов хореи, обсессивно-компульсивного расстройства, депрессии, тревоги. Среди носителей мутации БГ уровень суицидов составляет 13%, что в 7–12 раз выше, чем в среднем по популяции. Установление диагноза и утрата функциональной независимости — два критических периода высокого риска суицидальных идей. Суицидальность при БГ ассоциирована также с депрессией и агрессивным поведением [9].

Эпилепсия — одно из самых обсуждаемых коморбидных расстройств при БГ. Чаще всего эпилептические приступы отмечаются у пациентов с дебютом заболевания в молодом возрасте, протекают в соответствии с типом приступа и не имеют каких-либо специфических особенностей [4].

Классификация по МКБ-10

Класс	G00–G99	Болезни нервной системы
Блок	G10–G14	Системные атрофии, поражающие преимущественно нервную систему
Рубрика	G10	Болезнь Гентингтона
Рубрика	F06.8	Другие уточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (вследствие болезни Гентингтона)
Рубрика	F02.24	Деменция при болезни Гентингтона (G10+)

Примеры формулировки диагноза

- G10 Болезнь Гентингтона, гиперкинетическая форма, деменция средней степени.
- G10 Болезнь Гентингтона, гиперкинетическая форма с выраженным генерализованным хореодистоническим гиперкинезом, псевдо-бульбарным синдромом, постуральной неустойчивостью, деменцией легкой степени, выраженным депрессивным синдромом.
- G10 Болезнь Гентингтона, вариант Вестфаля, умеренный акинетико-ригидный синдром, атетодный гиперкинез в кистях рук.

Диагностика болезни Гентингтона.

Лабораторные исследования

Генетическое тестирование: метод тестирования — фрагментарный анализ. Необходимо тестировать симптомных пациентов, а также асимптомных родственников старше 18 лет.

Основным фактором, определяющим возраст начала заболевания, является количество CAG-повторов в гене *HTT*. Нормальное количество повторов — 26 или меньше.

При повторах 27–35 симптомы не развиваются, но у следующего поколения существует небольшой риск развития экспансии, которая может входить или не входить в диапазон, вызывающий заболевание.

Повторы 36–39 не полностью пенетрантные; у отдельных людей могут развиваться симптомы, но обычно они появляются в позднем возрасте.

При количестве повторов 40 и более заболевание является полностью пенетрантным, возникают симптомы заболевания.

При появлении симптомов у детей и в возрасте моложе 30 лет наблюдается наибольшее увеличение количества повторов, тогда как начало заболевания в позднем возрасте коррелирует с меньшим увеличением количества повторов.

Скорость прогрессирования заболевания обратно пропорциональна размеру повторов.

При очень ранней форме ювенильной БГ число CAG-повторов превышает 80 [4].

Биохимическое обследование на обмен меди: во всех случаях, когда нет доступа к генетическому обследованию, целесообразно проводить обследование на болезнь Вильсона: анализ крови на церуллоплазмин, медь, суточный анализ мочи на медь.

Мониторинг общеклинических показателей: для оценки общего состояния пациентов, а также для исключения вторичного характера симптомов (ОАК, биохимический анализ крови на СРБ, АЛТ, АСТ, креатинин, мочевины, глюкозу, общий белок).

Дополнительные исследования: при наличии соответствующих симптомов (паранеопластический иммуноблот, ревматологический скрининг, анализы на инфекции: бруцеллез, герпесвирусные инфекции, ВИЧ, сифилис).

Инструментальные исследования. Консультации специалистов

МРТ головного мозга: играет второстепенную роль после генетического анализа. Аксиальная МРТ боковых желудочков демонстрирует атрофию хвостатого ядра, определяемую потерей нормального выпячивания головки хвостатого ядра в боковой желудочек на поздней стадии БГ. Также на МРТ определяется атрофия скорлупы.

Видео-ЭЭГ-мониторинг: назначается при наличии эпилептических приступов (генерализованные тонико-клонические, тонические, миоклонические, абсансы).

Консультация профильных специалистов: на стадии установки диагноза для проведения дифференциальной диагностики (ревматолог, инфекционист, эндокринолог, психиатр, нейрохирург).

Симптоматическое лечение болезни Гентингтона

Общие принципы ведения пациентов. До сих пор доказательно эффективных подходов к этиопатогенетической терапии БГ не существует, как и не существует препаратов, которые стоило бы назначать на этапе асимптомного носительства мутации.

Лечение и ведение пациентов с БГ направлено на симптоматическую коррекцию двигательных, когнитивных, психопатологических и иных нарушений, а также на коррекцию образа жизни пациента и адаптацию под его нужды.

Схемы лечения подбираются индивидуально и определяются особенностями клинической картины и стадией заболевания в пределах максимально разрешенной суточной дозы.

Симптоматическое лечение двигательных расстройств

Фармакотерапевтическая группа	МНН	Способ применения
Препараты первой линии		
Ингибитор везикулярного переносчика моноаминов (VMAT2), другие нейротропные средства	Тетрабеназин*	Начальная доза 12,5 мг от 1 до 3 раз в сутки. Далее доза может быть увеличена 1 раз в 3–4 дня на 12,5 мг до достижения оптимального терапевтического эффекта или до выявления побочных эффектов (седативный эффект, паркинсонизм, депрессия). Максимальная суточная доза составляет 200 мг в сутки
Ингибитор везикулярного переносчика моноаминов (VMAT2), другие нейротропные средства	Деутетрабеназин* (зарегистрирован в США)	Начальная дозировка 6 мг внутрь. Возможно увеличение суточной дозировки постепенно, каждые 7 дней на 6 мг. Средняя рекомендуемая дозировка — 12 мг. Максимальная суточная дозировка — 36 мг
Препараты второй линии		
Типичный нейролептик	Галоперидол	По 0,5–1 мг внутрь 1–2 раза в день ежедневно. Максимальная суточная дозировка: 10 мг
Атипичный нейролептик	Оланзапин	Стартовая дозировка: 5 мг внутрь. Максимальная суточная дозировка: 30 мг
Атипичный нейролептик	Рisperидон	Стартовая дозировка: 0,5 мг 1 раз в день внутрь, при отсутствии положительного эффекта возможно увеличить до 1 мг (кратность приема по 0,5 мг 2 раза в день). Максимальная суточная дозировка: 4–6 мг

Фармакотерапевтическая группа	МНН	Способ применения
Бензодиазепины	Клоназепам	Стартовая дозировка: 0,5 мг внутрь ежедневно. Максимальная суточная дозировка 2–3 мг

Примечание: МНН — международное непатентованное наименование (здесь и далее).

Альтернативные фармакологические средства, которые могут быть эффективными:

- ГАМК-ергические средства (баклофен, фенибут) — для уменьшения проявления вазовегетативных симптомов, раздражительности и эмоциональной лабильности, нарушений сна;
- антиоксидантная и нейрометаболическая терапия гиперкинезов с применением цитофлавина, винпоцетина, никотинамида, холина альфосцерата, цитиколина, надвеной лазеротерапии позволяла улучшить результаты лечения;
- противосудорожные средства (топирамат, карбамазепин, вальпроевая кислота) — для коррекции раздражительности и перепадов настроения.

Нефармакологические методы лечения

На сегодняшний день наиболее целесообразно включение отдельных видов психотерапии и психологического воздействия при лечении аффективных нарушений.

Индивидуальная и групповая психотерапия с учетом общего состояния больного, степени выраженности двигательных и эмоционально-волевых нарушений.

Психорелаксирующий тренинг осуществляется для повышения эмоционально-волевой активизации больного, динамичного включения в систему самообслуживания, повышения мотивации, формирования заинтересованности в реабилитационных мероприятиях.

Важной направленностью должны стать поиск и опора на доступные занятия, связанные с познавательной и духовной сферами жизни, приносящие удовлетворение и компенсирующие появление определенных физических ограничений.

Несомненно, важна и необходима социальная помощь пациентам с БГ.

Лечение психических расстройств и когнитивного дефицита

Лечение тревоги и депрессии при болезни Гентингтона

Фармакотерапевтическая группа	МНН	Способ применения
Селективный ингибитор обратного захвата серотонина	Циталопрам	Начинать с 10–20 мг в день внутрь. Максимальная суточная дозировка: 40 мг (у пациентов более старшего возраста — 20 мг)

Фармакотерапевтическая группа	МНН	Способ применения
Селективный ингибитор обратного захват серотонина	Сертралин	Стартовая дозировка: 50 мг внутрь. Максимальная суточная дозировка: 200 мг
Селективный ингибитор обратного захвата серотонина	Флуоксетин	20 мг в сутки внутрь с постепенным повышением. Максимальная суточная дозировка: 60 мг
Селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина	Дулоксетин	30 мг в сутки внутрь с повышением до 60 мг/сут. Максимальная суточная дозировка: 90 мг
Тетрациклический антидепрессант	Миртазапин*	Стартовая дозировка: 15 мг внутрь. Максимальная суточная дозировка: 45 мг
Антидепрессанты	Миансерин	Стартовая дозировка 30 мг внутрь. Возможно постепенное увеличение дозировки до 90 мг в сутки
Атипичные нейролептики	Оланзапин**	Стартовая дозировка: 5 мг внутрь. Максимальная суточная дозировка: 20 мг
* Миртазапин предпочтителен для пациентов с суицидальными мыслями, с расстройством сна. ** Оланзапин предпочтителен для лечения тревоги и депрессии с гиперсексуальностью, настойчивостью идей, расстройствами личности и поведения.		

Лечение когнитивных нарушений при болезни Гентингтона

Фармакотерапевтическая группа	МНН	Способ применения
Антихолинэстеразные препараты	Ривастигмин	Стартовая дозировка: 1,5 мг внутрь. Максимальная суточная дозировка: 6 мг
Антагонисты NMDA-рецепторов	Мемантин	1-я неделя — 5 мг однократно 2-я неделя — 10 мг однократно 3-я неделя — 15 мг однократно 4-я неделя и далее: 20 мг в сутки

Профилактика и медико-генетическое консультирование

Профилактика наследственных заболеваний — одна из важнейших медико-социальных задач.

Первичная профилактика — предупреждение зачатия ребенка, который будет болен наследственным заболеванием. Включает методы планирования семьи и деторождения, улучшение окружающей среды, отказ от вредных привычек и пр.

Вторичная профилактика — включает методы пренатальной (дородовой) диагностики с целью установления возможной передачи мутантного гена. При подтверждении факта наследования мутантного гена родителям может быть предложено прервать беременность.

Третичная профилактика — подразумевает коррекцию патологического фенотипа внутриутробно или в постнатальном периоде на протяжении жизни.

Учитывая некурабельность болезни Гентингтона, важнейшее значение придается первичной и вторичной профилактике.

Медико-генетическое консультирование — особый вид специализированной помощи людям в понимании и адаптации к медицинским, психологическим и семейным особенностям болезни, которая обусловлена наследственными факторами [10].

Впервые в мире и в нашей стране этот термин был предложен выдающимся отечественным нейрогенетиком С. Н. Давиденковым, который создал первые у нас в стране медико-генетические консультации в 1920–1930-х годах.

Этапы проведения медико-генетического консультирования

- Детальный анализ родословной. Определение типа наследования в семье. Установление диагноза.
- Расчет генетического риска. Установление генетического статуса при помощи методов ДНК-диагностики.
- Прогнозирование возможного развития наследственного заболевания у потомства. Выбор способа профилактики повторных случаев заболевания в семье.
- Разъяснение полученной генетической информации консультируемым лицам в доступной форме.
- Помощь консультируемой семье и психологическая поддержка в решении вопросов планирования дальнейшей жизни, социальной адаптации, деторождения, решении этико-правовых проблем.

Основные направления исследований перспективных патогенетических методов лечения болезни Гентингтона

- Поиск нейротропных ингибиторов апоптоза, окислительного стресса, эксайтотоксичности, а также блокирующих воспалительные реакции и модулирующих транскрипционную активность.
- Поиск субстанций («малых молекул»), повышающих экспрессию молекулярных шаперонов и активность протеасомного комплекса с целью ингибирования агрегации полиглутаминовых белков и подавления нейродегенеративного процесса.
- Исследования возможностей клеточной терапии с подсадкой модифицированных стволовых клеток или фетальных нейрональных тканей.
- Генная терапия: исследования феномена РНК-интерференции путем применения «антисмысловых» РНК-последовательностей для блокирования

матричной РНК клеток-мишеней с целью подавления синтеза мутантного гентингтина и снижения загруженности клеток продуктами нарушенного белкового метаболизма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Болезнь Гентингтона характеризуется чрезвычайным разнообразием психопатологических проявлений, которые являются причиной снижения качества жизни, значительного ограничения функционирования, дезадаптации в повседневной жизни. Момент манифестации заболевания может приходиться на тот возраст, когда заработок пациента достиг максимума, а его дети еще не приобрели финансовую самостоятельность [11]. Изменения поведения у больных с данной патологией приводят к конфликтным ситуациям, непониманию в семьях, неприятию и отчуждению родственников и ухаживающих лиц. Процесс прогрессирования болезни Гентингтона необратим и обычно заканчивается летальным исходом через 15–20 лет от манифестации заболевания. На поздней стадии у пациентов развивается выраженная деменция с утратой способности разговаривать, принимать пищу и совершать целенаправленные движения. Смерть обычно наступает вследствие осложнений, связанных с обездвиженностью (например, таких как пневмония, кахексия).

Поэтому очень важно своевременное выявление проблемы и ее коррекция с помощью разнообразных методов медикаментозной и немедикаментозной терапии, поскольку это позволяет в значительной степени улучшить качество жизни пациента, помочь родственникам лучше понять и правильно воспринять изменения, происходящие с их близким человеком, укрепить веру в возможность противостоять тяжелому недугу и всячески облегчить их жизнь.

Литература

1. *Donaldson I. M. et al.* Sydenhams chorea // *Marsdens book of Movement disorders* / I. M. Donaldson, C. D. Marsden, S. A. Schneider, K. P. Bhatia, eds. London: Oxford University Press, 2012. Chapter 22.
2. *Zuccato C., Cattaneo E.* Huntington's disease // *Handb. Exp. Pharmacol.* 2014; 220: 357–409. doi: 10.1007/978-3-642-45106-5_14. PMID: 24668480.
3. *Gatto E. M., Rojas N. G., Persi G. et al.* Huntington disease: Advances in the understanding of its mechanisms // *Clin. Park Relat. Disord.* 2020 May 6; 3: 100056. doi: 10.1016/j.prdoa.2020.100056. PMID: 34316639; PMCID: PMC8298812.
4. *Иллариошкин С. Н., Ключников С. А., Селиверстов Ю. А.* Болезнь Гентингтона: монография. М.: Издательское предприятие «Атмосфера», 2018. 472 с. doi: 10.12731/978-5-902123-69-9.
5. *Anderson K., Louis E., Stern Y., Marder K.* Cognitive Correlates of Obsessive and Compulsive Symptoms in Huntington's Disease // *Am. J. Psychiatry.* 2001; 158 (5): 799–801. doi: 10.1176/appi.ajp.158.5.799.
6. *Mendez M. F.* Huntington's disease: update and review of neuropsychiatric aspects // *Int. J. Psychiatry Med.* 1994; 24: 189–208.
7. *Paulsen J. S., Ready R. E., Hamilton J. M. et al.* Neuropsychiatric aspects of Huntington's disease // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry.* 2001; 71: 310–314.

8. Вельтищев Ю. Е., Темин П. А., Белозеров Ю. М. [и др.]. Наследственные болезни нервной системы: руководство для врачей. М.: Издательство «Медицина», 1998. 496 с. ISBN 5-225-04522-7. EDN WEYAOZ.
9. Fiedorowicz J. G., Mills J. A., Ruggle A. et al., PREDICT-HD Investigators of the Huntington Study Group. Suicidal behavior in prodromal huntington disease // *Neurodegenerative Diseases*. 2017; (12): 1–13.
10. Баранова Е. Е. Комплексная оценка эффективности медико-генетического консультирования: дис. ... канд. мед. наук. М., 2015. 128 с.
11. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний: Подходы к ведению больных / под ред. К. Г. Ликетоса, П. В. Рэбинса, Дж. Р. Липси, Ф. Р. Слэвни; пер. с англ. под ред. акад. РАН Н. Н. Яхно. М.: МЕДпрессинформ, 2017. 328 с.
12. Клинические рекомендации «Болезнь Гентингтона» (утв. Минздравом России). Год утверждения 2017. ID: 370.

Влияние расстройств сна на здоровье и их профилактика у лиц, работающих в экстремальных условиях

Н. Ю. Сафонова, М. В. Анохина

ВВЕДЕНИЕ

Сон — один из ключевых факторов, влияющих на работоспособность, когнитивные функции и эмоциональную стабильность человека. Для сотрудников МЧС и других лиц, работающих в экстремальных условиях, чья работа связана с высоким уровнем стресса, физическими нагрузками и необходимостью принимать быстрые решения, качественный сон становится критически важным.

У современного общества сложные отношения со здоровым сном. Стремление к продуктивности привело к прямому и косвенному давлению общества с целью сократить время сна. Воздействия на человека могут быть как прямыми (например, финансовое вознаграждение за труд в ночную смену), так и косвенными (например, окружающие будут считать работающего по ночам человека более трудолюбивым). В итоге современный житель мегаполиса жертвует временем сна ради работы или дополнительного отдыха и этот компромисс усугубляется малоподвижным образом жизни и использованием электронных устройств в ночное время.

Таким образом, значительное расхождение между физиологической важностью сна и его обесцениванием в обществе пагубно сказывается на здоровье и благополучии как отдельных людей, так и целых групп населения [1].

Продолжительное бодрствование в течение нескольких дней приводит к непроизвольному засыпанию, когда человек внезапно засыпает, даже если пытается бодрствовать. Хотя официальных исследований смертности людей, вызванной лишением сна в лабораторных условиях, не проводилось, известно множество случаев, когда склонность ко сну (потребность в сне) была настолько высокой, что вызывала непроизвольное засыпание даже во время занятий, которые могли привести к смерти (например, во время вождения автомобиля). Кроме того, при этом нарушаются поведенческие реакции, снижается трудоспособность [2].

Таким образом, сон — это не роскошь для людей, у которых слишком много свободного времени, это биологическая необходимость, многочисленные функции которой все чаще становятся предметом изучения.

Данные исследований (2025) показывают следующее: почти каждый четвертый респондент (22%) предпочитает просто жить с плохим сном, а не обращаться за помощью. Также по зарубежным данным 7 из 10 работающих респондентов хотя бы раз за свою карьеру брали больничный из-за плохого сна. Женщины спят менее качественно и им сложнее заснуть, чем мужчинам [3]. В целом, нарушение сна — одно из наиболее часто встречающихся расстройств в неврологической и психиатрической практике. Те или иные нарушения сна, по данным российских и зарубежных исследований, наблюдаются у более чем 45% населения.

ФАЗЫ СНА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ

Сон состоит из нескольких циклов, включающих медленный (NREM) и быстрый (REM) сон. NREM-сон (75% времени) отвечает за физическое восстановление, укрепление иммунитета и консолидацию памяти.

REM-сон (25%) связан с обработкой эмоций, креативностью и принятием решений. Нарушение баланса фаз (например, из-за недосыпа или ночных дежурств) приводит к снижению концентрации, ухудшению реакции, повышению риска ошибок. Для объяснения того, почему когнитивные способности подвержены влиянию длительного бодрствования, было выдвинуто несколько гипотез, которые можно условно разделить на два основных подхода, в рамках которых предполагается, что бодрствование оказывает общее влияние на бдительность и внимание или избирательное влияние на определенные структуры и функции мозга. Кроме того, сообщалось об индивидуальных различиях в проявлениях этого влияния[4].

Еще одной опасностью при депривации сна является возникновение эпизодов микросна. Микросон — кратковременный сон, длительность которого может составлять от долей секунды до тридцати секунд. Часто это результат также умышленного утомления, депрессии, апноэ во сне, гипоксии, нарколепсии и др. Микросон может произойти в любое время, причем, как правило, без заметных предварительных симптомов. На ЭЭГ фоновый альфа-ритм бодрствования частотой 8–13 Гц заменяется на тета-активность частотой 4–7 Гц, кроме того, отмечаются изменения в поведении, непроизвольное кивание, прикрытые веки и т. д.

Основные методики исследования сна представлены в таблице 1.

Таблица 1

Методика	Описание
Полисомнография	Записывает физиологические параметры во время сна, включая: электрическую активность мозга, движения глазных яблок и жевательных мышц, движения мышц ног, воздушный поток при дыхании, дыхательные движения грудной клетки и живота, насыщение кислородом, ЭКГ
Актиграфия	Мониторинг циклов физической активности и покоя с помощью датчика актиметрии (устройства, похожего на наручные часы, непрерывно фиксирующего движения). О параметрах сна (периоды сна/пробуждения, общая продолжительность сна, количество пробуждений и длительность периода засыпания) можно судить по смене циклов «покой/бодрствование»
Инфракрасная видеокамера	Для наблюдения за движениями тела во время сна в темноте
Множественный тест латентности ко сну	При проведении исследования испытуемым предоставляется возможность 4 или 5 раз в течение дня вздремнуть на 20–30 минут с интервалом в два часа. При этом измеряются такие основные параметры, как латентность начала сна и латентность быстрого сна с помощью полисомнографии. Измеряет также уровень дневной сонливости

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА СНА НА ЗДОРОВЬЕ

Влияние дефицита сна на когнитивные функции

Исследования показывают, что 24 часа без сна снижают когнитивные способности на уровне алкогольного опьянения. Для работающих с суточными дежурствами это означает замедленное принятие решений, ухудшение оценки рисков, повышенную вероятность травм. Кратковременные эпизоды нарушения памяти и периоды невнимательности рассматриваются как ключевые механизмы снижения когнитивных функций при депривации сна [4]. «Провалы в памяти» связывают с микросном [5]. Изначально предполагалось, что вне периодов «провалов» когнитивные функции остаются стабильными, однако исследования показали, что даже в отсутствие таких «провалов» возникает замедление когнитивных процессов [6].

В соответствии с данными гипотезами, производительность в состоянии депривации сна существенно снижается при выполнении длительных, простых и монотонных заданий, требующих высокой скорости реакции и поддержания бдительности. Кроме того, депривация сна сопровождается значительными колебаниями уровня бдительности и прилагаемых усилий, что приводит к вариабельности когнитивной производительности [4].

Таким образом, микросон является ключевым фактором, вызывающим «провалы в памяти» и нарушения внимания, а изменяющийся уровень бодрствования способствует вариативности когнитивной эффективности в условиях недосыпа.

Согласно теории избирательного воздействия, депривация сна оказывает направленное негативное влияние на функциональную активность определенных областей мозга, что ведет к ухудшению когнитивных процессов [7].

Наиболее известной концепцией в данной области является гипотеза префронтальной уязвимости, впервые сформулированная Хорном (1993), которая предполагает особенно выраженное негативное воздействие отсутствия сна на когнитивные функции, ассоциированные с префронтальной корой мозга. К таким функциям относятся высшие психические процессы, включая речь, исполнительные функции, дивергентное мышление и креативность. Значимое снижение когнитивной производительности при депривации сна выявляется преимущественно при выполнении сложных, новых и стимулирующих заданий, требующих когнитивной гибкости и спонтанности. В то же время ухудшение результатов в простых и монотонных задачах связывается скорее с эффектом скуки, чем с прямым влиянием депривации сна.

Адениозинергические пути и глутаматергическая передача играют роль в изменении синаптической пластичности во время сна и его отсутствия. Адениозин накапливается при пробуждении и способствует возникновению сонливости и микроснов, ингибируя нейронную активность, а глутаматергическая активность поддерживает процессы консолидации памяти, нарушающиеся при микросне и депривации [4].

Сон и стрессоустойчивость

Эмоциональное состояние человека и сон находятся в тесной биопсихосоциальной взаимосвязи. Недостаток сна повышает уровень кортизола (гормона стресса), что ведет к эмоциональному выгоранию, снижению эмпатии (важно для психологической поддержки пострадавших). Физиологически полноценный сон является ключевым фактором, обладающим антистрессорным эффектом и определяющим уровень работоспособности, утомляемости и общего психофизиологического гомеостаза. В то же время дефицит сна провоцирует развитие эмоционального стресса, который выступает как один из основных факторов, нарушающих процессы сна. Таким образом, формируется циклический патологический механизм: стресс-обусловленные нарушения сна усиливают стрессовую реакцию, усугубляя состояние и создавая порочный круг стресс–сон [8].

В частности, нормальный сон способствует регуляции эмоциональных процессов, снижая эмоциональную перегрузку и поддерживая когнитивные функции. При хроническом ограничении сна или нарушениях сна возрастает риск формирования тревоги, депрессии и эмоциональной лабильности, что дополнительно ухудшает качество сна и психоэмоциональное состояние человека. После хронического частичного ограничения сна процесс восстановления когнитивных функций, по-видимому, занимает больше времени, чем после полного ограничения сна. Вариабельность сердечного ритма является важным показателем функционального состояния сердечно-сосудистой системы и вегетативной регуляции. Нарушения сна, такие как недостаток сна, нерегулярный сон или поверхностный сон, оказывают негативное влияние на вегетативную регуляцию.

Недостаток сна снижает вариабельность сердечного ритма, особенно ночью, что связано с уменьшением активности парасимпатической нервной системы и увеличением симпатической активности. При этом повышается частота сердечных сокращений и возрастают уровни гормонов стресса, что способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, включая гипертензию и атеросклероз. В фазе быстрого сна наблюдается большая нестабильность ритма сердца, что при нарушениях сна может провоцировать расстройства сердечного ритма.

Исследования также показывают, что нарушения сна сопровождаются перестройкой циркадных ритмов вегетативной регуляции и снижением функциональных резервов сердечно-сосудистой системы. Хроническая депривация сна связана с повышенной активностью ренин-ангиотензин-альдостероновой системы и воспалительными процессами в артериях.

Таким образом, нарушения сна негативно влияют на вариабельность сердечного ритма, что является индикатором повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний и общего ухудшения здоровья

Генетические факторы и сон

Циркадные ритмы регулируют внутренние суточные циклы физиологических процессов и поведения и зависят от внутренних и внешних факторов, которые контролируют молекулярные колебания в клетках, расположенных в су-

прахиазматическом ядре. Молекулярные часы в супрахиазматическом ядре координируют работу разнообразных часовых механизмов, расположенных в периферических органах и клетках, посредством активации и подавления генов, контролируемых циркадными ритмами. Мутации в основных генах регуляторных часов связаны как с нарушениями сна, так и с расстройствами настроения, что позволяет предположить, что молекулярные механизмы, влияющие на сон и настроение, частично зависят от циркадных часов [9]. Полиморфизм PER3 играет важную роль в эндогенном отсчете времени в определенных тканях, и эти тканеспецифичные изменения эндогенных периодов приводят к внутреннему рассогласованию циркадных ритмов. PER3-полиморфизм — это генетический вариант гена PERIOD3 (PER3), который кодирует периодический циркадный белок.

Полиморфизм влияет на работу биологических часов, регуляцию сна и другие процессы, связанные с циркадными ритмами. У людей различаются циркадные ритмы сна и бодрствования, или хронотипы: утренние хронотипы просыпаются раньше и ложатся спать раньше, чем вечерние хронотипы, при этом у большинства людей наблюдаются промежуточные варианты. Молекулярная основа крайних хронотипов связана с генетически запрограммированной опережающей или запаздывающей циркадной фазой (временем пика возбуждения, определяемым колебаниями в генах биологических часов). У крайних «жаворонков» фазы опережают, а у крайних «сов» — запаздывают по сравнению с промежуточными типами, что соответствует их циклам сна и бодрствования. Основная гипотеза о том, как циклы сна и бодрствования связаны с депрессией, предполагает наличие «социального джетлага» — несоответствия между социально обусловленными моделями активности и эндогенными циклами сна и бодрствования. На социальный джетлаг, вероятно, влияет несоответствие циркадных ритмов, то есть степень опережения или запаздывания циркадной фазы относительно социально обусловленного цикла сна и бодрствования, особенно у людей с экстремальными хронотипами. Исследования хронотипов или предпочтений дневного режима, тенденции к «утреннему» или «вечернему», показывают, что вечерние типы с большей вероятностью испытывают симптомы депрессии и/или тревоги. Неудивительно, что ряд мутаций в ДНК циркадных ритмов также связан с хронотипом, нарушениями сна и расстройствами настроения [9].

Взаимосвязь между хронотипом и фенотипом сна изучена недостаточно. «Вечерность» связана с поздним засыпанием, что подтверждается как объективными, так и субъективными методами. «Вечерняя» ориентация также связана с меньшей продолжительностью сна в рабочие дни и ухудшением его качества. Люди вечернего типа, как правило, сами сообщают о плохом качестве сна, и исследования показали, что люди вечернего типа меньше спят в рабочие дни, увеличивая дефицит сна к выходным; этот социальный джетлаг, связанный со сном, связан с депрессией. Интересно, что исследования, в которых изучалось влияние как хронотипа, так и качества сна на депрессию, дали противоречивые результаты. Van den Berg et al. (2018) обнаружили, что влияние хронотипа на симптомы

депрессии в значительной степени обусловлено плохим качеством сна у «вечерних» студентов из Нидерландов [10]. Эти результаты подтверждаются более ранними исследованиями, показавшими взаимосвязь между хронотипом, качеством или продолжительностью сна и негативными эмоциями.

Сон и нейродегенерация

Сон играет важную роль в выведении потенциально нейротоксичных молекул, таких как бета-амилоид, из мозга через лимфатическую систему. Нарушение сна может способствовать накоплению нейротоксинов в тканях мозга, что в конечном итоге приводит к гибели нейронов.

Была выявлена двусторонняя связь между нарушением сна и нейродегенеративными процессами, которые начинаются за годы до появления клинических симптомов, связанных с такими заболеваниями, как болезнь Альцгеймера и болезнь Паркинсона. Дефицит сна связан с механизмами нейродегенерации посредством нескольких ключевых биологических процессов [11].

Основным патогенетическим фактором считается нарушение функционирования лимфатической системы мозга — системы, ответственной за очищение межклеточной жидкости от продуктов метаболизма, включая патологические белки β -амилоида и тау-протеина, связанных с болезнью Альцгеймера. Во время нормального сна происходит активизация лимфатического клиренса, что способствует удалению нейротоксичных метаболитов. При хронической депривации сна этот процесс нарушается, что ведет к накоплению β -амилоида в гиппокампе, таламусе и коре головного мозга, способствуя развитию амилоидных бляшек и усугублению нейродегенеративного процесса.

Кроме того, дефицит сна приводит к изменению нейронной активности и снижению нейрогенеза, особенно в структуре гиппокампа, что коррелирует с ухудшением памяти и когнитивных функций. Возникает воспалительная реакция с активацией глиальных клеток, которая дополнительно усугубляет дегенеративные процессы в мозге.

Нарушения сна при нейродегенеративных заболеваниях могут быть вызваны и повреждением структур, регулирующих сон и бодрствование, таких как ядра шва, гипоталамус и таламус, а также системами дофаминергической и серотонинергической передачи. Это приводит к возникновению различных расстройств сна и ухудшению качества жизни пациентов.

Таким образом, дефицит сна не только усиливает накопление токсичных белков, ускоряя прогрессирование нейродегенерации, но и ухудшает когнитивные функции через механизмы нарушения нейронного гомеостаза и нейровоспаления, что делает сохранение качественного сна важным фактором профилактики нейродегенеративных заболеваний.

Ожирение и сон

В регуляции аппетита принимают участие два важных гормона — грелин и лептин: первый повышает чувство голода, а второй, наоборот, отвечает за чув-

ство насыщения. Уровень этих гормонов регулируется орексиновой системой, которая повышает и понижает их синтез в течение суток.

Дефицит сна также влияет на баланс данных гормонов. Например, было установлено, что у мужчин, которые спали только 4 часа в сутки, происходило повышение синтеза грелина и уменьшение лептина по сравнению с мужчинами, которые спали 10 часов [12]. Также продолжительность сна влияет на пищевые предпочтения людей: при сне менее 7 часов люди чаще предпочитают сладости и калорийные продукты [13, 14]. Привычная короткая продолжительность сна является фактором риска развития кардиометаболических заболеваний. «Здоровый сон» — один из восьми важнейших факторов для поддержания здоровья на протяжении всей жизни (Американская кардиологическая ассоциация).

Кардиометаболические риски и нарушения сна

Несмотря на достигнутый прогресс, не существует научно обоснованных методов лечения нарушений сна, направленных на улучшение кардиометаболического здоровья у людей, которые обычно спят мало.

Разработка биомаркеров, связывающих привычную короткую продолжительность сна с неблагоприятным кардиометаболическим риском, могла бы помочь в разработке таких методов лечения. Еще одним из факторов, влияющим на кардиометаболические риски, является синдром обструктивного апноэ сна.

Синдром обструктивного апноэ сна

Синдром обструктивного апноэ сна (СОАС) — клинически значимое нарушение дыхания во сне. Его патофизиологической основой служат повторяющиеся эпизоды частичной или полной обструкции верхних дыхательных путей, сопровождающиеся транзиторной гипоксией, фрагментацией сна и активацией симпатической нервной системы. Распространенность СОАС среди взрослого населения варьирует от 9 до 38%, а у лиц старшего возраста достигает 60%, при этом значительная часть случаев остается недиагностированной [23].

Влияние на соматическое здоровье

Последствия СОАС выходят далеко за пределы нарушения сна. Регулярные эпизоды интермиттирующей гипоксии и колебаний внутригрудного давления запускают каскад патологических процессов, затрагивающих сердечно-сосудистую, эндокринную и иммунную системы. Среди основных эффектов: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, аритмии, инсульт, ожирение, диабет 2-го типа, хроническое воспаление и повышенный риск внезапной смерти во сне [15, 16, 24].

Влияние на психическое здоровье

Нарушения дыхания во сне оказывают выраженное влияние на работу центральной нервной системы и психоэмоциональное состояние. Фрагментация сна ведет к снижению концентрации внимания, замедлению реакции, ухудшению

памяти и исполнительных функций. У пациентов часто встречаются тревожные и депрессивные расстройства (до 40% случаев), повышенная утомляемость и эмоциональная лабильность [17]. В последние годы показана связь между СОАС и повышенным риском деменции, в том числе болезни Альцгеймера [24].

Таким образом, СОАС представляет собой мультисистемное расстройство, оказывающее негативное воздействие как на соматическое, так и на психическое здоровье. Для работников экстремальных профессий, где высокие требования предъявляются к когнитивной стабильности, эмоциональной устойчивости и физической выносливости, своевременное выявление и лечение апноэ сна особенно важно.

Работа в экстремальных условиях значительно повышает риск развития и усугубления нарушений сна, включая СОАС. Это связано со сменной работой, хронической депривацией сна, высоким уровнем стресса и физическими перегрузками. Учитывая серьезные соматические и психические последствия СОАС, его своевременная диагностика, профилактика и лечение у таких категорий работников приобретают особую актуальность.

Диагностика СОАС

Золотым стандартом диагностики является полисомнография [15, 19]. В условиях ограниченных ресурсов возможно использование кардиореспираторного мониторинга [23]. Для скрининга применяются валидированные шкалы и опросники [16].

Ранняя идентификация и скрининг

Практические принципы

Для работников, чья деятельность связана с повышенным риском, при снижении внимания необходимо систематически проводить скрининг на СОАС.

Шкала Эпворта и краткие опросники (STOP-BANG, Berlin Questionnaire) — удобные инструменты первичного отбора [16]. При положительном скрининге рекомендуется домашняя дыхательная поли(кардио)метрия или полисомнография в лаборатории.

Таблица 2

Скрининговые критерии СОАС для работников экстремальных профессий

Критерий	Действие
Дневная сонливость ($ESS \geq 10$)	Направление на инструментальное обследование
Храп и паузы дыхания по данным партнера	Направление на обследование
Ожирение ($ИМТ \geq 30$) или окружность шеи > 43 см	Скрининг и направление
Ошибки/аварии на работе	Ускоренное обследование
Сменная/ночная работа	Периодический мониторинг (1–2 раза в год)

ДИАГНОСТИКА

1. Полисомнография. Золотой стандарт для подтверждения диагноза и оценки индекса апноэ–гипопноэ (ИАГ), насыщения кислородом и стадий сна [15].
2. Домашний мониторинг. Допустим при невозможности стационарной полисомнографии; требует осторожной интерпретации при коморбидных состояниях [9].
3. Классификация по ИАГ: легкая (5–15/ч), средняя (15–30/ч), тяжелая (>30/ч). Важна клинико-функциональная корреляция.
4. Оценка сопутствующих рисков: сердечно-сосудистая патология, нейрокогнитивный статус, особенности работы в экстремальных условиях.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Основным методом лечения СОАС остается СИПАП-терапия, которая эффективно устраняет эпизоды апноэ, снижает дневную сонливость и улучшает качество жизни [22]. При непереносимости могут применяться мандибулярные устройства, хирургические методы (увулопалатофарингопластика и др.), а также позиционная терапия. Для работников экстремальных условий ключевое значение имеют быстрый контроль симптомов, приверженность лечению и дистанционный мониторинг эффективности.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

1. Положительное давление

СИПАП остается основным методом лечения СОАС. Он снижает дневную сонливость, уменьшает храп, улучшает качество жизни. Однако влияние СИПАП на сердечно-сосудистые исходы неоднозначно: в исследовании SAVE (2016) не выявлено снижения комбинированных сердечно-сосудистых исходов [21]. При этом мета-анализы последних лет подтверждают, что при адекватной приверженности СИПАП снижает смертность и риск сердечно-сосудистых осложнений [19].

2. Ортодонтические устройства (MAD)

MAD показаны при легкой-умеренной СОАС или при непереносимости СИПАП. Они уменьшают ИАГ и улучшают симптомы, но требуют контроля эффективности и регулярного наблюдения [16].

3. Хирургические методы

Увулопалатофарингопластика и другие реконструктивные операции рассматриваются при анатомической обструкции и неэффективности консервативных методов. Перспективным направлением является стимуляция подъязычного нерва [17].

4. Альтернативные методы

ERS (2021) рекомендовала позиционную терапию, автоадаптивные PAP-устройства, электростимуляцию верхних дыхательных путей — для строго

отобранных пациентов. Экспериментальные подходы (транскраниальная стимуляция медленных волн) пока не применяются в клинической практике [24].

СПЕЦИФИКА ВЕДЕНИЯ РАБОТНИКОВ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

1. Ускоренное начало терапии. При подтвержденном СОАС средней/тяжелой степени и выраженной сонливости — немедленное назначение СРАР, временная модификация обязанностей до стабилизации состояния.

2. Мониторинг и телемедицина. Использование устройств с функцией передачи данных позволяет контролировать приверженность, остаточный ИАГ, сатурацию.

3. Оценка готовности к работе. Решение о допуске к работе должно учитывать: шкалу Эшворта, данные СИПАП, результаты когнитивных тестов, заключение комиссии (сомнолог, психиатр, кардиолог).

4. Организационные меры. Ограничение длительности ночных смен, планирование «тихих периодов» (03:00–05:00), возможность кратких дневных снов (20–30 мин).

5. Вовлечение семьи. Партнеры могут помогать в выявлении симптомов (храп, паузы дыхания) и поддержке приверженности.

Эффективность лечения и оценка успеха

- Клинические цели: снижение сонливости (ESS), уменьшение числа ошибок и аварий, повышение качества жизни.
- Объективные показатели: приверженность СРАР ≥ 4 ч/ночь, снижение ИАГ, улучшение сатурации.
- Кардиоваскулярные исходы: противоречивы; наиболее выраженный эффект наблюдается у пациентов с высокой приверженностью и при раннем начале терапии.

Практическая модель внедрения программы поддержки сотрудников — пациентов с СОАС

Практическая модель внедрения программы поддержки сотрудников — пациентов с СОАС включает политику организации с периодическим скринингом сотрудников с высоким риском, обучение персонала через тренинги для руководителей и сотрудников по распознаванию симптомов СОАС, мониторинг с дистанционным контролем СИПАП, ежегодной переоценкой и когнитивными тестами при необходимости, а также интеграцию в охрану труда с участием мультидисциплинарной команды, включающей сомнолога, психиатра и кардиолога, и разработку протоколов допуска и реабилитации. Для снижения риска СОАС у работников экстремальных профессий важны организационные меры, такие как ограничение длительных ночных смен, внедрение коротких дневных снов продолжительностью 20–30 минут, контроль массы тела и отказ от алкоголя, ре-

гулярный мониторинг состояния сна, доступ к сомнологам и использование телемедицины для контроля приверженности терапии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ СНА

1. Организация систематической профилактики и психогигиены стресса с использованием методов психологической саморегуляции, групповых тренингов и кабинетов психоэмоциональной разгрузки, что способствует повышению стрессоустойчивости и снижению эмоциональной нагрузки сотрудников.

2. Содействие соблюдению правил гигиены сна, таких как регулярное засыпание и пробуждение в одно и то же время, создание комфортной, тихой и затемненной среды для сна, а также обеспечение адекватного воздействия естественного света в часы бодрствования.

3. Введение практики коротких дневных снов, продолжительностью 20–30 минут, для повышения бдительности и снижения утомления в течение смен, особенно в ночное время.

4. Внедрение гибких графиков работы с учетом индивидуальных потребностей сотрудников, ограничение длительности смен менее 24 часов и обеспечение достаточного времени для отдыха между сменами, что снижает риск хронической депривации сна и связанных с ней когнитивных нарушений. Традиционные «сутки через трое» могут нарушать циркадные ритмы. Альтернативы: ротационные графики с учетом естественных биоритмов (например, смены не более 12 часов).

5. Разработка и интеграция комплексных программ по оценке и управлению состоянием сна сотрудников, включающих регулярный мониторинг, скрининг на наличие нарушений сна, образовательные мероприятия, доступ к специалистам и поддержку психического здоровья.

6. По возможности, использование немедикаментозных средств, таких как мелатонин, показанный в исследованиях для коррекции циркадных нарушений и улучшения качества сна при работе в сменном графике, с предварительной консультацией у специалиста.

7. Использование технологий мониторинга сна: носимые гаджеты (умные часы, фитнес-браслеты) для отслеживания качества сна, (что позволяет предсказывать нарастание усталости на основании изменения вариабельности сердечного ритма. Снижение вариабельности сердечного ритма отражает нарастание усталости, медленное восстановление. Также может использоваться полисомнография в полевых условиях (носимые ЭЭГ-приборы Dreem). Полученные данные могут быть проанализированы с помощью ИИ для прогнозирования усталости и предотвращения ошибок.

Литература

1. Grandner M. A., Fernandez F. X. The translational neuroscience of sleep: A contextual framework // Science. 2021; 374 (6567): 568–573. doi:10.1126/science.abj8188.

2. McHill A. W., Hull J. T., Wang W. *et al.* Chronic sleep curtailment, even without extended (>16-h) wakefulness, degrades human vigilance performance // *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. 2018; 115 (23): 6070–6075. doi: 10.1073/pnas.1706694115.
3. Sleepcycle.com
4. Alhola P., Polo-Kantola P. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance // *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2007; 3 (5): 553–567.
5. Priest B., Brichard C., Aubert G. *et al.* Microsleep during a simplified maintenance of wakefulness test. A validation study of the OSLER test // *Am. J. Respir. Crit. Care. Med*. 2001; 163: 1619–1625. doi: 10.1164/ajrccm.163.7.2007028.
6. Dorrian J., Rogers N. L., Dinges D. F. Psychomotor vigilance performance: Neurocognitive assay sensitive to sleep loss. New York: Marcel Dekker, 2005: 39–70.
7. Babkoff H., Zukerman G., Fostick L. *et al.* Effect of the diurnal rhythm and 24 h of sleep deprivation on dichotic temporal order judgment // *J. Sleep Res*. 2005; 14: 7–15. doi: 10.1111/j.1365-2869.2004.00423.x.
8. Юматов Е. А., Глазачев О. С., Быкова Е. В. и др. Взаимосвязь эмоционального стресса и сна // *Вестник Международной академии наук. Русская секция*. 2016; (1): 5–14.
9. Weiss C., Woods K., Filipowicz A., Ingram K. K. Sleep Quality, Sleep Structure, and PER3 Genotype Mediate Chronotype Effects on Depressive Symptoms in Young Adults // *Frontiers in psychology*. 2020; 11: 2028. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02028.
10. Van den Berg J. F., Kivelä L., Antypa N. Chronotype and depressive symptoms in students: an investigation of possible mechanisms // *Chronobiol. Int*. 2018; 35: 1248–1261. doi: 10.1080/07420528.2018.1470531.
11. van Hattem T., Verkaar L., Krugliakova E. *et al.* Targeting Sleep Physiology to Modulate Glymphatic Brain Clearance // *Physiology (Bethesda)*. 2025 May 1; 40 (3): 0. doi: 10.1152/physiol.00019.2024.
12. Spiegel K., Tasali E., Penev P., Van Cauter E. Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite // *Annals of internal medicine*. 2004; 141 (11): 846–850. doi: 10.7326/0003-4819-141-11-200412070-00008.
13. Tasali E., Chapotot F., Wroblewski K., Schoeller D. The effects of extended bedtimes on sleep duration and food desire in overweight young adults: a home-based intervention // *Appetite*. 2014; 80: 220–224. doi: 10.1016/j.appet.2014.05.021.
14. Dashti H. S., Scheer F. A., Jacques P. F. *et al.* Short sleep duration and dietary intake: epidemiologic evidence, mechanisms, and health implications // *Adv. Nutr*. 2015; 6 (6): 648–659. Published 2015 Nov 13. doi: 10.3945/an.115.00862315.
15. Вейн А. М., Елигулашвили Т. С., Полуэктов М. Г. Синдром апноэ во сне. М.: Эйдос Медиа, 2002. 208 с.
16. Сомнология и медицина сна: национальное руководство памяти А. М. Вейна и Я. И. Левина / под ред. М. Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2016. 912 с.
17. Полуэктов М. Г., Бузунов Р. В., Левин О. С. и др. Сомнология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 848 с.
18. American Academy of Sleep Medicine. Clinical practice guideline for the treatment of obstructive sleep apnea in adults // *J. Clin. Sleep Med*. 2021; 17 (10): 2113–2127.
19. Bratton D. J., Muriel A., Arroyo R. *et al.* Association of CPAP with cardiovascular events in OSA patients: an individual patient data meta-analysis // *Lancet Respir. Med*. 2021; 9 (9): 1001–1010.
20. Epstein L. J., Kristo D., Strollo P. J. *et al.* Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults // *J. Clin. Sleep Med*. 2009; 5 (3): 263–276.

21. McEvoy R. D., Antic N. A., Heeley E. *et al.* CPAP for prevention of cardiovascular events in obstructive sleep apnea (SAVE trial) // *N. Engl. J. Med.* 2016; 375: 919–931.
22. Patil S. P., Ayappa I. A., Caples S. M. *et al.* Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an AASM clinical practice guideline // *J. Clin. Sleep Med.* 2019; 15 (2): 335–343.
23. Peppard P. E., Young T., Barnet J. H. *et al.* Increased prevalence of sleep-disordered breathing in adults // *Am. J. Epidemiol.* 2013; 177 (9): 1006–1014.
24. Randerath W., Bassetti C. L., Bonsignore M. R. *et al.* Challenges and perspectives in obstructive sleep apnoea: report by an ad hoc working group of the Sleep Disordered Breathing Group of the European Respiratory Society // *Eur. Respir. J.* 2021; 57 (2): 2002726.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Шкала сонливости Эпворта (ESS)

Пациенту предлагается оценить вероятность заснуть в различных повседневных ситуациях по шкале от 0 до 3.

- 0 — никогда не засыпаю
- 1 — малая вероятность заснуть
- 2 — средняя вероятность заснуть
- 3 — высокая вероятность заснуть

Ситуации:

- 1. Чтение сидя
- 2. Просмотр телевизора
- 3. Сидение в общественном месте (театр, собрание)
- 4. Езда пассажиром в автомобиле в течение часа без остановки
- 5. Дневной отдых лежа
- 6. Разговор с кем-либо сидя
- 7. Спокойное сидение после обеда без алкоголя
- 8. Вождение автомобиля при остановке на несколько минут в пробке или на светофоре

Интерпретация:

- 0–9 баллов — нормальная сонливость
- 10–15 баллов — выраженная дневная сонливость
- 16 и более — патологическая сонливость, высокая вероятность СОАС

Приложение 2. Опросник STOP-BANG

Опросник STOP-BANG — инструмент для быстрой оценки риска синдрома обструктивного апноэ сна.

При ≥ 3 положительных ответах определяется высокий риск СОАС.

Вопросы:

S (Snoring) — Храпите ли вы громко (громче разговора или слышно за дверью)?

T (Tired) — Часто ли вы ощущаете усталость, сонливость или засыпаете днем?

O (Observed) — Замечали ли окружающие остановки дыхания во сне?

P (Pressure) — Есть ли у вас артериальная гипертензия или вы принимаете препараты от давления?

B (BMI) — Индекс массы тела больше 35 кг/м²?

A (Age) — Возраст старше 50 лет?

N (Neck) — Окружность шеи больше 40 см?

G (Gender) — Мужской пол?

Интерпретация:

0–2 балла — низкий риск СОАС

3–4 балла — промежуточный риск СОАС

5–8 баллов — высокий риск СОАС

**Методические рекомендации по организации работы
и видам деятельности медицинского психолога
в системе здравоохранения**

А. В. Шаболтас, А. Г. Кондинский, С. В. Ляшкова, Е. А. Квасов, О. Ю. Щелкова,
В. В. Бочаров, Н. Г. Васильева

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность развития и совершенствования государственных форм оказания психологической помощи в системе здравоохранения, включая стационарную и амбулаторную помощь, обусловлена, с одной стороны, ростом уровней заболеваемости психогенными расстройствами и психологических жалоб, значимой ролью психологических факторов как в возникновении и развитии заболеваний, так и в успешности всех видов лечения и реабилитации, с другой — повышением активного спроса у населения на услуги психологов.

Интеграция профессиональной психологической помощи и сопровождения в амбулаторную и стационарную системы здравоохранения не только повышает эффективность всех видов медицинской помощи, включая профилактическую, диагностическую, лечебную, реабилитационную, но и способствует улучшению экономических показателей как в деятельности учреждений здравоохранения, так и общества в целом.

С июля 2023 г. в действие вступил приказ Минздрава РФ от 14 октября 2022 г. № 668н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения», который включает положения об организации деятельности психотерапевтического кабинета (приложения 10–12 к Порядку), кабинета медико-психологического консультирования (приложения 13–15 к Порядку), кабинета (отделения) медико-психологической помощи (приложения 19–21 к Порядку), отделения «телефон доверия» (приложения 40–42 к Порядку). Такие кабинеты могут быть организованы как в медицинских организациях, оказывающих психиатрическую помощь (например, психоневрологический диспансер или центр психического здоровья), так и в общесоматической сети (например, в поликлиниках или многопрофильных стационарах). Эти нововведения расширяют возможности организации психологической и психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях, что является предпочтительным по целому ряду причин. Также в соответствии с Порядком должности медицинских психологов включены в штатные расписания большинства подразделений психиатрической службы, оказывающей помощь в стационарных и амбулаторных условиях.

В связи с расширением объема психологической помощи в медицинских учреждениях амбулаторного и стационарного звеньев здравоохранения, а также

наличием разночтений в понимании специфики и условий работы медицинских психологов ввиду отсутствия федеральных нормативных документов, возникает настоятельная необходимость разработки и внедрения рекомендаций относительно организации и обеспечения работы медицинских психологов, определения единых подходов к планированию, содержанию и нормированию их профессиональной деятельности в сфере здравоохранения, включая временные регламенты и требования к условиям работы.

Настоящие методические рекомендации включают актуальную информацию о принципах и подходах к организации работы клинического психолога на должностях медицинского психолога в структурных подразделениях амбулаторной и стационарной форм организации медицинской помощи, включая работу в трех разных типах кабинетов: психотерапевтическом, медико-психологической помощи и медико-психологического консультирования, а также для организации работы отдельной штатной единицы «медицинского психолога» в случае отсутствия в организации отдельного структурного подразделения/кабинета.

1. Общие принципы и подходы к организации психологической помощи в системе здравоохранения

Психологическая помощь в системе здравоохранения (медико-психологическая помощь) — это комплекс мероприятий, направленных на профилактику, диагностику, коррекцию и реабилитацию, которые осуществляются медицинским психологом, организационно и содержательно включенным в оказание медицинской помощи населению. Психологическая помощь является важной составляющей психотерапевтической и психиатрической помощи, а также включена в другие области клинической медицины в виде клинко-психологического сопровождения лечебного процесса.

Клинический психолог — квалификация, присуждаемая после обучения по программам специалитета «Клиническая психология» в рамках действующего Федерального образовательного стандарта или после обучения по программе дополнительного профессионального обучения по программе «Клиническая психология» при наличии профильного психологического образования по программам бакалавриата или специалитета.

Медицинский психолог — наименование должностей клинических психологов в системе здравоохранения РФ.

Деятельность медицинского психолога как специалиста в области клинической психологии направлена на психологическую диагностику, повышение психических ресурсов и адаптационных возможностей человека, на гармонизацию психического развития, охрану здоровья, профилактику и психологическую реабилитацию, включая реализацию мероприятий, направленных на выявление, предупреждение, преодоление затруднений и сложностей психологического характера, поддержание психологического благополучия получателя помощи.

Объектом клинической психологии является психика человека с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и эмоциональным состоянием.

Предметом профессиональной деятельности медицинского психолога являются психические процессы, состояния, особенности поведения, индивидуальные и межличностные особенности, социально-психологические феномены, проявляющиеся в различных областях человеческой деятельности.

Организация психологической помощи лицам, обращающимся за помощью в медицинские учреждения, должна реализовываться на основании актуальных клинических рекомендаций с соблюдением базовых профессиональных принципов, включая:

1. *Принцип доступности* — подразумевает приближение психологической помощи к населению и реализуется включением специалистов/структурных подразделений, оказывающих медико-психологическую помощь, в состав лечебно-профилактических учреждений различного профиля, специализированные центры, поликлиники, диспансеры, многопрофильные больницы.
2. *Принцип системности* — обеспечивается включением в общую систему медицинской помощи, с активным междисциплинарным взаимодействием медицинских психологов со всеми необходимыми службами для обеспечения комплексного персонализированного подхода.
3. *Принцип непрерывности* — предполагает участие медицинского психолога в ведении пациента на всех этапах лечебно-диагностического процесса и реализуется в различных профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятиях.

Организация, содержание и процесс психологической помощи должны основываться на базовых этических принципах, принятых в профессиональной психологии и регулирующих любые виды практической деятельности психологов, включая медицинских психологов. Этический кодекс Российского психологического общества (РПО) содержит следующие базовые этические принципы.

1. *Принцип уважения* в иерархии принципов является главным и предписывает психологам в любых ситуациях профессионального взаимодействия исходить из уважения личного достоинства, прав и свобод человека, которые провозглашаются и гарантируются Конституцией Российской Федерации, а также международными документами о правах человека. Принцип уважения предполагает следующие этические нормы: уважение достоинства, прав и свобод личности, включая весь спектр индивидуальных особенностей поведения и характеристик человека; обязательство сохранять беспристрастность и не допускать предвзятости в отношениях к клиенту; соблюдение конфиденциальности и защиты любой персональной информации, полученной в процессе работы от намеренного или случайного разглашения; содействие осведомленности и реализации добровольного информированного согласия клиента в течение всего периода работы; уважение к свободе самоопределения и сохранению автономии клиента, включая

общее право человека самостоятельно принимать решения об обращении за помощью и профессиональных отношениях с психологом, включая решение о прекращении взаимодействия с психологом.

2. *Принцип компетентности (профессионализма)* предполагает приверженность поддержанию высокого уровня качества и профессионализма в своей работе, а также признания границ своей компетентности. Компетентность предполагает: знание и следование профессиональной этике; понимание ограничений профессиональной компетентности, обусловленных личным опытом, образованием, технологиями и методами, а также конкретной ситуацией и возможностями клиента. Приверженность профессионализму также предполагает обязательство непрерывного профессионального развития и повышения квалификации.

3. *Принцип ответственности* означает осознание и принятие психологом своих профессиональных и научных обязательств перед своими клиентами, перед профессиональным сообществом и обществом в целом, включая избегание причинения вреда и злоупотреблений, а также обязательства решать возможные этические дилеммы в своей деятельности.

4. *Принцип честности* отражает приверженность поддержанию открытости научных знаний, обучения и практической деятельности в психологии. В частности, приверженность профессиональной честности включает: осознание границ личных и профессиональных возможностей; честность и открытость в коммуникации с клиентами, коллегами и студентами, а также другими людьми, например работодателями, которые должны быть проинформированы как о профессиональных, так и этических основах работы психолога. В рамках принципа честности в Этическом кодексе РПО также обозначено осознание проблем, связанных с множественными отношениями, обязательство избегать конфликтов интересов, а также открытость перед профессиональным сообществом как в части результатов психологических исследований, так и практической деятельности. Важным компонентом профессиональной честности является открытое обсуждение с коллегами возникающих проблем и обратной связи по поводу возможных нарушений коллегами профессиональной этики (<https://psyrus.ru/rpo/documentation/ethics.php>).

2. Виды деятельности и трудовые функции медицинского психолога

Приказом Минздравсоцразвития РФ от 23 июля 2010 г. № 541н (редакция от 9 апреля 2018 г.) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», в разделе «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» обозначен перечень основных должностных обязанностей медицинского психолога.

- Проведение работы, направленной на восстановление психического здоровья и коррекцию отклонений в развитии личности пациента/клиента.
- Выявление условий, препятствующих или затрудняющих гармоническое развитие личности пациента/клиента.

- Осуществление работы по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию больных, вследствие чего оказание помощи пациентам/клиентам и их родственникам в решении личностных, профессиональных и бытовых психологических проблем.
- Проведение психодиагностических исследований и длительных диагностических наблюдений за пациентами/клиентами, уделяя особое внимание лицам, имеющим факторы риска психических расстройств.
- Совместно с лечащим врачом разработка развивающих и психокоррекционных программ с учетом индивидуальных, половых и возрастных особенностей пациентов/клиентов.
- Выполнение работы по профориентации пациентов/клиентов с учетом их пожеланий, способностей и ситуационных возможностей.
- Проведение работы по обучению медицинского персонала вопросам медицинской, социальной психологии и деонтологии.
- Оценка по состоянию здоровья пациента/клиента, эффективности проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий.
- Проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов/клиентов и их родственников по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, пропаганде здорового образа жизни.

В соответствии с должностными обязанностями и федеральным образовательным стандартом клинический психолог в системе здравоохранения выполняет следующие виды профессиональной психологической деятельности: диагностическую, консультативную и психотерапевтическую, экспертную, профилактическую и психолого-просветительскую.

Задачи (функции) в области психологической диагностики при оказании медицинской помощи

1. Выявление и анализ информации о потребностях пациента (клиента) и лечащего врача (или заказчика услуг) в психологическом исследовании с помощью интервью, анамнестического метода, изучения медицинской документации и других клинико-психологических методов. На основе этой информации формулирование цели и конкретных задач психологической диагностики в связи с лечебно-диагностическими, восстановительно-реабилитационными или профилактическими задачами

2. Разработка плана психодиагностического исследования с учетом нозологических, синдромальных, половозрастных, социо-культуральных и индивидуально-психологических характеристик пациента (клиента); формирование комплекса психодиагностических методов, адекватных цели исследования, определение последовательности (программы) их применения.

3. Проведение исследования когнитивных функций, эмоциональных состояний, свойств личности, а также психологических проблем, конфликтов, уровня и способов психологической адаптации, отношения к болезни и механизмов совладания со стрессом, межличностных отношений и качества социальной

поддержки и других психологических феноменов, релевантных задачам исследования в соответствии с программой и профессиональными этическими нормами; проведение обработки и анализа полученных данных (в том числе, с применением информационных технологий).

4. Проведение интерпретации полученных результатов в контексте теории современной медицинской психологии и подготовка письменного развернутого структурированного психологического заключения, отвечающего цели исследования и заканчивающегося кратким информативным резюме (для врача или заказчика услуг). Предоставление пациенту (клиенту) информации о результатах диагностики (обратной связи), а также рекомендаций (при необходимости).

**Задачи (функции) в области психологического вмешательства
при оказании медицинской помощи
(психологическое консультирование, психокоррекция
и участие в психотерапевтическом лечении)**

1. На основе современных знаний об основных направлениях клинко-психологических вмешательств (психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии) и их теоретической обоснованности выявление и анализ информации, необходимой для определения целей психологического вмешательства, в рамках задач, определяемых лечащим врачом, самостоятельно или совместно с врачом разработка программы вмешательства, включая индивидуальные и групповые формы, с учетом нозологических, демографических, психологических и других характеристик пациента (клиента), его запроса и задач лечебно-восстановительного процесса.

2. При условии владения разнообразными методами и техниками индивидуальной, групповой и семейной психотерапии и консультирования, в тесном взаимодействии с врачом, осуществление клинко-психологического вмешательства в соответствии с разработанной программой и его целью (профилактика, лечение, реабилитация и развитие).

3. По окончании серии клинко-психологических вмешательств проведение оценки их эффективности (совместно с врачом), анализ и представление в медицинской документации процесса и результатов вмешательства, формулирование рекомендаций по его результатам.

Задачи (функции) в области экспертной деятельности

1. На основании знаний об основных видах экспертной деятельности, роли психолога в различных видах экспертизы, содержания основных нормативных документов и этических принципов, регламентирующих деятельность психолога в экспертной практике, а также обстоятельств конкретного дела, определение задачи экспертного психологического исследования.

2. Разработка программы экспертного психологического исследования с учетом его задач и вида экспертной деятельности (судебная, военная, медико-

социальная, медико-педагогическая экспертиза), формирование комплекса надежных и валидных психодиагностических методов, используемых в экспертной практике, адекватных задачам экспертного исследования и доступных для выполнения подэкспертным.

3. С помощью психодиагностического комплекса квалифицированное проведение исследования, анализ его результатов, формулирование и подготовка экспертного заключения, адекватного задачам экспертизы и запросам пользователя.

Задачи (функции) в области профилактической и психолого-просветительской деятельности

1. Проведение регулярного информирования и консультирования медицинского персонала (сотрудников учреждений здравоохранения) по вопросам взаимодействия с пациентами (клиентами), создания необходимой психологической атмосферы и терапевтической среды в соответствии с гуманистическими принципами и персонифицированным характером современной медицины.

2. В рамках своей медицинской организации и на других площадках проведение мероприятий по формированию у населения установок на здоровый образ жизни, гармоничное развитие, продуктивное преодоление жизненных трудностей. Подготовка и проведение презентаций программ по охране психического здоровья для общественных и государственных организаций, программ раннего психологического вмешательства для групп повышенного риска психологической дезадаптации в различных ее формах.

В зависимости от профиля и конкретных потребностей медицинской организации, а также от условий оказания помощи (амбулаторная или стационарная) перечень и объем видов деятельности медицинского психолога могут различаться с учетом специфики заболевания и психологических жалоб, запросов со стороны врачебного персонала и организационных возможностей. Специфика и содержание деятельности медицинского психолога в отдельных областях или применительно к отдельным заболеваниям регламентируются отдельными методическими и клиническими рекомендациями, а также локальными нормативными актами.

Важно понимать необходимость активного вовлечения медицинского психолога в сопровождение лечебного процесса на всех его этапах, включая диагностику, вмешательство, реабилитацию и профилактику. В частности, компетенции медицинского психолога играют ключевую роль при сопровождении и решении нижеперечисленных психологических проблем.

1. *Реакции на постановку диагноза и адаптация к болезни.* В ряде случаев сам факт заболевания и постановки диагноза вызывают значимый личностный дистресс как у самого больного, так и его/ее ближайшего окружения. Отношения пациента и его близких как к факту болезни, так и ее течению и прогнозу могут быть связаны со стигматизацией и самостигматизацией. Колебания самочувствия, особенно в самом начале терапии, часто приводят к сомнениям больного, неуверенности в возможности излечения, в компетентности лечащего врача. Пациент

оказывается в ситуации, которая считается одной из самых трудных, — в ситуации неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом. Если заболевание приобретает хроническое течение, то образ жизни пациента, связанный с необходимостью продолжительного лечения, существенно меняется. Субъективная сторона заболевания связана с возможностями конкретной личности адаптироваться к тем условиям, которые болезнь вносит в повседневную жизнь

2. *Внутренняя картина болезни.* Термин «внутренняя картина болезни» используется для обозначения сложного комплекса субъективных психических категорий — ощущений, представлений, восприятий, эмоций и травматических переживаний, возникающих у человека в ответ на развитие заболевания. Внутренняя картина болезни может существенным образом влиять на успешность лечения и адаптации как на субъективном уровне, так и на объективном.

3. *Психологические реакции и последствия, связанные с пребыванием в медицинском учреждении и госпитализацией.* Госпитализация и даже обращение за амбулаторной медицинской помощью сопряжены с возникновением принципиально новых социальных ситуаций для пациента. Наступает резкая перемена образа жизни: больной изолирован от работы, от семьи, лишен привычного круга общения, друзей, развлечений, привычной обстановки; у него нет уверенности в отношении характера, прогноза и исхода заболевания, его последствий для дальнейшей жизни, трудоспособности, супружеских и семейных взаимоотношений. В условиях стационара могут наблюдаться различные психологические реакции пациента в зависимости от пола, возраста, особенностей темперамента, свойств личности, социального положения, профессии, нозологической принадлежности, тяжести состояния, проводимой терапии. Психологическое консультирование и сопровождение со стороны медицинского психолога может существенным образом способствовать эффективной адаптации пациентов к лечению, коррекции дезадаптивного поведения, снижению риска развития «госпитализма» как совокупности психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием индивида в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома.

4. *Приверженность лечению.* Соблюдение пациентом врачебных назначений и предписаний в большой мере зависит от его отношения к своему заболеванию, взаимодействию с врачом, к необходимости приема лекарств и лечебных процедур. Часто пациент не принимает лекарства совсем или принимает избирательно по собственному выбору те, которые считает нужными. Такое поведение объясняется как страхом пациентов, полагающих, что слишком большое количество медикаментов вредно для организма, либо они думают, что страдают тяжелой неизлечимой болезнью, либо испытывают выраженные дискомфортные ощущения, связанные с побочным действием лекарств, зачастую довольно выраженным. Проведенные исследования показывают, что около 20% всех медикаментов остаются неиспользованными, так как пациент не принимает назначенное лекарство или применяет его неправильно (изменяет дозы, частоту приема). Насколько

строго и пунктуально пациент будет придерживаться рекомендаций врача, во многом зависит от субъективной оценки им своего состояния, от того, что он сам думает о своей болезни и лечении, как оценивает перспективы выздоровления и свою роль в этом процессе. Формирование приверженности лечению и выработка эффективных индивидуальных навыков здоровьесберегающего поведения являются одними из первоочередных задач медицинского психолога при сопровождении лечебного процесса.

3. Нормативы временных затрат для отдельных видов работы медицинского психолога

Предлагаемые в настоящих методических рекомендациях нормативы составлены на основании хронометрических данных и многолетнего опыта практической (психотерапевтической, психодиагностической и психокоррекционной) работы медицинских психологов в отделениях и лабораториях Санкт-Петербургского НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева и в курируемых им лечебно-профилактических учреждениях Санкт-Петербурга и других регионах России.

В таблице 1 приведены основные виды работ и услуг, относящиеся к компетенции медицинского психолога, согласно действующей Номенклатуре медицинских услуг (Приказ Минздрава РФ от 13 октября 2017 г. № 804н, с изменениями и дополнениями на 5 марта 2020 г.), а также диапазоны необходимых временных затрат для отдельных видов деятельности психолога (min-max).

Таблица 1

Вид работ медицинского психолога	Нормативы временных затрат	Название услуги Код простой/комплексной услуги в действующей номенклатуре
Расширенное психодиагностическое обследование (из расчета общего времени, несколько визитов)	5–8 часов	B03.035.004 Патопсихологическое-экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование B03.070.004 Комплекс клинико-психологических исследований для определения характера нарушения высших психических функций, эмоций, личности B03.070.003 Комплекс клинико-психологических исследований для оценки факторов риска и адаптивных ресурсов психики пациента
Специализированное психодиагностическое обследование (из расчета общего времени, несколько визитов)	3–5 часов	A13.29.003.001 Клинико-психологическое психодиагностическое обследование B03.035.004 Патопсихологическое экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование

Вид работ медицинского психолога	Нормативы временных затрат	Название услуги Код простой/комплексной услуги в действующей номенклатуре
Повторное и дополнительное психодиагностическое обследование (из расчета времени для 1 визита)	1,5–2 часа	A13.29.003.001 Тестологическое психодиагностическое обследование B03.035.004 Патопсихологическое экспериментальное-психологическое (психодиагностическое) исследование
Индивидуальное психологическое консультирование (из расчета времени для 1 сессии)	50 минут — 1, 5 часа	B01.070.009 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный B01.070.010 Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный A13.29.003 Клинико-психологическая адаптация A13.29.007 Индивидуальная клинико-психологическая коррекция A13.29.006 Клинико-психологическое консультирование A13.29.006.001 Индивидуальное клинико-психологическое консультирование A13.29.019 Арттерапия
Семейное психологическое консультирование (из расчета времени для 1 сессии)	1–1,5 часа	A13.29.006.003 Семейное клинико-психологическое консультирование
Групповая работа/психологическое консультирование (из расчета времени для 1 сессии)	1,5–2 часа	A13.29.006.002 Групповое клинико-психологическое консультирование A13.29.007.002 Групповая клинико-психологическая коррекция A13.30.003 Аутогенная тренировка A13.29.020 Клинико-психологический тренинг
Социотерапевтическая и реабилитационная работа (из расчета времени для 1 занятия)	В течение всего периода лечения 50–90 минут	A13.29.004 Клинико-психологическая терапия средой B04.035.006 Групповая психообразовательная работа с больными с психическими расстройствами и расстройствами поведения B04.035.007 Групповая психообразовательная работа с родственниками больного с психическим расстройством и расстройством поведения B04.035.008 Школа психосоциальной адаптации для больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения и их родственников B04.070.001 Школа психологической профилактики для пациентов и родственников B04.070.008 Школа психологической реабилитации для пациентов и родственников

Комментарии к нормативам временных затрат для выполнения работ медицинским психологом:

- расширенное психодиагностическое обследование одного человека с помощью комплекса психодиагностических и экспериментальных методик, включая подготовку к исследованию, оформление результатов и запись в историю болезни, требует в среднем 5–8 часов работы; при этом длительность однократного непрерывного медико-психологического исследования не должна превышать 1,5–2 часов, а при повышенной утомляемости больных — не более часа, поэтому первичное обследование может проводиться в течение 2–3 дней, в особенности если оно связано со сложными в диагностическом и экспертном плане случаями;
- специализированное психодиагностическое обследование одного человека с помощью комплекса психодиагностических и экспериментальных методик, включая подготовку к исследованию, оформление результатов и запись в историю болезни, требует в среднем 3–5 часов;
- повторное и дополнительное психодиагностическое обследование пациентов/клиентов занимают в среднем 1,5–2 часа;
- повторное психологическое исследование личностных характеристик пациента/клиента может быть назначено с интервалом не менее 6 месяцев;
- проведение дополнительных психологических исследований, «экспресс-диагностики» для одного человека — в среднем 1 час;
- индивидуальная психокоррекция/психологическое консультирование/психотерапия — от 50 минут до 1,5 часа для одной сессии;
- семейная психокоррекция/психологическое консультирование/психотерапевтические мероприятия — 1–1,5 часа для одной сессии;
- групповая психокоррекция/психологическое консультирование/психотерапевтические мероприятия — 1,5–2 часа для одной сессии;
- в течение рабочей недели, занимаясь только экспериментально-диагностической и экспертной работой, психолог может провести 5–7 первичных или 15–20 повторных обследований пациентов/клиентов;
- при проведении психологической работы в виде групповых занятий нагрузка на рабочий день — занятия с двумя группами по 8–10 человек в каждой, ведение таких групп может быть ежедневным или до 2–3 раз в неделю. Продолжительность работы с одной группой с учетом подготовки и записи о ней в документации составляет в среднем 2,5–3 часа;
- при проведении семейной психотерапии, психопрофилактической, терапевтической и реабилитационной работы, занятий с медицинским персоналом, участия в клинических разборах, конференциях, занятиях, повышающих профессиональный уровень медицинского психолога, супервизиях нагрузка определяется в часах реально используемого времени;
- участие медицинского психолога в консультативной, психотерапевтической, психокоррекционной работе должно быть отражено записью в истории болезни, амбулаторных картах или специальных дневниках, материалы

которых используются врачом для анализа динамики отношений, установок, состояния и поведения больных в процессе лечения и как форма отчетности. Соответствующее число посещений вносится в форму 039/у-02 медицинского психолога.

При выборе методик для психодиагностического (экспериментально-психологического) исследования медицинскому психологу следует ориентироваться на рекомендуемые батареи тестов и процедуры в клинических рекомендациях, а также методические рекомендации по оборудованию кабинетов психологического консультирования (в частности, «Использование набора материалов и оборудования для экспериментально-психологического исследования (базовый уровень). Методические указания». СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, 2024).

4. Общие требования к организации работы медицинского психолога

Требования к помещению:

- для работы медицинского психолога необходим отдельный изолированный кабинет, который не может совмещать в себе функции медицинского кабинета для приема других специалистов, оборудованный компьютером, принтером и закрываемыми шкафами для хранения файлов пациентов и документов;
- для групповой работы необходимо специальное помещение, оборудованное мебелью для размещения групп (не менее 15 человек), а также проектором, компьютером и экраном/доской и флип-чартом.

Требования к условиям работы, включая соблюдение режима труда и отдыха, безопасности и конфиденциальности

В процессе выполнения профессиональной деятельности медицинскому психологу необходимо соблюдать режим труда и отдыха с целью профилактики выгорания и поддержания качества работы, а именно:

- в случае деятельности, связанной исключительно с психологическими вмешательствами (консультационные или групповые сессии), ежедневно допускается не более пяти индивидуальных консультаций или двух групповых занятий с перерывами не менее 10 минут;
- между консультационными, диагностическими и иными видами работы необходимы технологические перерывы (минимум 10 мин);
- во время проведения всех видов психологической деятельности с пациентами, включая психологические вмешательства (индивидуального и группового формата), вход в помещение посторонних лиц и других специалистов строго запрещен;
- работа медицинского психолога должна сопровождаться обеспечением со стороны работодателя мероприятиями по профилактике выгорания и про-

фессиональной гигиене (супервизия, интервизия), которые должны назначаться исключительно в рабочие часы и не затрагивать выходные дни (использование личных средств специалиста для оплаты мероприятий по профилактике выгорания не допускается).

**Действующие порядки оказания медицинской помощи,
включающие в себя деятельность медицинского психолога**

1) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболеваниях нервной системы (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 926н).

2) Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 928н).

3) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и порядок диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (утв. приказом Минздрава России от 30 декабря 2015 г. № 1034н).

4) Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (утв. приказом Минздрава России от 14 октября 2022 г. № 668н).

5) Положение об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья (утв. приказом Минздрава России от 14 апреля 2025 г. № 208н/243н).

6) Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «сурдология-оториноларингология» (утв. приказом Минздрава России от 9 апреля 2015 г. № 178н).

7) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 924н).

8) Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (утв. приказом Минздрава России от 20 июня 2013 г. № 388н).

9) Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 932н).

10) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «нейрохирургия» (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 931н).

11) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «анестезиология и реаниматология» (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 919н).

12) Порядок оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями (утв. приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. № 918н).

13) Порядок оказания медицинской помощи пациентам с врожденными и (или) наследственными заболеваниями (утв. приказом Минздрава России от 21 апреля 2022 г. № 274н).

14) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях (утв. приказом Минздрава России от 19 февраля 2021 г. № 116н).

15) Порядок оказания медицинской помощи при заболеваниях (состояниях), для лечения которых применяется трансплантация (пересадка) костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток (утв. приказом Минздрава России от 12 декабря 2018 г. № 875н).

16) Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «неврология» (утв. приказом Минздрава России от 14 декабря 2012 г. № 1047н).

17) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (утв. приказом Минздрава России от 20 октября 2020 г. № 1130н).

18) Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции) (утв. приказом Минздрава России от 8 ноября 2012 г. № 689н).

19) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (утв. приказом Минздрава России от 29 января 2016 г. № 38н).

20) Порядок оказания педиатрической помощи (утв. приказом Минздравсоцразвития России от 16 апреля 2012 г. № 366н).

21) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская эндокринология» (утв. приказ Минздрава России от 29 октября 2024 г. № 583н).

22) Порядок оказания медицинской помощи по профилю «детская онкология» (утв. приказом Минздрава России от 31 октября 2012 г. № 560н).

23) Порядок оказания медицинской помощи детям по профилю «ревматология» (утв. приказом Минздрава России от 25 октября 2012 г. № 441н).

24) Порядок оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями (утв. приказом Минздрава России от 13 ноября 2012 г. № 910н).

5. Квалификационные требования для занятий должностей «медицинский психолог»

В соответствии с действующим приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» (с изменениями от 19 февраля 2024 г. № 72н) установлены следующие квалификационные требования для занятия должности «Медицинский психолог»:

Уровень профессионального образования	Высшее образование — специалитет по специальности «Клиническая психология» или высшее образование — специалитет по специальности «Психология» со специализацией «Клиническая психология» или

Дополнительное профессиональное образование

Профессиональная переподготовка по специальности «Клиническая психология» при наличии высшего образования — специалитета по одной из специальностей: «Психология», «Психология служебной деятельности» или при наличии высшего образования — бакалавриата и магистратуры по направлению подготовки «Психология» или непрерывный стаж работы по направлению профессиональной деятельности более 5 лет и прохождение программ дополнительного профессионального образования в виде профессиональной переподготовки по направлению профессиональной деятельности (для лиц, принятых на должность до 1 сентября 2023 г.).

Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности.

6. Нормативно-правовые основы, регламентирующие статус и деятельность медицинского психолога

Медицинские психологи являются аккредитованными для медицинской деятельности специалистами с высшим немедицинским образованием. С 01.01.2021 все лица, планирующие осуществить медицинскую деятельность в должности «медицинский психолог», должны иметь соответствующее образование и пройти аккредитацию специалиста. Медицинские психологи внесены в Федеральный регистр медицинских работников, на них распространяются обязанности по прохождению первичной специализированной и периодической аккредитации, они повышают свою квалификацию один раз в пять лет и аттестуются на квалификационные категории в установленном законом порядке.

Медицинский психолог относится к категории *медицинских работников* — специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием (приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н (ред. от 9 апреля 2018 г.) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарег. в Минюсте России 25 августа 2010 г. № 18247); приказ Минздрава РФ от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников», редакция от 4 декабря 2023 г.). На медицинского психолога распространяются все нормативно-правовые акты (федеральные, региональные, подведомственные и локальные), определяющие права и обязанности медицинских работников.

Специальная оценка условий труда на рабочих местах медицинских психологов осуществляется согласно Приложению № 5 к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 апреля 2015 г. № 250н как медицинских работников и иных работников, непосредственно обслуживающих

больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения. При этом учитываются следующие особенности трудовой деятельности работников, обуславливающие особое воздействие на работников вредных и (или) опасных производственных факторов:

- непосредственное обслуживание больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе вызванными употреблением психоактивных веществ;
- стресс работников, связанный с постоянным общением с лицами, страдающими психическими расстройствами и расстройствами поведения;
- угроза жизни и здоровью работников, связанная с возможным совершением в отношении них противоправных действий со стороны лиц, страдающих психическими расстройствами и расстройствами поведения, которым оказывается соответствующая медицинская помощь или осуществляется их обслуживание;
- осуществление постоянного планирования и организации контроля мер безопасности в отношении лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения.

Медицинский психолог, являясь специалистом в медицинском учреждении, участвует в оказании медицинской помощи. В связи с этим на него распространяются все нормативно-правовые акты (как федеральные, так и подведомственные), имеющие отношение как к медицинской помощи в целом, так и к тому профилю медицинской деятельности, в которой занят психолог.

Участие медицинского психолога в оказании медицинской помощи зафиксировано также в действующих порядках оказания медицинской помощи, включающих в себя деятельность медицинского психолога. В настоящее время перечень порядков, в которых так или иначе включены медицинские психологи, довольно велик и охватывает самые разные сферы медицины — от онкологии, педиатрии, акушерства и гинекологии до медицинской реабилитации, наркологии и, конечно же, психиатрии.

Регулирование деятельности медицинского психолога в медицинских учреждениях обеспечивается нормативно-правовыми документами, являющимися базовыми для российского здравоохранения и содержащими основные нормы и принципы охраны здоровья, организации и оказания медицинской помощи населению. Медицинский (клинический) психолог должен действовать в рамках Конституции Российской Федерации в целом и правового поля медицины, в частности. Необходимо отметить, что на момент написания Рекомендаций Закон РФ «О психологической помощи» и Профессиональный стандарт медицинского психолога находились на стадии проектов.

Приводим *перечень нормативных документов, задающих основные правовые рамки психологической деятельности в системе здравоохранения* (с краткими пояснениями):

1. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (редакция от 1 июля 2025 г.) определя-

ет основные принципы, по которым осуществляются организация и оказание медицинской помощи. В соответствии со ст. 69 медицинские психологи имеют право на осуществление медицинской деятельности как лица, получившие медицинское или иное образование в российских организациях, осуществляющих образовательную деятельность, и прошедшие аккредитацию специалиста. Переход к процедуре аккредитации специалистов происходит поэтапно с 1 января 2016 г. по 31 декабря 2025 г. (ст. 100, ч. 1).

2. Закон РФ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02 июля 1992 г. № 3185-1 (с изменениями и дополнениями) определяет отношения сторон при оказании психиатрической помощи.

3. Порядок оказания медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения (приказ Минздрава РФ от 14 октября 2022 г. № 668н) определяет участие врачей-психотерапевтов и клинических психологов в обеспечении функций всех основных организационных форм, подразделений и учреждений, оказывающих психиатрическую помощь, предписывает включение психотерапевтической и клиничко-психологической работы в их деятельность, регламентируя количество соответствующих должностей специалистов.

4. Приказ Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» содержит «Положение об организации деятельности врача-психотерапевта», «Положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», «Положение об организации деятельности социального работника, участвующего в оказании психотерапевтической помощи», «Положение об организации деятельности психотерапевтического кабинета», «Положение об организации деятельности психотерапевтического отделения», «Положение об организации деятельности психотерапевтического центра», тем самым, прежде всего, определяя основные организационные формы оказания психотерапевтической помощи. В настоящее время оценка положений данного приказа со стороны врачей и юристов неоднозначна и сводится к тому, что они нуждаются в переработке в соответствии с актуальными организационными изменениями.

5. Приказ Минздрава РФ от 24 октября 2002 г. № 325 «О психологической и психиатрической помощи в чрезвычайных ситуациях» (вместе с «Положением об организации психологической и психиатрической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях») содержит основные указания о порядке взаимодействия специалистов при оказании помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

6. «Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (Приказ Минздрава РФ от 2 мая 2023 г. № 205н, редакция от 4 декабря 2023 г.) определяет возможности кадрового обеспечения структурных подразделений медицинской организации: из каких должностей может быть сформировано штатное расписание. Включает, в ряду прочих, должности врача-психотерапевта, медицинского психолога, нейропсихолога, медицинского логопеда. Наименование должностей должно совпадать с актуальной номенклатурой

должностей, чтобы у работников не было проблем с получением льгот, надбавок за стаж и других гарантий, предусмотренных законом. На основании Приказа медицинский психолог относится к медицинским работникам с высшим немедицинским образованием.

7. Номенклатура медицинских услуг (Приказ Минздрава РФ от 13 октября 2017 г. № 804н, с изменениями и дополнениями на 5 марта 2020 г. (редакция от 24 сентября 2020 г.)) включает перечень медицинских услуг, в том числе относящихся к компетенциям врача-психотерапевта и медицинского психолога, которые используются при составлении стандартов оказания медицинской помощи при различных нозологиях и клинических состояниях. Номенклатура медицинских услуг используется при разработке клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи, определяет перечень услуг, которые может заявлять медицинская организация. Психологические услуги представлены в разделах А и В, типы медицинских услуг А01, А13, В01, В03.

8. Приказ Минздравсоцразвития России 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (редакция от 9 апреля 2018 г.). Определены должностные обязанности и установлены требования к квалификации по должности «медицинский психолог»: высшее профессиональное образование по специальности «Клиническая психология» либо высшее профессиональное (психологическое) образование и профессиональная переподготовка по специальности «Клиническая психология».

9. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» определяет требования к образованию. Специалисты, претендующие на должность «Медицинский психолог», должны иметь высшее образование — специалитет по специальности «Клиническая психология» или высшее образование — специалитет по специальности «Психология» со специализацией «Клиническая психология», или дополнительное профессиональное образование (профессиональная переподготовка) по специальности «Клиническая психология» при наличии высшего образования — специалитета по одной из специальностей: «Психология», «Психология служебной деятельности», или при наличии высшего образования — бакалавриата и магистратуры по направлению «Психология».

10. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 31 марта 2008 г. № 149н (редакция от 3 марта 2017 г.) «Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг». Установлено, что должности медицинских психологов относятся к числу должностей 2-го квалификационного уровня в профессиональной квалификационной группе «Должности специалистов третьего уровня в учреждениях здравоохранения и осуществляющих предоставление социальных услуг», что применяется для установления базовых ставок заработной платы.

11. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 декабря 2017 г. № 1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов» (редакция от 4 августа 2020 г.). Прохождение аккредитации специалиста является обязательным условием для допуска к осуществлению медицинской деятельности. Определены сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категории лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов. В соответствии с требованиями приказа аккредитации подлежат все лица, не прошедшие аккредитацию специалиста, в том числе лица с иным образованием, к которым относятся медицинские психологи.

12. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов». В соответствии с п. 3 Положения аккредитация специалиста с немедицинским образованием проводится с учетом квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам, предусмотренным Единым квалификационным справочником должностей. В соответствии с п. 2 Положения в отношении лиц, завершивших освоение основных профессиональных образовательных программ иного высшего образования и не имеющих стажа работы на должностях медицинских работников (медицинского психолога, в частности), либо имеющих стаж работы на этих должностях менее 5 лет, проводится первичная специализированная аккредитация. При наличии стажа 5 лет и более проводится процедура периодической аккредитации.

13. Приказ Минздравмедпрома РФ от 4 сентября 1995 г. № 255 «Об аттестации на квалификационные категории психологов, работающих в учреждениях здравоохранения Российской Федерации». Установлено, что аттестация на вторую, первую и высшую квалификационные категории специалистов — психологов, имеющих высшее специальное образование и работающих в учреждениях здравоохранения на должности психолог, осуществляется в соответствии с нормативно-правовыми актами, регламентирующими вопросы аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения).

14. Приказ Минздрава России от 31 августа 2023 г. № 458н) «О Порядке и сроках прохождения медицинскими работниками и фармацевтическими работниками аттестации для получения квалификационной категории». Установлено, что аттестация медицинских психологов как специалистов, имеющих иное высшее профессиональное образование, проводится по должности «медицинский психолог» как должности, предусмотренной действующей номенклатурой должностей медицинских и фармацевтических работников.

Отдельно следует выделить блок нормативных правовых документов, относящихся к оказанию психотерапевтической помощи. Психотерапия как один из самых сложных видов деятельности, в которой задействованы медицинские психологи, имеет собственную выраженную специфику, которая заключается в ее

междисциплинарном характере, особенностях контингента пациентов, многообразии концепций, подходов и методов, содержании психотерапевтического процесса в различных сферах применения.

В соответствии с регламентом оказания психотерапевтической помощи медицинский психолог участвует в ее оказании на всех этапах, включая диагностику, вмешательство и мониторинг, поэтому важно учитывать основные законодательные акты, обеспечивающие нормативно-правовое регулирование психотерапевтической деятельности в целом.

Учитывая генетическую связь психотерапии с психиатрией и близость к ней во многих лечебных и организационных аспектах, основным регулирующим документом является Закон Российской Федерации от 2 июля 1992 г. № 3185-1 (редакция от 22 июля 2024 г.) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». Понятие «психотерапия» и правовые нормы, специально регулирующие оказание психотерапевтической помощи, в настоящем документе отсутствуют. Однако очевидно, что пациентам, нуждающимся в психотерапевтической помощи, должны предоставляться все права и гарантии, закрепленные данным законодательным актом. Непосредственное нормативно-правовое регулирование психотерапевтической помощи в стране осуществлялось и продолжает осуществляться на уровне ведомственных подзаконных нормативных правовых документов (приказы и распоряжения Министерства здравоохранения Российской Федерации).

Положения, регламентирующие деятельность медицинских психологов, содержатся в приказе Минздрава РФ от 16 сентября 2003 г. № 438 «О психотерапевтической помощи» (положение об организации деятельности медицинского психолога, участвующего в оказании психотерапевтической помощи), в приказе № 391 от 26 ноября 1996 г. «О подготовке медицинских психологов для учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь».

Литература

1. Клиническая психология и психотерапия / под ред. М. Перре, У. Бауманна; [пер. с нем. Н. Залуцкого, Н. Паутовой, А. Пономаревой]; под ред. В. А. Абабкова. 3-е изд. СПб. [и др.]: Питер, 2012. 944 с.
2. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология: материалы 10-й Юбилейной Всероссийской общественной профессиональной медицинской психотерапевтической конференции, Москва, 30 мая 2012 года. Выпуск 10. М.: ООО «РамТип», 2012. 291 с.
3. Ляшковская С. В., Караваева Т. А. Организационные аспекты деятельности врачей-психотерапевтов и клинических психологов, занятых в оказании психотерапевтической помощи // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы. Сборник методических рекомендаций. Выпуск 5. СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, 2022: 434–455.
4. Ляшковская С. В., Караваева Т. А., Кондинский А. Г. Совершенствование оказания медико-психологической и психотерапевтической помощи в амбулаторных условиях // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные

подходы. Сборник методических рекомендаций. Выпуск 6. СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, 2023: 5–31.

5. Психотерапия. Национальное руководство / под ред. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 992 с.
6. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: учебник для вузов. 4-е изд. СПб.: Питер, 2011. 864 с.
7. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 864 с.
8. Щелкова О. Ю., Караваева Т. А., Бочаров В. В. и др. Использование набора материалов и оборудования для экспериментально-психологического исследования (базовый уровень). Методические указания. 2024. СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева. 15 с.
9. Набор материалов и оборудования для экспериментально-психологического исследования (базовый уровень). СПб.: Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева, 2024. <https://ano-bekhterev.ru/rpod>
10. Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 26 мая 2020 г. № 683 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования — специалитет по специальности 37.05.01 “Клиническая психология”» и текст ФГОС. https://fgosvo.ru/uploadfiles/FGOS%20VO%203++/Spec/370501_C_3_18062021.pdf
11. Этический кодекс Российского психологического общества. <https://psyrus.ru/rpo/documentation/ethics.php>

**Основные направления медико-психологического сопровождения
при лечении пациентов с хроническими соматическими заболеваниями
(методические рекомендации для медицинских психологов)**

О. В. Кольцова, А. В. Шаболтас

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время медицина достигла огромных успехов в снижении смертности при лечении многих болезней. В то же время пациенты, страдающие тяжелыми неизлечимыми заболеваниями, включая онкологические, сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), сахарный диабет, ревматоидный артрит, муковисцидоз, ВИЧ-инфекцию, рассеянный склероз и другие хронические соматические болезни, вынуждены бороться с ними всю жизнь. Люди, впервые столкнувшиеся с выраженной болезненной симптоматикой, вызванной тем или иным заболеванием (острая, резкая боль, одышка, кожные высыпания и др.), могут испытывать целый спектр сильных эмоциональных реакций — тревогу, страх, беспокойство, которые проходят по мере выздоровления. При хронических формах соматических заболеваний меняются не только состояние организма, в котором возникает морфологический и функциональный дефицит, но и реакции больного человека на стресс, его отношение к себе и миру, способности к жизнедеятельности. В профессиональной и бытовой сфере возникают ограничения, к которым надо адаптироваться и научиться эффективно функционировать.

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья человека Всемирной организации здравоохранения (МКФ; Всемирная организация здравоохранения, 2021 г.) выделяет следующие категории факторов и функционирования:

- структуры и функции организма, включая мозг и когнитивные функции;
- действия, включая повседневные мыслительные задачи, такие как запоминание инструкций или ведение беседы;
- участие во всех аспектах жизни, включая семейные, образовательные, социальные и другие жизненные роли;
- факторы окружающей среды, которые могут способствовать или препятствовать функционированию [21].

Жизнедеятельность и функционирование человека детерминируются факторами различного уровня. В соответствии с принятой в настоящее время биопсихосоциальной парадигмой специфика возникновения и протекания болезни зависит как от биологических, так и от социальных и психологических факторов, а также от динамики и характера взаимодействия всех детерминант и конкретных условий жизнедеятельности человека. На отношение к нарушениям, полученным

в результате заболевания, значительным образом влияют и личностные факторы пациента, например такие как убеждения и мотивация.

Медицинская помощь при диагностике и эффективном лечении заболеваний имеет первоочередное значение. В случае диагностирования хронического неизлечимого заболевания наряду с соматическими последствиями наблюдается нарастание бремени психологических и социальных последствий заболевания, которое несет сам пациент, его ближайшее окружение, члены семьи. Овладение больным базовыми знаниями о своем заболевании и понимание, в определенной степени, смысла и содержания методов лечения происходят в процессе регулярного общения с медицинским персоналом. При этом практика показывает, что для того, чтобы сформировать адекватное отношение к заболеванию и лечению, поддерживать оптимальное качество жизни, облегчить переход от здорового состояния к жизни с хроническим заболеванием, пациентам недостаточно бесед с врачом или медицинской сестрой. Важно обеспечить пациента и его семью дополнительной, по сути, посреднической помощью медицинского психолога, который, с одной стороны, владеет специальными знаниями и навыками, а с другой стороны, способен передать информацию пациенту простым языком, не перегруженным медицинской терминологией.

Медицинская и психологическая парадигмы оказания помощи несмотря на единую гуманистическую основу и значимость для успешного лечения имеют свою специфику, которая определяет как преимущества, так и ограничения использования медицинских и психологических подходов. Как пишут Буассонно и Ван Уайт: «В результате внедрения передовых технологий клиницисты часто уделяют больше внимания патологиям пациентов, а не самим пациентам. Многие из нас (клиницистов) ловили себя на том, что обращаются к “пациенту с восстановлением передней крестообразной связки” или к “пациенту с фибромиалгией”, а не к “мистеру Джонсу, сантехнику с тремя детьми, который не может вернуться к работе через шесть месяцев после восстановления передней крестообразной связки”» [24].

Практика показывает, что эффективность медицинской помощи при хронических заболеваниях во многом зависит от психологической поддержки. Медицинский психолог может помочь пациенту не только находить дополнительные ресурсы для борьбы с болезнью, но и выстраивать конструктивное взаимодействие с врачами и с медицинской системой в целом, а также формировать здоровый образ жизни. Вовлеченность семьи также повышает результаты терапии. Медицинский психолог может быть тем специалистом, у которого есть необходимые компетенции и временные ресурсы для интенсивного взаимодействия с близкими. Таким образом, деятельность медицинского психолога должна быть ориентирована на сопровождение пациента и его близких на всех этапах лечения, укрепление мотивации и повышение качества жизни.

Традиционно в здравоохранении выделяется несколько основных направлений деятельности медицинского психолога. Например, М. М. Кабанов в своих работах первоначально выделял четыре задачи медицинского психолога при

лечении психических болезней, которые актуальны и в лечении других заболеваний:

- 1) изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактики и лечение;
- 2) изучение влияния тех или иных болезней на психику;
- 3) изучение психических проявлений различных болезней в их динамике;
- 4) изучение характера взаимоотношений больного человека с окружающей его средой.

Впоследствии к этому списку была добавлена еще одна важная задача:

- 5) разработка и изучение психологических методов воздействия на психику человека для лечения и сохранения здоровья [6, 18].

По определению Комитета экспертов ВОЗ (1980), медицинская реабилитация — это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная его интеграция в общество. В зависимости от состояния физического здоровья и психологического благополучия могут быть разные цели медицинской реабилитации:

- восстановительная, а именно, профилактика и терапия осложнений (специфическое противовирусное или противоопухолевое лечение), последующие полное или частичное восстановление жизнедеятельности и в дальнейшем — трудоспособности;
- поддерживающая, которая заключается в адаптации пациента к изменившемуся психофизическому состоянию, социальной роли;
- паллиативная, включающая симптоматическое и паллиативное лечение при прогрессировании заболевания [5].

В зависимости от целей лечения и реабилитации в тесном взаимодействии с врачом выстраивается и работа медицинского психолога. Профессиональные компетенции медицинского психолога могут играть ключевую роль в рамках медико-психологического сопровождения для решения таких задач как: смягчение негативных реакций больного на постановку диагноза и адаптацию к болезни; формирование конструктивного отношения к болезни и уверенности в своих возможностях и жизненных перспективах; смягчение негативных реакций и последствий, связанных с пребыванием в медицинском учреждении или необходимостью пожизненного лечения; формирование высокой приверженности лечению и выработка эффективных индивидуальных навыков здоровьесберегающего поведения. В настоящих методических рекомендациях представлены основные направления и некоторые практические наработки решения конкретных профессиональных задач, а также конкретные диагностические методики и психологические технологии, которые могут быть использованы медицинскими психологами при сопровождении лечения неизлечимых соматических заболеваний.

1. Медико-психологическая помощь на этапе постановки диагноза и адаптации к болезни

Первичный этап обращения за медицинской помощью должен включать большой объем информирования как о самом заболевании и стратегии лечения, так и доступных ресурсах помощи, включая психологическое консультирование и поддержку. Реакции человека на заболевание могут иметь разрушительный характер: отрицание болезни, игнорирование обязательного соблюдения назначенной схемы лечения или, напротив, фанатичное следование рекомендациям врача, но при допуске малейшей ошибки — прямой и бесповоротный срыв терапии. Плохая осведомленность и тревожность могут приводить к иррациональным установкам, к переключению внимания больного на деятельность, приносящую временное удовольствие с вредными последствиями для здоровья, в том числе к аддиктивному поведению. Если врач замечает у своего пациента снижение интереса к жизни, подавленное настроение или когнитивные нарушения (жалобы на снижение концентрации внимания, ослабление памяти, невозможность подобрать нужное слово), появление медлительности или, напротив, необычное возбуждение, он может направить пациента к медицинскому психологу, но чаще всего, как показывает практика, лишь для проведения клинико-психологического исследования. Пациент, страдающий соматическим заболеванием, никогда ранее не обращавшийся к психологу, может настороженно реагировать на такое назначение (некоторые больные могут опасаться психиатрического «учета», приклеивания «ярлыка психически нездоровой личности»). Поэтому существует необходимость при первой встрече проинформировать больного о целях, специфике, принципах и формате психологической помощи, включая отличия от медицинской помощи и эпидемиологического расследования. Успешный опыт сопровождения пациентов с различными патологиями свидетельствует о значимой связи хорошей приверженности лечению с качественным информированием, а также с подготовительной консультационной работой медицинского психолога на первичном этапе обращения за медицинской помощью, имеющими ключевое значение для успешной адаптации к условиям и формату лечения в конкретном медицинском учреждении.

Если в лечебном учреждении есть психолог, то к нему за консультацией могут обращаться и сами больные люди, у которых наблюдается широкий круг психологических проблем, вызванных болезнью, а также психотравмирующие факторы, связанные с самим заболеванием или обострением преморбидных проблем. Оптимальной представляется командная модель оказания помощи, в рамках которой с самого начала осуществляется сопровождение психологом плана лечения и действий врача.

Необходимо отметить, что родственники пациента, страдающего хроническим соматическим заболеванием, — супруг, родители, дети, также могут быть подвержены значительному стрессу. Эмоциональное состояние близких родственников может быть взаимосвязано. Адаптация к болезни больного человека может быть затруднена, если родственники испытывают большую тревогу или депрессию, чем

он сам. Члены семьи больного нередко испытывают потребность обращения к психологу. Обычно они жалуются на изменения, которые происходят в характере больного: появившуюся раздражительность, нетерпеливость, жалобы на недостаток внимания к нему и т. п. Они фокусируются на проблемах больного, просят вмешаться, воздействовать на него, скорректировать его поведение, и порой не отдают себе отчета в том, что сами терпят чрезмерные стрессовые перегрузки, а их собственные переживания могут иметь патогенный характер. Для них также должно быть доступно обучение, получение информации, как поддерживать пациента дома (напоминать о приеме лекарств, измерении давления, уровня сахара в крови и т. п.), какие имеются перспективы по выздоровлению, восстановлению больного, как реагировать на эмоциональные проявления (депрессию, агитацию, беспокойство). Во время обучения навыкам сопровождения и оказания поддержки заболевшему родственнику им важно подсказать, что они могут обратиться к психологу в клинике или в социальной службе по месту жительства.

В ходе взаимодействия с пациентами и их близкими медицинский психолог, социальный работник или иной специалист, выступающий в роли консультанта, может ставить следующие цели [26].

1. Передать больному и его близким знания и навыки, которые позволят им участвовать в лечении и добиться его максимальной эффективности при минимуме побочных эффектов.
2. Побуждать больного активно участвовать в лечении и самому принимать обоснованные решения относительно изменений в схеме лечения.
3. Помочь больному осознать, что ему придется самому отвечать за свое здоровье и изо дня в день решать разнообразные задачи, порой важные и сложные.
4. Помочь больному перейти на здоровый образ жизни.
5. Помогать больному, а также его родным и близким справляться с психосоциальными проблемами, возникающими при лечении хронического заболевания.

В ситуации, когда нет прямого запроса (пациент находится в депрессивном состоянии, имеет суицидальные намерения, одинок и не имеет социальной поддержки, зависимый), но есть необходимость психологического вмешательства, психологическая помощь должна активно, но ненавязчиво предлагаться. Руководство социальных служб, обеспечивающих сопровождение инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), должны позаботиться, чтобы в штате были медицинские психологи, обладающие необходимыми навыками консультирования, кейс-менеджмента и сопровождения пациентов и их семей.

2. Оценка социально-психологического статуса и психологического благополучия

Хронические соматические заболевания и связанные с ними осложнения часто приводят к инвалидности. Результаты психологической диагностики учитываются

при составлении комиссией медико-социальной экспертизы (МСЭ) индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) в связи с выявленными нарушениями. Важно, чтобы при составлении заключения медицинский психолог, подробно описывая социально-психологический статус, «не забывал» формулировать конкретные рекомендации по психологической реабилитации. На эту «формальность» следует обратить внимание и психологов, и врачей МСЭ. При успешном лечении соматического заболевания когнитивные функции могут восстанавливаться, эмоциональное состояние — стабилизироваться, поведение — приобретать более конструктивный характер. Однако некоторые нарушения психических функций, связанные с заболеванием, не восстанавливаются и даже продолжают прогрессировать, несмотря на успешное соматическое лечение. Повторное клинико-психологическое обследование через год необходимо проводить особенно тщательно. И для анализа динамики восстановления желательно использовать тот же набор методик, что и при первичном обследовании.

Наибольшую трудность представляет коморбидность и мультиморбидность. Например, в анамнезе ВИЧ-инфицированных пациентов в 37,9% случаев отмечены заболевания центральной нервной системы (ЦНС), в 13,8% — туберкулез, в 6,9% — онкология, в 43,1% — наркологические болезни. ВИЧ-инфицированные инвалиды, имеющие в анамнезе зависимость от психоактивных веществ (ПАВ), в сравнении с пациентами без зависимости при первичном обследовании памяти в среднем показывают худшие результаты. При повторном обследовании показатели памяти улучшаются в обеих сравниваемых группах, но у зависимых от ПАВ больных — значительно в меньшей степени. У ВИЧ-инфицированных пациентов с установленной инвалидностью, имеющих в анамнезе сопутствующие тяжелые соматические заболевания, нарушающие работу ЦНС, снижающие иммунитет, восстановление высших психических функций возможно, но происходит более затрудненно по сравнению с ВИЧ-инфицированными без сопутствующей соматической патологии.

В медицинских картах даже в условиях доступа к компьютеризированным медицинским картотекам отчеты врачей зачастую не дают всей необходимой информации, которая может быть значимой для обеспечения работы медицинских психологов. В амбулаторных условиях — более подходящих для психологической работы — может быть недостаточно времени для сбора подробного психологического анамнеза. Можно сэкономить время, если пациенты заполняют анкеты по истории болезни до начала приема. Такая практика позволяет выявить проблемы с психическим здоровьем, которые могут быть связаны или не связаны с основной причиной визита к психологу. Однако при разработке опросника важно не только продумать открытые вопросы, но и обсудить их с членами мультидисциплинарной команды. Анкета позволяет собрать информацию помимо истории болезни пациента, она может включать элементы скрининга таких проблем, как поведенческие риски, депрессия и насилие в семье. Всем пациентам с хроническими соматическими заболеваниями, например, можно задавать четыре конкретных вопроса:

— В течение последнего месяца вы чувствовали себя подавленным, депрессивным или безнадежным?

— В течение последнего месяца вас беспокоило отсутствие интереса или удовольствия от того, что вы делаете?

— Вы когда-нибудь чувствовали себя небезопасно дома, или кто-нибудь бил вас или пытались причинить вам какую-либо травму?

— Вам когда-нибудь угрожал, причинял боль или заставлял испытывать страх или унижение ваш партнер или кто-то из ваших близких?

Спектр возможных психических расстройств и нарушений широк. Однако чек-лист по обследованию общего состояния здоровья и соматических жалоб может служить поводом для начала обсуждения. Усталость, необъяснимое изменение веса, изменение мышления или спутанность сознания, трудности с концентрацией внимания и нарушение сна — симптомы, связанные со многими психологическими расстройствами.

При сборе анамнеза у пациента с болевым синдромом ошибочно относить боль либо к органической, либо к психологической категории расстройств. Международная ассоциация по изучению боли определяет боль как неприятное сенсорное или эмоциональное переживание, вызванное действительным или возможным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения [28]. Боль является одновременно физическим ощущением и эмоциональной реакцией на него, поэтому может описываться как в терминах повреждения (колющая, сжимающая, режущая, жгучая), так и эмоциональной оценкой (отвратительная, противная). Она может быть связана с беспокойством, вызывать поведенческие реакции, обычно проявляющиеся повышением кровяного давления, тахикардией, увеличением размера зрачков.

Соматическая боль может быть поверхностной и глубокой. Поверхностная соматическая боль характеризуется как локальная и острая, пульсирующая или жгучая. Глубокая соматическая боль возникает в суставах, мышцах, сухожилиях или костях. Обычно она тупая, ноющая и менее локализованная.

Хроническая боль часто определяется продолжительностью более трех месяцев или после завершения процесса заживления. Существенным критерием болевого синдрома неонкологической природы является не продолжительность боли, а ее когнитивно-поведенческие аспекты [2].

3. Специфические направления медико-психологической помощи при сопровождении различных хронических заболеваний

Медико-психологическая помощь при онкологических заболеваниях

Если медицинский психолог работает в онкологическом центре, он должен быть знаком с тем, как проявляет себя «тотальная боль», как она влияет на эмоциональные и поведенческие реакции больного. С точки зрения этиологии, это состояние может быть вызвано как физическими, так и психологическими, социальными, духовными факторами. В онкологии облегчение боли является,

пожалуй, центральной задачей для врача и медицинского психолога. Специалисты считают, что отсутствие эффективного лекарственного лечения, коррекции физических причин конкретного болевого синдрома указывает на необходимость психологического вмешательства. Они отмечают, что у большинства пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований (ЗНО), полностью или частично лишенных общей психологической поддержки, по субъективным или объективным причинам болевой синдром значительно хуже поддавался медикаментозному контролю. Даже применение высоких доз опиоидов в отдельных случаях может не вызывать необходимого лечебного эффекта до тех пор, пока не выявлены и не устранены психологические, социальные и духовные проблемы, которые, на первый взгляд, не имели никакого отношения к физическим страданиям от боли [14].

Специалисты, работающие в онкологии, рассматривают боль в контексте общих проблем пациента (медицинских, психологических, социальных), а ее лечение является частью плана мультидисциплинарного вмешательства. И члены семьи могут/должны органично входить в состав мультидисциплинарной команды. Необходимо прямо спросить у членов семьи, как они реагируют на жалобы больного и его поведение. Вполне нормально, если супруг(а) или ухаживающее лицо в некоторой степени обеспокоены ситуацией больного родственника, однако чрезмерное внимание к его жалобам может снизить адаптивные реакции больного. При определенных обстоятельствах влияние семьи может даже «закрепить» боль. Например, если у супружеской пары были проблемы взаимоотношений, они могут временно отойти на задний план, пока супруги объединены в борьбе с болью. В этом случае жалобы на боль могут искусственно поддерживаться, чтобы отсрочить решение старых проблем [2].

На стыке нескольких дисциплин (онкологии, психологии, психиатрии, психотерапии, социологии) сформировалось мультидисциплинарное направление — онкопсихология. Именно в этой области развернулась дискуссия на тему сообщения пациенту его диагноза. Вместе с этим появились и некоторые рекомендации о том, как сообщать диагноз, не травмируя при этом психику пациента. Врачи могут избегать сообщения больному его диагноза из-за страха, что тот совершит суицид, или в силу своей занятости, нехватки времени и терпения, сопереживания, потому что, сообщая информацию о диагнозе, врач обязан рассказать, что это за заболевание, какие существуют методы лечения, какая возможна помощь в случае неизлечимой болезни.

Медицинский психолог может подготовить больного к сообщению «грозного» диагноза. Некоторые больные сами категорически отказываются от обсуждений на тему своей болезни («меньше знаешь — крепче спишь»). Такая позиция выдает страх больного перед будущим, отказ от борьбы с болезнью, иррациональные установки, включая отрицание заболевания. Если человек не спрашивает о своем заболевании или обходит прямой вопрос о диагнозе, выявляя страх и беспокойство, его эмоциональное состояние необходимо сначала стабилизировать, чтобы он был готов воспринимать важную информацию. С одной стороны,

пациент должен знать о своем заболевании, чтобы привести в порядок свои дела, скорректировать планы на будущее, с другой стороны, информация от врача о заболевании, методах лечения, возможном прогнозе должна быть понятной и адекватно воспринятой. Пациенту необходимо знать также о помощи, которая возможна в случае неизлечимой болезни.

Раскрытие пациенту его диагноза значительно облегчает контакт и дает возможность оказания кризисной и психокоррекционной помощи, привлекая его к участию в собственном лечении.

Психологические мероприятия для предупреждения или разрешения проблемно-адаптивных ситуаций у онкологических больных

Ниже описаны основные виды деятельности медицинского психолога при сопровождении онкологических пациентов.

Кризисное консультирование необходимо для снижения стресса в момент сообщения диагноза; при диагностировании рака у ребенка; во время беременности у женщины с онкологическим заболеванием. Психолог может помочь больному снизить напряжение, обрести контроль над ситуацией, обратиться к своим ресурсам, обнаружить решение или возможности выбора [12]. При установлении психотерапевтического контакта применяется «прием выслушивания, который является чрезвычайно важным в кризисной психотерапии в связи с тем, что это фактически единственный способ, позволяющий при его правильном использовании значительно дезактуализировать травмирующие переживания в короткие сроки» [9, с. 179].

Клинико-психологические исследования с использованием психодиагностических и экспериментально-психологических методик, например, для оценки боли, стрессоустойчивости, тревоги и депрессии.

Для оценки боли можно использовать простые экспресс-методики, которые удобны для ежедневного использования как для специалистов, так и пациентов. Например, такой методикой является Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) боли (A Visual Analogue Scale, VAS) [16].

Для определения степени стрессоустойчивости хорошо зарекомендовала себя методика Холмса и Page [8].

Сотрудники лаборатории клинической психологии Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева под руководством Л. И. Вассермана в работе с онкологическими больными рекомендуют использовать следующие тестовые методики для оценки актуального состояния и отношения к болезни:

- интегративный тест тревожности;
- опросник депрессивности Бека;
- Торонтскую алекситимическую шкалу;
- методику для исследования типов отношения к болезни ТОБОЛ;
- опросник SF-36 для оценки качества жизни.

Профилактические и психокоррекционные мероприятия (индивидуальное консультирование, групповая работа) направлены на способность активно бороться

за свою жизнь, в том числе получать необходимое лечение, взглянуть под другим углом на вопросы жизни и смерти.

Анн Анселин Шутценбергер в своих работах описывает метод, который позволяет некоторым онкологическим больным замедлить патологический процесс или даже способствовать выздоровлению [27]. Она, как и американский хирург Берни Сигель, в своих работах опиралась на теорию Карла и Стефани Симонтона (1978), считающих, что состояние здоровья раковых больных может радикально улучшиться благодаря психологической поддержке, релаксации, физическим упражнениям, позитивной визуализации и работе с образами. Безусловно, метод показан и работает в сочетании с обычным клиническим лечением.

Основные положения метода:

1. С помощью интервью и психодиагностических методик (например, с помощью опросника «Жизненные события и стресс») выявить «причину» заболевания, которая может быть связана в сознании пациента с каким-то жизненным событием или повышенным стрессом.
2. Обучить пациента техникам снятия стресса, например: методике аутогенной тренировки, прогрессирующей мышечной релаксации Джекобсона, позитивной визуализации, методу Х. Алиева «Ключ» [1].
3. «Укротить» хирургическое лечение, химио- и радиотерапию путем психодрамы, групповой терапии и позитивной визуализации; рассмотреть возможные результаты лечения, включая полное выздоровление; говорить о тревоге, страхе смерти и инвалидизации.
4. Мотивирование пациента заниматься физическими упражнениями, например гимнастикой (хотя бы раз в неделю).
5. Содействие в преодолении обиды.
6. Поиск «вторичной выгоды» болезни и даже смерти; использование психологических техник (психодрамы, визуализации), а также идентификация других путей решения жизненных проблем, не через уход в болезнь и смерть.
7. Мотивирование на расширение социальной поддержки, например участие в группе поддержки.
8. Делать повседневную жизнь как можно приятнее. Составить список подарков (не менее 25 пунктов). Каждый загаданный «подарок» визуализируется. Можно разыграть ролевую игру. Пациент может снова думать о будущем с надеждой, комфортнее чувствует себя в настоящем.
9. Выяснить, каковы «предвидения» пациента об исходе болезни, попытаться изменить самые тяжелые и смертельные, т. е. «перепрограммировать» жизненный сценарий. Попросить нарисовать болезнь и борьбу с ней.
10. Несчастные случаи, болезни, смерти часто связываются с семейной историей и прослеживаются иногда более чем в трех поколениях. «Семейный долг», «синдром годовщины» приковывают пациента к прошлому. Может помочь геносоциогамма — построение полного генеалогического древа со всеми социометрическими связями и важными жизненными событиями.

На каждом этапе психологического сопровождения могут проявляться проблемы адаптации, в решении которых может помочь краткосрочная психотерапевтическое консультирование. Например, если пациент испытывает трудности при составлении «списка 25 подарков для себя», это может указывать на депрессивное состояние. Следует дополнительно провести психодиагностику на выявление депрессии, безысходности и коррекцию состояния.

Перспективным представляется и проведение групп поддержки и групповых психотерапевтических вмешательств с участием медицинского психолога. Успешный опыт применения программ психотерапевтических вмешательств в реабилитации онкологических больных на основе когнитивного подхода как для индивидуально-го, так и группового формата работы, например, представлен в методических рекомендациях, подготовленных специалистами Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева в 2018 году [20].

*Медико-психологическая помощь при острых нарушениях
мозгового кровообращения (ОНМК), или инсульте*

Различают два вида инсульта:

— ишемический инсульт, который возникает в результате закупорки кровеносного сосуда или при несоответствии кровотока потребностям головного мозга и является наиболее распространенным (встречается 80–85% случаев);

— геморрагический инсульт, который возникает в результате разрыва сосуда и кровоизлияния в ближайшие структуры головного мозга (встречается в 10–15% случаев).

В 5% случаев причина инсульта остается невыясненной.

В последнее время проблема инсультов стала первостепенной не только в клинической неврологии, но и в социальном развитии общества, так как тяжелейшая инвалидность после инсульта значительно ухудшает качество жизни и больного, и его семьи [19].

После того как произошло ОНМК, главной задачей является восстановление утраченных функций. Принцип раннего начала и позитивного настроя имеет решающее значение для успешной реабилитации. «Любое вмешательство, вызывающее устойчивые изменения в мышлении и поведении, меняет работу мозга, и пациенты могут неосознанно использовать определенные стратегии даже в начале выздоровления...» [21, с. 23].

Наиболее важными задачами при инсульте являются восстановление двигательной активности, речевых расстройств и лечение астено-депрессивного синдрома. Задача медицинских психологов — способствовать развитию эффективной нейрореабилитации пациентов с приобретенными когнитивными нарушениями, поиску и внедрению эффективных методов обучения.

Работа медицинского психолога должна осуществляться в долгосрочном формате на всех этапах реабилитации больного с ОНМК. Первый (ранний) этап начинается в лечебном учреждении (продолжается 21 день), второй (домашний) этап начинается после выписки домой. По срокам его разделяют на:

- ранний восстановительный (до 6 месяцев);
- поздний восстановительный (от 6 до 9 месяцев);
- резидуальный (более одного года).

Чтобы не допустить повторного развития болезни, реабилитация должна проводиться наряду со вторичной профилактикой, суть которой при ОНМК — воздействие на так называемые модифицируемые (те, которые можно изменить) факторы риска, такие как изменение образа жизни, коррекция психологических проблем, лечение сопутствующих заболеваний (артериальной гипертензии, сахарного диабета, зависимостей и др.).

Правильно организованное лечение инсульта на раннем этапе болезни, функционально-восстановительные мероприятия на более поздних этапах значительно влияют на частичное или полное восстановление нарушенных функций и возвращение трудоспособности.

Клинико-психологические исследования необходимо проводить на регулярной основе. В частности, в психодиагностические обследования следует включать методики оценки когнитивных функций, например такие как:

- 1) диагностическая батарея нейропсихологических тестов А. Р. Лурия;
- 2) экспериментальные методики патопсихологии С. Я. Рубинштейн;
- 3) краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) (М. Ф. Фолштейн);
- 4) методика скрининг-обследования больных с афазией (М. М. Щербакова, С. В. Котов);
- 5) методика оценки речи при афазии (Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева);
- 6) шкала оценки выраженности речевых нарушений у больных с локальными поражениями мозга (С. А. Дорофеева).

Для мотивирования к занятиям пациента необходимо познакомить с понятием «нейропластичности» (предложено W. James в 1890 г.), которое включает в себя «набор процессов, с помощью которых здоровый мозг кодирует опыт и учится новому поведению, а поврежденный мозг заново учится утраченному поведению или компенсаторному поведению» [21, с. 90].

Согласно принципам нейропластичности, описанным Klein и Jones, в работе с пациентами важно учитывать следующие психологические аспекты:

- тренировки (физические и когнитивные) должны быть достаточно актуальными и значимыми для пациента (обучаемого), чтобы стимулировать пластичность;
- реабилитация может быть полезна для всех возрастов, но пластичность будет действовать по-разному в разном возрасте; мозг старшего возраста (старше 65 лет) менее пластичен, чем мозг молодого возраста (1–65 лет); хотя более молодой мозг может замещать функцию, у него меньше устоявшихся путей для поддержки усвоенного поведения;
- важна долгосрочная поддержка, так как неиспользование определенных функций может привести к их утрате или снижению возможностей восстановления;

— индукция пластичности требует достаточного количества и интенсивности тренировок (больше практики).

Опыт группового когнитивного тренинга показал его эффективность не только для улучшения когнитивных функций, но и эмоционального состояния участников. Однако достижение эффективности тренинга требует тонкой организационной и психологической работы — с группой и индивидуально с каждым участником.

Сочетанное использование когнитивных тренировок и психотерапии требует относительной сохранности абстрактного мышления, произвольной концентрации внимания, отсутствия грубых расстройств памяти и афазий [4].

Психологическая поддержка пациентов с заболеваниями сердца

Кардиологическая реабилитация (КР) может включать программы упражнения, образования и модификации факторов риска для вторичной профилактики, а также психосоциальное консультирование. КР показана после острого инфаркта миокарда (ИМ), коронарной реваскуляризации и трансплантации сердца, а также пациентам с застойной сердечной недостаточностью или хронической стабильной стенокардией. Снижение смертности от участия в КР составляет более чем 50% по сравнению с неучастием. По данным наблюдений в разных странах, в программах КР участвует не так много больных — менее 20% всех профильных пациентов. Женщины, престарелые люди, меньшинства и пациенты с множеством коморбидных заболеваний имеют еще меньше шансов на получение КР. Низкий процент участия может быть следствием географических факторов и тем, что врачи не направляют на реабилитацию подходящих пациентов [25].

Выделяют три фазы КР.

Фаза I. Стационарная тренировочная фаза может начинаться с 2–4-го дня госпитализации и продолжается в среднем одну-две недели. Цели: предотвращение иммобилизации, образование, касающееся модификации факторов риска, независимое обслуживание и передвижение по ровной поверхности в пределах жилища. Психологическое вмешательство на данной фазе полезно при обсуждении факторов риска, возможности отказа от вредных привычек, мотивировании к здоровому образу жизни.

Фаза II. Амбулаторная тренировочная фаза начинается на 2–4-й неделе после выписки и обычно продолжается 8–13 недель. Цели: увеличение сердечного объема и постепенный возврат к нормальному уровню активности. Нагрузочный тест устанавливает рекомендации по упражнениям и помогает определять возвращение к работе и сексуальной активности. После сердечно-сосудистого события (например, ИМ или аортокоронарного шунтирования) пациента важно обеспечить консультированием по вопросам возвращения к сексуальной активности (психолог может помочь инициировать разговор пациента с врачом на деликатные темы). В первую очередь, необходимо учитывать медицинские рекомендации. Внезапная смерть у пациентов с заболеваниями сердца, ассоциированная с сексуальной активностью, обычно связана с тайными связями и сексом после

приема большого количества пищи и алкоголя. Тем не менее сексуальная активность возможна с учетом индивидуальных рекомендаций после прохождения физических тестов.

Фаза III. Поддерживающая фаза. Она может быть пожизненной и направлена на поддержание и приумножение позитивных изменений, достигнутых во время I и II фазы. Клиническое наблюдение обычно не требуется или оно минимально.

Психологическая реабилитация больных, перенесших острые сердечно-сосудистые события, сводится к достижению двух целей:

- воздействие на поведение, ассоциированное с риском развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ);
- помощь людям в приспособлении/привыкании к изменениям, вызванным заболеванием.

Психологическая помощь больным, страдающим ССЗ, необходима для мотивирования к здоровому образу жизни и решению эмоциональных проблем.

Страх, связанный с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и выживанием, может привести к соответствующим изменениям образа жизни (отказ от табакокурения, изменения типа питания), но некоторые позитивные изменения крайне неустойчивы и старые вредные привычки быстро возвращаются. Пациенты с депрессией и тревогой реже посещают занятия по КР, с меньшей вероятностью бросают курить. Депрессия у больных с ССЗ затрудняет возобновление трудовой занятости. Отсроченное возвращение к работе обусловлено серьезной озабоченностью здоровьем и низким уровнем социальной поддержки.

Проблемы и направления консультирования и медико-психологической помощи ВИЧ-инфицированным

Эпидемия ВИЧ/СПИД — одна из самых серьезных проблем здравоохранения и социальной сферы, с которыми когда-либо сталкивалось человечество. Вирус иммунодефицита (ВИЧ) поражает в первую очередь систему иммунитета, которая является ключевым звеном регуляции и защиты организма. Инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита, — ВИЧ-инфекция является инвалидизирующим заболеванием, поскольку при ослаблении иммунитета усугубляются преморбидные соматические и психические проблемы, а также присоединяются разнообразные сопутствующие болезни, включая нейрокогнитивные расстройства (НКР) [3]. Избежать инвалидности помогают вмешательства на ранних стадиях заболевания.

Семья, родные и близкие играют важнейшую роль в противодействии прогрессированию заболевания, но при условии, что членам семьи известен диагноз и они достаточно осведомлены о нюансах передачи ВИЧ-инфекции и ее лечении.

Когда появились первые случаи заражения ВИЧ-инфекцией, врачи не знали, насколько опасны больные даже для медицинского персонала, поэтому поначалу применялись все меры предосторожности, как при чуме. Больные умирали от СПИД в стационарах, испытывая мучительные страдания. Родственники

и партнеры хотели иметь возможность поддержать больных в такой сложный период, но не могли этого делать ввиду строгих санитарных норм и запретов на посещение ВИЧ-инфицированных. Изменению ситуации способствовали активные действия близких пациентов, которые стали заявлять о своем желании быть рядом с больным, отдавая себе отчет, что могут заразиться смертельным заболеванием, они готовы были подписать необходимые бумаги для доступа к больному. Масштабные и активные действия членов семей ВИЧ-инфицированных в разных странах привели к снятию запретов на посещения и разрешения быть рядом с родным человеком, умирающим от СПИД. Поскольку в результате данных действий и изменения условий ухода никто из тех, кто ухаживал за больными, не заболел, стало понятно, что ВИЧ-инфекция не представляет опасности при контактах в общении и в быту. Несмотря на значительное снижение стигматизации и распространенности мифов о ВИЧ-инфекции и заболевших, до сих пор актуальными в консультационной работе медицинских психологов остаются задачи повышения информированности, коррекции заблуждений и снижения уровней стигматизации больных.

Актуальным консультирование является и в случае так называемых дискордантных пар, в которой один из партнеров имеет ВИЧ-инфекцию, а другой — нет. По-прежнему как в общей популяции, так и в среде специалистов-медиков распространяется некорректная информация, сомнения в существовании вируса и необоснованные страхи. В ходе консультирования по вопросам заражения и профилактики ВИЧ медицинскому психологу важно четко доносить научно обоснованную информацию о ВИЧ, включая то, что ВИЧ-инфекция передается только при контактах жидкостей организма (при контактах с кровью, половых контактах, инъекционном употреблении наркотиков и т. п.), причем для заражения необходимо сочетание определенных условий и факторов, включая возможные дозы инфицированной жидкости, состояние слизистых, конкретное рискованное поведение и др. Передача ВИЧ от человека к человеку носит вероятностный характер.

Вопреки заблуждению, что риску заражения ВИЧ подвергаются лица, имеющие много половых партнеров, для высокого риска инфицирования достаточно иметь только одного, но при этом зараженного ВИЧ полового партнера. Половые партнеры ВИЧ-позитивных лиц, независимо от их принадлежности к иным группам, считаются наиболее уязвимой для заражения ВИЧ группой населения. В Российской Федерации инфицированы 1,5% процента мужчин и женщин в сексуально активной возрастной группе 25–35 лет, поэтому вероятность вступления в гетеросексуальные половые отношения даже с одним инфицированным партнером высока. В циркуляции ВИЧ могут иметь значение и моногамные отношения с последовательно сменяющимися друг друга партнерами (повторные браки, «серийная моногамия»).

Перед врачами-инфекционистами не стоит вопрос, сообщать ли диагноз заболевшему, хотя реакция на сообщение о ВИЧ-инфекции при низкой осведомленности о лечении в такой же степени небезопасна для человека, как

и онкологический диагноз. Однако еще более актуальной и до сих пор малоразрешимой задачей является проблема раскрытия диагноза ВИЧ-инфекция половым партнером.

Достаточно ли у специалистов аргументов, чтобы убедить полового партнера потенциальной матери, трижды тестируемой на ВИЧ на протяжении беременности, обследоваться хотя бы однократно? В какой момент необходимо предоставить консультирование по вопросам ВИЧ семейной паре, чтобы они позаботились о здоровье ребенка? Поставленная проблема требует исследований по разработке программ семейно-ориентированного вмешательства. Информирование должно подкрепляться фактами, статистическими данными.

В процессе диспансеризации осуществляется консультирование и обучение ВИЧ-положительных пациентов по вопросам сексуальной жизни, а также консультирование их половых партнеров, что уменьшает риск передачи ВИЧ. Применение антиретровирусной терапии (АРТ) с целью лечения приводит к снижению вирусной нагрузки, снижению контагиозности ВИЧ-положительного лица.

К проблемам семьи, затронутой ВИЧ-инфекцией и требующей психологического вмешательства, относятся следующие.

- ВИЧ-инфицированные женщины, соблюдающие режим обследования своего ВИЧ-инфицированного ребенка, сами зачастую не обследуются в течение 2–4 лет после родов.
- ВИЧ-инфицированные родители часто страдают в разной степени привязанностью к наркотикам, алкоголю или являются созависимыми.
- ВИЧ-инфицированные отцы игнорируют диспансерное наблюдение, ссылаясь на занятость.
- Многие отцы вообще не знают своего ВИЧ-статуса, не проходят тестирование на ВИЧ.
- Родственники, принимающие участие в воспитании ВИЧ-инфицированного ребенка, зачастую ничего не знают о заболевании.
- Прекращение приема терапии ввиду разных обстоятельств (переезд, кризисные события, переход с детского отделения на взрослое, проблемы химической зависимости).

Низкая приверженность лечению или ее отсутствие, негативный эмоциональный настрой приводят больных к летальным исходам, несмотря на явный прогресс медицины в борьбе против ВИЧ/СПИД.

Медицинскому психологу, работающему как в сфере лечения ВИЧ-инфекции, таких и других областях здравоохранения, необходимо быть готовым к профессиональной беседе и консультированию по вопросам профилактики и лечения ВИЧ ввиду высокого уровня латентности заболевания.

4. Психологическое консультирование в сопровождении пациентов с хроническими соматическими заболеваниями

Большинство пациентов с соматическими заболеваниями не испытывают потребности в психологической помощи или в информации о причинах и характере заболевания, но они чаще посещают реабилитационные мероприятия, если понимают, что их болезнь поддается лечению или контролю.

Многие психологические проблемы возникают через много лет после начала заболевания. Некоторым больным трудно соблюдать жесткий режим лечения (например, при сахарном диабете, ВИЧ-инфекции). Выполнение всех медицинских рекомендаций, связанных с обследованием и приемом лекарственных средств, постоянное ожидание осложнений ведет к депрессии, чувствам беспомощности и безнадежности. Чтобы справиться с этой проблемой, больные должны иметь возможность поделиться переживаниями, справиться с факторами риска, получить поддержку.

Психологическая реабилитация должна предлагаться всем больным с соматическими заболеваниями и их семьям. Для этого должна быть организована эффективная «передача» больного (и заинтересованного окружения) из лечебного учреждения в реабилитационный центр или районную социально-психологическую службу, желательно концентрирующую в себе комплексные услуги для всей семьи в одном месте при соблюдении принципов добровольности и конфиденциальности.

Медицинские психологи все чаще начинают использовать в консультировании такие хорошо структурированные и проверенные на практике здравоохранения технологии, как мотивационное консультирование (МК), поскольку признают преимущества вовлечения пациента в процесс принятия решений относительно целей и задач лечения и реабилитации. Именно при соматических заболеваниях, особенно там, где требуется вовлеченность и приверженность пациента лечению, совместные активные действия по восстановлению нарушенных психических функций и коррекции эмоционального состояния, не стоит ждать «запроса» на оказание психологических услуг со стороны пациента или семьи, а требуются активные «мягкие» вмешательства.

Наряду с индивидуальным консультированием перспективными являются групповые вмешательства, например образовательные мероприятия по типу «Школы здоровья» для пациентов соматического профиля, которые могут быть включены в список «обязательных» или «рекомендуемых» практик, направленных на то, чтобы помочь пациенту понять свое состояние, стимулировать вовлеченность в терапевтические мероприятия, его возможности и самоэффективность.

Проведение клинического интервьюирования или заполнение «Карты семьи», в которой отражены потребности пациента и его семьи, помогает выйти на проблемы, с которыми необходимо работать. На основании ответов на вопросы медицинский психолог может точнее подобрать более стандартизированные опросники (тесты), чтобы помочь разобраться в источнике проблем.

Проблемы, вызванные хроническим соматическим заболеванием, могут стимулировать многих пациентов к изменению образа жизни. Но одни будут откладывать на неопределенный срок начало «новой жизни», другие могут даже отказаться от попытки что-то изменить, так как не видят явных преимуществ здорового образа жизни.

Получившее большое распространение мотивационное консультирование является личностно-ориентированным и более директивным подходом к консультированию. МК повышает готовность к изменениям, помогая пациентам исследовать и даже разрешать их амбивалентное отношение к изменениям. Помогая сформировать готовность к изменениям, МК позволяет преодолевать сопротивление, создавать внутреннюю мотивацию и приверженность использованию схемы лечения, способствовать устойчивости психосоциальной адаптации. Этот подход можно сочетать с психотерапевтическими мероприятиями для преодоления трудностей и повышать самоэффективность за счет лучшего понимания своих ограничений и укрепления веры в способность самоконтроля и саморегуляции поведения [21].

МК включает в себя набор принципов и методов коммуникаций, основанных на следующих принципах:

- сочувствие — консультант всегда учитывает важные интересы пациента и старается смотреть на ситуацию с его точки зрения;
- сотрудничество — консультант и пациент работают совместно, консультант избегает играть роль «эксперта»;
- принятие — консультант уважает самостоятельность, потенциал, сильные стороны и точку зрения пациента.

Практика мотивационного консультирования показала, что изменение — это процесс, который происходит поэтапно и не является линейным. Каждая стадия готовности к изменениям имеет свои когнитивные и поведенческие характеристики. Когнитивные вмешательства должны быть соответствующим образом подобраны и разработаны, чтобы отвечать стадиям готовности. Рецидив («сползание» в прежнее поведение) — это нормальная внутренняя часть процесса изменения поведения. Цели меняются и эволюционируют на каждой стадии изменений.

Работая с пациентом, психолог ставит открытые вопросы, позволяющие пациенту свободно высказывать свои опасения. Некоторые из вопросов могут быть безопасно переадресованы врачу через психолога.

Медицинский психолог может использовать различные психологические консультационные техники в работе с пациентом, страдающим хроническим соматическим заболеванием, однако прочную доказательную базу в научной литературе по клинической психологии накопили методы когнитивно-поведенческих вмешательств в сфере здоровья, которые оказались эффективными для психически здоровых групп населения при профилактике, лечении и реабилитации различных заболеваний. Разумеется, эти интервенции требуют дополнительной специальной подготовки и отработки навыков медицинского психолога при поддержке со стороны супервизора.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Деятельность медицинского психолога в системе оказания помощи и сопровождения больных с хроническими соматическими заболеваниями должна рассматриваться как важный и неотъемлемый компонент комплексной терапии и реабилитации. Медицинский психолог выполняет не только диагностические, но и психообразовательные, консультативные, мотивационные, посреднические и поддерживающие функции. Медицинский психолог становится связующим звеном между врачом, пациентом и его семьей, обеспечивая не только психологическое сопровождение, но и формирование устойчивой приверженности лечению, что напрямую влияет на его результативность.

Психологическая помощь необходима не только пациентам со значительными психологическими проблемами, она полезна для многих пациентов с хроническими соматическими заболеваниями. Проблемы, вызванные заболеванием, у таких пациентов надо активно выявлять, а затем проводить вмешательства, направленные на их коррекцию. В случае потенциального изменения образа жизни необходимо предлагать специальные образовательные программы, мотивационное консультирование, вмешательства, связанные с более глубокой работой, учитывающие мысли, поведение и эмоции больных.

Клинических психологов для работы в сфере здравоохранения в качестве медицинских психологов необходимо готовить к изучению и пониманию возможных предубеждений пациентов и медицинских специалистов, участвующих в лечебном процессе, относительно профессиональных возможностей и направлений деятельности психолога, которые не должны ограничиваться экспертными и диагностическими задачами для того, чтобы в полной мере содействовать успешности лечения и реабилитации пациентов и членов их семей.

Литература

1. Алиев Х. М. Метод «Ключ» от комнаты страха твоего мозга. Заставь стресс работать на тебя. М.: АСТ, 2021. 288 с.
2. Аргофф Ч. Е., Мак-Клин Г. Секреты лечения боли. 3-е изд., испр. и дополн. / пер. с англ. М.: Издательский дом «БИНOM», 2021. 448 с.
3. Беляков Н. А., Рассохин В. В. Коморбидные состояния при ВИЧ-инфекции. Часть III. Соматические заболевания и расстройства. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2019. 252 с.
4. Григорьева В. Н., Тхостов А. Ш. Психологическая помощь в неврологии: монография. Н. Новгород: Изд-во Нижегородской гос. мед. академии, 2009. 444 с.
5. Епифанов В. А., Корчажкина Н. Б., Епифанов А. В. и др. Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией: учебн. пособие: в двух частях. Ч. II. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 560 с.
6. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. 312 с.
7. Кардиореабилитация: практическое руководство / под ред. Дж. Ниебауера; пер. с англ.; под ред. Ю. М. Позднякова. М.: Логосфера, 2012. 328 с.
8. Клиническая психометрика: учебн. пособие / коллектив авторов; под ред. В. А. Солдаткина. М.: КНОРУС, 2022. 664 с.

9. Клиническая психотерапия в общей врачебной практике / под ред. Н. Г. Незнанова, Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2008. 179 с.
10. Кольцова О. В. Социально-психологический статус ВИЧ-инфицированных взрослых инвалидов: возможно ли восстановление // Инфекционные болезни: мультидисциплинарный взгляд. Материалы научно-практической конференции с международным участием. СПб., 2025: 83–87.
11. Лечение ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитов по Джею Сэнфорду / ред. М. Каар, Г. Чемберс, Дж. Элиоупулос, Д. Гилберт, Р. Мёллеринг мл.; пер. с англ. М.: ГРАНАТ, 2015. 632 с.
12. Мастерство психологического консультирования / под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. 2-е изд., испр. и доп. СПб.; М.: Речь, 2021. 256 с.
13. Струкова О. Г., Морозова Е. В., Жукова Е. В., Барышова А. Н. Оказание инвалидам услуги по социально-психологической реабилитации и абилитации: методические рекомендации / под общ. ред. К. П. Афонинной. М., 2024. 142 с.
14. Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник / под ред. Г. А. Новикова, Е. П. Куликова. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. 312 с.
15. Питерс-Хармел Э., Матур Р. Сахарный диабет: диагностика и лечение / пер. с англ. М.: Практика, 2008. 496 с.
16. Практическое применение оценочных шкал в медицинской реабилитации: учебн.-метод. пособие / А. А. Шмонин, И. Н. Баландина, И. Н. Балашова и др.; гл. ред. Г. Е. Иванова, Е. В. Мельникова. 3-е изд. СПб.: Политехника, 2024.
17. Психодрама — вдохновение и техника / под ред. П. Холмса и М. Карп; пер. с англ. В. Мершавки и Г. Ченцовой. М.: Независимая фирма «Класс», 2009. 284 с.
18. Реабилитация больных психозами / под ред. М. М. Кабанова, К. В. Корабельникова, Р. А. Зачепицкого. Л., 1981. 165 с.
19. Рыжков В. Д., Уманов Р. С. Нейромультидисциплинарные болезни. СПб.: СпецЛит, 2022. 144 с.
20. Семенова Н. В., Ляшковская С. В., Проценко С. А. и др. Применение программы когнитивной психотерапии в медико-психологической реабилитации онкологических больных: методические рекомендации. СПб.: НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева, 2018. 27 с.
21. Солберг М. М., Хэмилтон Д., Туркстра Л. С. Трансформация когнитивной реабилитации. Эффективные методы обучения / пер. с англ.; под ред. Д. А. Тарумова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. 416 с.
22. Тенденции развития психологической науки / под ред. Б. Ф. Ломова, Л. И. Анциферова. М.: Наука, 1989. 270 с.
23. Фадеев П. А. Инсульт. Причины, диагностика, лечение и реабилитация. М.: Изд-во АСТ: Изд-во «Мир и образование», 2024. 160 с.
24. Буассонно У. Дж., Ван Уайт У. Р. Физическая и реабилитационная медицина в системе первичной помощи. Практикум для врача / пер. с англ. под ред. А. С. Самойлова, И. В. Кругловой, В. И. Пустовойта. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2025. 504 с.
25. Физическая и реабилитационная медицина. Карманный справочник / под ред. М. Шатцера, Г. Чоя; пер. с англ. под ред. Г. И. Ивановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2024. 448 с.
26. Флери-Милфорт Э. Обучение больных // Сахарный диабет: диагностика и лечение / Питерс-Хармел Э., Матур Р.; пер. с англ. М.: Практика, 2008: 371–457.
27. Шутценбергер А. А. Драма смертельно больного человека. Пятнадцать лет работы в психодраме с больными раком // Психодрама — вдохновение и техника / под ред. П. Холмса и М. Карп; пер. с англ. В. Мершавки и Г. Ченцовой. М.: Независимая фирма «Класс», 2009. С. 217–243.
28. Pain pathophysiology and management. Principles of Internal Medicine / J. P. Rathmell, H. L. Fields, eds. 16th ed. New York: The McGraw Hill, 2012.

**Колумбийский протокол (шкала) оценки тяжести
суицидального поведения
(Columbia suicide severity rating scale, C-SSRS)**

А. В. Шаболтас, В. А. Розанов, Ю. В. Батлук, Е. Л. Красько

ВВЕДЕНИЕ

Суицид — трагическое явление, которое наносит огромный ущерб как отдельным людям, семьям, коллективам, так и обществу в целом. Это серьезная проблема общественного здоровья — ежегодно в России от собственных рук погибает до 15–16 тыс. человек. Превенция (профилактика) суицида является важной задачей не только для системы здравоохранения, но и для образования, социальных и психологических служб. Важнейшим условием превенции на групповом и индивидуальном уровне является оценка риска суицида, которая может осуществляться с помощью различных методик или инструментов (опросники, клиническая беседа и т. д.).

Необходимость в оценке риска суицида возникает при самых разных обстоятельствах. Она может понадобиться в условиях однократных или регулярных мониторинговых исследований, например в социальных центрах, школах, в армейских подразделениях и службах, занимающихся служебными видами деятельности. Несколько иная ситуация характерна для психологических служб и медицинских учреждений — здесь может понадобиться более прицельная оценка риска для проведения экстренных или плановых профилактических или лечебных мероприятий и оказания помощи, например, если клиент/пациент высказывает суицидальные мысли или проявляет изменения в поведении, заставляющие предположить вероятность суицида. Выбор инструментария или методики для оценки риска в значительной степени определяется условиями и обстоятельствами, а также конкретными целями осуществляемой процедуры оценки — для чего она делается, какие результаты предполагается получить и в какой мере можно доверять этим результатам [1]. Следует отметить, что часто и широко используемые шкалы и инструменты обладают недостаточной специфичностью и чувствительностью (возможны как ложноположительные, так ложноотрицательные результаты) и не исключают предоставления социально-желаемых ответов или манипулирования со стороны опрашиваемых [1]. Все они уступают индивидуальной клинической беседе с точки зрения понимания глубины и степени выраженности суицидальных намерений и поведения. В то же время в ходе такой беседы иногда также возникает потребность в инструментальной оценке для получения быстрых результатов, имеющих количественное выражение. Более того, некоторые инструменты построены таким образом, что опрос по сути превращается в клиническую беседу.

В суицидологии накоплен большой эмпирический материал по оценке риска с помощью разнообразных опросников, позволяющих выявлять риск как по косвенным результатам, так и по прямым вопросам. В последнее время опубликованы описательные [1, 2] и систематические обзоры, посвященные наиболее распространенным опросникам для оценки риска суицида, в которых подробно описываются все их недостатки и преимущества [3, 4]. Согласно результатам проведенного анализа, краткие методики и скрининги, включавшие от одного до семи вопросов, имеют худшие показатели прогностической валидности по сравнению с показателями более развернутых методик, в частности Колумбийского протокола оценки тяжести суицидального поведения, который включает 11 пунктов [5].

В буквальном переводе с английского языка этот инструмент известен под названием «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидальности» (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS). Использование термина «протокол» в отличие от оригинального «шкала», на наш взгляд, более соответствует формату данного инструмента, который представляет собой комбинацию шкальных оценок и качественных характеристик суицидального поведения респондентов, получаемых в ходе полуструктурированного интервью с возможностью индивидуализированного подхода к выяснению специфики суицидальных переживаний и поведения.

Данный протокол рекомендуется к использованию в клинической и неклинической практике, т. е. в ситуациях, когда пациент или клиент уже высказывает суицидальные жалобы или сообщает о суицидальных действиях (самоповреждениях, попытке суицида) [6, 7]. Этот протокол также широко используется в научных исследованиях с целью установления как можно более точного и стандартизованного «суицидального фенотипа», который можно сопоставлять с данными нейробиологического и генетического характера, в том числе при психических расстройствах [8]. В то же время в укороченном варианте, по мнению авторов, Колумбийский протокол может быть использован психологом, врачом общей практики или средним медицинским работником. В настоящее время Колумбийский протокол, по данным отечественной и зарубежной научной литературы, является одним из наиболее эффективных инструментов оценки степени тяжести суицидального мышления и поведения. Этот инструмент получает все большее распространение с целью оценки риска и предупреждения суицида [2–8].

История создания

Колумбийский протокол оценки тяжести суицидального поведения разработан группой американских исследователей из Колумбийского, Пенсильванского и Питтсбургского университетов (США) в рамках реализации научного гранта при поддержке Национального института психического здоровья (NIMH), посвященного изучению методов лечения, направленных на снижение риска самоубийств среди подростков, страдающих депрессией (руководитель проекта

и директор — Kelly Posner, PhD). Разработка оригинальной методики основывалась на более чем 20-летних научных исследованиях авторов и явилась отражением насущной потребности в удобном и информативном инструменте для исследований и использования в клинической практике с целью своевременной оценки риска и профилактики самоубийств [6]. Авторы утверждают, что данный протокол позволяет получать более точные и сопоставимые результаты благодаря использованию последовательной, четко определенной и научно обоснованной терминологии и определений всех видов суицидального мышления и поведения. Ниже приводятся используемые в Колумбийском протоколе определения типов (категорий) суицидального поведения, включая внутреннюю и внешнюю формы, с комментариями, основанными на опыте использования протокола в России.

Классификация типов суицидального поведения

Тип (категория) суицидального поведения (СП)	Определение	Примечание
Суицидальные события		
Самоубийство	Самоповреждающее поведение, имеющее в своей основе по крайней мере определенное намерение умереть, которое привело к летальному исходу	В ряде случаев неопределенность намерений и отсутствие ясных свидетельств (например, предсмертной записки) затрудняет дифференцирование от несчастного случая
Суицидальная попытка (реальная, актуальная)	Потенциально летальное самоповреждающее поведение, связанное по крайней мере с некоторым намерением умереть	Степень намеренности самоповреждения оценивается исходя из предшествующего и последующего поведения пациента и обстоятельств события. Степень тяжести медицинских последствий зависит от многих обстоятельств, переоценки или недооценки летальности избранного метода, быстроты оказания помощи, ее эффективности и т. д.
Прерванная внешними силами суицидальная попытка (англ. aborted)	Индивидом совершались действия, направленные на то, чтобы нанести себе самоповреждение, однако они были остановлены другим человеком или людьми до наступления каких-либо последствий	Различают прерванные или остановленные кем-то или чем-то со стороны суицидальные попытки и остановленные самим человеком попытки. При отсутствии явных медицинских последствий учитываются сведения, предоставляемые самим пациентом, а также его поведение и эмоциональные реакции во время беседы
Остановленная самим человеком попытка (англ. interrupted)	Индивидом совершались действия, направленные на то, чтобы нанести себе самоповреждение, однако они были остановлены им самим до наступления каких-либо последствий	

Тип (категория) суицидального поведения (СП)	Определение	Примечание
Активные суицидальные мысли	Мысли о том, чтобы совершить некие действия, направленные на лишение себя жизни, включая понимание того, как это сделать (планирование), выбор метода и намерение действовать	Наличие плана суицидальных действий и выбор способа ассоциированы с более высоким риском суицидальной попытки и суицида. Следует также обращать внимание на суицидальные коммуникации (высказывания, сообщения)
Пассивные суицидальные мысли	Мысли о смерти или желание умереть без конкретного плана действий	У подростков и молодых взрослых более всего распространены мысли о бессмысленности существования, после чего следуют мысли о том, чтобы уснуть и не проснуться и т. д.
Несуицидальные и/или неопределенные, но потенциально опасные действия		
Самоповреждающее поведение без суицидальных намерений	Самоповреждающее поведение, не связанное с желанием умереть. Обусловлено другими причинами, например может быть направлено на совладание с сильными эмоциями, преодоление ощущения стресса, либо имеет целью оказать влияние на других людей или окружение. Рассматривается как «членовредительство» (например, поверхностные порезы или царапины, удары или ожоги)	Таким способом некоторые лица, чаще подростки, пытаются заставить себя «что-то почувствовать» или наказать себя. По ряду признаков (отсутствие семейной отягощенности или выраженной психопатологии, ассоциация с ранним подростковым возрастом) такое поведение отличается от собственно суицидального поведения
Самоповреждающее поведение с неопределенными намерениями	Поведение, при котором самоповреждение имеет место, но намерение не ясно, оно может быть либо результатом случайности, либо является психиатрическим симптомом	Поскольку всегда остается сомнение относительно намерений, лучше проявлять настороженность в отношении возможного суицида, поскольку часто «случайные» самоповреждения могут отражать склонность к неоправданному риску

Преимущества и специфика методики

Эффективная профилактика самоубийств в первую очередь базируется на скорейшем выявлении всех, кто нуждается в помощи. Колумбийский протокол охватывает широкий спектр суицидальных мыслей, намерений и поведения, которые указывают на повышенный риск. Степень выраженного суицидального риска определяется не только в том случае, если кто-то ранее пытался покончить с собой, но и в том случае, если он или она размышляли о самоубийстве, готовились к попытке (например, покупали оружие, собирали таблетки или писали

предсмертную записку) или отказались от планов самоубийства из-за того, что передумали сами или их прервали в последнюю минуту.

Колумбийский протокол позволяет оценить суицидальный риск с помощью серии вопросов, которые задаются специалистом и направлены напрямую на выяснение суицидальных идеаций, намерений и поведения. Ответы на эти вопросы позволяют оценить, подвержен ли кто-либо риску самоубийства, определить серьезность и непосредственность этого риска, а также оценить уровень поддержки, в которой нуждается этот человек.

Интервьюер задает ряд прямых вопросов о суицидальных мыслях и поведении. Количество задаваемых вопросов зависит от ответов каждого человека, отражающих тяжесть развития суицидального поведения. В стандартизированной части протокола интервьюер отмечает «да» или «нет», указывает, как давно возникло суицидальное мышление или поведение, а также оценивает их серьезность по специальным шкалам.

В вопросах Колумбийского протокола используются простые и понятные формулировки, которые с наибольшей вероятностью приведут к получению откровенных и ясных ответов. Данный протокол к настоящему времени апробирован в различных странах и переведен на множество языков, включая русский [7]. Практическое использование протокола показало его приемлемость для применения в различных условиях медицинских, психологических и социальных учреждений. С точки зрения авторов методики, после короткого обучения проведение протокола доступно профессионалам не только медицинского профиля, но и психологам, социальным работникам, педагогам. Наш опыт показал, что эффективное и корректное использование полного протокола требует контактного очного обучения с обязательной отработкой практических кейсов и супервизией.

Оригинальный протокол предлагается авторами в скрининговой и полной версии. Скрининговая версия использует только первые два раздела (всего их четыре, см. далее), которые предполагают количественные оценки и не требуют углубленной свободной беседы.

Цели использования методики

Основная цель применения Колумбийского протокола в клинической и неклинической практике — выявить лиц, которые нуждаются в неотложной помощи для предотвращения суицида в рамках индивидуальной амбулаторной или стационарной помощи.

Методика позволяет определить степень выраженности суицидального поведения, включая внутренние тенденции или идеации (мысли, переживания, намерения) и внешние проявления (антивитаальные действия, суицидальные попытки) — оценить риск суицидальности в актуальном времени.

Важно! Данная методика не годится для использования в рамках массовых мониторинговых мероприятий и исследований, в которых предполагается использовать только количественные показатели.

Показания к использованию методики

Оценка риска суицида в различных клинических и неклинических условиях (медицинские, психологические, социальные службы и т. д.), в том числе при:

- наличии у клиентов или пациентов опыта тяжелых суицидальных переживаний или внешних форм суицидального поведения;
- наличии у пациентов или клиентов психологических проблем, жалоб на ухудшение собственного психического или физического здоровья (симптомы тревоги, депрессии);
- наличии у пациентов или клиентов в прошлом тяжелого травматического опыта, в первую очередь, связанного с угрозой жизни или экспозицией смерти (пережитое насилие, смерть близких, участие в военных операциях и т. п.).

Структура Колумбийского протокола

Протокол позволяет оценить выраженность и исследовать четыре конструкта внутреннего и внешнего суицидального поведения.

1-й конструкт — тяжесть суицидальных мыслей, оценивается с помощью 5-балльной порядковой шкалы (шкала тяжести суицидальной идеации), в которой учитываются следующие варианты:

- 1 = желание умереть,
- 2 = неспецифические, более активные суицидальные мысли,
- 3 = суицидальные мысли с пониманием способа совершения самоповреждения,
- 4 = более определенные суицидальные намерения,
- 5 = суицидальные намерения с конкретным планом действий.

2-й конструкт — интенсивность суицидальных мыслей (шкала интенсивности), состоит из 5 пунктов, а именно:

- 1 = частота суицидальных мыслей,
- 2 = продолжительность,
- 3 = контролируемость,
- 4 = сдерживающие факторы,
- 5 = причины возникновения мыслей.

Каждый из этих пунктов оценивается по 5-балльной порядковой шкале, в зависимости от характеристик каждого пункта **3-й конструкт — суицидальное поведение**, представляет собой номинальную шкалу, которая включает в себя учет наличия/отсутствия следующих поведенческих проявлений:

- реальные суицидальные попытки,
- прерванные внешними силами попытки,
- остановленные самим пациентом (клиентом) попытки,
- подготовительное поведение,
- несуйцидальное самоповреждающее поведение.

Данный раздел не предусматривает присвоение балльных оценок, а лишь фиксирует факт события и общее число таких событий за определенный период времени (частоту событий).

4-й конструкт — *летальность суицидального поведения*, оценивает фактические суицидальные попытки по порядковой шкале от 0 до 5. Если же *фактическая летальность* равна нулю, то оценивается *потенциальная летальность* по порядковой шкале от 0 до 2 баллов. При этом оцениваются (если их было несколько) все попытки суицида у данного пациента.

Процедура проведения методики

Использование методики предполагается исключительно в виде очного индивидуального интервью, которое при условии применения полного протокола (все 4 раздела) рекомендуется проводить специалистом — психологом или врачом, прошедшим обучение по использованию данного протокола.

В случае использования скрининговой версии из первых двух разделов (шкал) возможно проведение подготовленным социальным работником, педагогом и т. п.

Вопросы интервью задаются последовательно с учетом переходов, указанных в протоколе, в случае неприемлемости или неприемлемости для конкретного интервьюируемого (Приложение 1. Форма протокола). При нечеткости ответов возможны уточняющие вопросы. В зависимости от целей проводимой диагностики или исследования в ходе интервью вопросы каждого раздела могут задаваться в отношении различных временных интервалов («в течение всей жизни», «за последний год/месяц», «в период после прохождения лечения» и т. д.). Методика может быть использована неоднократно, если необходимо оценить динамику состояния пациента/клиента.

Примерное время полного интервью — 30–45 мин.

Расшифровка и анализ пунктов анкеты

Методика предполагает отдельный анализ полученных данных по 4 разделам (в буквальном переводе субшкалам).

1 раздел «Суицидальное мышление» (шкала выраженности)

Оценивает выраженность суицидальных идей.

Содержит 5 пунктов (вопросов), отражающих степень (шкалу) нарастания суицидальных намерений.

- **1 вопрос** — *Желание умереть*. Субъект подтверждает, что его или ее посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или о желании заснуть и не проснуться.

- **2 вопрос** — *Активные неспецифические мысли о самоубийстве*. Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой, т. е. совершить самоубий-

ство (например: «Я думал(а) о том, чтобы покончить с собой») при отсутствии размышлений о том, как это сделать (способах самоубийства), намерения или плана за период оценки.

- **3 вопрос — Активное суицидальное мышление, включая размышления о любых способах самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать.** Субъект подтверждает наличие мыслей о самоубийстве и то, что в течение оцениваемого периода времени он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда субъект разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, субъект думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся ответы, в которых человек говорит: «Я думал(а) о передозировке таблетками, но так и не придумал(а) конкретного плана относительно того, когда, где и как осуществить это... и я бы никогда не довел(а) это дело до конца».

- **4 вопрос — Активное суицидальное мышление, включая некоторое намерение действовать, при отсутствии конкретного плана.** Активные мысли о самоубийстве при заявлении субъекта о некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями в отличие от утверждения: «Такие мысли посещали меня, но я определенно не стану ничего предпринимать» (данный ответ соответствует уровню предыдущего вопроса 3).

- **5 вопрос — Активное суицидальное мышление с конкретным планом и намерением (волевым компонентом)** Мысли о самоубийстве, включая план с полнотой или частично проработанными деталями, и определенное намерение субъекта осуществить этот план.

Если исследуемый ответил отрицательно на первые два вопроса, то он/она получают 0 баллов за весь раздел, поскольку остальные вопросы этого раздела не задаются. Итоговый балл по разделу проставляется в соответствии с последним вопросом, на который получен утвердительный ответ (от 0 до 5). По каждому из вопросов предусмотрена инструкция «если да, опишите», это возможность зафиксировать конкретные ответы респондента.

2 раздел «Интенсивность суицидального мышления» (шкала интенсивности)

Оценивает интенсивность суицидальных мыслей, состоит из 5 пунктов (вопросов), касающихся разных характеристик, выраженность которых определяет интенсивность суицидальных мыслей, а также описывает причины и сдерживающие факторы.

- **1 вопрос — Частота**
- **2 вопрос — Продолжительность**
- **3 вопрос — Контролируемость**
- **4 вопрос — Сдерживающие факторы**
- **5 вопрос — Причины возникновения мыслей**

Каждый из пунктов оценивается по 5-балльной порядковой шкале. Балл по разделу представляет собой сумму баллов по 5 вопросам, максимум — 25.

3 раздел «Суицидальное поведение»

Ответы на вопросы данного раздела оцениваются по номинальной шкале (было/не было).

Предлагаются вопросы о наличии соответствующих типов поведения. Отмечается все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях. Вопросы задаются обо всех типах попыток суицида. Если вопросы задаются о разных временных периодах, необходимо уточнить наличие поведения в каждом из них отдельно.

- **1 — Реальная (фактическая) суицидальная попытка**

Потенциально самоповреждающее действие, совершенное, по крайней мере, с некоторым желанием умереть *в результате данного действия*. Осуществленные действия отчасти замыслились как способ убить себя. Намерение не обязательно должно быть стопроцентным. Действие может считаться фактической попыткой самоубийства, если с ним ассоциируется хоть какое-нибудь намерение или желание умереть. *Реальное нанесение себе повреждений или вреда необязательно*, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или вреда. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но пистолет сломан, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства.

Обстоятельства, указывающие на наличие намерения: даже если человек отрицает свое намерение или желание умереть, на основании поведения или на основании обстоятельств может быть сделан клинический вывод о намерении. Например, крайне смертоносное действие, которое определенно не является несчастным случаем, и, следовательно, намерение самоубийства является единственным возможным объяснением (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа).

- **2 — Прерванная (внешними силами) суицидальная попытка (англ. *aborted*)**

Когда человека прерывают, и ему/ей не удастся (по причине внешних обстоятельств) начать или завершить потенциально самоповреждающее действие (*иначе произошла бы фактическая попытка самоубийства*).

Передозировка: человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает любое количество таблеток, действие классифицируется как попытка, а не прерванная попытка. Выстрел: человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает оружие, или кто-то (или что-то) мешает нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если происходит осечка, действие классифицируется как попытка самоубийства. Прыжок: человек готов прыгнуть, но его хватают и оттаскивают от края или снимают с перил.

Повешение: человек завязал петлю вокруг шеи, но еще не повесился — его остановили окружающие.

- **3 — Остановленная (самим субъектом) суицидальная попытка (англ. *interrupted*)**

Когда человек начинает предпринимать саморазрушающие действия с целью осуществить самоубийство, но останавливает себя сам, до фактического совершения суицида. Примеры самостоятельно остановленных попыток схожи с примерами прерванных попыток, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не кто-то или что-то другое останавливает его/ее.

- **4 — Подготовительное поведение**

Действия в связи с предстоящей попыткой самоубийства или подготовка к ней. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание предсмертной записки).

- **5 — Несуицидальное самоповреждающее поведение**

Любые действия, направленные на самоповреждение, однозначно не связанные с намерением умереть (например, порезы, ожоги и т. п.).

Последним в этом разделе является итоговый пункт, позволяющий зафиксировать наличие суицидального поведения в течение периода наблюдения (вся жизнь или интересующий период времени).

Вопросы данного раздела не оцениваются в баллах, определяется наличие каждого из типов поведения в указанный период.

4 раздел «Летальность суицидального поведения»

Ответы на вопросы данного раздела оцениваются по шкалам.

Оцениваются только **РЕАЛЬНЫЕ (ФАКТИЧЕСКИЕ)** суицидальные попытки.

Фактическая летальность оценивается по порядковой шкале от 0 до 5.

- **0** — телесных повреждений нет, или очень легкие телесные повреждения (например, неглубокие царапины).

- **1** — легкие телесные повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения связок).

- **2** — умеренные телесные повреждения; требуется медицинская помощь (например, пострадавший в сознании, но вялый, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда).

- **3** — умеренно тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% тела, большая, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы).

- 4 — тяжелые телесные повреждения; требуются госпитализация по медицинским показаниям и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% тела (одна ладонь — 1% поверхности тела), большая потеря крови с нестабильными основными показателями состояния организма, серьезные повреждения жизненно важных органов).

- 5 — смерть.

Если фактическая летальность равна нулю, то оценивается **ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ** летальность по порядковой шкале от 0 до 2 баллов.

Интервьюер оценивает вероятную летальность фактической попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах определенные действия не нанесли реальный ущерб здоровью, но вероятность летального исхода была очень велика: человек вставил пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому ущерб здоровью не был нанесен; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его/ее оттащили, и наезд поезда не состоялся).

- 0 — поведение, которое вряд ли приведет к травмам.

- 1 — поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть.

- 2 — поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на оказание доступной медицинской помощи.

Общие комментарии

Выбор пунктов для протокола и шкал был обусловлен результатами исследований, посвященных тому, какие аспекты суицидальных мыслей и поведения в прошлом с большой вероятностью предсказывают риск будущего суицидального поведения, в том числе наиболее тяжелые мысли и намерения, а также медицинские последствия и летальность прошлых попыток самоубийства. Оценка суицидального поведения была расширена для того, чтобы охватить не только реальные, но также прерванные попытки, поскольку они являются более предиктивными для фактического суицида, а также остановленные попытки, поскольку они связаны с реальными попытками. Подготовительное суицидальное поведение (деятельность по подготовке к суициду) было включено в оценку, поскольку анализ показывает, что люди, имеющие опыт подготовительных действий, с большей вероятностью совершат самоубийство, чем те, кто не сообщал о таком поведении [6].

Применение методики в России

Со времени создания ввиду широкой и открытой доступности для научного и практического применения Колумбийский протокол оценки тяжести суицидального поведения достаточно часто начал использоваться в клинической практике и клинических исследованиях в России. На специально созданном открытом

ресурсе, посвященном методике, авторы разместили описание методики и переведенные на различные языки версии, включая русский [9–11]. Подробно методика была впервые описана в России в работе [8]. До недавнего времени протоколом пользовались преимущественно врачи-психиатры и медицинские психологи, работающие в системе стационарной и амбулаторной медицинской помощи.

В данных методических рекомендациях представлен один из первых примеров использования методики на неклинической выборке, в условиях работы психологической службы вуза, а именно, опыт исследовательской группы факультета психологии ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный университет» и НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева в ходе реализации гранта Российского научного фонда «Протективные факторы суицидального поведения студенческой молодежи» (грант РНФ № 24-28-00713, 2024–2025 г. г., рук. А. В. Шаболтас). В рамках исследования изучался опыт суицидального поведения и совладания с суицидальными намерениями студентов различных вузов Санкт-Петербурга в возрасте 18–25 лет. В данных методических рекомендациях методика представлена в адаптированном и наиболее приемлемом для отечественной практики формате проведения интервью, а именно форме вопросов и регистрации ответов, которая была разработана и апробирована в вышеупомянутом проекте РНФ в Санкт-Петербургском государственном университете (Приложение 1). Второе приложение содержит оригинальную форму полного протокола и краткую форму для первичного скрининга, взятые с сайта разработчиков — <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/> (Приложение 2).

На наш взгляд, для практического применения оригинальная версия формы, предлагаемая разработчиками, излишне перегружена усложняющими работу специалиста/интервьюера комментариями и разъяснениями, которые должны предшествовать и обсуждаться в рамках подготовки к проведению диагностического интервью. Данные методические рекомендации позволяют в полной мере ознакомиться с концептуальными и содержательными компонентами протокола и освоить его применение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Колумбийский протокол оценки тяжести суицидального поведения является научно обоснованным и хорошо структурированным диагностическим инструментом, который может быть использован для повышения эффективности медицинской, психологической и социальной помощи лицам, пережившим или переживающим суицидальные кризисы, путем более точной количественной и качественной оценки тяжести суицидального поведения, включая внутренние (идеаторные) и внешние (поведенческие) проявления. Методика позволяет определить тех лиц, которые нуждаются в помощи в первую очередь с целью предотвращения суицидов. Методика предназначена для индивидуального применения в рамках медицинской или психологической помощи конкретным пациентам/

клиентам. Не годится для широкого использования в рамках мониторинговых мероприятий и исследований.

Литература

1. Чистопольская К. А., Колачев Н. И., Ениколопов С. Н. Вопросы диагностики суицидального риска: где, когда и как проводить оценку // Консультативная психология и психотерапия. 2023; 31 (2): 9–32. doi: 10.17759/cpp.2023310201.
2. Гелда А. П., Нестерович А. Н. Диагностические шкалы в оценке риска суицида // Военная медицина. 2014; 3: 101–107.
3. Ghasemi P, Shaghaghi A., Allahverdipour H. Measurement scales of suicidal ideation and attitudes: a systematic review article // Health Promot. Perspect. 2015; 5 (3): 156–168. doi: 10.15171/hpp.2015.019.
4. Roos L., Sareen J., Bolton J. M. Suicide risk assessment tools, predictive validity findings and utility today: time for a revamp? // Neuropsychiatry. 2013; 3 (5): 1–13.
5. Развальяева А. Ю., Польская Н. А., Басова А. Я. Методики оценки риска суицидального поведения в подростковом возрасте: систематический обзор систематических обзоров // Консультативная психология и психотерапия. 2023; 31 (2): 33–67. doi: 10.17759/cpp.202331020.
6. Oquendo M. A., Halberstam B., Mann J. J. Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments / M. B. First, ed. // Standardized Evaluation in Clinical Practice. 2003: 103–130.
7. Posner K., Brown G. K., Stanley B. et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults // Am. J. Psychiatry. 2011 Dec; 168 (12): 1266–1277. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
8. Цукарзи Э. Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь. Определение уровня суицидального риска с помощью Колумбийской шкалы оценки тяжести суицида (C-SSRS) // Современная терапия психических расстройств. 2011; 2: 30–40. EDN PFBNTB.
9. Жилыева Т. В., Касьянов Е. Д., Чеканина О. М., Мазо Г. Э. Кумулятивное влияние генетических факторов фолатного метаболизма на показатели суицидальности при шизофрении // Суицидология. 2023; 14, № 3 (52): 51–68. doi: 10.32878/suiciderus.23-14-03(52)-51-68. EDN ZHRIQF.
10. <https://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale/> (дата обращения 26.05.2025).

Форма протокола для проведения диагностического интервью

ФИО	Возраст:	Дата:	Период:
РАЗДЕЛ 1. «СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ, НАМЕРЕНИЯ, ПЛАНЫ»			
Инструкция интервьюеру: Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу 3 «Суицидальное поведение». Если на вопрос 2 получен ответ «да», задайте вопросы 3, 4 и 5, запишите развернутые ответы. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ «да», переходите к заполнению раздела 2 «Интенсивность суицидального мышления». Вопросы задаются с учетом обозначенного временного периода (вся жизнь, год, месяцы) в зависимости от цели оценки.			
1	Возникало ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться? Если ответ «Да», попросите описать _____ _____ _____	Да (1)	Нет (0)
2	Думали ли Вы о том, чтобы покончить с собой? Если ответ «Да», попросите описать _____ _____	Да (1)	Нет (0)
3	Думали ли Вы о том, как могли бы это сделать? Если ответ «Да», попросите описать подробнее _____ _____	Да (1)	Нет (0)
4	Было ли у Вас намерение действовать в соответствии с этими мыслями? Если ответ «Да», попросите описать подробнее _____ _____	Да (1)	Нет (0)
5	Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Если ответ «Да», попросите описать подробнее _____ _____	Да (1)	Нет (0)
ИБ	БАЛЛ ПО РАЗДЕЛУ (от 0 до 5):		
РАЗДЕЛ 2. «ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ»			
Инструкция интервьюеру: Следующие пункты следует оценивать, принимая во внимание наиболее опасный тип мышления (т. е. пункты 1–5, приведенные выше: 1 — наименее опасный, 5 — наиболее опасный) за обозначенный период времени (вся жизнь, год, месяцы) в зависимости от цели оценки.			
В обозначенный период времени, когда у Вас было самое сильное желание умереть или покончить с собой? _____			
Опишите подробнее ситуацию и состояние наиболее сильного желания умереть за обозначенный период времени. _____ _____			

1	Сколько раз Вас посещали подобные мысли за (обозначенный) период? (1) Реже одного раза в неделю (2) Раз в неделю (3) 2–5 раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день (5) Многократно каждый день в неделю	
2	Когда подобные мысли посещали Вас, как долго они длились? (1) Они мимолетны — несколько секунд или минут (2) Менее часа / недолго (3) 1–4 часа / долго (4) 4–8 часов / большую часть дня (5) Более 8 часов / они устойчивы или постоянны	
3	Могли ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть? (1) Мог(ла) легко контролировать такие мысли (2) Мог(ла) контролировать такие мысли с незначительными затруднениями (3) Мог(ла) контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями (4) Мог(ла) контролировать такие мысли с большими затруднениями (5) Не в состоянии контролировать такие мысли (0) Не пытался(ась) контролировать такие мысли	
4	Были ли сдерживающие факторы (кто-то или что-то), которые удержали Вас от стремления к смерти, и если да, то в какой степени они удержали Вас? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (1) Сдерживающие факторы определенно удержали от попытки самоубийства (2) Вероятно, сдерживающие факторы удержали от попытки самоубийства (3) Не уверен(а), что сдерживающие факторы удержали (4) Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали попытки самоубийства (5) Сдерживающие факторы определенно не удержали (0) Данный пункт не применим	
5	Какие причины были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Инструкция интервьюеру: Постарайтесь подробнее расспросить респондента о причинах возникновения желания умереть, для того чтобы Вы смогли обоснованно отметить преобладающие мотивы в соответствии с нижеприведенными вариантами ответов: _____ _____	

	(1) Исключительно для того, чтобы привлечь внимание (2) Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей (3) В равной степени для того, чтобы привлечь внимание или добиться отклика других людей, и для того, чтобы прекратить или остановить боль (4) Большей частью для того, чтобы прекратить боль (Респондент(ка) не мог(ла) продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые испытывал(а)) (5) Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (0) Данный пункт не применим		
Б	СУММАРНЫЙ БАЛЛ ПО РАЗДЕЛУ (ВОПРОСЫ 1–5, макс. 25 баллов):		
РАЗДЕЛ 3. «СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ»			
Инструкция интервьюеру: В данном разделе необходимо отметить все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида с учетом обозначенного временного периода (вся жизнь, год, месяцы) в зависимости от цели оценки.			
1	НАЛИЧИЕ ФАКТИЧЕСКОЙ ПОПЫТКИ САМОУБИЙСТВА	Да	Нет
2	Сколько попыток самоубийства Вы предпринимали?	_____ раз	
3	Сколько раз Вы совершали опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти?	_____ раз	
4	Какие действия Вы предпринимали? (опишите) 1. _____ _____ 2. _____ _____ 3. _____ _____ _____		
	Хотелось ли Вам (хотя бы немного) умереть, когда Вы совершали (Действие 1)?	Да	Нет
	Пытались ли Вы покончить собой, когда Вы совершали (Действие 1)?	Да	Нет
	Вы полагали, что могли умереть от (Действия 1)?	Да	Нет
	Хотелось ли Вам (хотя бы немного) умереть, когда Вы совершали (Действие 2)?	Да	Нет
	Пытались ли Вы покончить собой, когда Вы совершали (Действие 2)?	Да	Нет
	Вы полагали, что могли умереть от (Действия 2)?	Да	Нет

	Хотелось ли Вам (хотя бы немного) умереть, когда Вы совершали (Действие 3)?	Да	Нет
	Пытались ли Вы покончить собой, когда Вы совершали (Действие 3)?	Да	Нет
	Вы полагали, что могли умереть от (Действия 3)?	Да	Нет
	Отмечалось ли у субъекта несуицидальное самоповреждающее поведение?	Да	Нет
5	ПРЕРВАННАЯ ПОПЫТКА САМОУБИЙСТВА Случалось ли, что Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, но кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо? Если ответ «Да», попросите описать каждый случай _____ _____ _____ _____ _____	Да	Нет
	Сколько раз происходили такие ситуации?	_____ раз	
	САМОСТОЯТЕЛЬНО ОСТАНОВЛЕННАЯ ПОПЫТКА Случалось ли, что Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, но останавливали себя прежде, чем фактически совершали что-либо? Если ответ «Да», попросите описать подробнее _____ _____ _____ _____ _____	Да	Нет
	Сколько раз происходили такие ситуации?	_____ раз	
	ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЕ ДЕЙСТВИЯ ИЛИ ПОВЕДЕНИЕ Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или подготовиться к тому, чтобы покончить с собой (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)? Если ответ «Да», попросите описать подробнее _____ _____ _____ _____ _____	Да	Нет
	Суицидальное поведение Было ли у субъекта выявлено суицидальное поведение за временной обозначенный период? ТИП (ВИД) СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ _____ _____	Да	Нет

РАЗДЕЛ 4. «РИСК ЛЕТАЛЬНОСТИ И УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ»

Инструкция интервьюеру: Данный раздел заполняется интервьюером. Отмечать только для реальных (фактических) попыток самоубийства за обозначенный временной период.

1	(0) Телесных повреждений нет, или очень легкие телесные повреждения (например, неглубокие царапины). (1) Легкие телесные повреждения (например, вялая речь, ожоги первой степени, легкое кровотечение, растяжения связок). (2) Умеренные телесные повреждения; требуется медицинская помощь (например, пострадавший в сознании, но вялый, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожоги второй степени, кровотечение из крупного сосуда). (3) Умеренно тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие менее 20% тела, большая, однако не смертельная потеря крови, серьезные переломы). (4) Тяжелые телесные повреждения; требуются госпитализация по медицинским показаниям и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожоги третьей степени, покрывающие более 20% тела, большая потеря крови с нестабильными основными показателями состояния организма, серьезные повреждения жизненно важных органов). (5) Смерть	
Инструкция интервьюеру: Следующий раздел заполняется, если реальная летальность=0 Потенциальная или вероятная летальность фактической попытки самоубийства оценивается в ситуации наличия суицидальных действий, но при отсутствии ущерба здоровью ввиду каких-либо обстоятельств внешнего характера или собственных действий (примеры того, когда определенные действия не нанесли реальный ущерб здоровью, но вероятность летального исхода была очень велика: человек вставил пистолет в рот и нажал на курок, но произошла осечка, и поэтому ущерб здоровью не был нанесен; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его/ее оттащили, и наезд поезда не состоялся).		
2	Потенциальная летальность (0) Поведение, которое вряд ли приведет к травмам (1) Поведение, которое вероятно приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть (2) Поведение, которое вероятно приведет к смерти, несмотря на оказание доступной медицинской помощи	
Б	ФАКТИЧЕСКАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ (БАЛЛЫ ОТ 0 ДО 5)	
Б	ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ (БАЛЛЫ ОТ 0 ДО 2)	

Формы протоколов (версия разработчиков)

СУИЦИДАЛЬНОЕ МЫШЛЕНИЕ		На протяжении всей жизни: Можете ли вы использовать(а) самое сильное желание покончить с собой?	Последние _____ месяцы
Задайте вопросы 1 и 2. Если в обоих случаях ответ отрицательный, переходите к разделу “Суицидальное поведение”. Если на вопрос 2 получен ответ “да”, то задайте вопросы 3, 4 и 5. Если на вопрос 1 и/или 2 получен ответ “да”, то заполните нижеприведенный раздел “Интенсивность суицидального мышления”.			
1. Желание умереть Субъект подтверждает, что его посещают мысли о желании умереть или перестать жить, или же о желании заснуть и не просыпаться. <i>Возникло ли у Вас желание умереть или заснуть и не просыпаться?</i> Если да, опишите:		Да ☐ Нет ☐	Да ☐ Нет ☐
2. Активные неспецифические мысли о самоубийстве Общие неспецифические мысли о желании покончить с собой, т.е. совершить самоубийство (например, “Я думаю(а) о том, чтобы покончить с собой”) при отсутствии размышлений о том, как это сделать (способах самоубийства), намерения или плана в период оценки. <i>Думали ли Вы самом деле о том, чтобы покончить с собой?</i> Если да, опишите:		Да ☐ Нет ☐	Да ☐ Нет ☐
3. Активное суицидальное мышление, включая размышления о любых способах самоубийства (не о плане), при отсутствии намерения действовать Субъект подтверждает наличие мыслей о самоубийстве и то, что в течение оцениваемого периода времени он/она думал(а) хотя бы об одном способе самоубийства. Данная ситуация отлична от такой, когда субъект разработал конкретный план: время, место или детали метода самоубийства (например, субъект думал о способе самоубийства, но не о конкретном плане). Сюда относятся люди, которые скажут: “Я думаю(а) о передозировке таблетками, но так и не построил(а) конкретного плана относительно того, когда, где и как осуществить это...и я бы никогда не довел(а) дело до конца”. <i>Думали ли Вы о том, как могли бы это сделать?</i> Если да, опишите:		Да ☐ Нет ☐	Да ☐ Нет ☐
4. Активное суицидальное мышление, включая некоторое намерение действовать, при отсутствии конкретного плана Активные мысли о самоубийстве при заявлении субъекта о <u>некотором намерении действовать в соответствии с этими мыслями</u> в отличие от утверждения: “Такие мысли посещают меня, но я определенно не стану ничего предпринимать”. <i>Посещали ли Вас подобные мысли и было ли у Вас какое-нибудь намерение действовать в соответствии с ними?</i> Если да, опишите:		Да ☐ Нет ☐	Да ☐ Нет ☐
5. Активное суицидальное мышление, с конкретным планом и намерением Мысли о самоубийстве, включая план с полностью или частично проработанными деталями, и некоторое намерение субъекта осуществить этот план. <i>Начали ли Вы разрабатывать или уже разработали детальный план самоубийства? Планируете ли Вы осуществить этот план?</i> Если да, опишите:		Да ☐ Нет ☐	Да ☐ Нет ☐
ИНТЕНСИВНОСТЬ СУИЦИДАЛЬНОГО МЫШЛЕНИЯ Следующие пункты следует оценивать, принимая во внимание наиболее опасный тип мышления (т.е. пункты 1-5, приведенные выше: 1 - наименее опасный, а 5 - наиболее опасный). Спросите, когда у субъекта было самое сильное желание покончить с собой.			
<i>На протяжении всей жизни - Наиболее опасное мышление:</i> _____ Тип № (1-5) Описание мышления		Наиболее опасное	Наиболее опасное
<i>Последние X месяцев - Наиболее опасное мышление:</i> _____ Тип № (1-5) Описание мышления			
Частота <i>Сколько раз Вас посещали подобные мысли?</i> (1) Реже одного раза в неделю (2) Раз в неделю (3) 2-5 раз в неделю (4) Каждый день или почти каждый день (5) Многократно каждый день		_____	_____
Продолжительность <i>Когда подобные мысли посещают Вас, как долго они длятся?</i> (1) Они мимолетны - несколько секунд или минут (2) Менее часа/недолго (3) 1-4 часа/долго (4) 4-8 часов/большую часть дня (5) Более 8 часов/они устойчивы или постоянны		_____	_____
Контролируемость <i>Могли ли Вы или можете ли Вы при желании прекратить думать о самоубийстве или желании умереть?</i> (1) Может легко контролировать такие мысли (2) Может контролировать такие мысли с незначительными затруднениями (3) Может контролировать такие мысли с некоторыми затруднениями (4) Может контролировать такие мысли с большими затруднениями (5) Не в состоянии контролировать такие мысли (6) Не пытается контролировать такие мысли		_____	_____
Сдерживающие факторы <i>Есть ли какие-либо сдерживающие факторы (кто-то или что-то), которые удержали Вас от стремления к смерти или от попыток осуществления мыслей о самоубийстве (например, семья, религия, страх перед болью, связанной со смертью)?</i> (1) Сдерживающие факторы определенно удержали Вас от попыток самоубийства (2) Вероятно, сдерживающие факторы удержали Вас (3) Вы не уверены, что сдерживающие факторы удержали Вас (4) Скорее всего, сдерживающие факторы не удержали Вас (5) Сдерживающие факторы определенно не удержали Вас (6) Данный пункт не применим		_____	_____
Причины суицидального мышления <i>Какие причины были у Вас для того, чтобы думать о желании умереть или самоубийстве? Вы хотели умереть для того, чтобы прекратить боль или перестать чувствовать то, что Вы чувствовали (иными словами, Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали), или же Вашей целью было привлечение внимания, месть или получение отклика других людей? Или и то, и другое?</i> (1) Исключительно для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей (2) Большей частью для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей (3) В равной степени для того, чтобы привлечь внимание, отомстить или добиться отклика других людей, и для того, чтобы прекратить / остановить боль (4) Большей частью для того, чтобы прекратить / остановить боль (Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали) (5) Исключительно для того, чтобы прекратить или остановить боль (Вы не могли продолжать жить с той болью или теми чувствами, которые Вы испытывали) (6) Данный пункт не применим		_____	_____

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (Отметьте все, что имело место, при условии, что речь идет о разных случаях; Вы должны спросить обо всех типах попытки суицида.)		На протяжении всей жизни		Последние _____ лет	
		Да	Нет	Да	Нет
Фактическая попытка самоубийства: Потенциально самоповреждающее действие, совершенное, по крайней мере, с некоторым желанием умереть в результате данного действия. Осуществленные действия отчасти замыслились как способ убить себя. Намерение обязательно должно быть стопроцентным. Действие может считаться фактической попыткой самоубийства, если с ним ассоциируется хоть какое-нибудь намерение или желание умереть. Реальное нанесение себе повреждений или вреда обязательно, достаточно потенциальной возможности нанесения себе повреждений или вреда. Если человек нажимает на курок, держа пистолет во рту, но шпатель сломал, и поэтому человек не наносит себе повреждений, то это считается попыткой самоубийства. Обстоятельства, указывающие на наличие намерения: даже если человек отрицает свое намерение или желание умереть, на основании поведения или на основании обстоятельств может быть сделан клинический вывод о намерении. Например, крайнее смертельное действие, которое определено не является несчастным случаем, и, следовательно, намерение самоубийства является единственным возможным объяснением (например, выстрел в голову, прыжок из окна с высокого этажа). Если человек отрицает свое намерение умереть, однако считал, что его/ее действия могут привести к смерти, также можно сделать вывод о намерении.		Да	Нет	Да	Нет
Предпринимали ли Вы попытку самоубийства? Предпринимали ли Вы какие-либо действия с целью нанести себе вред? Предпринимали ли Вы какие-либо опасные действия, которые могли привести к Вашей смерти? Какие действия Вы предпринимали? Совершали ли Вы _____ в качестве способа покончить с собой? Хотелось ли Вам (хотя бы немного), умереть когда Вы _____? Пытались ли Вы покончить с собой, когда Вы _____? Или полагали ли Вы, что могли умереть от _____? Или Вы сделали это по совершенно другим причинам, т.е. безо ВСЯКОГО намерения убить себя (например, с целью снять напряжение, почувствовать себя лучше, вызвать сострадание или потому, что хотели, чтобы произошло что-нибудь другое)? (Самоповреждающее поведение без намерения совершить самоубийство) Если да, опишите:		Общее количество попыток	_____	Общее количество попыток	_____
Отмечалось ли у субъекта несуицидальное самоповреждающее поведение? Прерванная попытка самоубийства: Когда человека прерывают, и ему/ей не удается (по причине внешних обстоятельств) начать потенциально самоповреждающее действие (иначе произошла бы фактическая попытка самоубийства). Передозировка: человек держит в руке таблетки, но ему не дают их проглотить. Как только человек проглатывает любое количество таблеток, действие классифицируется как попытка, а не прерванная попытка. Выстрел: человек направил на себя пистолет, но кто-то забирает оружие, или кто-то (или что-то) мешает нажать на курок. Как только человек спустил курок, даже если пронаходит осечка, действие классифицируется как попытка самоубийства. Прыжок: человек готов прыгнуть, но его хватают и тащат с края. Повешение: человек заводит петлю вокруг шеи, но еще не повесился – его остановили. Случалось ли, что, Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, но кто-то или что-то останавливал(о) Вас прежде, чем Вы фактически совершали что-либо? Если да, опишите:		Да	Нет	Да	Нет
Самостоятельно остановленная попытка самоубийства: Когда человек начинает предпринимать шаги с целью осуществить попытку самоубийства, но останавливает себя раньше, чем фактически начинает совершать какие-либо самодеструктивные действия. Примеры самостоятельно остановленных попыток схожи с примерами прерванных попыток, за исключением того, что человек останавливает себя сам, а не что-то другое останавливает его/ее. Случалось ли, что, Вы начинали совершать какие-либо действия с целью покончить с собой, но останавливали себя прежде, чем фактически совершали что-либо? Если да, опишите:		Да	Нет	Да	Нет
Подготовительные действия или поведение: Действия в связи с предстоящей попыткой самоубийства или подготовка к ней. К таким действиям можно отнести все, что выходит за рамки вербализации или мыслей, как-то: приобретение средств для реализации конкретного способа самоубийства (например, покупка таблеток, оружия) или приготовления к собственной смерти в результате суицида (например, раздача своих вещей, написание прощальной записки). Предпринимали ли Вы какие-либо шаги с целью осуществить попытку самоубийства или приготовить к тому, чтобы покончить с собой (например, приобретали таблетки, оружие, раздавали ценные вещи или писали предсмертную записку)? Если да, опишите:		Да	Нет	Да	Нет
Суицидальное поведение: Было ли в течение оцениваемого периода времени выявлено суицидальное поведение?		Да	Нет	Да	Нет
Отвечать только для фактических попыток самоубийства		Дата самой недавней попытки:	_____	Дата попытки с наибольшей вероятностью летального исхода:	_____
Реальная летальность или ущерб здоровью: 0. Телесных повреждений нет, или очень легкие телесные повреждения (например, неглубокие царапины). 1. Легкие телесные повреждения (например, вливая реч, ожог и первой степени, легкое кровотечение, растяжения связок). 2. Умеренные телесные повреждения; требуется медицинская помощь (например, пострадавший в сознании, но вялый, отчасти реагирует на внешние раздражители, ожог второй степени, кровотечение из крупного сосуда). 3. Умеренно тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и, вероятно, интенсивная терапия (например, коматозное состояние с сохранением рефлексов, ожог третьей степени, покрывающие менее 20% тела, большая, но не смертельная потеря крови, серьезные переломы). 4. Тяжелые телесные повреждения; требуется госпитализация по медицинским показаниям и интенсивная терапия (например, коматозное состояние без сохранения рефлексов, ожог третьей степени, покрывающие более 20% тела, большая потеря крови с нестабильными основными показателями состояния организма, серьезные повреждения жизненно важных органов). 5. Смерть		Введите код	_____	Введите код	_____
Потенциальная летальность: Отвечать, только если реальная летальность=0 Вероятная летальность фактической попытки самоубийства при отсутствии ущерба здоровью (в представленных ниже примерах определенные действия не нанесли реальный ущерб здоровью, но вероятность летального исхода была очень велика: человек вставил пистолет во рот и нажал на курок, но промахнулся осечка, и поэтому ущерб здоровью не был нанесен; человек лег на рельсы, по которым к нему приближался поезд, но его/ее оттащили, и поезд поезда не состоялся). 0 – Поведение, которое вряд ли приведет к травмам 1 – Поведение, которое, вероятно, приведет к травмам, но вряд ли повлечет за собой смерть 2 – Поведение, которое, вероятно, приведет к смерти, несмотря на оказание доступной медицинской помощи		Введите код	_____	Введите код	_____



PDF-файл оригинального бланка разработчиков

Медико-психологическое сопровождение женщин в ситуации репродуктивного выбора

И. В. Добряков, А. И. Федорова

ГЛОССАРИЙ

Аборт (лат.: *abortus* — выкидыш) — прерывание беременности до 21-й недели включительно, когда пренейт еще нежизнеспособен. Различают *самопроизвольный* аборт в результате нарушений течения беременности и *искусственный аборт* — преднамеренное прерывание беременности.

Биопсихосоциальный подход — рассмотрение состояния человека, его здоровья и болезней с учетом не только физиологических и биологических факторов, но также психологических аспектов и социокультурной среды. Подход ориентирует на выявление взаимосвязей между ними, способствует пониманию сложных ситуаций, болезни и разработке оптимального плана действий.

Гестационная доминанта (лат.: *gestare* — носить на себе, беременность; *dominans* — господствующий) — возникающая во время беременности в ответ на образование зиготы, и в особенности в связи начинающейся имплантацией бластоцита в эндометрий, направленность всех реакций организма беременной женщины на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода. Выделяют физиологический и психологический компоненты гестационной доминанты.

Гестогения (лат.: *gestare* — носить на себе, беременность; *genia* — порождение) — неблагоприятное воздействие на психику беременных женщин примеров, воспоминаний, рассказов об опыте неблагоприятного течения беременности и родов, их исхода, а также столкновения женщин с реальными проявлениями патологии во время перинатального периода.

Гипогестогнозический (греч.: *hypo* — снижение; лат.: *gestare* — носить на себе, беременность) **вариант** психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) характеризуется игнорированием женщиной возникшей беременности. При этом она не меняет жизненные стереотипы и образ жизни, включая физические и эмоциональные нагрузки, поведенческие паттерны и привычки и т. п.

Депрессивный синдром — проявление психопатологического состояния человека, характеризуется наличием трех симптомов — снижением настроения по типу гипотимии, т. е. снижением эмоциональных реакций и моторной активности, заторможенностью интеллектуальных действий и гипобулией, т. е. торможением волевой и двигательной активности. Характерен для депрессивного варианта психологического компонента гестационной доминанты.

Дистресс (греч.: *di* — потеря; англ.: *stress* — напряжение) негативная форма стресса, возникающая в ответ на неожиданные, неблагоприятные или угрожающие события и ситуации. При этом напряжение ведет к истощению всех адаптационных резервов организма, что может отрицательно повлиять на физическое и психическое состояние человека, приводить к ухудшению психического и физического самочувствия, снижению работоспособности.

Естественное планирование семьи (ЕПС) — методы планирования времени зачатия супругами, состоящими в браке, при котором оба партнера открыты новой жизни и не опасаются незапланированной беременности. Планирование осуществляется путем воздержания от супружеской близости или регуляции половой активности в периоды наибольшей фертильности в течение менструального цикла.

Конструктивно-эмпатический (греч.: *empathy* — сочувствие) вариант вторичной профилактики аборт, в основе которого осознанное сопереживание эмоциональному состоянию женщины и поиск конструктивного решения проблемы. Это — профессионально организованный, управляемый процесс консультации с соблюдением этических принципов и формированием доверительных отношений. В процессе консультации рассматриваются варианты выхода из сложной ситуации. Основная цель — предотвращение аборта.

Кризис (греч.: *krisis* — поворот) — ситуация изменений, неопределенности, которая сопровождается стойкими эмоциональными реакциями, выход из которой требует более продолжительного времени и больше затрат на адаптацию к ситуации, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок.

Методы распознавания плодности (МРП) — метод естественного планирования семьи, основанный на конкретных знаниях анатомии и физиологии репродуктивной системы человека и самонаблюдении за менструальным циклом. Он позволяет определять плодный (период возможного зачатия) и неплодный (когда зачатие невозможно) период в каждом цикле.

Осознанное родительство — рождение и воспитание ребенка, основанные на понимании причинно-следственных связей возникших семейных отношений, выработке оптимального отношения к ребенку, к его развитию, эмоциям, поведенческим реакциям, позволяющего выбрать адекватные и действенные оптимальные формы воспитания.

Перинатальная психология (греч.: *peri-* — вокруг; лат.: *natus* — рождение) — область клинической (медицинской) психологии, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы мать–дитя, закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействия с матерью и окружающей средой, решающая комплексные задачи охраны здоровья материнства и детства.

Пермиссивный (англ.: *permission* — разрешение) **вариант** вторичной профилактики абортов. Рассматривает желание сделать аборт как один из целесообразных способов прервать нежеланную беременность, который женщина имеет право применять, попытки повлиять на ее решение осуждаются.

Планирование семьи — осознанное отношение супругов к беременности и рождению детей, позволяющее избежать наступления несвоевременной нежелательной беременности, сделать выбор оптимального времени зачатия с учетом интервалов между беременностями; биологического, психологического и социального состояния здоровья родителей, провести прегравидарную подготовку. Планирование семьи способствует гармонизации семейных отношений, профилактике абортов и разводов, снижению осложнений беременности и родов, сохранению здоровья женщин и новорожденных.

Плодность — см. фертильность.

Половое (сексуальное) воспитание — процесс педагогического воздействия на личность с целью формирования у нее сексуальной культуры и способности адекватно переживать и осознавать свои физиологические и психологические особенности в соответствии с установившимися в обществе нормами и правилами. Воспитанием детей должны заниматься взрослые в семье.

Постабортный синдром — расстройство, развивающееся вследствие искусственного или естественного прерывания беременности, характеризующееся депрессивными и тревожными состояниями, соматическими нарушениями, появляющимися как сразу после аборта, так и спустя некоторое время. Без адекватной помощи имеет тенденцию к продолжительному течению.

Прегравидарная (лат.: *pre-* — предшествующий; *graviditas* — беременность) подготовка — комплекс диагностических, медицинских, психопрофилактических и социальных мероприятий, направленных на выявление, оценку имеющихся факторов риска и на устранение, уменьшение их влияния, на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребенка.

Пренейт (лат.: *pre* — до; *natus* — роды) — еще не родившийся ребенок, активный участник процесса собственного внутриутробного развития и процесса родов. Термин, объединяющий названия, используемые для обозначения стадий внутриутробного развития: «зародыш» (эмбрион) с момента зачатия до конца 10-й недели + «плод» с конца 10-й недели и до родов.

Профилактика (греч.: *πρόφύλακτικός* — предохраняющий) — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья, социального благополучия, включающий формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения ситуаций риска нарушения здоровья, раннее выявление причин и условий их возникновения, принятия мер к их устранению.

Профилактика абортов — это комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на предупреждение ситуаций, требующих искусственного прерывания беременности по медицинским или социальным показаниям, а также на выявление признаков риска возникновения ситуаций репродуктивного выбора — желания прервать возникшую беременность без медицинских на то показаний, а при возникновении такого намерения оказание помощи беременной женщине с целью предотвращения этого. *Первичная* психопрофилактика направлена на *предупреждение появления желания* искусственно прервать беременность. *Вторичная* психопрофилактика проводится в ситуации, когда нежеланная беременность все же наступила. Цель вторичной психопрофилактики *не допустить искусственного прерывания беременности* без медицинских показаний — и есть стремление ее прервать. *Третичная* психопрофилактика направлена на *предотвращение подобных критических ситуаций в будущем*, на формирование и усиление желания иметь детей.

Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) — совокупность механизмов психической саморегуляции, которые «включаются» у женщины при возникновении беременности и меняют отношения беременной к себе и к окружающим, во многом отражающие степень психологической готовности к материнству. Выделено пять типов ПКГД: оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный.

Репродуктивный возраст — период в жизни человека, когда он способен зачать и выносить потомство. Возраст наступления репродуктивного периода и его окончания индивидуален, так как зависит от многих факторов. У женщин репродуктивный возраст начинается с появлением менструаций (в среднем в возрасте 12–15 лет) и продолжается вплоть до их прекращения (в среднем около 50 лет). У мужчин продолжительность репродуктивного возраста определяется началом и прекращением выработки сперматозоидов. Чаще всего он наступает в возрасте 12–15 лет (с первых поллюций) и сохраняется до 60 лет и более, при этом наиболее благоприятный возраст мужчины для репродукции — до 40–45 лет.

Репродуктивное здоровье — состояние полного физического, умственного и социального благополучия, способствующих гармоничным психосексуальным отношениям в семье, зачатию, вынашиванию и рождению здоровых детей.

Репродуктивный выбор — это принятие и реализация гражданами, как состоящими в браке, так и вне брака, решения относительно беременности и рождения ребенка или отказа от этого. В случае положительного решения это понятие также включает планирование зачатия, рождения детей, их числа, интервалов между рождениями, времени и места рождения.

Рестриктивный (англ.: *restriction* — ограничение) **вариант** вторичной профилактики абортов, в основе которого безапелляционный запрет на проведение аборта без учета социальных и медицинских показаний к искусственному прерыванию беременности, особенностей личности женщины и состояния ее здоровья, ее взаимоотношений с партнером, житейской ситуации и пр.

Ситуация репродуктивного выбора — возникновение незапланированной беременности, которую женщина по разным причинам оценивает как несвоевременную.

Срок беременности рассчитывается от первого дня последней менструации (а не от предполагаемой даты зачатия) до текущего момента.

Стресс (англ.: *stress* — напряжение) — совокупность нормальных неспецифических, обусловленных врожденными механизмами, адаптационных защитно-приспособительных реакций организма на воздействие различных раздражителей, как благоприятных (см. *эустресс*), так и неблагоприятных (см. *дистресс*).

Фертильность (лат.: *fertilis* — плодovitый) (**плодность**) — способность достигшего половой зрелости взрослого организма производить жизнеспособное потомство.

Эустресс (греч.: *eu* — хорошо; англ.: *stress* — напряжение) — форма стресса, мобилизующего адаптивные ресурсы организма, мотивирующего и стимулирующего работоспособность, не наносящая вреда организму, оказывающая на него позитивное влияние.

Ятрогения (греч.: *iatro-* — врач; лат.: *genia* — порождение) — непреднамеренный вред, причиненный пациентке неосторожными словами или действиями в процессе медицинского или психологического вмешательства.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в нашей стране есть серьезные демографические проблемы. Для их решения в марте 2025 года правительством РФ утверждена «Стратегия действий по реализации семейной и демографической политики и поддержке многодетности в России до 2036 года» [40]. Ключевым механизмом реализации стратегии является запущенный новый национальный проект «Семья». Активная работа в этом направлении проводилась и раньше. Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» [29] в женских консультациях были открыты кабинеты медико-социальной помощи, сотрудники которых стали оказывать медико-психологическую помощь женщинам и членам их семей.

Реализация проекта «Семья» позволяет объединить все существующие и будущие меры поддержки рождаемости. Он призван улучшить жизнь как бездетных россиян (чтобы стимулировать их к деторождению), так и тех, у кого уже появился ребенок. Особое внимание уделяется всесторонней поддержке многодетных семей. Планируется реализовать планы мероприятий, способствующие реализации семейной, демографической политики и поддержке многодетности в два этапа: в периоды с 2025 по 2030 и с 2031 по 2036 год. Проект является комплексным, так как предполагает решение социальных, медицинских и психологических

задач [40]. Таким образом, стратегия действий по реализации семейной и демографической политики и поддержке многодетности в России придерживается разностороннего *биопсихосоциального подхода*. Его базовые положения включают в себя анализ как внутренних, так и внешних условий формирования психических расстройств [52, 53]. Однако при его использовании на практике часто приоритет принадлежит биомедицинской составляющей, отесняющей на второй план психосоциальные факторы [22]. Это отражается в рекомендациях Госдумы, рассматривающих в качестве основных факторов, препятствующих рождению россиянами большего числа детей, в первую очередь проблемы их материального благосостояния, меньше уделяющих внимания проблемам психологическим. При этом часто акцент делается на профилактику абортов, причем в основном на вторичную, на пропаганду многодетности. Таким образом, больше обращается внимания на увеличение количества детей, недостаточно учитываются возможности и вероятность их гармоничного физического и психического развития.

Сбалансированность биопсихосоциального подхода к решению тесно связанных между собой задач позволит в комплексе успешно решать их, организуя тесное сотрудничество разных специалистов: организаторов здравоохранения, медицинских и социальных работников, педагогов, священнослужителей, юристов, работников средств массовой информации и др. Их взаимопонимание и согласованные действия в области охраны репродуктивного здоровья населения необходимы в числе прочего и для укрепления семейных отношений, стимуляции многодетности, повышения эффективности борьбы с искусственными абортами.

Несмотря на то, что по сравнению с предыдущим годом в 2024 году в России количество абортов уменьшилось более чем на 24 000, их число остается очень большим — 338 367 [39]. *Сокращение количества искусственных абортов продолжает оставаться одной из важнейших и актуальных задач, решение которой может способствовать повышению эффективности охраны репродуктивного здоровья населения и улучшению демографической ситуации в стране.*

РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР И ЕГО ВАРИАНТЫ

Репродуктивный выбор касается принятия и реализации гражданами, как состоящими в браке, так и вне брака, решения относительно беременности и рождения ребенка или отказа от этого. В случае положительного решения понятие включает выбор способов зачатия, рождения детей, их числа, времени и места рождения, интервалов между рождениями. В случае выбора прекращения беременности предпринимаются меры к совершению искусственного аборта.

Ситуации репродуктивного выбора возникают только в период жизни человека, когда он способен зачать и выносить потомство. *Репродуктивный возрастной период* и его окончания индивидуальны, так как зависят от многих факторов. У женщин репродуктивный возраст начинается с появлением менструаций (примерно с 15 лет) и продолжается вплоть до их прекращения (примерно в 49 лет).

У мужчин продолжительность репродуктивного возраста определяется началом и прекращением выработки сперматозоидов. Чаще всего его продолжительность с 12–15 лет до 60 лет и более, при этом наиболее благоприятный возраст мужчины для репродукции — до 40–45 лет.

Нередко репродуктивный выбор сделать непросто, так как и запланированное, и неожиданное возникновение беременности имеют все признаки кризиса. Любой кризис можно датировать и локализовать во времени и в пространстве. Кризис характеризуется неопределенностью и рисками, сопровождается стойкими эмоциональными реакциями; его преодоление требует более продолжительного времени и больше затрат на адаптацию к ситуации, чем это необходимо при воздействии повседневных перегрузок [49]. Различают разные типы кризиса: тип I — при котором есть шанс его разрешения путем возвращения к прежней жизни, и тип II, при котором разрешение кризиса требует кардинального изменения жизни. Беременность — всегда второй тип кризиса, так как вынашивание ребенка и его рождение предвещает большие перемены, требующие кардинальных изменений образа жизни. От отношения и готовности к этому зависят дальнейшие действия родителей, благополучие семьи. Многие осложнения беременности, родов, послеродового периода связаны с нежеланием женщины и мужчины менять образ жизни. У беременной женщины это выражается формированием гипогестогнозического (игнорирующего) варианта психологического компонента гестационной доминанты [5].

Различные варианты репродуктивного выбора обусловлены особенностями ситуаций и возможностями принятия разных решений их разрешения.

Запланированный репродуктивный выбор

Запланированный репродуктивный выбор супругов можно рассматривать как запланированный кризис второго типа, так как появление в семье ребенка кардинально изменит их жизнь, а возвращение к прежнему жизненному укладу станет невозможным. При условии, что родители осознают и готовы к этому, такой вариант является наиболее предпочтительным. В сложной гамме возникающих у них эмоций преобладают положительные (ситуация эустресса). Осознанное желание иметь ребенка и планирование этого позволяет выбрать наиболее подходящее время для зачатия и провести *прегравидарную* (лат.: *pre-* — до; *gravida* — беременность) *подготовку*. Она включает проведение мероприятий, направленных на создание оптимальных условий для подготовки пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребенка. Как при проведении прегравидарной подготовки, так и при дородовой подготовке во время беременности важно руководствоваться биопсихосоциальным подходом. При этом:

- *биологические задачи* решаются укреплением здоровья путем всеобщей диспансеризации, профилактических мероприятий, улучшением работы и доступности женских консультаций, поликлиник, родильных домов, перинатальных центров;

- *социальные задачи* решаются с помощью мер, направленных на развитие здравоохранения, образования и культуры, физической культуры, на создание оптимальных условий труда, отдыха граждан, улучшение материального обеспечения семей, их жилищно-бытовых условий, доступности товаров народного потребления, детских учреждений;
- *психологические задачи* наиболее эффективно могут решаться разработкой и внедрением системы психопрофилактики.

Таким образом, биопсихосоциальный подход способствует профилактике нарушений здоровья населения, улучшению демографических показателей, позволяя в комплексе успешно решать тесно связанные между собой задачи, организуя для этого сотрудничество разных специалистов: органов управления, организаторов здравоохранения, медицинских и социальных работников, перинатальных психологов, педагогов, юристов, работников средств массовой информации и др.

Незапланированные репродуктивные выборы

Незапланированный репродуктивный выбор приходится делать, когда беременность возникает неожиданно для женщины. Такие ситуации могут быть разными и сопровождаться:

- *положительными эмоциями* и решением родить ребенка. При этом, к сожалению, прегравидарная подготовка уже невозможна. Медицинская и психологическая помощь, направленная на благополучное течение беременности и родов, на профилактику осложнений, проводится специалистами (акушером-гинекологом, перинатальным психологом, социальным работником) при постановке на учет в женской консультации, проведении дородовой подготовки;
- *отрицательными эмоциями* в связи с несвоевременностью беременности, возникшим при этом дистрессом и рассмотрением возможности искусственно ее прерывания (то есть аборта) с надеждой, что это позволит не менять образ жизни. Иногда к принятию такого решения склоняются и женщина, и мужчина, иногда кто-то один из них, и это вызывает споры. Важная задача специалистов, занимающихся этими парами, способствовать предотвращению аборта и сохранению беременности.

Ситуация *незапланированного репродуктивного выбора* нередко приводит к желанию сделать искусственный аборт без медицинских показаний. Именно профилактика таких ситуаций является действенной первичной профилактикой абортот.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ АБОРТАХ

Специалист, занимающийся профилактикой абортот, должен иметь представление о том, что это за процедуры, как и когда их проводят, какие могут быть осложнения.

Аборт (лат.: *abortus* — выкидыш) — прерывание беременности до 21 недели включительно, когда пренейт еще нежизнеспособен. Сроки беременности рассчитываются от первого дня последней менструации, а не от даты зачатия. Различают *самопроизвольный* аборт в результате нарушений течения беременности и *преднамеренное прерывание беременности* — *искусственный аборт* [18].

Оказание помощи женщинам при самопроизвольном аборте регулируется приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации: приказ от 09.01.2023 № 2н «Об утверждении стандарта медицинской помощи при свершившемся выкидыше (самопроизвольном аборте) и неразвивающейся беременности (диагностика и лечение) и о внесении изменений в “Стандарт специализированной медицинской помощи при самопроизвольном прерывании беременности”, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 7 ноября 2012 г. № 590н» (зарегистрирован 31.01.2023 № 72190) [23, 24, 30].

Искусственный аборт (медицинский аборт) проводится по:

- (1) медицинским показаниям со стороны матери или со стороны плода независимо от срока беременности,
- (2) по социальным показаниям (до 21 недель беременности включительно),
- (3) по настойчивому желанию женщины при условии обязательного проведения профессионального психологического консультирования в кабинете медико-социальной помощи женской консультации или в центре медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации (до 11 недель беременности включительно).

Перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации [1]. Социальные показания для искусственного аборта определяются Правительством Российской Федерации [2].

Прерывание беременности без медицинских показаний по желанию женщины проводится на сроках с 4 до 11 недель включительно. На более поздних сроках до 21 недель включительно искусственные (медицинские) аборты проводятся лишь при наличии медицинских или социальных показаний. После 22 недель при необходимости для прерывания беременности вызываются преждевременные роды [42].

Женщина, решившая сделать искусственный (медицинский) аборт, обращается в медицинское учреждение к врачу. Выбор формы искусственного аборта должен учитывать особенности ситуации и состояния здоровья пациентки, возможные осложнения. Информация об этом предоставляется пациентке, и она направляется на беседу с психологом. Окончательное решение об отказе от аборта или выбор метода остается за женщиной, дающей информированное согласие на его проведение.

Различают относительно *небезопасные* и относительно *безопасные* и искусственные аборты.

К относительно *небезопасным абортам* относят искусственное прерывание беременности, осуществляемое людьми, не имеющими соответствующего

медицинского образования и не обладающими необходимыми навыками, проводимое в условиях, не соответствующих минимальным медицинским стандартам. Нередко попытки сделать небезопасный аборт предпринимаются не одним, а несколькими способами. Небезопасными их называют потому, что количество осложнений после них, а также частота смертельных исходов несравнимо значительно выше, чем после безопасных абортов.

Разумеется, к небезопасным относятся также так называемые *самостоятельные аборты*, при которых женщины предпринимают попытки прервать беременность, не обращаясь в медицинские учреждения, с помощью физических упражнений, приема лекарственных средств, настоев трав и пр.

Безопасные аборты проводятся в медицинских учреждениях квалифицированными медицинскими работниками с помощью специального оборудования по утвержденным Министерством здравоохранения методикам. Медицинские аборты позволяют снизить, хотя и не исключить, риск осложнений.

Медикаментозный аборт считается наиболее безопасным и щадящим. При его проведении для опорожнения полости матки назначают внутрь комплекс препаратов для отслойки плодного яйца и усиления сокращений матки. Дозы препаратов зависят от продолжительности периода аменореи.

Вакуумный аборт (вакуум-аспирация плодного яйца из матки) проводится при невозможности выполнения медикаментозного медицинского аборта до 11 недель беременности включительно или при наличии противопоказаний использования медикаментозных препаратов, используемых в схеме медикаментозного прерывания беременности. Для этого в полость матки вводится шприц с гибкой пластиковой трубкой на конце, через которую высасывается плодное яйцо с находящимся внутри него плодом. При электрической вакуумной аспирации плодное яйцо высасывается при помощи электрического вакуумного отсоса. Вакуум-аспирация приводит к полному аборту в 95–100% случаев.

Хирургический аборт с использованием маточной кюретки (кюретаж) в настоящее время признан устаревшим методом, сопряжен с большим числом осложнений и не относится к рекомендованным хирургическим методам искусственного прерывания беременности до 12 недель. Он проводится при невозможности вакуум-аспирации и медикаментозного прерывания беременности в этих сроках.

Хирургический аборт с использованием маточной кюретки применяют на сроках 12–21 неделя. После дилатации шейки матки эвакуируют содержимое полости матки (плодоразрушающая операция). При наличии противопоказаний для прерывания беременности через влагалище в эти сроки проводят гистеротомию (рассечение матки, удаление плодного яйца).

Проведение хирургического аборта требует пребывания в стационаре, проводится под наркозом, чаще всего общим. И медикаментозный, и вакуумный и хирургический аборты входят в программу обязательного медицинского страхования (ОМС), однако на практике многие бюджетные лечебные учреждения не выполняют процедуру медикаментозного прерывания беременности.

Медикаментозный аборт и вакуум-аспирация считаются относительно безопасными методами, так как при их использовании практически исключены риски повреждения эндометрия, перфорации матки и другие осложнения.

Необходимость проведения безопасного искусственного медицинского аборта может быть обусловлена *медицинскими* и *социальными* причинами, а также он может быть произведен *по настойчивому желанию женщины*.

Аборты по медицинским показаниям

Аборт *по медицинским показаниям* проводится по показаниям со стороны матери (когда пролонгирование беременности ассоциировано с высоким риском материнской смерти) или со стороны плода (при некорректируемых заболеваниях плода, несовместимых с жизнью и/или с неблагоприятным прогнозом для жизни и здоровья) независимо от срока беременности. Показания к проведению медицинского аборта в связи с *состоянием здоровья женщины* включены в особый Перечень, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 736 от 03.12.2007 года и дополненный позднее [30].

Помимо соматических нарушений в Перечень входят нервно-психические расстройства, при которых женщина не может себя контролировать, нуждается в медикаментозной терапии, без которой во время беременности высок риск обострения психоза, аффективные расстройства со стойкими суицидальными установками, риск возникновения представляющих угрозу жизни матери и плода эпилептического статуса, эклампсия [46]. Также к медицинским показаниям к проведению аборта помимо заболеваний относится общая физиологическая незрелость организма (возраст беременной до 15 лет), так как организм подростка еще не готов к вынашиванию пренейта и беременность может негативно сказаться на здоровье юной матери.

В настоящее время в связи с достижениями медицины риск нарушений течения беременности при ее сохранении, считающийся раньше значительным, снизился. Решение о необходимости аборта или возможности его избежать принимает лечащий врач и сообщает о нем беременной, которая вправе принять окончательное решение, подписывает свой отказ или информированное согласие.

Показанием к проведению медицинского аборта в связи с *состоянием плода* может быть как тяжелое заболевание женщины, так и легко переносимое ею заболевание с доказанными возможными тяжелыми последствиями его для развития плода (например, краснуха). В качестве показаний к проведению аборта рассматриваются аномалии развития пренейта, различные генетические нарушения, выявленные при проведении скрининга в первом и втором триместрах, а также с помощью специальных методов обследования. Если все обследования пройдены и подтвердили диагноз, женщину приглашают на врачебную комиссию, в которую входит несколько врачей (УЗИ-диагност, неонатолог, акушер-гинеколог и специалист в соответствующей выявленной патологии, например, кардиохирург, нейрохирург и др.). Цель комиссии — доступно предоставить женщине

подробную информацию о патологии пренейта, о том, насколько и как она поддается лечению, каковы это лечение и возможный прогноз. С учетом полученных сведений женщина принимает решение о сохранении беременности или о проведении аборта. Настаивать на аборте специалисты не вправе даже при тяжелых пороках развития, приводящих к существенным ограничениям существования или вообще несовместимых с жизнью. По медицинским показаниям при необходимости аборт проводится без учета срока беременности.

Аборты по социальным показаниям

Аборт *по социальным показаниям* проводится в сложных указанных в законодательстве жизненных ситуациях: беременность в результате изнасилования; смерть мужа или получение им инвалидности I–II группы, при которой он не может работать; лишение родительских прав; заключение в местах лишения свободы.

Искусственное прерывание беременности у совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной, если она по своему состоянию не способна выразить свою волю, возможно по решению суда, принимаемому по заявлению ее законного представителя и с участием совершеннолетней, признанной в установленном законом порядке недееспособной. Прервать беременность по социальным показаниям можно на сроке до 22 недель.

Аборты по желанию беременной женщины

Аборт *по желанию* беременной женщины относительно безопасно может быть произведен при сроке беременности в периоде с четвертой по седьмую недели, но не позднее окончания двенадцатой недели. Если срок беременности неизвестен, допускается проведение аборта при массе плода не более 400 граммов. Мотивы стремления сделать аборт различны. Проведение консультации женщины в ситуации репродуктивного выбора не сводится к «отговариванию» и возможно только при выяснении и оценке ее ситуации и мотивов.

При неизбежности проведения аборта, независимо от причин этого, специалисты должны стремиться учитывать возможные негативные медицинские, психологические и социальные последствия, стремиться к максимальной профилактике *ранних, поздних и отдаленных осложнений*, многие из которых нарушают здоровье женщин, их репродуктивные функции.

Ранними осложнениями называют наступившие во время проведения аборта (разрывы шейки матки, перфорация матки, образования шейно-влагалищного свища, кровотечения) или в первые сутки после его проведения (в основном — послеоперационные кровотечения).

К *поздним осложнениям*, отмечающимся в течение недели, месяца после операции, относят гематометру, воспалительные процессы матки и придатков (эндометрит, аднексит, параметрит) разной степени тяжести, вплоть до гинекологического сепсиса, длительные кровотечения, формирование плацентарного полипа.

Отдаленные последствия наблюдаются спустя месяцы после аборта, выражаясь нарушением овариально-менструального цикла, развитием эндометриоза, внематочной беременности, истмико-цервикальной недостаточности, спаечного процесса в малом тазу, вторичного бесплодия, резус-иммунизации.

Осложнения не ограничиваются нарушениями физического здоровья, а имеют также пагубное влияние на психологическое и социальное здоровье женщин и членов их семей. У большинства женщин после абортов в той или иной мере возникают нервно-психические расстройства, выявить и оценить которые, а потом оказать соответствующую помощь — обязанность перинатального психолога и психотерапевта. Эта работа является частью третичной психопрофилактики абортов и может привести к снижению их количества.

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ

Профилактика — комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья, социального благополучия, включающих формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения ситуаций риска нарушения здоровья, раннее выявление причин и условий их возникновения, принятие мер к их устранению.

Профилактика абортов — это комплекс медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на предупреждение ситуаций, требующих искусственного прерывания беременности по медицинским или социальным показаниям. Также к профилактике абортов относится своевременное предупреждение и выявление признаков риска *ситуаций репродуктивного выбора, при которых возникает стремление* прервать возникшую беременность без медицинских на то показаний. а при возникновении такого намерения оказание помощи беременной женщине с целью предотвращения аборта и возможных в результате него социально-психологических и медицинских проблем.

Вариант ситуации *незапланированного репродуктивного выбора* всегда нужно рассматривать как фактор риска ухудшения здоровья женщины, причем не только в случае медицинских показаний, но и желания женщины разрешить возникшую непростую ситуацию путем искусственного аборта. В связи с этим очень важной целью медико-психологической профилактики является предотвращение этого.

При этом наиболее действенным оказывается сочетание мероприятий и *первичной, и вторичной, и третичной* медико-психологической профилактики.

Первичная психопрофилактика аборта направлена **на предупреждение появления желания** искусственно прервать беременность.

Вторичная психопрофилактика аборта проводится в ситуации, когда нежеланная беременность все же наступила. Цель вторичной психопрофилактики **не допустить искусственного прерывания беременности** без медицинских показаний, если у женщины есть стремление ее прервать.

Третичная психопрофилактика необходима в случае, если женщина сделала аборт. Цель этой психопрофилактики — **предотвращение подобных критических**

ситуаций впредь, предупреждение развития постабортного синдрома и помощь в купировании симптоматики при его появлении, а также формирование мотивации к планированию беременности и рождению детей в дальнейшем.

Организация профилактических мероприятий возможна в виде *трех разных стратегий*:

- *общественной (популяционной)*, включающей политические, социальных, экономические, законодательные, воспитательные мероприятия, планомерно проводимые государственными и общественными организациями с привлечением средств массовой информации в виде административно-законодательных мер, экономических, образовательных подходов. Использование этой стратегии позволяет охватить значительную часть населения, эффективно информировать его о вопросах соматического и психического здоровья;
- *групповой*, реализующей профилактические мероприятия в целевых группах, имеющих идентичные факторы риска негармоничного формирования личности, семейных отношений;
- *индивидуальной*, включающей беседы и консультирование психологами, медицинскими и социальными работниками, представителями разных конфессий и др.

Первичная профилактика аборт

Первичная медико-психологическая профилактика абортов направлена на сохранение здоровья и благополучия населения, включая повышение информированности и осознанности поведения в сфере репродуктивного здоровья, гармоничного развития супружеских отношений и поддержку семейных ценностей, осознанного родительства, на мотивацию рождения детей, планирования семьи, позволяющих предотвращать ситуации репродуктивного выбора. Целью первичной профилактики абортов является предупреждение варианта ситуации *незапланированного репродуктивного выбора* путем продвижения и формирования ситуации *запланированного репродуктивного выбора* и помощи в его осуществлении. Этому способствует здоровый образ жизни, гармоничное развитие личности и супружеских отношений, осознанное планирование семьи, осознанные конструктивные мотивы беременности. Организация работы с населением проводится таким образом, чтобы идей о необходимости аборта не появлялось. При этом большое значение имеет информирование об осознанном планировании семьи и помощь в его формировании.

Планирование семьи как первичная профилактика абортов

Планирование семьи — это комплекс мероприятий, позволяющих избежать наступления несвоевременной нежелательной беременности; иметь только желанных детей; регулировать интервалы между беременностями; контролировать выбор времени рождения ребенка; устанавливать число детей в семье; избегать абортов. ВОЗ рассматривает планирование семьи как одно из основных прав

человека [51, 54]. Узкое понимание планирования семьи предполагает основной его целью ограничение количества детей, что неверно. Естественно сочетание планирования семьи с поддержкой и продвижением многодетности, с мотивацией желая иметь много детей.

Медицинские и социальные работники, психологи обязаны помогать людям в реализации плана репродукции, поощрять и способствовать желаниям иметь много детей, а также содействовать в выборе оптимального для конкретной пары ритма и времени рождения детей, необходимого для этого метода контрацепции.

Перинатальные психологи информируют пары о важности гармоничных отношений партнеров при планировании беременности, о наиболее благоприятной для зачатия и течения беременности, родов стадии формирования супружеских отношений, об оптимальных промежутках между беременностями, а также о социальной поддержке многодетных семей (имеющих трех и больше несовершеннолетних детей), осуществляемой в нашей стране.

Необходимость освещения не только медицинских, но и психологических вопросов планирования беременности связана с тем, что предполагаемые зачатие, вынашивание ребенка и роды всегда сопровождаются волнениями, изменениями отношений, касающимися как личностей потенциальных матери и отца, так и супружеских взаимоотношений. Беременность и рождение ребенка знаменуют переход семьи на новую стадию жизненного цикла, необходимость освоения новых социальных ролей отца и матери. Закономерны опасения женщины, возникающие по поводу неизбежных, связанных с беременностью, физиологических изменений в ее организме, по поводу течения беременности, родов.

Исследования показали зависимость благополучия течения беременности от стадии супружеского холона (подсистемы взаимодействия между мужем и женой), на которой она возникла. Стадии *добрачных отношений, конфронтации и кризиса середины жизни* составляют группу риска течения беременности, так как супруги сталкиваются с целым рядом трудностей, требующих выявления, пристального рассмотрения и психокоррекции. Характерные для этих стадий частые конфликты супругов чреваты развитием у них (особенно у будущей матери) невротических и психосоматических расстройств. Нередко мотивом желания беременности является необоснованная надежда на улучшение отношений супругов при рождении ребенка. Как правило, такой надежде не суждено сбыться, так как появление нового члена семьи в этом случае приводит еще к большей конфронтации ее членов. Стадии *компромиссов, зрелого супружеского холона, ренессанса* благоприятны для зачатия ребенка, течения беременности, родов, для формирования раннего диалога родителей с малышом, его гармоничного воспитания [47].

Планирование семьи играет большую роль в профилактике аборт, позволяя избегать возникновения несвоевременных неожиданных беременностей. Оно позволяет достичь желаемого уровня рождаемости, обеспечить здоровье матери и ее детей, способствует их грамотному воспитанию и хорошему развитию

благодаря формированию здорового образа жизни с ранних лет, усвоению семейных ценностей, адекватному половому воспитанию, привитию культуры общения мужчины и женщины. Таким образом, грамотное планирование семьи является одной из форм первичной профилактики абортов и способствует укреплению семейных ценностей, экономическому и социальному благополучию.

Мотивы желания иметь ребенка

Переживания ожидания наступления беременности во многом определяются *мотивами желания иметь ребенка*, представлениями о его вынашивании, о предстоящих родах, об уходе за малышом. Перинатальный психолог, работая с парой, планирующей беременность, помогает ей разобраться в них, выделить конструктивные и неконструктивные, сделать конструктивные основными.

Среди *неконструктивных* как осознаваемых, так и неосознанных мотивов, являющихся попытками (часто напрасными) с помощью беременности и рождения ребенка решить проблемы, встречаются такие как:

- вынудить партнера жениться;
- укрепить отношения в семье («привязать» к себе, вернуть мужа, предотвратить его уход и т. п.);
- воплотить свои нереализованные мечты в ребенке (например, воспитать спортсмена, балерину...);
- родить, «чтобы был хоть один близкий человек», «чтобы было о ком заботиться»;
- получить материальные выгоды (получить материнский капитал, улучшить жилплощадь и пр.);
- показать родителям, что стала взрослым человеком;
- вынудить родителей смириться с браком;
- «быть как все»;
- родить «для здоровья»;
- изменить социальный статус и другие [6].

Возможны социальные мотивы, ориентирующие на рождение определенного количества детей в пределах бытующих социокультурных норм и являющиеся нередко индивидуальной реакцией на эти нормы. При этом рождением определенного числа детей достигаются сугубо индивидуальные потребности личности женщины.

Безусловно конструктивными мотивами желания беременности могут быть:

- стремление дать жизнь другому человеку со всей его уникальностью, неповторимостью;
- желание беременности как способа принадлежности к семейной системе;
- желание иметь большую дружную семью;
- отношение к беременности как к осуществлению обоюдного желания супругов иметь ребенка;
- потребность в заботе о ребенке и ощущении радости материнства/отцовства и другие [41].

Мотивов зачатия и рождения ребенка, как правило, бывает несколько. Специалисту важно помочь паре выбрать из них конструктивные или сформировать их и сделать их основными. Это будет способствовать формированию у женщины позитивной установки на материнство, психологической готовности к предстоящей беременности, *оптимального* варианта психологического компонента *гестационной доминанты* (лат.: *gestare* — носить на себе, беременность; *dominans* — господствующий). Психологический компонент гестационной доминанты (ПКГД) представляет собой совокупность механизмов психической саморегуляции, формирующих отношение женщины к своей беременности, материнству, изменяющих ее отношения с окружающими людьми, направленных на создание условий для развития будущего ребенка и обусловленной формированием материнской идентичности.

Особенности ПКГД связаны и отражают индивидуальные личностные характеристики женщины, ее потребности, ценности, установки, отношение к беременности и к тем переменам, которые она привнесла в ее жизнь.

При *оптимальном варианте* ПКГД женщина адекватно относится к своей беременности, испытывает чувство любви по отношению к будущему ребенку, не пытается скрывать беременность. У нее не появляются мысли об искусственном прерывании беременности, даже если она случайна и несвоевременна, требует изменения жизненных планов. Такая женщина часто общается с пренейтом, довольно рано начинает чувствовать его шевеления и стремится понять его эмоции и потребности. Женщина относится к своему положению ответственно, посещает курсы дородовой подготовки, следит за своим здоровьем, понимает, какие трудности ее могут ожидать, она следует указаниям врача, психолога и ведет активный образ жизни с учетом всех рекомендаций. Как правило, родственники и близкое окружение в этом случае поддерживают будущую маму, проявляют внимание и заботу [3]. Ситуаций репродуктивного выбора при этом варианте ПКГД не возникает.

Помимо благоприятного для течения беременности и родов оптимального варианта, есть неблагоприятные, негативно влияющие на психическое и на соматическое состояние беременной женщины и требующие коррекции: гипогестогнозический, эйфорический, тревожный и депрессивный варианты [5, 9, 25].

Эйфорический вариант — часто формируется у женщин с истерическими чертами личности, а также у тех, кто длительное время лечился от бесплодия. Такие женщины декларируют чрезмерную радость по поводу беременности, любовь к будущему ребенку. При этом требуют к себе повышенного внимания, выполнения прихотей, преувеличивают возникающие трудности, нередко манипулируют беременностью, используя ее в меркантильных целях.

Гипогестогнозический (греч.: *hypo* — снижение; лат.: *gestare* — носить на себе, беременность) *вариант* характеризуется игнорированием женщиной возникшей беременности. При этом она не меняет жизненные стереотипы, не снижает нагрузки, сохраняет вредные привычки и т. п. Встречается у молодых женщин, не желающих брать академический отпуск или отказываться от активной социальной жизни (походы, дискотеки); у зрелых женщин, увлеченных своей карьерой.

У них часто не хватает времени, чтобы в достаточной мере заниматься своим здоровьем, посещать врачей, встать на учет в консультацию. Именно у них на ранних сроках беременности вероятно возникновение ситуаций репродуктивного выбора.

Тревожный вариант ПКГД может встречаться у женщин с противоречивым отношением к беременности, неуверенных в своих силах, опасющихся предстоящих родов, выхаживания и воспитания ребенка, связанных с ними обязанностей и перемен в жизни. Причины повышенного уровня тревоги разнообразны. Они могут быть связаны со страхом ожидания предстоящих родов, мнимыми или объективными проблемами соматического и психического здоровья, с семейными неурядицами, финансовыми и бытовыми трудностями, с проблемами учебы или работы и пр. Формированию этого варианта способствуют такие черты личности женщины как нерешительность, конформизм в сочетании с повышенной моральной ответственностью [43].

Депрессивный вариант проявляется психопатологическим состоянием человека, характеризующимся наличием трех симптомов — снижением настроения по типу гипотимии, т. е. снижением эмоциональной и моторной активности, заторможенностью интеллектуальных действий и гипобулией, то есть торможением волевой и двигательной активности. Будущее представляется несчастливым и пугает. Особо мучают страхи, касающиеся родов, ребенка, риск утраты здоровья и даже жизни. Могут появляться идеи самоуничтожения, проявляющиеся в заниженной оценке себя («я — некрасивая, глупая, неумелая, нежеланная» и т. п.), постоянные жалобы на это, на упадок сил. Часто такое поведение встречает непонимание в семье беременной женщины, что еще больше усугубляет депрессивное состояние. Провокацией такого формирования тревожно-депрессивного варианта ПКГД нередко бывает непреднамеренный вред, причиненный пациентке неосторожными словами или действиями медицинского персонала, психологов в процессе медицинского или психологического вмешательства (ятрогения). Такое же неблагоприятное воздействие на психику беременных женщин оказывают примеры, воспоминания, рассказы опытных женщин о случаях неблагоприятного течения беременности и родов, их исхода, а также столкновения женщин с реальными проявлениями патологии во время перинатального периода (гестогении).

В группе женщин с депрессивным компонентом часто оказываются женщины, отказывающиеся от своих детей в родильном доме. Если они все же решаются не делать этого, у многих отмечается эмоциональное отвержение детей, жестокое обращение с ними. При возникновении новой беременности такие женщины стремятся сделать аборт. При тревожном, депрессивном и тревожно-депрессивном вариантах ПКГД необходима психотерапия. Только эффективное лечение может способствовать формированию здоровых отношений в диаде мать–младенец, а также послужить способом *вторичной профилактики аборта* при новой беременности.

Определение варианта ПКГД имеет значение как для женщины, так и для будущего ребенка, так как помогает выявить особенности отношения женщины

к беременности, протекания гестации и при необходимости принять меры для проведения вторичной профилактики абортов.

Прегравидарная подготовка

Ситуация *запланированного репродуктивного выбора* наиболее подходящих времени и зачатия позволяет воспользоваться программами *прегравидарной подготовки*, важнейшей целью которой является подготовка женщины к грядущим переменам.

Прегравидарная подготовка (лат.: *gravida* — беременная, *pre* — предшествующий) — комплекс диагностических, психопрофилактических, медицинских и социальных мероприятий, направленных на подготовку пары к успешному зачатию, нормальному течению беременности и рождению здорового ребенка, на оценку имеющихся факторов риска и устранение/уменьшение их влияния. Психологические аспекты профилактических мероприятий, как краткосрочные, так и долгосрочные, должны непременно рассматриваться. Однако в разработанном в 2020 году клиническом протоколе «Прегравидарная подготовка» (версия 2.0) были приведены исключительно медицинские рекомендации, психопрофилактические аспекты отсутствовали; в версию 3.1, изданную в 2024 году, они включены [27]. Включение психологических аспектов в клинические протоколы формирует и укрепляет сотрудничество акушеров-гинекологов и репродуктологов с перинатальными психологами, что в итоге способствует повышению эффективности их совместной работы.

Для потенциальных родителей, планирующих зачатие, беременность и рождение ребенка, разработана специальная памятка о прегравидарной подготовке (см. Приложение).

Важно иметь в виду, что у женщины 35 лет и старше повышен риск нарушений здоровья как ее, так и пренейта, новорожденного. Они нуждаются в расширении программы прегравидарной подготовки — диагностической, психологической, медицинской.

При обращении по поводу желания забеременеть женщины моложе 19 лет врач и перинатальный психолог обязаны учитывать, что мотивация к зачатию в возрасте до 19 лет, как правило, является незрелой и неконструктивной. Необходимо информировать молодую женщину о возможных психологических проблемах, возникающих при беременности и родах в столь молодом возрасте, провести при необходимости психокоррекционные мероприятия. Также врач должен информировать подростка о нежелательности наступления беременности до 19-летнего возраста и об эффективных методах ее предупреждения. Психолог может оценить причины планирования женщиной гестации, провести психокоррекционную работу. Пациенток до 15 лет можно консультировать только после получения информированного добровольного согласия их законных представителей и в их присутствии. При этом нередко требуется семейное консультирование, коррекция отношений девушки-подростка с родителями [28].

Обязанностью каждого медработника и перинатального психолога является пропаганда планирования беременности и подготовки к ней. Проведение адекватной прегравидарной подготовки, направленной на реализацию прав пары в ситуации репродуктивного выбора, увеличение шансов на успешное зачатие, снижение рисков для жизни и здоровья конкретной беременной/роженницы/родильницы и плода/ребенка благодаря медицинской и психологической помощи, государственную поддержку семьи, материнства и детства, способствует поддержке и продвижению семейных ценностей.

Первичная профилактика абортов в целевых группах

Эффективность первичной профилактики абортов возрастает, если ее проводить в целевых группах, имеющих идентичные факторы риска. Причем профилактика аборта может достигаться с помощью образовательного подхода, учитывающего специфику выделенных целевых групп слушателей. Эффективное информирование способствует повышению их компетенции в вопросах выявления сексуальных проблем и способах их решения. При этом количество абортов снижается несмотря на то, что собственно об абортах и их пагубных последствиях во время занятий речи не было. Организацию такой групповой образовательной первичной профилактики абортов рассмотрим на примере трех целевых групп: старшеклассников, находящихся в пубертатном периоде, студентов высших и средних учебных заведений, граждан, принявших решение создать семью, вступив в законный брак. Каждая целевая группа имеет свою специфику.

Первичная профилактика абортов среди подростков

Выделение целевой группы подростков обусловлено сложностями формирования личности в периоде, который Э. Г. Эриксон считал *периодом самого глубокого кризиса* [48]. Уже развитая у подростков способность к абстрактному мышлению, к экстраполяции порождает тревожащие размышления о жизни и смерти, о религии, об идеальной семье, об общественном устройстве мира. Это время оценки себя в окружающем мире и попыток понимания отношения мира к себе, формирования единого образа себя (эгоидентичности). Происходит принятие или неприятие своей внешности, способностей, национальности.

Основа формирования половой роли, телесных границ и стыда наготы, адекватного отношения к вопросам половых различий и взаимодействия полов закладывается в семье. Это происходит стихийно и во многом зависит от сложившихся в семье стереотипов мужского и женского поведения. Воспитание соответствия своему полу и отношений к представителям противоположного пола происходит исподволь благодаря наблюдаемым примерам значимых взрослых, прежде всего родителей. Окончательное закрытие даже для ближайших родственников душевных и телесных границ требует освоения новых социальных ролей, формирования своей половой роли, желательной соответствующей анатомическому полу. Волнуют их изменения собственного тела, пробуждаются сексуальные интересы к противоположному полу. Возникает много мучительных вопросов, ответы на которые

(часто нелепые, неверные, вульгарные) подростки получают из неравноценных и противоречивых источников, важнейшим из которых выступают более сведущие сверстники и старшие товарищи. В наше время получить «секретную» информацию «помогает» доступность порнографии, знакомящей с физиологией секса, игнорирующий душевные эротические отношения мужчин и женщин. Порнографические ролики рекламируют примитивность и доступность половых актов, промискуитет, подают дурной пример [8, 12, 15]. Противостоять этому, воспитывать адекватное отношение подростков к противоположному полу, укреплять семейные ценности может система эффективных профессиональных, квалифицированных занятий-бесед с ними на эти темы, которые могут проводиться в рамках соответствующих просветительских программ в образовательных учреждениях.

В настоящее время в школьные программы включены занятия по «Семьеведению», призванные в разделе «Человек, семья, общество» обсуждать с учениками темы о том, как формируется семья, какую роль она играет в обществе, что такое традиционная форма брака между мужчиной и женщиной. Основная цель занятий — «формирование у детей просемейных ценностно-смысловых установок: брачности, многодетности, целомудрия» [38]. Предполагается, что такой курс станет одним из шагов в важной работе по поддержке, защите и сохранению ценностей семьи [19].

Очевидно, что включение в курс для старшеклассников грамотных ответов на интимные вопросы может сориентировать их на бережное отношение к таким важным общечеловеческим и семейным ценностям как уважение, доверие, чувство любви, заботы и интимность. Снижение имеющегося у них дефицита информации, касающейся особенностей своего тела, желаний, интимных отношений способствовало бы снижению тревоги и напряжения, лучшему владению своими чувствами и снижению риска brutальных поступков, ранних сексуальных контактов и абортов. Существуют трудности предоставления старшеклассникам такой деликатной информации, связанные с дефицитом специалистов, способных делать это грамотно. Для проведения эффективной профилактической работы в области здоровья, включая вопросы репродуктивного здоровья, психологам и педагогам требуется обязательная специализированная подготовка как непосредственно имеющая отношение к предмету работы, так и по осознанию собственных сложностей и ограничений, а также развитию навыков недирективного взаимодействия с детьми и подростками. На базе Казанского государственного университета культуры и искусств осуществляется подготовка таких редких специалистов, названных «семьеведами». На курсах подготовки семьеведов обучаются самые разные специалисты: школьные и социальные педагоги, директора образовательных организаций, методисты РОНО и мастера техникумов [17]. Вызывает сомнение, что столь разные специалисты способны освоить необходимые знания по сложным темам, касающимся проблем полового развития. Еще большие трудности предстоят при передаче этих знаний подросткам. Для достижения доверительных отношений со слушателями необходимо избегать как рестриктивных, так и пермиссивных установок.

Первая беседа-лекция проводится для учителей и родителей старшеклассников вместе. Тема: *«Психология современных подростков. Формирование личности, половой роли, здорового образа жизни. Профилактика нарушений поведения»*. Цель такого занятия — информационно-образовательная. Занятия призваны помочь взрослым понимать проблемы подростков, чтобы те могли избежать разочарований, и смягчить переход ко взрослой жизни; облегчить личностное и психосексуальное развитие; гармонизировать реализацию эмоциональных и сексуальных потребностей, избегая нарушений основных социальных норм и благополучия других людей как в среде сверстников, так и в семьях. Проведение такого мероприятия желательно, так как основой взаимоотношения школы и семьи в осуществлении полового воспитания должны быть отношения сотрудничества. Воспитание в школе больше ответственно за предоставление подрастающему поколению информации о поле и сексуальности в свете этических и социальных ценностей, за формирование же нравственных установок сексуального поведения ответственны прежде всего семьи [15]. В результате родители и педагоги на основе полученной на лекции-беседе информации формируют общий взгляд на проблемы. Кроме того, они понимают, кто и о чем собирается говорить с их детьми. Эта первая лекция-беседа, как и последующие, заканчивается ответами на анонимные записки, в которых помимо вопросов могут быть пожелания и рекомендации родителей и педагогов о содержании предстоящих занятий с подростками.

Вторая лекция-беседа проводится с юношами и девушками вместе, носит дискуссионный характер. Ее тема: *«Что такое личность? Трудности ее формирования в подростковом возрасте и их конструктивное преодоление»*. В процессе беседы затрагиваются вопросы о семейных ценностях, о важности принятия своего облика, пола, национальности, способностей. Обсуждаются общие проблемы формирования личности, отношения людей. Только установив доверительный контакт с ребятами, можно переходить на следующих лекциях-беседах к обсуждению особенностей полоролевого поведения, взаимоотношений мужчин и женщин. В конце слушатели задают вопросы, приглашаются на следующее занятие.

Третья лекция-беседа проводится только с девушками, а *четвертая* только с юношами. Тема одна: *«Изменения психики и тела в период полового созревания. Норма и отклонения. Проблемы и их решения»*. На занятиях доступно и кратко предоставляются сведения об анатомо-физиологических особенностях мужского и женского организма, репродуктивной функции. Акцент делается на том, что волнует очень многих подростков и о чем они стесняются спросить. Часто это касается сроков появления тех или иных вторичных половых признаков. Подросткам необходимо знать, что рамки нормы их появления довольно широки. Лаконичность предоставляемых сведений объясняется опасностью того, что информация будет превышать запрос, а это может привести к нарушению принципа «невозбуждения сексуального влечения» [15]. Чтобы информация соответствовала запросу, делается небольшой перерыв, во время которого подросткам предоставляются карандаши и бумага. Каждый слушатель может написать анонимные

вопросы, касающиеся половой проблематики. Ответы на вопросы должны быть откровенными, полными, но не пространными, не выходящими за рамки контекста. Эти записки дают ценные сведения об уровне и качестве информации, которой владеют дети, об их типичных заблуждениях и проблемах. Это помогает корректировать программу.

Результат проведения подобных бесед с родителями, учителями и подростками — улучшение их взаимопонимания. Предложенная информация и ответы на анонимные вопросы снижают тревогу, объясняя закономерность анатомических, физиологических изменений, не свидетельствующих о патологии, а также формируют ответственное серьезное отношение к сексуальным переживаниям и побуждениям, к семейным ценностям, недопустимости нарушения телесных границ, сексуальных контактов исключительно по гедонистическим мотивам. На занятиях подростки ориентируются на создание в будущем супружеских отношений, рождение детей, на необходимость избегать рискованных практик в области репродуктивного здоровья, в первую очередь, аборт.

Наиболее подходящим преподавателем для проведения подобных занятий по половому воспитанию в школе может стать школьный психолог, пройдя обучение по специальной программе соответствующего тематического усовершенствования [8]. Для дальнейшего повышения профессиональных качеств психологам также можно предложить различные формы супервизии.

Наличие в каждой школе психолога, прошедшего соответствующее тематическое усовершенствование, может способствовать широкому внедрению в школы подобных программ. Это позволит повысить знания родителей и педагогов в этой области, будет способствовать лучшему пониманию ими проблем подростков, улучшению коммуникации. оздоровлению подростков, снижению риска ранних случайных сексуальных связей и служить первичной профилактикой абортов.

Проведение таких бесед-лекций с подростками способствует формированию понимания закономерности и необратимости многих изменений, происходящих в организме, принятию их, ответственности за собственное здоровье и здоровье сверстников. Это важная часть подготовки их к осознанному будущему материнству и отцовству.

Первичная профилактика абортов в молодежной среде

Формирование целевой группы из представителей молодежи для занятий, направленных на формирование брачных отношений, пропаганды семейных ценностей, деторождения, недопустимости абортов, очень актуально. Во-первых, наибольшее число браков заключается в возрасте 20–30 лет. Во-вторых, поколение родившихся в 90-х и начале 2000-х годов оказалось довольно малочисленным, что, соответственно, предопределяет и меньшую численность заключаемых браков, поэтому нужно стремиться стимулировать их к заключению браков и рождению детей [44].

С целью формирования позитивных моделей семейных отношений и здоровьесберегающего поведения в современной молодежной среде, включая

профилактику аборт, можно рекомендовать краткий курс лекций в университете для студентов на темы семейных отношений мужчин и женщин в современной молодежной среде, традиционных семейных ценностей, успешно реализуемый в течение ряда лет в ряде вузов [35–37].

Результаты опроса студентов, аспирантов и молодых преподавателей (всего 350 холостых респондентов: 185 женщин и 165 мужчин в возрасте от 18 до 30 лет) до проведения курса таких лекций показывают, что у многих нет актуальных планов создания семьи, рождения детей, во многом утрачены семейные ценности. Из всех опрошенных лишь 13% выделили в качестве основного, ближайшего жизненного приоритета — «создание полноценной семьи». Подавляющее большинство (более 70%) в качестве ближайшего приоритета отметили «материальное благосостояние» и соответствующий «карьерный рост». 27% респондентов полностью проигнорировали («не заметили») вопросы о возможном создании семьи в ближайшем будущем. Около 40% допускали в ближайшем будущем возможность гражданского брака, но только без рождения детей, а 65% девушек репродуктивного возраста откровенно признались, что не хотят даже в случае официального замужества в ближайшее время иметь детей, так как это может помешать их карьере. Встречались и крайне «незрелые» объяснения некоторых девушек (3%), которые «боятся рожать», потому что «это может быть больно».

Динамика ответов на вопросы анкеты до начала занятий и после их окончания показала значительные положительные изменения во взглядах на многие аспекты интимных отношений, брака, рождения детей, а также на аборт [37].

Как показывает практика, на базе образовательных учреждений различного уровня (школы, колледжи, вузы) возможно силами преподавателей, ученых, студентов, аспирантов создавать саморазвивающиеся научно-педагогические воспитательные площадки типа «Школы семейного права и семейных отношений» или «Школы семейного воспитания». На их базе возможно проведение студенческих внутривузовских и межвузовских конференций, круглых столов, диспутов, семинаров, на которых могут обсуждаться проблемы этики и психологии семейных отношений, социально-психологические функции семьи, раскрываться понятия семейного долга, семейной и супружеской любви и верности, любви к детям, к своему семейному очагу и т. п. [36].

Такая работа положительно влияет на представления о семейных отношениях, рождении детей у обучающейся и работающей молодежи, способствует решению социальных, психологических проблем современной российской семьи.

Первичная профилактика абортов среди вступающих в брак

Формирование целевой группы из граждан, собирающихся официально оформить свои отношения в ЗАГСе, вступив в брак, обусловлена тем, что они наиболее мотивированы на получение информации об особенностях супружеской жизни, о появлении проблем и их предупреждении. Цель организации

профилактической работы с такими группами — предотвращение развития дисгармоничных отношений у вступающих в брак, пропаганда планирования рождения детей, увеличения рождаемости, профилактика аборт, сокращение количества разводов.

Такая работа была организована и успешно проводилась в 1970-х гг. в Ленинграде, где была организована первая в СССР консультация по вопросам семьи и брака, с привлечением к работе врачей психотерапевтов, акушеров-гинекологов, психологов. Помимо консультативной работы специалистам было предложено подготовить одну лекцию, соответствующую их специальности: по психологии семейных отношений, по сексологии, по гинекологии и акушерству. Эти лекции составили краткую информационно-профилактическую программу. Была достигнута договоренность с ЗАГСами города о том, чтобы все лица, подающие документы для официального оформления брачных отношений, получали бесплатный абонемент на посещение в удобное для них время лекций-бесед с семейным психотерапевтом, сексологом, гинекологом. Слушатели получали возможность получить информацию, задать волнующие вопросы и при необходимости получить консультацию. И впредь, при возникновении семейных проблем, они знали, к кому обратиться за помощью.

В 2013–2014 гг. в Казани подобные занятия проводились при поддержке Аппарата уполномоченного по правам человека в Республике Татарстан. Занятия также проводились с молодоженами и парами, подавшими заявления в ЗАГС о вступлении в брак. Аудиторию собирали управления и отделы ЗАГС г. Казани. Встречи проводились не только с психологом и врачом, но также с социологом, философом, юристом [16].

Возрождение организации подобных консультаций может стать действенной составляющей популяционной психопрофилактической работы, направленной на формирование брачных отношений, пропаганды семейных ценностей, деторождения, способствовать снижению количества разводов и увеличению рождаемости и стать основой общей работы по первичной медико-психологической профилактике абортов.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ

Вторичную психопрофилактику абортов необходимо проводить с уже беременными женщинами, желающими по разным причинам ее прервать. По поводу форм работы, организации мероприятий вторичной профилактики абортов, направленных на снижение количества абортов, в обществе высказываются разные мнения, ведутся дискуссии. Это связано с различными вариантами подходов, отличающихся моральными оценками и отношением к беременной женщине, намеревающейся сделать аборт. В зависимости от убеждений консультанта можно выделить три варианта подходов к вторичной профилактике абортов: пермиссивный (лат.: *permissio* — позволение); рестриктивный (лат.: *restrictio* — ограничение) [15] и конструктивно-эмпатический.

Пермиссивный вариант вторичной профилактики абортов

Пермиссивный вариант рассматривает желание сделать аборт как один из способов, который целесообразно применять при неудачной контрацепции. Сложившаяся ситуация несвоевременной и нежеланной беременности оценивается как кризис первого типа, преодолев который, женщина может спокойно вернуться к прежнему образу жизни. Адепты этого варианта объясняют допустимость аборта уважением к правам женщин самостоятельно решать вопрос о том, как поступать с несвоевременной беременностью, осуждают попытки повлиять на их решения, «навязывать» свою мораль. Нередко учреждения, в которых платно делают аборты, поддерживают пермиссивный вариант по меркантильным соображениям. При этом недооцениваются возможные неблагоприятные медицинские, психологические, социальные последствия.

Сторонники двух других вариантов отношения к абортam справедливо считают аборты злом, однако взгляды на проведение их вторичной профилактики расходятся.

Рестриктивный вариант вторичной профилактики абортов

Рестриктивный вариант предотвращения абортов однозначно призывает бороться с абортom. Сторонники данного направления чаще всего апеллируют к духовным концептам и религиозным нарративам. Женщине объясняют, что решаясь на аборт, она совершает тяжкий грех, становясь убийцей. При этом не учитываются причины стремления сделать аборт, ситуация возникновения беременности, особенности личности женщины и состояния ее здоровья, ее взаимоотношения с партнером, житейская ситуация, не принимаются во внимание даже социальные и медицинские показания к искусственному прерыванию беременности.

К сожалению, часто женщина, решившаяся родить нежеланного ребенка, только чтобы не совершить грех, продолжая оставаться в тяжелой житейской ситуации, находится в депрессии, что пагубно влияет на течение беременности, родов, на послеродовой период и на выполнение ею материнских функций. Чтобы в дальнейшем избежать серьезных проблем в отношениях диады мать–дитя, в формировании привязанности, в воспитании ребенка, такая мать, как правило, нуждается как в материальной помощи, так и в духовной, и в психологической поддержке.

Если «отговорить» не удалось, в случае совершения аборта у женщин выражено чувства вины, у многих развивается требующий особого лечения *постабортный синдром*. Некоторые женщины могут принять решение (и предпринять для этого меры) никогда больше не беременеть, чтобы никогда не повторялась эта тяжелая ситуация. У других женщин чувство вины и раскаяние могут вызвать острое желание как можно быстрее зачать ребенка. В этой ситуации риск осложнений новой беременности высок, так как протекать она будет на фоне неблагоприятного эмоционального состояния, а организм после сделанного аборта еще не успел восстановиться.

Конструктивно-эмпатический вариант вторичной профилактики абортов

Конструктивно-эмпатический вариант называют также вариантом «золотой середины» — это профессионально организованный, управляемый процесс консультирования, при котором участники вместе формируют доверительные отношения, обсуждают сложившуюся непростую ситуацию, рассматривают варианты ее разрешения и приходят к общему решению проблемы. Основная цель, как и предыдущих вариантов, — предотвращение аборта, отличительной особенностью этого варианта является наиболее строгое соблюдение этических принципов проведения психологической консультации:

- *принцип компетентности* предполагает умение устанавливать доверительные отношения и вести беседу; бережное отношение к границам пациентки; наличие знаний, опыта и профессиональной компетентности, достаточных для работы с кризисными состояниями; отказ от применения научно не обоснованных технологий;
- *принцип уважения* предполагает формирование доверительных отношений с целью информированного согласия на проведение консультации, гарантирование конфиденциальности полученной информации, сообщение при необходимости сведений третьим лицам лишь с согласия консультируемой; отсутствие категоричности при различных оценках консультантом и женщиной путей решения проблемы;
- *принцип ответственности* предполагает достаточное взаимодействие и сотрудничество с другими специалистами, курирующими пациентку;
- *принцип гуманизма* заключается в признании достоинства и самоценности личности, ее свободы и права формирования отношений.

Практика показывает, что выбор конструктивно-эмпатического варианта предпочтителен и наиболее эффективен.

Если предотвратить аборт не удастся, консультант воздерживается от оценки этого, предлагает свою помощь с целью поддержки и проведения *третичной профилактики абортов*.

ТРЕТИЧНАЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ

Третичную психопрофилактику абортов необходимо проводить с женщинами, переживающими утрату беременности, причем как вследствие абортов, сделанных по медицинским или социальным показаниям, так и по желанию женщины. Задачей работы с такими женщинами является восстановление их физического и психического здоровья, гармонизация семейных отношений и, в итоге, планирование новой беременности и проведение прегравидарной подготовки.

По статистике, каждая вторая женщина в России после тридцати лет делала аборт. Как минимуму половина из них, то есть примерно 25% женщин, испытывают серьезные психические переживания, которые, увы, не связывают с абортом

[39, 55]. Отмечено, что чем в более поздний срок беременности был сделан аборт, тем больше шансов развития негативных последствий и тем они тяжелее.

В 1981 году семейный психотерапевт V. M. Rue впервые предложил рассматривать возникающие нервно-психические расстройства у женщин в результате аборта как специфический посттравматический стрессовый синдром и назвал его постабортным (ПАС) [26, 50, 55].

Третичная психопрофилактика абортов в основном сводится к профилактике и к купированию постабортного синдрома. Одной из важных его специфических особенностей является то, что клиническая картина в виде подавленности, опустошенности, раздражительности, диссомнии, чувства тревоги, как правило, появляется спустя некоторое время, то есть ПАС по сути является *отставленным* посттравматическим стрессовым расстройством.

Первая стадия развития ПАС нередко характеризуется даже эйфорией, связанной с уверенностью женщины, что аборт решил многие ее жизненные проблемы, избавил от предстоящих родов, хлопот по выхаживанию малыша. То есть аборт позволил перевести кризис второго типа, преодоление которого потребовало бы кардинальных изменений жизни, в кризис первого типа, справившись с которым можно жить как раньше. Однако это отмечается не у всех женщин, а преимущественно у тех, которые стремились сделать аборт осознанно и добровольно.

Примерно через 1–2 месяца после аборта фон настроения становится сниженным, появляются раздражительность, плаксивость, головные боли и пр. Причем эту симптоматику женщина не связывает со сделанным абортом, объясняя ее различными причинами, ищет виновных в семье и на работе. Часто возникает агрессия, направленная на мужа. Таким образом срабатывает психологическая защита. О том, что на самом деле ухудшение состояния психического здоровья связано именно с абортом, свидетельствуют попытки избегать действий, ситуаций, разговоров, которые могут вызвать воспоминания об аборте, и в то же время при случае настойчиво отстаивать право женщин на аборт.

Раздражение, ухудшение настроения вызывают дети знакомых и друзей, разговоры о них, встреча на улице среди прохожих матерей с малышами, колясками. Переживания матери по поводу сделанного аборта не могут не сказаться на отношении ее к уже имеющимся детям. Оно меняется неоднозначно — от равнодушия и отвержения до потворствующей гиперпротекции. Часто без особой причины женщины ссорятся с членами семьи, причем как с теми, кто настаивал на аборте, так и с теми, кто отговаривал его делать. Особенно это касается отношений с несостоявшимся отцом, который может индуцировать симптомы постабортного синдрома. Снижается способность испытывать чувства привязанности, нежности, любви. Ухудшаются супружеские отношения, развивается страх новой беременности.

Настроение у сделавших аборт ухудшается в определенные даты, каким-то образом связанные с этим событием. Сохраняться подобная симптоматика может долго. При обращении за помощью к психологу или психотерапевту женщина

не упоминает об аборте. Нередко о нем становится известно лишь на 3-й или 4-й сессии. А между тем именно осознание проблемы дает возможность женщине открыться, быть услышанной и понятой, что необходимо для улучшения ее состояния.

Вторая стадия развития ПАС характеризуется продолжением отрицания и непонимания связи возникшей симптоматики с абортом, ее усугублением. Могут появиться расстройства пищевого поведения (булимия, анорексия). Даты аборта, предполагаемых родов ухудшают состояние, тяготит необъяснимая грусть. На этом фоне нарушается способность концентрировать внимание, ухудшается память, повышается утомляемость, снижается активность, трудоспособность. Как правило, обостряется чувство вины, собственной неполноценности, несостоятельности, может появиться страх сойти с ума. Возникает отчаяние, стремление к социальной изоляции. Сон не восстанавливает силы, так как беспокоят повторяющиеся кошмарные сновидения, содержание которых прямо или символически связано со смертью ребенка. Усиливается депрессивная симптоматика, осложняемая нередко деперсонализациями. Часто женщина пытается облегчать свое состояние с помощью алкоголя. Без квалифицированной медико-психологической или психотерапевтической помощи наступает третья стадия.

Третья стадия ПАС характеризуется изменениями восприятия окружающего мира и себя самой, потерей жизненных перспектив. Нарастают переживания безвозвратной утраты, вины, пустоты, приводящие к эмоциональной отгороженности. На депрессивном фоне все чаще появляются и иногда приобретают свойства навязчивых мыслей воспоминания, связанные с процедурой аборта и репереживания утраты ребенка, грустные мысли о том, как сложилась бы жизнь, если бы ребенок родился. Могут появляться эпизоды дисфории, суицидальные тенденции. Попытки подавления мыслей об аборте могут сделать их навязчивыми. При предрасположенности могут экзацировать обманы восприятия, идеаторные расстройства в виде доминирующих, бредоподобных и бредовых идей самоуничтожения, преследования, мистического содержания. У многих сделавших аборт женщин на фоне депрессий отмечаются состояния, во время которых они испытывают чувство того, что вновь оказались в травмирующей ситуации (так называемые «флешбеки»).

Таким образом, постабортный синдром по своей сути является отставленной перинатальной утратой. Аналогично оказывается медико-психологическая и психотерапевтическая помощь.

Комплексная помощь женщине с постабортным синдромом как третичная профилактика новых абортов

Цель оказания психологической помощи женщине с постабортным синдромом — *постепенное формирование у нее принятия мира и себя в нем без утраченного ребенка с последующим планированием рождения ребенка после преградившей подготовки. Эффективность реабилитации возрастает, если она проводится комплексно, включая медикаментозную, информационную помощь,*

психологическую поддержку, духовную помощь, психологическое консультирование, психотерапию [7, 11].

На первом этапе помощи специалистам необходимо создать с пациенткой доверительные отношения. Это трудный и болезненный процесс. Принятие и сочувствие способны повысить у женщины осознанность проблемы, дать ей возможность раскрыться и поделиться своими тяжелыми переживаниями. Осознание женщиной того, что причины ее плохого самочувствия связаны со сделанным абортом, и принятие ею этого несколько уменьшает интенсивность тревожно-депрессивных переживаний, делает пациентку более восприимчивой к разным формам помощи.

Медикаментозная терапия применяется с целью создать благоприятный фон для проведения других реабилитационных мероприятий. Достигается это с помощью назначения как психотропных препаратов, так и лекарственных средств для лечения соматических заболеваний, которые могли обостриться или возникнуть в связи с проведением аборта и потребовать консультации и лечения у соответствующих специалистов.

Информационную и психологическую поддержку и помощь могут оказывать не только специалисты, однако они должны инициировать ее, способствовать как ее правильному проведению, так и принятию.

Информационная помощь необходима, так как дефицит информации порождает тревогу, не позволяет человеку оценить текущую ситуацию, планировать будущее. У женщины, сделавшей аборт, возникает множество вопросов, и только ответив на них, она способна адекватно оценить происходящее с ней, с ее семьей и справиться с происходящим. Предоставление женщине информации, отражающей некоторые важные нюансы переживаний, их динамики, вызванных ими особенностей поведения, принятие к сведению этого ею, а также окружающими людьми помогают адекватно реагировать на сложившуюся ситуацию.

Предоставление такой информации целесообразно проводить не в форме нравоучений, микро-лекций, а в процессе искренней беседы с женщиной и некоторыми членами ее семьи. Основные возникающие при перинатальных утратах вопросы «кто виноват?», «что теперь делать?». Найти на них правильные ответы или хотя бы частично снять их остроту и помогает предоставленная информация. Чтобы она действительно принесла пользу, а не усугубила тяжелые переживания, связанные с абортом, информация должна быть: *своевременной, понятной, объективной и правдивой, оптимального объема*; так как дефицит информации не позволяет ответить на возникающие вопросы, а ее избыток порождает новые: и то, и другое может ухудшить состояние.

Психологическая поддержка женщины с постабортным синдромом оказывается не только специалистами, но и доброжелательно настроенными близкими людьми (родственниками, друзьями, сослуживцами), знающими об аборте. Они могут, правильно построив отношения, поддержать женщину, обсудить жизненные перспективы. Важно убедить ее обратиться за профессиональной помощью

к психологу. Если переживающие постабортный синдром женщины стали задумываться о вере, а тем более если они верующие, нужно побудить их обратиться за духовной помощью к священнослужителям.

Духовная помощь касается важных вопросов мировоззрения, смысла жизни. Они становятся актуальными для женщины, выбитой последствиями сделанного аборта из колеи обыденной жизни.

Психологическое консультирование осуществляется путем специально организованного консультантом общения с женщиной в процессе 1–3 бесед. Как правило, каждая консультация не требует обязательного продолжения, то есть может носить законченный характер. При психологическом консультировании таких женщин учитывается, что у разных людей последствия аборта отличаются степенью тяжести и проявлениями. Психолог-консультант должен отличать адекватные переживания последствий аборта от симптомов постабортного синдрома, дифференцированно, с учетом индивидуальных и личностных особенностей женщины и жизненной ситуации строить свою работу.

Психотерапия, осуществляемая врачом-психотерапевтом, необходима при выявлении клинической картины постабортного синдрома. К признакам этого относится отсутствие динамики негативных переживаний или ухудшение состояния женщины несмотря на психологическое консультирование. Выражена эмоциональная лабильность с преобладанием тревожно-депрессивного настроения с дисфорическими элементами. Воспоминания о сделанном аборте становятся доминирующими, а затем навязчивыми, фон настроения ухудшается. Различные формы диссомнии дополняются кошмарными сновидениями, женщина все больше замыкается в себе, отношения в семье напряженные. Задача врача-психотерапевта в этой ситуации — не помочь женщине «забыть» об аборте, что невозможно, а остановить развитие постабортного синдрома, купировать его проявления, способствовать гармонизации семейных отношений, получению поддержки от близких, интеграции ее в обыденную жизнь. Важной задачей является актуализация ресурсов, помощь в формировании перспективы, включающей *третичную профилактику аборта, планирование в будущем новой беременности*.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность темы профилактики абортов объясняет большое количество разработок методических рекомендаций на эту тему как регионального, так и государственного уровня. В их содержании находят отражение различные моральные оценки беременных женщин, намеревающихся сделать аборт, и соответствующее отношение к ним.

Данные научных исследований и практика показывают, что наиболее конструктивным и эффективным является выбор конструктивно-эмпатического варианта. Он ставит перед собой задачу предотвратить аборт не только при возникновении беременности (вторичная профилактика), но и задачу формирования

осознанного отношения к брачным отношениям и материнству, гармонизации семейных отношений, результатом чего является предупреждение ситуации репродуктивного выбора (первичная профилактика аборт), а также реабилитация женщин, переживающих постабортный синдром, и формирование у них мотивации на планирование беременности в дальнейшем. Именно этот подход находит поддержку и одобрение на уровне Совета Федерации [20], президента РФ [33, 34, 45].

Большинство методических рекомендаций, издающихся на протяжении ряда лет, посвящены вторичной профилактике абортов. Наиболее подробные рекомендации по организации и работе специалистов с женщинами в ситуации репродуктивного выбора предложены в 2008 году в разработках Н. Д. Есиповой «Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов» [14]; в 2009 году в рекомендациях Центра общественных инициатив «Психологическое доабортное консультирование» [32], в методическом письме Министерства здравоохранения Российской Федерации № 15-4/10/2-4792 от 17.06.2017 года «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности» [21], в рекомендованных в 2025 году для использования в работе Министерством здравоохранения Российской Федерации разработанных Н. В. Долгушиной с коллегами рекомендаций «Обеспечение медицинских организаций и социальных служб, органов службы занятости при консультировании женщин в ситуации репродуктивного выбора / трудной жизненной ситуации, беременных и женщин/семей, желающих иметь детей» [13] и др. В них предложены алгоритмы взаимодействия медицинских и социальных служб, психологов при работе с беременными женщинами, намеревающимися сделать аборт, перечислены возможные меры социальной помощи, даже приведены стандартные фразы, которые можно и нельзя употреблять в процессе беседы с беременными. В приложениях к методическим рекомендациям содержатся методики психологического тестирования, бланки опросников, информированного согласия и пр.

В основном в этих работах подробно и качественно описана работа специалистов, направленная на вторичную профилактику абортов. Разработке и первичной, и вторичной, и третичной профилактики посвящены методические рекомендации под редакцией профессора А. Н. Алехина «Психопрофилактика абортов», изданные в Санкт-Петербурге в 2021 году [1], и «Психологическое консультирование в женской консультации женщин в ситуации репродуктивного выбора» под редакцией Н. И. Башировой, изданные в Брянске [2].

Настоящие рекомендации разработаны на основе биопсихосоциального и этиопатогенетического подходов. Они посвящены первичной, вторичной и третичной профилактике абортов, содержат возможные варианты организации и проведения профилактической работы. Внедрение их в практику может эффективно способствовать снижению числа абортов, укреплению семейных отношений, поддержке и продвижению ценности многодетности.

Литература

1. *Алехин А. Е.* Методические рекомендации / под ред. А. Н. Алехина, И. В. Добрякова. СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2021. 24 с.
2. *Баширова Н. Н., Сухоцкая Е. Г., Ермакова А. И. и др.* Методические рекомендации. Брянск: ООО «Аверс», 2024. 35 с.
3. *Бучельникова Е. М., Никишова И. С.* Особенности ценностных ориентаций женщин с разными типами психологического компонента доминанты беременности // *Ога-рев-online*. 2022. № 15. URL: <https://journal.mrsu.ru/arts/osobennosti-cennostnyx-orientacij-zhenshhin-s-raznymi-tipami-psixologicheskogo-komponenta-dominanty-beremennosti>.
4. *Гумеров П., свящ.* Гражданский брак. М.: Изд. Даниловский благовестник, 2013. 160 с.
5. *Добряков И. В.* Перинатальная психология (монография). 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Питер, 2015. 352 с.
6. *Добряков И. В.* Как стать счастливым родителем здорового и счастливого ребенка. 5-е изд., испр. и доп. СПб.: Эко-Вектор, 2021. 200 с.
7. *Добряков И. В.* Помощь при перинатальных утратах // *Здоровье человека, семьи, общества. Социодинамическая парадигма в психиатрии, наркологии, психотерапии и психологии: сборник материалов Всероссийской конференции с международным участием памяти профессора Цезаря Петровича Короленко*. Новосибирск, 2021: 61–69.
8. *Добряков И. В.* Современные вопросы психосексуального развития и полового воспитания // «Подросток наше будущее»: российско-шведский семинар. СПб.: ДМ, 2022. С. 21–26.
9. *Добряков И. В., Костерина Е. М., Макушкин Е. В.* Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации: методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ. М.: Минздравсоцразвития РФ, 2009. 28 с.
10. *Добряков И. В., Маркатун М. В.* Сравнительная характеристика официального брака и сожительства // *Медицина и образование Сибири*. 2008; 4: 15–27.
11. *Добряков И. В., Фаерберг Л. М.* Психологическая помощь при перинатальных потерях. Учебно-методическое пособие. СПб.: Издательство ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, 2016. 45 с.
12. *Добряков И. В., Фесенко Ю. А.* Влечения у детей и подростков: становление, проявления, отклонения: монография. СПб.: Проспект Науки, 2024. 296 с.
13. *Долгушина Н. В., Сахарова В. В., Ицкович М. М. и др.* Обеспечение медицинских организаций и социальных служб, органов службы занятости при консультировании женщин в ситуации репродуктивного выбора / трудной жизненной ситуации, беременных и женщин/семей, желающих иметь детей. М., 2025. 53 с.
14. *Есипова Н. Д.* Методические и организационные аспекты консультирования по проблеме абортов. М., 2008. 65 с.
15. *Каган В. Е.* Воспитателю о сексологии. М.: Педагогика, 1991. 256 с.
16. *Карцева Л. В.* Татарстанская молодежь о браке и семье // *Материалы международной научно-практической конференции «Женщина-мусульманка: права человека в современном мире»*. 16–17 октября 2014 г. Казань, 2014: 54.
17. *Карцева Л. В. и др.* Семейведение: уч.-метод. пособие. ФГБОУ ВПО «КазГИК», Татарстанское отделение нац. общ. ком. «Российская семья». 2-е изд. Казань: РИЦ «Школа», 2015. 199 с.
18. Клинические рекомендации «Искусственный аборт (медицинский аборт)» для врачей акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов. Минздрав РФ, 2024. 24 с.
19. *Кузнецова А. Ю.* О курсе «моя семья» (Семьеведение). <https://rg.ru/2025/03/22/annna-kuznecova-o-kurse-moia-semia-shkolnikam-rasskazhut-o-semejnyh-cennostiah.html>.

20. Матвиенко В. И. По поводу абортот. <https://www.interfax.ru/russia/934529> t.me/degtiarev_rnmpd/112925.
21. Методическое письмо МЗ РФ № 15-4/10/2-4792 от 17.06.2017 г. «Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности». 68 с.
22. Незнанов Н. Г., Коцюбинский А. Н. Биопсихосоциальная парадигма: возможности и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. 2021; 31 (2): 5–12.
23. О внедрении речевых модулей: письмо Министерства здравоохранения РФ от 29.06.2023 № 15-4/2503. Текст: электронный // Гарант: [сайт]. URL: <https://base.garant.ru/407837007/?ysclid=lsuxchju8v370447994>.
24. О внедрении мотивационного анкетирования: письмо Министерства здравоохранения РФ от 15.06.2023 № 15-4/2208. Текст: электронный // КонсультантПлюс: [сайт]. URL: <https://www.consultant.ru/conscgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=833624&ysclid=lsuw5uqf1f876889511#ocX uw4U8oFhM6YXN25>.
25. Добряков И. В. Перинатальная психология для акушеров и неонатологов. Гл. 21 // Перинатология: руководство / под ред. Д. О. Иванова. Информ-Навигатор, 2015: 358–366.
26. Полякова Е. Я. Клинико-психологические аспекты постабортного синдрома // Вестник НГУ. Серия: Психология. 2009; 3 (выпуск 1): 121–135.
27. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0 / Коллектив авторов. М.: Редакция журнала Status Presens, 2020. 128 с.
28. Прегравидарная подготовка. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 3.1 / Коллектив авторов. М.: Редакция журнала Status Presens, 2024. 124 с.
29. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 01.06.2007 № 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» garant.ru Прайм' Документы ленты ПРАЙМ
30. Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» [GHhttps://medresearch.ru/prikaz-572n-o-poryadke-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-po-profilu-akusherstvo-i-ginekologiya-za-isklyucheniem-ispolzovaniya-vspomogatelnyh-reproduktivnyh-tehnologiy-ministerstva-zdravoohraneniya-rf/](https://medresearch.ru/prikaz-572n-o-poryadke-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-po-profilu-akusherstvo-i-ginekologiya-za-isklyucheniem-ispolzovaniya-vspomogatelnyh-reproduktivnyh-tehnologiy-ministerstva-zdravoohraneniya-rf/).
31. Проведение кратких собеседований по вопросам сексуального здоровья и сексуальности: рекомендации для разработки подхода с позиций общественного здравоохранения. WHO, 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259901>.
32. Психологическое доабортивное консультирование. Методические рекомендации. М.: Центр общественных инициатив, 2009. 68 с.
33. Путин В. В. 14 декабря 2023 года Ответ в ходе прямой линии на вопрос о возможном ограничении абортов в России. 1tv.ru/news/2023-12-14/467038-vladimir_putin_o...
34. Путин В. В. 19 декабря 2024 года Прямая линия, совмещенная с пресс-конференцией <https://www.pnp.ru/social/putin-napomnil-o-prave-zhenshhin-prinimat-recsheniya-v-vohrose-abortov.html>.
35. Селезнёв С. Б. Социально-психологические аспекты системного кризиса института российской семьи // Психическое здоровье семьи в современном мире: сборник тезисов III Российской конференции с международным участием (Томск, 24–25 октября 2019 г.) / под ред. Н. А. Бохана, А. В. Семке, Е. В. Гуткевич. Томск: Отдел полиграфии Томского ЦНТИ, 2019: 251–253.
36. Селезнев С. Б., Добряков И. В. О необходимости возрождения социальной значимости института семьи в современной молодежной среде // Материалы VII Всероссийской

Научно-практической конференции «Векторы образования: от традиций к инновациям». Краснодар, 2020: 40–44.

37. Семейведение: рабочая программа Курса внеурочной деятельности для обучающихся 5–9 классов на 2024–2025 учебный год. ФГБНУ «Институт стратегии развития образования», 2024. https://edsoo.ru/wp-content/uploads/2024/08/2_5300844784137559930.pdf
38. Сведения о прерывании беременности в Российской Федерации. Текст: электронный // Росстат Федеральная служба государственной статистики: [сайт]. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 27.07.2024).
39. Стратегия действий по реализации семейной и демографической политике до 2036 года. <https://rosstat.government.ru/docs/545731/> (дата обращения 27.07.2024).
40. Трусова Е. А. Изучение личностных мотивов рождения детей // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2024; 13 (4А): 376–384.
41. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ (ред. от 28.12.2024) «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Ст. 56. Искусственное прерывание беременности. consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/.
42. Хаирова С. И. Ценностные ориентации женщин с различными типами гестационных доминант // Мир науки. Педагогика и психология. 2020; 5. <https://mir-nauki.com/PDF/73PSMN520.pdf> (доступ свободный).
43. Хаирова С. И., Мамутов А. А. Формирование образа семьи у современной молодежи // Ученые записки Крымского инженерно-педагогического университета. Серия: Педагогика. Психология. 2015; 1: 188–193.
44. Шамардина Л. Правительство выступило против запрета аборт в частных клиниках // Медвестник. 2024. <https://medvestnik.ru/content/news>.
45. Шмуклер А. Б. Течение шизофрении в период беременности: на материале соматопсихиатрических отделений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Моск. НИИ психиатрии. М., 1992. 32 с.
46. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. 3-е изд. СПб.: Речь, 2007. 341 с.
47. Эриксон Э. (Erikson E. H.) Идентичность: юность и кризис / пер. с англ. М.: Изд. гр. «Прогресс». 344 с.
48. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonalen Baziehungen // K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg) Ensyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methogen der Differentiellen Psychologi. Gottingen: Hogrefe, 1995. Band 1.
49. Coleman P. K., Coyle C. T., Rue V. M. Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Post-Traumatic Stress Symptoms // Journal of Pregnancy. 2010; 2010.
50. Dissemination and use of WHO family planning guidance and tools: a qualitative assessment / Health Research Policy and Systems / Full text health-policy-systems.biomedcentral.com// articles/10.1186/s12961-018-0321.
51. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977; 196: 129–136.
52. Engel G. L. Sounding board. The biopsychosocial model and medical education. Who are to be the teachers? // New Engl. J. Med. 1982; 306: 802–805.
53. Kraft J. M., Oduyebo T., Jatlaoui T. C. et al. Dissemination and use of WHO family planning guidance and tools a qualitative assessment // Health Research Policy and Systems. 2018. Article number: 42. Page 2 of 9.
54. Rue V. M., Coleman P. K., Rue J., Reardon D. C. Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women // Med. Sci. Monit. 2004; 10 (10): SR5–16.

Памятка для пациентов о прегравидарной подготовке

Наступление беременности — важное событие. К беременности надо готовиться заранее — это называется *прегравидарная подготовка*. Ее планирование — сознательное, уважительное отношение к зарождению жизни — поможет заранее устранить или свести к минимуму многие факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на организм матери и будущего ребенка, на их взаимоотношения. Ответственная пара может выбрать наиболее удачный срок для рождения малыша и имеет время, чтобы привести в порядок все свои дела перед этим важным событием, получить квалифицированные консультации врача и перинатального психолога.

Прегравидарная подготовка предлагает следовать простым правилам:

✓ Рассказать своему врачу, что хотели бы родить ребенка в течение ближайшего года-двух. Этого времени вполне достаточно, чтобы пройти необходимые обследования и выявить так называемые «факторы риска», провести лечение имеющихся заболеваний.

✓ Отнестись серьезно к рекомендациям в отношении питания, физической активности, курения, употребления алкоголя и некоторых лекарств, вести здоровый образ жизни. Игнорирование этих рекомендаций может негативно повлиять на наступление зачатия, ход беременности, развитие ребенка.

✓ Провести лечение имеющихся заболеваний и сделать прививки от тех болезней, которые могут влиять на ход беременности. На это время необходима контрацепция. Ваш врач поможет подобрать надежный и удобный для вас метод.

✓ Не пользоваться продающимися в аптеке различными «витаминами для беременных», пищевыми добавками без получения рекомендации своего врача, который знает особенности и вашего организма, и их действия. Только он может подобрать по-настоящему эффективный препарат.

✓ Рассказать о планировании беременности перинатальному психологу женской консультации, с которым можно обсудить возникающие в семье проблемы и способы их разрешения.

Ни в коем случае не надо надеяться, что беременность и рождение ребенка разрешит имеющиеся разногласия. Перинатальный психолог поможет гармонизировать отношения заранее. Тогда действительно беременность, рождение ребенка и уход за ним станут общим делом женщины и мужчины, укрепят ваш союз.

Заболеваемость психическими и наркологическими расстройствами населения в 2017–2024 годах (статистические материалы)

Н. А. Александрова, М. В. Анохина, А. Ю. Гончаренко, Н. В. Семенова

ВВЕДЕНИЕ

Важность наблюдения и глубокого изучения заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации обусловлена их значительным вкладом в общее бремя болезней и выраженным медико-социальным воздействием на общество. В современных условиях реформы здравоохранения определение приоритетных направлений развития психиатрической службы требует надежной и репрезентативной информационной базы, отражающей не только текущее состояние, но и долгосрочные направления изменений. Представленный раздел статистических материалов по Российской Федерации и курируемым ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева» Минздрава России субъектам призван восполнить этот пробел, предлагая систематизированный анализ данных по заболеваемости психическими и наркологическими расстройствами населения за период 2017–2024 годов.

Как отмечается в программных документах, современная психиатрическая служба России осуществляет переход от сугубо медицинской к биопсихосоциальной модели помощи. Этот процесс характеризуется развитием амбулаторных и полустационарных форм, активным внедрением психиатрической помощи в общую соматическую сеть, а также смещением акцента в сторону полипрофессионального подхода, психосоциальной терапии и реабилитации. Результативность этих преобразований напрямую зависит от точного понимания эпидемиологической ситуации, структуры и динамики заболеваемости в различных возрастных группах населения.

Психические расстройства остаются одной из наиболее серьезных проблем общественного здоровья в глобальном масштабе. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, в европейском регионе ими страдает значительная часть населения: около 100 млн человек испытывают тревогу и депрессию, свыше 21 млн — расстройства, связанные с употреблением алкоголя, миллионы живут с деменцией, шизофренией и биполярными аффективными расстройствами. В России происходящие в последние десятилетия социально-экономические преобразования, наряду с такими общемировыми вызовами, как урбанизация, информационное давление, ухудшение экологической обстановки и старение населения, способствуют обострению проблем психического здоровья.

Проведенный анализ данных выявляет ряд устойчивых направлений изменений в психиатрической заболеваемости (2017–2024). По всему населению РФ на-

блюдается устойчивый рост заболеваемости психическими расстройствами. После временного снижения в 2020–2021 годах, связанного, вероятно, с ограничениями периода пандемии, с 2022 года фиксируется постоянное увеличение как абсолютного числа зарегистрированных пациентов, так и показателей на 100 тысяч населения. В 2024 году общая численность лиц с психическими расстройствами (исключая расстройства, связанные с потреблением психоактивных веществ — ПАВ) превысила 4 миллиона человек, а показатель заболеваемости достиг 2744,8 на 100 тыс. населения. Эта тенденция указывает на возрастающую нагрузку на систему здравоохранения и подтверждает масштаб проблемы.

Наиболее уязвимыми группами, согласно данным, являются дети (0–14 лет) и подростки (15–17 лет). Среди детей общая заболеваемость сохраняется на стабильно высоком уровне с тенденцией к дальнейшему росту. Показатель вырос с 2754,7 в 2017 году до 2845,9 на 100 тыс. в 2024 году. Особую озабоченность вызывает резкий рост в этой группе тяжелых форм патологии — психозов и состояний слабоумия, показатель которых увеличился на 10,9% в 2023 и на 11,4% в 2024 году.

Среди подростков наблюдается самая выраженная динамика. Эта группа демонстрирует максимальные абсолютные показатели заболеваемости и самые высокие темпы прироста. Общая заболеваемость выросла с 4639,3 в 2017 году до 5061,0 на 100 тыс. в 2024 году. Существенный рост отмечается в группе психозов: в 2024 году прирост составил +14,0% после +7,1% в 2023 году. Подростки также являются единственной группой, где продолжает расти первичная заболеваемость (новые случаи), что сигнализирует об усугублении ситуации.

В структуре общей заболеваемости по группам болезней по всему населению отмечается постепенный рост непсихотических расстройств, в то время как показатели по умственной отсталости демонстрируют незначительное снижение или стабилизацию.

В сфере наркологических расстройств динамика заболеваемости (2017–2024) является противоположной. За указанный период в РФ зафиксировано устойчивое снижение как общей, так и первичной заболеваемости расстройствами, связанными с потреблением ПАВ.

Общая заболеваемость снизилась с 1385,9 на 100 тыс. населения в 2018 году до 1189,3 в 2024 году, что соответствует снижению на 14,2%. Наибольшее положительное изменение отмечено среди детей (0–14 лет), где заболеваемость сократилась более чем вдвое (–54,3%). В структуре наркологических расстройств по-прежнему преобладают алкоголь-ассоциированные расстройства. Несмотря на позитивную общую динамику, сохраняется значительная разница между регионами, причем в ряде субъектов РФ показатели остаются критически высокими.

Выводы и направления для совершенствования организации психиатрической и наркологической помощи

Сопоставление динамики психических и наркологических расстройств выявляет расхождение тенденций: в то время как наркологическая служба

демонстрирует успехи в снижении заболеваемости, нагрузка на психиатрическую службу, особенно на ее амбулаторное звено, неуклонно растет. Ключевыми задачами становятся следующие.

1. **Развитие детско-подростковой психиатрической помощи.** Стремительный рост заболеваемости, особенно тяжелых психотических расстройств, среди детей и подростков требует безотлагательного усиления форм раннего вмешательства (выявления, в том числе, групп с риском развития психических расстройств), создания целевых программ профилактики.
2. **Развитие амбулаторной помощи.** Подтверждается стратегическая правильность курса на развитие внебольничной помощи. Рост непсихотических расстройств указывает на необходимость расширения доступности психотерапевтической, психосоциальной и реабилитационной помощи, в том числе интегрированной в первичное звено здравоохранения.
3. **Повышение качества диагностики и учета.** Стабильно высокие показатели могут быть связаны не только с истинным ростом патологии, но и с улучшением выявляемости, снижением стигмы и совершенствованием систем регистрации.
4. **Учет региональной специфики.** Как в психиатрической, так и в наркологической службе необходима дифференцированная политика, учитывающая особенности эпидемиологической ситуации и ресурсной обеспеченности в различных регионах РФ.

Приведенные материалы предоставляет комплексную статистическую основу для оценки эффективности действующих программ и разработки новых стратегических решений в области охраны психического здоровья населения России. Данные эпидемиологических наблюдений подчеркивают необходимость объединенных усилий органов здравоохранения, образования и социальной защиты для противодействия нарастающей волне психических расстройств, особенно в младших поколениях.

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	3 960 732	3 933 156	3 934 058	3 849 701	3 866 923	3 932 286	3 982 601	4 011 508
Северо-Западный федеральный округ	361 439	370 314	382 440	377 080	383 353	398 243	412 491	418 525
Республика Карелия	17 968	18 351	18 618	18 565	18 745	18 677	19 509	19 149
Республика Коми	24 961	25 006	24 790	22 504	22 615	23 386	24 379	25 833
Архангельская область без автономного округа	29 012	30 467	31 405	31 173	31 470	33 116	33 503	33 770
Ненецкий автономный округ	1422	1531	1631	1544	1498	1582	1605	1645
Вологодская область	35 267	34 413	33 219	33 278	33 771	33 985	36 096	33 942
Калининградская область	18 950	20 085	20 251	19 879	21 773	24 028	26 132	25 364
Ленинградская область	40 655	41 452	42 747	41 324	39 929	41 060	42 990	44 142
Мурманская область	17 000	17 392	17 764	17 125	17 364	17 940	18 140	18 931
Новгородская область	18 805	18 549	18 329	18 010	17 692	17 621	17 180	16 693
Псковская область	20 123	20 176	19 998	20 050	19 568	19 300	19 429	19 269
г. Санкт-Петербург	137 276	142 892	153 688	153 628	158 928	167 548	173 528	179 787
Южный федеральный округ	429 277	428 727	433 325	425 132	431 178	441 987	449 452	456 910
Республика Адыгея	11 359	11 429	11 941	12 194	12 116	12 480	13 000	13 467
Республика Калмыкия	8017	7864	8108	7922	7883	7960	8091	8245
Республика Крым	48 268	46 751	46 694	45 404	47 141	48 406	47 601	47 659
Краснодарский край	153 692	153 981	155 357	148 155	145 470	151 672	156 158	164 881
Астраханская область	32 018	32 263	32 759	33 376	34 494	34 941	35 170	35 290
Волгоградская область	70 249	72 497	72 750	73 117	77 082	79 106	80 756	79 894
Ростовская область	98 869	97 142	99 114	98 229	100 604	100 995	102 260	101 344
г. Севастополь	6805	6800	6602	6735	6388	6427	6416	6130
Северо-Кавказский федеральный округ	194 259	197 112	195 623	195 383	197 640	200 601	201 774	206 371
Республика Дагестан	79 148	82 165	77 462	76 793	76 620	76 817	76 516	79 410
Республика Ингушетия	5761	6103	6508	6855	7120	7471	7833	8092

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	12 461	12 380	12 472	12 357	12 758	12 796	13 221	13 569
Карачаево-Черкесская Республика	9858	10 012	9835	9792	9947	10 020	10 385	10 434
Республика Северная Осетия-Алания	8975	8560	8962	9304	9547	10 334	10 427	10 526
Чеченская Республика	10 027	10 576	11 344	11 693	13 125	14 066	14 024	14 574
Ставропольский край	68 029	67 316	69 040	68 589	68 523	69 097	69 368	69 766
Приволжский федеральный округ	832 345	824 783	825 763	812 681	804 059	818 559	818 143	821 913
Республика Башкортостан	143 514	144 058	145 012	145 032	146 595	149 698	150 331	150 203
Республика Марий Эл	18 884	19 740	20 665	20 902	20 734	21 310	21 939	22 430
Республика Мордовия	20 255	21 129	21 275	20 408	20 628	20 542	21 052	22 266
Республика Татарстан	87 329	85 176	85 244	84 917	85 518	85 787	86 791	87 846
Удмуртская Республика	37 811	37 004	37 079	38 128	37 914	39 101	38 804	39 584
Чувашская Республика	34 628	34 411	34 118	32 664	32 504	33 193	34 519	35 460
Пермский край	96 692	92 615	88 329	79 737	79 648	84 469	81 040	78 322
Кировская область	45 580	46 324	46 380	45 456	39 260	39 030	36 961	39 896
Нижегородская область	78 054	78 172	82 365	78 087	77 554	78 540	80 565	79 729
Оренбургская область	61 007	59 134	59 099	58 316	57 627	58 039	58 194	56 697
Пензенская область	45 061	42 884	39 995	37 800	37 556	36 766	36 740	35 651
Самарская область	60 951	61 690	63 254	69 863	67 475	71 923	74 549	75 996
Саратовская область	67 526	67 489	67 939	66 340	66 790	66 662	66 422	67 564
Ульяновская область	35 053	34 957	35 009	35 031	34 256	33 499	30 236	30 269
Уральский федеральный округ							390 341	382 172
Курганская область							27 500	27 624
Свердловская область							133 565	131 956
Тюменская область без автономного округа							36 278	37 445
Ханты-Мансийский АО							39 790	41 901
Ямало-Ненецкий АО							25 390	26 206
Челябинская область							127 818	117 040
ДНР						71 427	76 823	80 324
Херсонская область						3334	11 010	11 831
Запорожская область						15 140	11 891	12 987
ЛНР						51 148	54 277	50 311

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(на 100 000 чел.)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2697,3	2678,7	2680,5	2628,5	2651,0	2680,2	2722,2	2744,8	1,9	1,6	0,8
Северо-Западный федеральный округ	2595,5	2652,3	2736,2	2700,8	2753,7	2867,4	2977,4	3023,9	4,0	3,8	1,6
Республика Карелия	2875,9	2958,6	3022,1	3035,6	3092,9	3523,1	3709,9	3655,4	0,1	5,3	-1,5
Республика Коми	2951,5	2992,7	3003,6	2754,4	2797,0	3201,8	3369,5	3584,9	4,1	5,2	6,4
Архангельская область без автоном- ного округа	2598,7	2755,5	2864,5	2866,4	2924,1	3415,9	3489,6	3533,0	5,9	2,2	1,2
Ненецкий автономный округ	3234,2	3486,4	3709,3	3489,3	3369,0	3820,8	3839,4	3895,9	5,4	0,5	1,5
Вологодская область	2988,0	2935,8	2853,7	2879,4	2948,7	2998,0	3208,4	3026,9	1,1	7,0	-5,7
Калининградская область	1913,3	2011,7	2010,3	1957,4	2128,0	2329,1	2529,4	2453,2	9,9	8,6	-3,0
Ленинградская область	2255,0	2264,1	2295,9	2193,1	2099,2	2037,8	2118,0	2168,3	2,3	3,9	2,4
Мурманская область	2249,9	2316,4	2385,3	2323,2	2383,0	2710,1	2758,7	2883,9	3,9	1,8	4,5
Новгородская область	3085,3	3074,2	3063,0	3029,6	3002,3	3044,7	2994,7	2921,2	0,1	-1,6	-2,5
Псковская область	3147,4	3186,9	3185,0	3217,4	3172,5	3258,3	3324,2	3315,7	-0,8	2,0	-0,3
г. Санкт-Петербург	2581,9	2662,0	2850,8	2849,6	2953,5	2989,8	3099,3	3211,8	5,5	3,7	3,6
Южный федеральный округ	2611,9	2606,5	2632,5	2580,6	2619,8	2649,8	2702,2	2748,5	2,7	2,0	1,7
Республика Адыгея	2505,5	2517,1	2602,0	2633,0	2601,4	2505,3	2603,7	2690,2	2,4	3,9	3,3
Республика Калмыкия	2898,3	2869,8	2982,1	2928,0	2931,9	2998,6	3046,0	3090,7	1,4	1,6	1,5
Республика Крым	2523,2	2444,1	2441,9	2380,8	2482,4	2516,0	2488,1	2495,9	2,8	-1,1	0,3
Краснодарский край	2750,8	2737,0	2743,9	2608,5	2558,5	2603,5	2680,3	2826,7	4,2	2,9	5,5
Астраханская область	3144,6	3176,2	3243,7	3331,7	3471,6	3661,9	3708,0	3728,8	1,7	1,3	0,6
Волгоградская область	2778,6	2883,3	2910,8	2944,9	3130,7	3187,9	3280,1	3255,8	3,1	2,9	-0,7
Ростовская область	2339,6	2306,7	2359,8	2344,6	2413,9	2417,1	2459,0	2440,5	0,7	1,7	-0,8
г. Севастополь	1572,6	1545,7	1479,7	1404,4	1237,9	1162,5	1146,1	1092,0	-0,6	-1,4	-4,7
Северо-Кавказский федеральный округ	1982,3	2002,1	1976,2	1963,8	1979,9	1968,6	1972,7	2013,2	1,3	0,2	2,1
Республика Дагестан	2592,6	2672,0	2500,0	2459,7	2437,3	2401,8	2375,5	2456,8	-0,1	-1,1	3,4
Республика Ингушетия	1189,7	1238,6	1295,8	1340,7	1369,7	1450,1	1497,3	1534,8	4,1	3,3	2,5

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	1440,3	1429,5	1438,1	1422,4	1466,7	1415,8	1461,9	1498,6	0,2	3,3	2,5
Карачаево-Черкесская Республика	2113,8	2148,8	2112,6	2103,8	2140,1	2137,5	2217,2	2 228,0	0,9	3,7	0,5
Республика Северная Осетия-Алания	1277,6	1222,0	1283,9	1338,8	1382,4	1512,9	1533,8	1 550,5	8,6	1,4	1,1
Чеченская Республика	703,2	730,9	772,8	785,6	870,8	923,0	908,9	938,5	6,5	–1,5	3,3
Ставропольский край	2427,4	2405,9	2466,2	2451,2	2459,1	2385,3	2401,4	2 417,3	1,1	0,7	0,7
Приволжский федеральный округ	2813,0	2798,7	2814,2	2785,1	2776,7	2844,6	2859,4	2 879,8	2,2	0,5	0,7
Республика Башкортостан	3530,4	3550,7	3585,3	3602,4	3657,8	3664,9	3692,7	3 695,6	2,3	0,8	0,1
Республика Марий Эл	2762,8	2897,2	3039,4	3085,7	3079,0	3160,1	3269,2	3 348,5	3,1	3,5	2,4
Республика Мордовия	2510,5	2640,2	2683,4	2601,1	2662,3	2645,8	2738,9	2 907,2	0,1	3,5	6,1
Республика Татарстан	2245,1	2186,0	2185,3	2178,2	2198,3	2144,2	2168,5	2 194,5	0,4	1,1	1,2
Удмуртская Республика	2495,9	2450,2	2465,1	2546,7	2546,4	2704,8	2697,7	2759,3	3,4	–0,3	2,3
Чувашская Республика	2807,3	2803,9	2795,2	2693,2	2701,6	2816,4	2950,0	3038,4	2,5	4,7	3,0
Пермский край	3679,8	3539,0	3390,7	3079,5	3101,5	3356,3	3239,3	3138,8	6,5	–3,5	–3,1
Кировская область	3540,3	3625,7	3659,9	3618,3	3159,8	3412,8	3259,3	3530,8	0,0	–4,5	8,3
Нижегородская область	2408,2	2424,2	2566,9	2448,1	2453,9	2537,3	2623,3	2605,2	1,8	3,4	–0,7
Оренбургская область	3075,5	3001,2	3015,4	2990,8	2980,1	3139,7	3171,3	3100,5	1,2	1,0	–2,2
Пензенская область	3371,3	3236,8	3048,8	2911,7	2928,4	2932,2	2959,7	2884,1	–1,5	0,9	–2,6
Самарская область	1905,6	1934,9	1988,3	2206,1	2146,9	2280,7	2377,8	2429,7	7,0	4,3	2,2
Саратовская область	2732,6	2752,5	2794,3	2754,4	2808,6	2756,9	2773,3	2832,7	0,5	0,6	2,1
Ульяновская область	2804,8	2813,4	2836,8	2861,8	2828,4	2823,7	2569,1	2581,0	–1,6	–9,0	0,5
Уральский федеральный округ							3183,7	3 116,6			–2,1
Курганская область							3631,4	3668,5			1,0
Свердловская область							6326,1	3 124,9			–50,6
Тюменская область без автономного округа							4491,4	2 317,9			–48,4
Ханты–Мансийский АО							4523,2	2 381,6			–47,3
Ямало–Ненецкий АО							4938,0	5 079,1			2,9
Челябинская область							3757,7	3 446,6			–8,3
ДНР							2600,6	2 719,1			4,6
Херсонская область							3218,4	3 458,3			7,5
Запорожская область							2132,5	2 329,1			9,2
ЛНР						3363,5	3569,2	3 308,4		6,1	–7,3

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	426 820	438 967	458 309	384 519	429 626	460 141	460 365	453 905
Северо-Западный федеральный округ	50 805	54 676	58 680	48 228	54 836	56 638	56 565	58 877
Республика Карелия	3321	3581	3697	3167	3457	3522	3403	2914
Республика Коми	2933	3104	3001	2306	2633	2444	2733	2750
Архангельская область без автономного округа	6473	6903	7471	5883	6079	6565	6786	6666
Ненецкий автономный округ	257	374	279	215	245	238	253	297
Вологодская область	4546	3867	4344	3739	4240	4341	4282	3919
Калининградская область	1882	2041	2520	1863	1961	2010	2038	3298
Ленинградская область	6505	7422	7102	5911	6211	5942	5519	5903
Мурманская область	2407	2749	2574	2225	2776	2820	2754	2656
Новгородская область	964	944	890	718	621	728	708	760
Псковская область	1274	1197	1086	988	986	946	941	1051
г.Санкт-Петербург	20 243	22 494	25 716	21 213	25 627	27 082	27 148	28 663
Южный федеральный округ	39 573	40 554	45 147	38 494	43 694	49 143	48 759	49 156
Республика Адыгея	658	717	828	669	614	769	1104	1143
Республика Калмыкия	640	636	633	461	541	544	625	662
Республика Крым	4687	4342	5125	4317	4351	4696	3945	4256
Краснодарский край	13 933	14 597	16 531	14 145	16 275	18 577	18 562	18 652
Астраханская область	2654	2723	3003	2967	3721	3796	4446	4664
Волгоградская область	8418	7925	7248	6438	7723	9444	10 304	9782
Ростовская область	8225	9316	11 447	9221	10 165	10 950	9397	9583
г. Севастополь	358	298	332	276	304	367	376	414
Северо-Кавказский федеральный округ	12 270	12 864	13 406	10 369	11 716	12 940	12 783	13 792
Республика Дагестан	3851	3916	3539	2705	3566	4599	4501	4715
Республика Ингушетия	348	374	472	485	494	432	475	521
Кабардино-Балкарская Республика	848	645	913	626	910	920	1075	1307

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	644	684	601	427	636	740	871	866
Республика Северная Осетия-Алания	767	771	768	762	757	769	755	700
Чеченская Республика	950	1396	1299	949	1549	1417	004	664
Ставропольский край	4862	5078	5814	4415	3804	4063	4102	5019
Приволжский федеральный округ	81 429	81 336	82 891	72 008	77 311	81 424	81 983	79 372
Республика Башкортостан	8203	7194	7346	7314	7373	7807	7685	7305
Республика Марий Эл	1757	2133	2322	2006	2105	2187	2241	2171
Республика Мордовия	3102	3770	3377	3002	3030	3506	3735	4243
Республика Татарстан	8831	8431	8788	7449	9081	9117	8949	8694
Удмуртская Республика	4003	4661	4724	3994	4812	5083	5588	5706
Чувашская Республика	3917	4169	3985	3973	4611	4714	4275	4372
Пермский край	10292	9302	9466	6442	7932	8622	8041	6964
Кировская область	3719	4394	4623	4038	3734	3431	3751	3643
Нижегородская область	6179	7078	7097	6345	6050	6959	7946	7093
Оренбургская область	7547	7258	7688	6102	6664	7228	7014	7480
Пензенская область	6285	4821	3830	3687	3704	3748	3695	3580
Самарская область	7049	7923	9095	8588	8702	9482	9817	9219
Саратовская область	8255	7862	8234	6833	7642	8087	7211	6741
Ульяновская область	2290	2340	2316	2235	1871	1453	2035	2161
Уральский федеральный округ							45 709,00	41 239
Курганская область							2314,00	2195
Свердловская область							18 775,00	18 015
Тюменская область без автономного округа							3247,00	4266
Ханты-Мансийский АО							5980,00	5615
Ямало-Ненецкий АО							2601,00	2 846
Челябинская область							12 792,00	8302
ДНР						4482	6175	6098
Херсонская область						5	74	286
Запорожская область						803	783	1425
ЛНР						3807	5109	3557

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(на 100 000 чел.)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	290,7	299,0	312,3	262,5	294,5	313,6	314,7	310,6	7,3	0,3	-1,3
Северо-Западный федеральный округ	364,8	391,6	419,8	345,4	393,9	407,8	408,3	425,4	3,4	0,1	4,2
Республика Карелия	531,5	577,3	600,1	517,8	570,4	664,4	647,1	556,3	2,4	-2,6	-14,0
Республика Коми	346,8	371,5	363,6	282,2	325,7	334,6	377,7	381,6	-6,6	12,9	1,0
Архангельская область без автономно-го округа	579,8	624,3	681,4	540,9	564,8	677,2	706,8	697,4	8,6	4,4	-1,3
Ненецкий автономный округ	584,5	851,7	634,5	485,9	551,0	574,8	605,2	703,4	-3,0	5,3	16,2
Вологодская область	385,2	329,9	373,2	323,5	370,2	382,9	380,6	349,5	2,9	-0,6	-8,2
Калининградская область	190,0	204,4	250,2	183,4	191,7	194,8	197,3	319,0	2,0	1,2	61,7
Ленинградская область	360,8	405,4	381,4	313,7	326,5	294,9	271,9	290,0	-4,8	-7,8	6,6
Мурманская область	318,6	366,1	345,6	301,8	381,0	426,0	418,8	404,6	2,2	-1,7	-3,4
Новгородская область	158,2	156,5	148,7	120,8	105,4	125,8	123,4	133,0	17,9	-1,9	7,8
Псковская область	199,3	189,1	173,0	158,5	159,9	159,7	161,0	180,8	-3,5	0,8	12,3
г. Санкт-Петербург	380,7	419,0	477,0	393,5	476,3	483,3	484,9	512,0	5,7	0,3	5,6
Южный федеральный округ	240,8	246,6	274,3	233,7	265,5	294,6	293,1	295,7	12,6	-0,5	0,9
Республика Адыгея	145,1	157,9	180,4	144,5	131,8	154,4	221,1	228,3	24,6	43,2	3,3
Республика Калмыкия	231,4	232,1	232,8	170,4	201,2	204,9	235,3	248,2	1,0	14,8	5,5
Республика Крым	245,0	227,0	268,0	226,4	229,1	244,1	206,2	222,9	8,1	-15,5	8,1
Краснодарский край	249,4	259,5	292,0	249,0	286,2	318,9	318,6	319,8	14,1	-0,1	0,4
Астраханская область	260,7	268,1	297,3	296,2	374,5	397,8	468,7	492,8	2,4	17,8	5,1
Волгоградская область	333,0	315,2	290,0	259,3	313,7	380,6	418,5	398,6	22,9	10,0	-4,8
Ростовская область	194,6	221,2	272,5	220,1	243,9	262,1	226,0	230,8	8,1	-13,8	2,1
г. Севастополь	82,7	67,7	74,4	57,6	58,9	66,4	67,2	73,7	19,3	1,2	9,8
Северо-Кавказский федеральный округ	125,2	130,7	135,4	104,2	117,4	127,0	125,0	134,5	10,3	-1,6	7,7
Республика Дагестан	126,1	127,3	114,2	86,6	113,4	143,8	139,7	145,9	28,5	-2,8	4,4
Республика Ингушетия	71,9	75,9	94,0	94,9	95,0	83,9	90,8	98,8	-13,3	8,3	8,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	98,0	74,5	105,3	72,1	104,6	101,8	118,9	144,3	1,0	16,8	21,4
Карачаево-Черкесская Республика	138,1	146,8	129,1	91,7	136,8	157,9	186,0	184,9	16,5	17,8	–0,6
Республика Северная Осетия-Алания	109,2	110,1	110,0	109,6	109,6	112,6	111,1	103,1	2,0	–1,4	–7,2
Чеченская Республика	66,6	96,5	88,5	63,8	102,8	93,0	65,1	42,8	–9,1	–30,0	–34,3
Ставропольский край	173,5	181,5	207,7	157,8	136,5	140,3	142,0	173,9	7,1	1,2	22,5
Приволжский федеральный округ	275,2	276,0	282,5	246,8	267,0	283,0	286,5	278,1	5,7	1,3	–2,9
Республика Башкортостан	201,8	177,3	181,6	181,7	184,0	191,1	188,8	179,7	6,0	–1,2	–4,8
Республика Марий Эл	257,1	313,1	341,5	296,1	312,6	324,3	333,9	324,1	4,2	3,0	–2,9
Республика Мордовия	384,5	471,1	425,9	382,6	391,1	451,6	485,9	554,0	16,3	7,6	14,0
Республика Татарстан	227,0	216,4	225,3	191,1	233,4	227,9	223,6	217,2	0,5	–1,9	–2,9
Удмуртская Республика	264,2	308,6	314,1	266,8	323,2	351,6	388,5	397,8	5,9	10,5	2,4
Чувашская Республика	317,6	339,7	326,5	327,6	383,2	400,0	365,3	374,6	2,6	–8,7	2,5
Пермский край	391,7	355,5	363,4	248,8	308,9	342,6	321,4	279,1	9,2	–6,2	–13,2
Кировская область	288,9	343,9	364,8	321,4	300,5	300,0	330,8	322,4	–7,5	10,3	–2,5
Нижегородская область	190,6	219,5	221,2	198,9	191,4	224,8	258,7	231,8	15,6	15,1	–10,4
Оренбургская область	380,5	368,4	392,3	312,9	344,6	391,0	382,2	409,0	9,0	–2,2	7,0
Пензенская область	470,2	363,9	292,0	284,0	288,8	298,9	297,7	289,6	1,9	–0,4	–2,7
Самарская область	220,4	248,5	285,9	271,2	276,9	300,7	313,1	294,7	9,4	4,1	–5,9
Саратовская область	334,1	320,7	338,7	283,7	321,4	334,5	301,1	282,6	6,6	–10,0	–6,1
Ульяновская область	183,2	188,3	187,7	182,6	154,5	122,5	172,9	184,3	–21,9	41,2	6,6
Уральский федеральный округ							372,8	336,3			–9,8
Курганская область							305,6	291,5			–4,6
Свердловская область							889,2	426,6			–52,0
Тюменская область без автономного округа							402,0	264,1			–34,3
Ханты-Мансийский АО							679,8	319,1			–53,1
Ямало-Ненецкий АО							505,9	551,6			9,0
Челябинская область							376,1	244,5			–35,0
ДНР	0,0						209,0	206,4			–1,2
Херсонская область	0,0						21,6	83,6			286,5
Запорожская область	0,0						140,4	255,6			82,0
ЛНР						250,3	336,0	233,9		34,2	–30,4

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	707 485	695 379	697 553	674 158	683540	696349	708 487	714 961
Северо-Западный федеральный округ	68 485	68 666	70 027	66 890	67 042	70 034	69 927	69 595
Республика Карелия	2505	2610	2738	2763	2899	2982	3013	2898
Республика Коми	4290	4192	4113	3785	3762	3892	4117	4519
Архангельская область без автономного округа	6675	6952	6884	6913	7114	7267	7316	7086
Ненецкий автономный округ	392	495	510	512	461	499	483	488
Вологодская область	5848	5299	5516	5650	5936	6133	6055	5754
Калининградская область	3078	3290	3259	3074	3252	3610	4040	3306
Ленинградская область	8196	8004	9047	8270	8181	8682	8819	10 220
Мурманская область	4280	4261	4144	4049	3996	4277	4281	4438
Новгородская область	3132	3083	3007	2697	2247	2182	2106	1999
Псковская область	2515	2457	2583	2561	2470	2545	2522	2610
г. Санкт-Петербург	27 574	28 023	28 226	26 616	26 724	27 965	27 175	26 277
Южный федеральный округ	73 653	73 895	76 451	74 205	75 547	80 425	82 067	83 921
Республика Адыгея	1384	1373	1439	1404	1297	1341	1267	1349
Республика Калмыкия	1128	1239	1274	1201	1290	1306	1316	1385
Республика Крым	8562	8590	9180	9394	9580	10 554	10 690	10 840
Краснодарский край	25 476	26 691	27 612	25 791	24 846	27 379	27 941	29 709
Астраханская область	8225	8148	7985	7690	7593	7405	6831	7270
Волгоградская область	15 422	14 693	14 713	14 406	15 995	16 449	17 075	15 480
Ростовская область	12 096	11 825	12 885	12 941	13 615	14 509	15 369	16 317
г. Севастополь	1360	1336	1363	1378	1331	1482	1578	1571
Северо-Кавказский федеральный округ	42 104	40 010	37 529	37 078	37 035	37 352	37 276	38 865
Республика Дагестан	26 923	24 907	22 020	21 142	20 385	19 328	19 794	21 042
Республика Ингушетия	1544	1700	1943	2147	2225	2938	3102	3032

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкарская Республика	1221	1231	1219	1221	1252	1266	1276	1329
Карачаево-Черкесская Республика	1134	1183	1086	1044	1088	1104	1155	1103
Республика Северная Осетия-Алания	1285	1184	1239	1271	1278	1451	1498	1549
Чеченская Республика	1118	1139	1296	1690	2352	2920	2486	2803
Ставропольский край	8879	8666	8726	8563	8455	8345	7965	8007
Приволжский федеральный округ	134 443	130 859	127 752	121 494	121 769	122 370	124 453	127 423
Республика Башкортостан	16 655	15 958	16 450	15 903	15 757	15 116	15 505	16 388
Республика Марий Эл	2827	2858	2661	2448	2362	2358	2303	2341
Республика Мордовия	2755	3184	3202	3105	3277	3138	3374	3438
Республика Татарстан	14 368	12 310	11 691	11 214	11 739	12 238	12 125	11 962
Удмуртская Республика	6002	5668	5608	5263	5953	6201	6815	7409
Чувашская Республика	4728	5004	5122	4653	4467	4433	4393	4279
Пермский край	20 009	19 811	17 205	14 523	14 346	15 791	14 342	15 082
Кировская область	8072	7978	7855	7914	7319	6907	6640	6231
Нижегородская область	13 092	12 482	12 507	11 743	11 587	11 936	12 889	13 982
Оренбургская область	9682	9554	9302	8979	9271	9336	9857	9630
Пензенская область	5758	5554	5357	5065	4951	4957	4891	4820
Самарская область	13 527	13 576	13 923	13 885	14 618	15 718	16 416	17 119
Саратовская область	12 047	11 978	12 034	11 513	11 209	11 274	11 463	11 362
Ульяновская область	4921	4944	4835	5286	4913	2967	3440	3380
Уральский федеральный округ								76 268,00
Курганская область							5261,00	5230,00
Свердловская область								32 525,00
Тюменская область без автономного округа							7489,00	7814,00
Ханты-Мансийский АО							8760,00	9474,00
Ямало-Ненецкий АО							5501,00	5698,00
Челябинская область								15 527,00
ДНР						10 014	10126	9664
Херсонская область						236	409	568
Запорожская область						1612	1415	2199
ЛНР						7062	6570	6227

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 чел.)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2754,7	2686,9	2689,1	2601,7	2643,9	2711,5	2796,8	2845,9	2,0	3,1	1,8
Северо-Западный федеральный округ	3085,5	3051,8	3088,9	2939,3	2940,4	3275,7	3297,3	3299,6	4,4	0,7	0,1
Республика Карелия	2319,0	2423,6	2564,8	2619,8	2780,3	3490,8	3587,4	3485,4	3,4	2,8	–2,8
Республика Коми	2648,4	2618,8	2615,3	2447,9	2474,7	3019,5	3268,0	3629,4	4,5	8,2	11,1
Архангельская область без автономного округа	3382,4	3558,7	3579,5	3662,0	3844,5	4450,4	4600,0	4517,7	3,2	3,4	–1,8
Ненецкий автономный округ	3818,8	4828,8	4995,3	5009,0	4530,7	5698,9	5557,8	5626,0	8,9	–2,5	1,2
Вологодская область	2717,3	2462,8	2580,6	2668,9	2835,2	2981,4	3017,7	2907,1	4,0	1,2	–3,7
Калининградская область	1868,5	1964,8	1924,6	1802,8	1894,5	2090,7	2376,4	964,5	10,6	13,7	–17,3
Ленинградская область	3170,0	3008,2	3322,7	2995,6	2918,4	3263,1	3289,6	3812,9	5,2	0,8	15,9
Мурманская область	3224,0	3212,6	3153,9	3129,8	3144,7	3591,5	3677,3	3858,1	8,1	2,4	4,9
Новгородская область	3089,4	3049,6	2997,0	2714,4	2290,7	2260,0	2240,7	2157,8	–2,1	–0,9	–3,7
Псковская область	2524,0	2475,3	2620,6	2619,7	2550,8	2784,1	2825,1	2960,0	3,6	1,5	4,8
г.Санкт-Петербург	3582,5	3525,2	3464,0	3199,4	3161,8	3495,0	3377,5	3260,4	3,9	–3,4	–3,5
Южный федеральный округ	2629,7	2617,1	2700,5	2619,4	2667,2	2814,5	2920,6	3014,8	6,5	3,8	3,2
Республика Адыгея	1664,1	1631,7	1683,6	1623,9	1483,4	1447,2	1375,8	1470,6	2,4	–4,9	6,9
Республика Калмыкия	1959,2	2182,6	2283,8	2189,2	2393,5	2407,2	2523,4	2709,9	2,3	4,8	7,4
Республика Крым	2631,4	2605,9	2765,7	2828,9	2896,5	3109,5	3222,5	3310,4	10,4	3,6	2,7
Краснодарский край	2587,9	2670,5	2737,9	2546,4	2442,4	2616,1	2696,3	2882,4	9,9	3,1	6,9
Астраханская область	4184,9	4138,7	4072,9	3945,7	3915,3	3868,6	3647,1	3929,7	–2,2	–5,7	7,7
Волгоградская область	3759,2	3592,6	3627,6	3599,1	4058,0	4325,5	4633,7	4274,1	3,7	7,1	–7,8
Ростовская область	1793,3	1749,0	1910,2	1926,8	2037,7	2182,0	248,9	2515,8	6,9	7,6	7,1
г. Севастополь	1971,6	1868,0	1862,7	1725,8	1531,8	1683,4	1801,9	1808,4	10,1	7,0	0,4
Северо-Кавказский федеральный округ	1868,5	1773,4	1665,6	1650,5	1655,3	1641,8	1661,4	1746,4	1,1	1,2	5,1
Республика Дагестан	3582,4	3318,0	2943,0	2837,3	2750,3	2533,3	2629,5	2817,6	–4,9	3,8	7,2
Республика Ингушетия	1155,5	1273,2	1452,8	1603,7	1661,0	2160,8	2312,2	2278,0	31,9	7,0	–1,5

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	689,4	692,8	686,3	688,4	705,8	674,4	689,7	724,1	1,1	2,3	5,0
Карачаево-Черкесская Республика	1243,1	1308,1	1214,8	1182,3	1250,0	1187,4	1 278,0	1 238,6	2,3	7,6	-3,1
Республика Северная Осетия-Алания	919,7	846,6	886,5	912,0	921,6	1132,0	1 191,0	1 243,1	13,9	5,2	4,4
Чеченская Республика	241,5	244,9	278,2	362,7	505,2	626,7	536,5	607,5	24,2	-14,4	13,2
Ставропольский край	1786,1	1737,0	1750,2	1724,6	1713,2	1664,7	1 618,4	1 644,3	-1,0	-2,8	1,6
Приволжский федеральный округ	2598,7	2522,3	2467,9	2358,6	2377,7	2444,5	2 533,7	2 622,4	0,8	3,6	3,5
Республика Башкортостан	2128,6	2034,7	2102,2	2042,4	2033,9	1969,1	2 064,0	2 208,2	-3,8	4,8	7,0
Республика Марий Эл	2215,2	2233,8	2087,2	1928,9	1870,5	1891,6	1 889,0	1 944,2	0,2	-0,1	2,9
Республика Мордовия	2376,0	2776,9	2836,8	2797,9	3008,6	2957,6	3 282,4	3 402,0	-3,3	11,0	3,6
Республика Татарстан	2027,3	1715,0	1614,3	1539,0	1601,9	1664,1	1 659,5	1 645,0	3,9	-0,3	-0,9
Удмуртская Республика	2038,2	1927,1	1921,2	1819,6	2074,5	2225,3	2 496,3	2 746,4	4,6	12,2	10,0
Чувашская Республика	2115,5	2236,7	2302,7	2107,9	2038,8	2041,9	2 066,0	2 034,2	-0,3	1,2	-1,5
Пермский край	3976,9	3932,5	3429,1	2914,8	2900,2	3281,3	3 038,9	3 231,7	10,5	-7,4	6,3
Кировская область	3678,7	3631,9	3595,7	3657,9	3423,2	3728,9	3 665,5	3 483,4	-5,0	-1,7	-5,0
Нижегородская область	2538,6	2405,5	2409,6	2269,6	2253,1	2343,4	2 578,8	2 828,4	3,4	10,0	9,7
Оренбургская область	2566,5	2539,7	2486,3	2415,2	2513,4	2760,3	2 975,9	2 941,1	1,2	7,8	-1,2
Пензенская область	2865,0	2775,1	2704,7	2591,5	2571,0	2661,6	2 695,5	2 695,5	0,9	1,3	0,0
Самарская область	2594,6	2586,5	2648,3	2647,5	2798,8	3031,4	3 218,2	3 389,3	7,8	6,2	5,3
Саратовская область	3094,6	3089,3	3133,6	3036,5	2999,9	3066,2	3 207,7	3 227,7	1,4	4,6	0,6
Ульяновская область	2541,5	2544,4	2492,4	2735,5	2555,0	1563,6	1 843,2	1 828,5	-39,4	17,9	-0,8
Уральский федеральный округ							3318,6	3264,8			-1,6
Курганская область							3788,6	3830,8			1,1
Свердловская область							8068,3	4184,8			-48,1
Тюменская область без автономного округа							4585,3	2392,2			-47,8
Ханты-Мансийский АО							4746,7	2566,8			-45,9
Ямало-Ненецкий АО							4920,7	5101,8			3,7
Челябинская область							3168,3	2525,2			-20,3
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР						4078,8	3794,6	3596,5		-7,0	-5,2

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	132 087	131 506	135 953	109 210	127 847	136 417	137 057	133 721
Северо-Западный федеральный округ	15 182	15 026	15 330	11 618	13 641	13 945	13 228	14 010
Республика Карелия	524	520	608	489	531	605	537	446
Республика Коми	823	896	887	700	689	783	959	942
Архангельская область без автономного округа	1947	2102	1932	1364	1435	1547	1540	1432
Ненецкий автономный округ	92	122	90	70	83	86	114	125
Вологодская область	958	824	1004	835	1061	1076	984	817
Калининградская область	488	690	776	678	536	309	303	467
Ленинградская область	2287	2208	2376	1682	2027	1928	1780	2486
Мурманская область	817	786	693	710	802	881	714	695
Новгородская область	390	378	347	234	208	280	266	310
Псковская область	314	378	349	288	294	272	283	344
г. Санкт-Петербург	6542	6122	6268	4568	5975	6178	5748	5946
Южный федеральный округ	12 281	12 840	13 864	11 548	13 917	16 165	16 260	16 374
Республика Адыгея	168	179	222	121	69	144	265	278
Республика Калмыкия	141	165	174	98	211	186	218	216
Республика Крым	1679	1673	1810	1548	1799	1801	1655	1946
Краснодарский край	4222	4388	5075	4213	4988	5549	5401	5274
Астраханская область	979	907	846	747	931	1055	1104	1299
Волгоградская область	2803	2734	2295	2206	2635	3270	3435	3170
Ростовская область	2142	2643	3272	2447	3111	3946	3973	4063
г. Севастополь	147	151	170	168	173	214	209	128
Северо-Кавказский федеральный округ	4759	4620	4144	3591	4470	5264	5153	5743
Республика Дагестан	2022	2016	1863	1579	1963	2705	2909	3148
Республика Ингушетия	181	194	255	167	171	255	248	318
Кабардино-Балкарская Республика	212	147	145	182	170	166	180	246

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	183	188	148	114	178	164	173	168
Республика Северная Осетия-Алания	234	248	211	136	176	178	163	183
Чеченская Республика	245	293	271	427	675	588	324	312
Ставропольский край	1682	1534	1251	986	1137	1208	1156	1368
Приволжский федеральный округ	22 371	21 326	21 338	16 559	19 221	20 203	21 388	20 570
Республика Башкортостан	2113	1774	1853	1666	1817	1902	2236	2256
Республика Марий Эл	296	437	359	263	340	351	356	364
Республика Мордовия	841	987	907	779	705	821	943	866
Республика Татарстан	2515	1973	2036	1622	2159	2133	1990	1622
Удмуртская Республика	1066	1106	1123	970	1541	1574	1922	1893
Чувашская Республика	1218	1305	1288	939	932	923	681	660
Пермский край	3692	3484	3018	1680	2235	2660	2569	2021
Кировская область	1156	1267	1275	1154	1207	769	917	1035
Нижегородская область	1671	1594	1682	1335	1514	1774	1975	2158
Оренбургская область	2080	1789	1898	1189	1548	1619	1640	1865
Пензенская область	885	828	836	715	770	831	753	753
Самарская область	2146	2272	2637	2447	2518	2823	3016	2948
Саратовская область	2170	1972	1872	1357	1494	1741	1943	1716
Ульяновская область	522	538	554	443	441	282	447	413
Уральский федеральный округ								18 330,00
Курганская область							948,00	918,00
Свердловская область							8944,00	8443,00
Тюменская область без автономного округа							1913,00	2292,00
Ханты-Мансийский АО							1761,00	1662,00
Ямало-Ненецкий АО							1060,00	1209,00
Челябинская область							4865,00	3806,00
ДНР						931	939	850
Херсонская область						3	6	47
Запорожская область						243	448	857
ЛНР						545	794	660

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ
ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 чел.)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	514,3	508,1	524,1	421,5	494,5	531,2	541,0	532,3	6,8	1,9	–1,6
Северо-Западный федеральный округ	684,0	667,8	676,2	510,5	598,3	652,2	623,8	664,2	2,2	–4,4	6,5
Республика Карелия	485,1	482,9	569,5	463,7	509,3	708,2	639,4	536,4	14,6	–9,7	–16,1
Республика Коми	508,1	559,7	564,0	452,7	453,2	607,5	761,2	756,6	14,8	25,3	–0,6
Архангельская область без автономного округа	986,6	1076,0	1004,6	722,6	775,5	947,4	968,3	913,0	8,9	2,2	–5,7
Ненецкий автономный округ	896,2	1190,1	881,5	684,8	815,7	982,2	1311,8	1441,1	4,2	33,6	9,9
Вологодская область	445,1	383,0	469,7	394,4	506,8	523,1	490,4	412,8	2,0	–6,2	–15,8
Калининградская область	296,2	412,1	458,3	397,6	312,3	179,0	178,2	277,5	–42,6	–0,4	55,7
Ленинградская область	884,6	829,8	872,6	609,3	723,1	724,6	664,0	927,5	–5,7	–8,4	39,7
Мурманская область	615,4	592,6	527,4	548,8	631,1	739,8	613,3	604,2	11,0	–17,1	–1,5
Новгородская область	384,7	373,9	345,8	235,5	212,0	290,0	283,0	334,6	35,7	–2,4	18,2
Псковская область	315,1	380,8	354,1	294,6	303,6	297,6	317,0	390,1	–7,0	6,5	23,1
г. Санкт-Петербург	850,0	770,1	769,2	549,1	706,9	772,1	714,4	737,8	2,7	–7,5	3,3
Южный федеральный округ	438,5	454,7	489,7	407,6	491,3	565,7	578,7	588,2	16,2	2,3	1,7
Республика Адыгея	202,0	212,7	259,7	140,0	78,9	155,4	287,7	303,1	106,7	85,2	5,3
Республика Калмыкия	244,9	290,7	311,9	178,6	391,5	342,8	418,0	422,6	–11,0	21,9	1,1
Республика Крым	516,0	507,5	545,3	466,2	543,9	530,6	498,9	594,3	0,4	–6,0	19,1
Краснодарский край	428,9	439,0	503,2	416,0	490,3	530,2	521,2	511,7	11,0	–1,7	–1,8
Астраханская область	498,1	460,7	431,5	383,3	480,1	551,2	589,4	702,2	13,7	6,9	19,1
Волгоградская область	683,3	668,5	565,9	551,1	668,5	859,9	932,2	875,2	25,1	8,4	–6,1
Ростовская область	317,6	390,9	485,1	364,3	465,6	593,4	607,2	626,5	27,2	2,3	3,2
г. Севастополь	213,1	211,1	232,3	210,4	199,1	243,1	238,7	147,3	22,4	–1,8	–38,3
Северо-Кавказский федеральный округ	211,2	204,8	183,9	159,8	199,8	231,4	229,7	258,1	18,0	–0,7	12,4
Республика Дагестан	269,1	268,6	249,0	211,9	264,8	354,5	386,4	421,5	38,2	9,0	9,1
Республика Ингушетия	135,5	145,3	190,7	124,7	127,7	187,5	184,9	238,9	49,0	–1,4	29,2

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	119,7	82,7	81,6	102,6	95,8	88,4	97,3	134,0	-2,4	10,0	37,8
Карачаево-Черкесская Республика	200,6	207,9	165,6	129,1	204,5	176,4	191,4	188,7	-7,1	8,5	-1,4
Республика Северная Осетия-Алания	167,5	177,3	151,0	97,6	126,9	138,9	129,6	146,9	1,4	-6,7	13,3
Чеченская Республика	52,9	63,0	58,2	91,6	145,0	126,2	69,9	67,6	-12,9	-44,6	-3,3
Ставропольский край	338,3	307,5	250,9	198,6	230,4	241,0	234,9	280,9	6,6	-2,5	19,6
Приволжский федеральный округ	432,4	411,1	412,2	321,5	375,3	403,6	435,4	423,3	5,5	7,9	-2,8
Республика Башкортостан	270,1	226,2	236,8	214,0	234,5	247,8	297,7	304,0	5,0	20,1	2,1
Республика Марий Эл	231,9	341,6	281,6	207,2	269,3	281,6	292,0	302,3	3,6	3,7	3,5
Республика Мордовия	725,3	860,8	803,6	701,9	647,3	773,8	917,4	856,9	17,6	18,6	-6,6
Республика Татарстан	354,9	274,9	281,1	222,6	294,6	290,0	272,4	223,1	-1,5	-6,1	-18,1
Удмуртская Республика	362,0	376,0	384,7	335,4	537,0	564,9	704,0	701,7	2,6	24,6	-0,3
Чувашская Республика	545,0	583,3	579,0	425,4	425,4	425,1	320,3	313,8	-0,5	-24,7	-2,0
Пермский край	733,8	691,6	601,5	337,2	451,8	552,7	544,3	433,0	19,5	-1,5	-20,4
Кировская область	526,8	576,8	583,6	533,4	564,5	415,2	506,2	578,6	-35,9	21,9	14,3
Нижегородская область	324,0	307,2	324,1	258,0	294,4	348,3	395,1	436,5	17,6	13,5	10,5
Оренбургская область	551,4	475,6	507,3	319,8	419,7	478,7	495,1	569,6	5,1	3,4	15,0
Пензенская область	440,4	413,7	422,1	365,8	399,8	446,2	415,0	421,1	8,8	-7,0	1,5
Самарская область	411,6	432,9	501,6	466,6	482,1	544,5	591,3	583,7	12,3	8,6	-1,3
Саратовская область	557,4	508,6	487,5	357,9	399,8	473,5	543,7	487,5	17,4	14,8	-10,3
Ульяновская область	269,6	276,9	285,6	229,3	229,3	148,6	239,5	223,4	-35,8	61,2	-6,7
Уральский федеральный округ							828,9	784,7			-5,3
Курганская область							682,7	672,4			-1,5
Свердловская область							2301,6	1086,3			-52,8
Тюменская область без автономного округа							1171,3	701,7			-40,1
Ханты-Мансийский АО							954,2	450,3			-52,8
Ямало-Ненецкий АО							948,2	1082,5			14,2
Челябинская область							783,6	619,0			-21,0
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР						314,8	458,6	381,2		45,7	-16,9

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	189 942	198 363	206 739	207 860	212 310	219 377	231 863	244 757
Северо-Западный федеральный округ	18 782	19 997	21 342	22 200	23 147	23 739	25 168	26 780
Республика Карелия	768	875	909	967	1090	1061	1236	1334
Республика Коми	1386	1502	1663	1364	1319	1356	1477	1557
Архангельская область без автоном- ного округа	1141	1424	1591	1550	1634	1865	1928	2142
Ненецкий автономный округ	157	206	233	203	173	185	137	135
Вологодская область	2476	2109	2215	2478	2483	2353	2206	2306
Калининградская область	1372	1383	1305	1543	1559	1234	1667	1613
Ленинградская область	2278	2387	2368	2538	2647	2808	2844	3309
Мурманская область	950	1156	1279	1333	1539	1541	1692	1791
Новгородская область	1046	1077	1089	1270	1361	1218	1281	1141
Псковская область	1203	1256	1166	1044	806	859	896	973
г. Санкт-Петербург	6005	6622	7524	7910	8536	9259	9804	10 479
Южный федераль- ный округ	19 708	21 072	22 795	23 492	24 186	25 176	26 720	28 491
Республика Адыгея	390	395	479	555	550	590	634	634
Республика Калмыкия	502	607	637	661	678	679	701	731
Республика Крым	1957	1890	1955	2034	2369	2650	2819	2935
Краснодарский край	8755	9466	10 509	10 639	10 294	10 716	11 592	12 759
Астраханская область	2117	2320	2607	2810	2922	3018	2946	3027
Волгоградская область	2659	2891	2783	2845	3261	3192	3441	3442
Ростовская область	3088	3255	3553	3625	3823	4017	4264	4676
г. Севастополь	240	248	272	323	289	314	323	287
Северо-Кавказский федеральный округ	9773	10 164	10 091	10 193	10 560	10 743	10 888	11 159
Республика Дагестан	5675	5730	5591	5427	5432	5285	5315	5149
Республика Ингушетия	164	191	203	234	302	372	386	349

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкарская Республика	469	467	411	403	395	417	449	485
Карачаево-Черкесская Республика	328	357	383	401	419	382	419	412
Республика Северная Осетия-Алания	301	308	324	339	361	389	384	412
Чеченская Республика	332	493	490	565	615	723	717	762
Ставропольский край	2504	2618	2689	2824	3036	3175	3218	3590
Приволжский федеральный округ	41 135	42 555	44 009	43 682	44 478	45 918	48 243	50 233
Республика Башкортостан	5974	6124	6480	5583	5772	5793	6033	6351
Республика Марий Эл	1245	1206	1286	1230	1146	1136	1118	1092
Республика Мордовия	765	959	992	958	1151	1161	1302	1380
Республика Татарстан	3122	3272	3430	3714	4003	4042	4731	4664
Удмуртская Республика	2004	1906	1930	1895	2077	2264	2360	2537
Чувашская Республика	1530	1590	1641	1599	1604	1763	1987	2123
Пермский край	6668	6835	6273	6537	6458	7042	6606	6402
Кировская область	2636	2638	2684	2653	2716	2526	2482	2633
Нижегородская область	3519	3739	4107	4069	4106	4344	4474	4695
Оренбургская область	3214	3203	3225	3304	3241	3323	3499	3776
Пензенская область	1212	1247	1329	1254	1306	1321	1516	1573
Самарская область	3716	4045	4640	5024	5163	5900	6351	6504
Саратовская область	3438	3682	3758	3696	3592	3452	3502	4214
Ульяновская область	2092	2109	2234	2166	2143	1851	2282	2289
Уральский федеральный округ								
Курганская область							1895,00	1890,00
Свердловская область							8598,00	8879,00
Тюменская область без автономного округа							3234,00	3501,00
Ханты-Мансийский АО							2242,00	2330,00
Ямало-Ненецкий АО							1 748,00	1 747,00
Челябинская область							6160,00	5754,00
ДНР						2167	2588	2768
Херсонская область						381	385	455
Запорожская область						558	270	455
ЛНР						1923	1878	1839

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	4639,3	4702,8	4749,1	4655,8	4715,6	4806,4	4897,7	5061,0	3,2	1,9	3,3
Северо-Западный федеральный округ	5407,0	5493,3	5635,0	5730,2	5957,7	6181,3	6440,3	6763,0	2,7	4,2	5,0
Республика Карелия	4300,7	4659,0	4658,0	4869,0	5523,0	6291,9	7187,3	7608,1	-2,2	14,2	5,9
Республика Коми	5291,2	5507,0	5889,9	4768,8	4663,1	5536,2	5908,8	6130,6	3,6	6,7	3,8
Архангельская область без автоном- ного округа	3571,5	4241,1	4547,0	4341,7	4585,8	5757,9	5885,3	6496,0	14,6	2,2	10,4
Ненецкий автономный округ	9062,0	11 711,2	13 145,3	11 439,8	9854,7	11 134,5	8 113,7	7 931,8	8,3	-27,1	-2,2
Вологодская область	7456,7	6046,6	6114,1	6698,8	6684,4	6279,4	5668,4	5793,2	-5,3	-9,7	2,2
Калининградская область	5174,5	5010,8	4532,3	5166,4	5084,5	3885,1	5022,8	4741,7	-22,0	29,3	-5,6
Ленинградская область	5139,1	5099,5	4784,4	4939,9	5080,7	5646,2	5604,5	6441,4	5,6	-0,7	14,9
Мурманская область	4343,7	5064,8	5438,2	5616,5	6535,2	7228,0	7545,0	7743,2	0,4	4,4	2,6
Новгородская область	6623,8	6455,9	6224,3	7087,8	7511,7	6573,7	6638,0	5784,5	-11,2	1,0	-12,9
Псковская область	7325,3	7273,8	6478,1	5692,8	4417,0	4936,8	5012,6	5357,3	7,3	1,5	6,9
г. Санкт-Петербург	5385,7	5680,6	6233,8	6417,5	6923,6	6992,0	7444,4	7928,8	9,0	6,5	6,5
Южный федеральный округ	4370,1	4538,8	4749,8	4733,6	4779,9	4859,8	4920,2	5116,1	3,4	1,2	4,0
Республика Адыгея	2873,2	2809,9	3256,0	3614,9	3485,9	3541,2	3558,9	3446,8	6,3	0,5	-3,2
Республика Калмыкия	5642,0	6632,8	6639,9	6596,1	6598,5	6651,0	6424,4	6463,3	-0,4	-3,4	0,6
Республика Крым	4132,2	3901,0	3859,3	3840,3	4290,3	4372,1	4333,5	4329,8	9,1	-0,9	-0,1
Краснодарский край	5479,9	5727,4	6146,8	6033,4	5762,2	5773,9	6050,2	6520,2	3,8	4,8	7,8
Астраханская область	7317,8	7675,5	8264,3	8675,2	8963,1	9261,5	8551,9	8475,0	3,1	-7,7	-0,9
Волгоградская область	3851,4	4098,6	3863,6	3859,0	4353,1	4521,7	4484,7	4337,7	-2,8	-0,8	-3,3
Ростовская область	2728,8	2809,2	2987,4	2967,6	3095,1	3209,1	3309,0	3577,7	4,7	3,1	8,1
г. Севастополь	2343,6	2317,1	2371,1	2422,3	1920,3	1889,9	1829,0	1599,1	5,5	-3,2	-12,6
Северо-Кавказский федеральный округ	2532,2	2632,4	2562,6	2504,9	2559,5	2530,1	2483,2	2509,0	1,6	-1,9	1,0
Республика Дагестан	4195,9	4297,2	4169,1	3942,4	3911,9	3758,4	3688,9	3530,9	-2,5	-1,9	-4,3
Республика Ингушетия	700,0	817,1	852,5	957,1	1221,4	1326,7	1354,6	1216,7	22,8	2,1	-10,2

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	1575,4	1606,0	1414,9	1351,1	1301,1	1282,6	1299,5	1367,0	5,0	1,3	5,2
Карачаево-Черкесская Республика	2075,9	2250,0	2361,0	2359,8	2392,9	2174,6	2245,7	2153,0	-9,8	3,3	-4,1
Республика Северная Осетия-Алания	1255,1	1287,4	1350,6	1397,0	1488,0	1615,8	1530,1	1621,3	8,1	-5,3	6,0
Чеченская Республика	451,4	652,4	615,3	674,1	718,4	838,2	801,6	834,7	17,1	-4,4	4,1
Ставропольский край	2975,2	3081,6	3092,2	3140,7	3327,1	3323,4	3278,9	3628,9	4,4	-1,3	10,7
Приволжский федеральный округ	4993,0	5032,4	5066,5	4947,2	5038,1	5209,2	5272,9	5358,4	3,3	1,2	1,6
Республика Башкортостан	4770,5	4779,3	4961,9	4245,5	4394,3	4244,1	4216,5	4312,6	0,2	-0,6	2,3
Республика Марий Эл	6460,3	6053,6	6230,9	5814,9	5363,8	5203,3	4898,2	4665,5	-1,3	-5,9	-4,8
Республика Мордовия	3735,9	4652,1	4704,2	4423,5	5280,5	5280,9	5806,3	6048,9	1,1	9,9	4,2
Республика Татарстан	2792,1	2876,5	2963,3	3175,1	3434,3	3467,0	3920,1	3781,7	1,3	13,1	-3,5
Удмуртская Республика	4298,4	3965,4	3906,4	3790,0	4172,8	4643,8	4698,4	4946,6	9,2	1,2	5,3
Чувашская Республика	4389,8	4461,5	4468,7	4262,8	4262,5	4724,8	5047,3	5234,6	9,7	6,8	3,7
Пермский край	8364,7	8235,2	7338,4	7585,8	7595,2	8384,4	7544,5	7114,0	10,0	-10,0	-5,7
Кировская область	7800,5	7587,8	7487,7	7243,3	7340,7	7461,1	6965,3	7176,1	-7,7	-6,6	3,0
Нижегородская область	4305,6	4451,0	4730,7	4567,2	4575,8	4799,9	4775,5	4900,0	5,8	-0,5	2,6
Оренбургская область	5465,8	5277,3	5174,4	5241,0	5175,2	5528,2	5648,7	5968,5	2,7	2,2	5,7
Пензенская область	3651,9	3709,9	3860,1	3547,8	3654,5	3670,6	4119,5	4178,5	0,9	12,2	1,4
Самарская область	4624,3	4822,4	5272,7	5538,0	5663,7	6424,6	6710,5	6718,9	14,2	4,4	0,1
Саратовская область	5170,2	5479,2	5494,0	5296,4	5129,5	4964,7	4866,2	5736,5	-3,7	-2,0	17,9
Ульяновская область	6639,0	6521,3	6744,5	6488,3	6485,7	5660,0	6698,2	6515,6	-13,2	18,3	-2,7
Уральский федеральный округ							5613,3	5510,7			-1,8
Курганская область							6951,3	6681,3			-3,9
Свердловская область							12 168,8	6283,3			-48,4
Тюменская область без автономного округа							10 821,3	5857,4			-45,9
Ханты-Мансийский АО							6553,6	3405,4			-48,0
Ямало-Ненецкий АО							8503,6	8376,5			-1,5
Челябинская область							5345,9	4847,3			-9,3
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР						4896,0	4781,1	4681,8		-2,3	-2,1

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	19 800	21 731	22 292	19 889	23 407	26 335	27 549	28 278
Северо-Западный федеральный округ	2179	2395	2797	2514	3107	3360	3613	4123
Республика Карелия	86	141	163	183	155	205	225	168
Республика Коми	138	204	201	149	131	136	175	244
Архангельская область без автоном- ного округа	196	293	287	225	320	391	419	396
Ненецкий автоном- ный округ	25	69	37	24	29	32	18	17
Вологодская область	181	138	265	194	248	202	185	259
Калининградская область	185	116	144	143	139	96	116	132
Ленинградская область	425	362	388	363	419	339	413	638
Мурманская область	92	159	129	134	159	205	178	228
Новгородская область	64	66	68	62	62	80	85	90
Псковская область	88	89	52	76	70	57	68	76
г. Санкт-Петербург	699	758	1063	961	1375	1617	1731	1875
Южный федеральный округ	1769	2171	2296	1888	2247	2698	2785	2943
Республика Адыгея	50	53	98	50	60	80	74	72
Республика Калмыкия	40	85	35	23	23	22	20	18
Республика Крым	267	276	304	297	223	399	350	335
Краснодарский край	709	802	961	781	925	1124	1199	1430
Астраханская область	153	164	153	124	154	150	140	158
Волгоградская область	210	371	354	272	418	490	463	417
Ростовская область	328	407	365	312	414	407	514	499
г. Севастополь	12	13	26	29	30	26	25	14
Северо-Кавказский федеральный округ	1029	970	975	780	940	899	944	1076
Республика Дагестан	643	528	529	357	565	489	521	523
Республика Ингушетия	18	23	32	37	47	42	48	63

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	37	49	41	56	47	28	60	46
Карачаево-Черкесская Республика	21	18	20	12	18	11	20	31
Республика Северная Осетия-Алания	32	24	16	15	22	20	27	31
Чеченская Республика	47	99	67	75	66	90	74	39
Ставропольский край	231	229	270	228	175	219	194	343
Приволжский федеральный округ	3728	4007	3956	3612	4238	4768	5108	5079
Республика Башкор- тостан	449	387	458	371	460	446	492	602
Республика Марий Эл	58	77	87	61	97	107	87	114
Республика Мордовия	180	243	243	218	238	265	289	239
Республика Татарстан	287	306	403	390	509	513	609	384
Удмуртская Республика	112	129	142	136	191	286	249	338
Чувашская Республика	189	228	279	215	240	240	194	204
Пермский край	834	867	566	501	630	729	699	662
Кировская область	110	171	168	172	171	134	169	159
Нижегородская область	220	296	297	314	298	363	486	419
Оренбургская область	273	292	258	198	236	289	361	407
Пензенская область	124	121	118	106	126	107	120	110
Самарская область	351	441	590	610	558	806	794	713
Саратовская область	417	343	231	210	349	381	423	584
Ульяновская область	124	106	116	110	135	102	136	144
Уральский федеральный округ							3414,00	3668,00
Курганская область							214,00	166,00
Свердловская область							1382,00	1449,00
Тюменская область без автономного округа							438,00	554,00
Ханты-Мансийский АО							424,00	430,00
Ямало-Ненецкий АО							175,00	292,00
Челябинская область							781,00	777,00
ДНР						121	112	112
Херсонская область						0	1	17
Запорожская область						110	71	165
ЛНР						100	196	144

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВСЕМИ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	483,6	515,2	512,1	445,5	519,9	577,0	581,9	584,7	12,3	0,9	0,5
Северо-Западный федеральный округ	627,3	657,9	738,5	648,9	799,7	874,9	924,5	1041,2	8,3	5,7	12,6
Республика Карелия	481,6	750,8	835,3	921,4	785,4	1215,7	1308,4	958,1	32,8	7,6	–26,8
Республика Коми	526,8	748,0	711,9	520,9	463,1	555,2	700,1	960,7	4,6	26,1	37,2
Архангельская область без автоном- ного округа	613,5	872,6	820,2	630,2	898,1	1207,1	1279,0	1200,9	22,7	6,0	–6,1
Ненецкий автоном- ный округ	1443,0	3922,7	2087,4	1352,5	1652,0	1926,0	1066,0	998,8	11,7	–44,6	–6,3
Вологодская область	545,1	395,7	731,5	524,4	667,6	539,1	475,4	650,7	–18,6	–11,8	36,9
Калининградская область	697,7	420,3	500,1	478,8	453,3	302,2	349,5	388,0	–32,0	15,6	11,0
Ленинградская область	958,8	773,4	783,9	706,5	804,2	681,6	813,9	1241,9	–19,5	19,4	52,6
Мурманская область	420,6	696,6	548,5	564,6	675,2	961,5	793,7	985,7	29,3	–17,5	24,2
Новгородская область	405,3	395,6	388,7	346,0	342,2	431,8	440,5	456,3	28,0	2,0	3,6
Псковская область	535,9	515,4	288,9	414,4	383,6	327,6	380,4	418,5	–18,0	16,1	10,0
г. Санкт-Петербург	626,9	650,2	880,7	779,7	1115,3	1221,1	1314,4	1418,7	18,2	7,6	7,9
Южный федеральный округ	392,3	467,6	478,4	380,4	444,1	520,8	512,8	528,5	19,2	–1,5	3,1
Республика Адыгея	368,4	377,0	666,1	325,7	380,3	480,2	415,4	391,4	32,2	–13,5	–5,8
Республика Калмыкия	449,6	928,8	364,8	229,5	223,8	215,5	183,3	159,2	–4,9	–14,9	–13,2
Республика Крым	563,8	569,7	600,1	560,7	403,9	658,3	538,0	494,2	74,5	–18,3	–8,1
Краснодарский край	443,8	485,3	562,1	442,9	517,8	605,6	625,8	730,8	21,2	3,3	16,8
Астраханская область	528,9	542,6	485,0	382,8	472,4	460,3	406,4	442,4	–2,7	–11,7	8,8
Волгоградская область	304,2	526,0	491,5	368,9	558,0	694,1	603,4	525,5	16,4	–13,1	–12,9
Ростовская область	289,8	351,3	306,9	255,4	335,2	325,1	398,9	381,8	–2,0	22,7	–4,3
г. Севастополь	117,2	121,5	226,6	217,5	199,3	156,5	141,6	78,0	–15,8	–9,5	–44,9
Северо-Кавказский федеральный округ	266,6	251,2	247,6	191,7	227,8	211,7	215,3	241,9	–4,5	1,7	12,4
Республика Дагестан	475,4	396,0	394,5	259,3	406,9	347,8	361,6	358,6	–13,3	4,0	–0,8
Республика Ингушетия	76,8	98,4	134,4	151,3	190,1	149,8	168,4	219,6	–10,9	12,5	30,4

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	124,3	168,5	141,1	187,7	154,8	86,1	173,7	129,7	-40,7	101,6	-25,3
Карачаево-Черкесская Республика	132,9	113,4	123,3	70,6	102,8	62,6	107,2	162,0	-39,5	71,2	51,1
Республика Северная Осетия-Алания	133,4	100,3	66,7	61,8	90,7	83,1	107,6	122,0	-8,8	29,5	13,4
Чеченская Республика	63,9	131,0	84,1	89,5	77,1	104,3	82,7	42,7	35,9	-20,7	-48,4
Ставропольский край	274,5	269,5	310,5	253,6	191,8	229,2	197,7	346,7	24,9	-13,8	75,4
Приволжский федеральный округ	452,5	473,9	455,4	409,1	480,0	540,9	558,3	541,8	12,6	3,2	-3,0
Республика Башкортостан	358,5	302,0	350,7	282,1	350,2	326,7	343,9	408,8	-3,2	5,2	18,9
Республика Марий Эл	301,0	386,5	421,5	288,4	454,0	490,1	381,2	487,1	9,8	-22,2	27,8
Республика Мордовия	879,0	1178,8	1152,3	1006,6	1091,9	1205,4	1288,8	1047,6	11,6	6,9	-18,7
Республика Татарстан	256,7	269,0	348,2	333,4	436,7	440,0	504,6	311,4	1,1	14,7	-38,3
Удмуртская Республика	240,2	268,4	287,4	272,0	383,7	586,6	495,7	659,0	50,1	-15,5	32,9
Чувашская Республика	542,3	639,8	759,8	573,2	637,8	643,2	492,8	503,0	-0,2	-23,4	2,1
Пермский край	1046,2	1044,6	662,1	581,4	740,9	868,0	798,3	735,6	16,7	-8,0	-7,9
Кировская область	325,5	491,9	468,7	469,6	462,2	395,8	474,3	433,3	-22,2	19,8	-8,6
Нижегородская область	269,2	352,4	342,1	352,4	332,1	401,1	518,7	437,3	21,8	29,3	-15,7
Оренбургская область	464,3	481,1	414,0	314,1	376,8	480,8	582,8	643,3	22,7	21,2	10,4
Пензенская область	373,6	360,0	342,7	299,9	352,6	297,3	326,1	292,2	-15,3	9,7	-10,4
Самарская область	436,8	525,8	670,5	672,4	612,1	877,7	838,9	736,6	44,4	-4,4	-12,2
Саратовская область	627,1	510,4	337,7	300,9	498,4	548,0	587,8	795,0	9,3	7,3	35,3
Ульяновская область	393,5	327,8	350,2	329,5	408,6	311,9	399,2	409,9	-24,1	28,0	2,7
Уральский федеральный округ							802,6	838,7			4,5
Курганская область							785,0	586,8			-25,2
Свердловская область							1956,0	1025,4			-47,6
Тюменская область без автономного округа							1465,6	926,9			-36,8
Ханты-Мансийский АО							1239,4	628,5			-49,3
Ямало-Ненецкий АО							851,3	1400,1			64,5
Челябинская область							677,8	654,6			-3,4
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР						254,6	499,0	366,6		96,0	-26,5

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1 097 909	1 089 542	1 090 557	1 076 679	1 073 578	1 075 058	1 075 365	1 070 200
Северо-Западный федеральный округ	120 234	121 595	123 718	122 179	120 806	119 871	122 350	122 879
Республика Карелия	6419	6154	6199	5955	5710	5424	5762	5665
Республика Коми	6025	6005	5955	5504	5517	5695	5981	6071
Архангельская область без автоном- ного округа	8112	8342	8345	8325	8286	8508	8368	8900
Ненецкий автономный округ	274	247	251	246	236	250	254	260
Вологодская область	8683	8536	8785	8868	8844	8207	8640	7439
Калининградская область	6391	6807	6947	7528	7301	7790	8675	8453
Ленинградская область	15 466	16 074	15 510	14 589	14 097	13 857	14 177	13 995
Мурманская область	4772	4780	4702	4556	4427	4279	4028	4168
Новгородская область	5254	4984	4891	4663	4598	4632	4474	4462
Псковская область	5279	5225	5157	5065	4957	4672	4787	4681
г. Санкт-Петербург	53 559	54 441	56 976	56 880	56 833	56 557	57 204	58 785
Южный федеральный округ	108 648	106 899	107 302	106 008	107 059	107 798	107 256	106 827
Республика Адыгея	2773	2431	2481	2482	2502	3045	2784	2851
Республика Калмыкия	2020	1947	1973	1862	1857	1838	1875	1953
Республика Крым	15 916	14 687	15 006	14 671	15 108	15 271	14 019	13 692
Краснодарский край	32 515	31 985	31 848	30 800	30 328	30 736	30 680	31 060
Астраханская область	7354	7215	7056	6869	6708	6629	6443	6171
Волгоградская область	19 973	20 727	20 418	20 736	21 682	21 842	22 621	22 249
Ростовская область	25 423	25 232	25 945	26 110	26 509	26 025	26 496	26 619
г. Севастополь	2674	2675	2575	2478	2365	2412	2338	2232
Северо-Кавказский федеральный округ	47 605	48 945	49 475	49 770	50 541	51 676	52 248	53 261
Республика Дагестан	13 837	15 010	14 363	14 424	14 389	14 721	14 294	14 895
Республика Ингушетия	2273	2377	2481	2560	2621	2738	3043	3246
Кабардино-Балкар- ская Республика	4488	4581	4710	4783	4876	4945	5110	5108

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	2742	2763	2745	2768	2808	2819	2874	2824
Республика Северная Осетия-Алания	3567	3517	3723	3871	4071	4430	4342	4363
Чеченская Республика	4043	4153	4552	4726	5238	5379	5787	6043
Ставропольский край	16 655	16 544	16 901	16 638	16 538	16 644	16 798	16 782
Приволжский федеральный округ	219 557	217 809	219 909	218 772	214 968	214 059	210 543	209 629
Республика Башкортостан	30 736	30 376	29 831	29 542	29 426	30 085	29 908	29 770
Республика Марий Эл	5832	5736	5521	5287	5026	4907	4838	4816
Республика Мордовия	5008	4740	4677	4652	4576	4435	4513	4590
Республика Татарстан	26 280	26 563	27 133	27 577	27 789	27 216	27 480	28 299
Удмуртская Республика	10 572	10 597	10 717	11 976	10 646	11 328	10 805	10 892
Чувашская Республика	9581	9501	9291	8917	8717	8644	8638	8609
Пермский край	19 141	18 737	19 194	18 770	19 090	19 990	18 657	18 573
Кировская область	8195	8217	8004	7767	7761	7087	7085	7370
Нижегородская область	23 742	23 325	27 134	24 189	23 904	23 360	23 212	22 466
Оренбургская область	18 069	17 783	17 214	17 069	16 486	15 818	15 233	14 472
Пензенская область	11 408	11 177	10 627	10 365	10 269	9825	9669	9388
Самарская область	20 698	20 829	20 538	22 679	21 158	21 650	22 211	21 880
Саратовская область	19 638	19 700	19 478	19 357	19 509	19 257	18 948	19 099
Ульяновская область	10 657	10 528	10 550	10 625	10 611	10 457	9346	9405
Уральский федеральный округ							91 859	86 897
Курганская область							7425	7331
Свердловская область							36 346	33 412
Тюменская область без автономного округа							9045	9327
Ханты-Мансийский АО							8231	8645
Ямало-Ненецкий АО							2896	2849
Челябинская область							27 916	25 333
ДНР						21 720	22 909	23 092
Херсонская область						774	2570	2476
Запорожская область						6724	5367	5675
ЛНР						15 661	15 609	13 372

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	743,4	737,1	737,4	728,9	729,2	732,8	735,0	732,3	0,5	0,3	-0,4
Северо-Западный федеральный округ	863,9	871,6	885,8	875,4	867,6	863,1	883,1	887,8	-0,5	2,3	0,5
Республика Карелия	1109,0	1088,0	1116,8	1090,5	1063,5	1023,1	1095,7	1081,4	-3,8	7,1	-1,3
Республика Коми	749,7	762,6	772,1	727,2	743,1	779,7	826,7	842,5	4,9	6,0	1,9
Архангельская область без автономного округа	766,2	802,5	816,6	828,5	841,1	877,6	871,6	931,1	4,3	-0,7	6,8
Ненецкий автономный округ	649,7	590,4	603,2	591,6	568,8	603,8	607,6	615,8	6,2	0,6	1,3
Вологодская область	736,1	728,6	755,2	767,9	772,9	724,0	768,0	663,4	-6,3	6,1	-13,6
Калининградская область	644,1	680,4	687,9	739,1	711,4	755,1	839,7	817,6	6,1	11,2	-2,6
Ленинградская область	833,0	849,4	802,7	742,8	707,8	687,7	698,5	687,5	-2,8	1,6	-1,6
Мурманская область	663,3	673,9	673,5	664,7	658,9	646,4	612,6	634,9	-1,9	-5,2	3,7
Новгородская область	865,8	830,2	822,1	789,6	786,1	800,3	779,9	780,8	1,8	-2,6	0,1
Псковская область	838,9	840,5	838,6	832,0	824,8	788,7	819,0	805,5	-4,4	3,8	-1,7
г. Санкт-Петербург	982,7	986,1	1024,1	1018,5	1015,2	1009,2	1021,7	1050,2	-0,6	1,2	2,8
Южный федеральный округ	653,8	641,3	641,7	633,1	640,0	646,3	644,8	642,6	1,0	-0,2	-0,3
Республика Адыгея	588,5	512,2	514,6	507,6	506,1	611,3	557,6	569,5	20,8	-8,8	2,1
Республика Калмыкия	732,7	712,9	728,2	690,9	693,8	692,4	705,9	732,1	-0,2	1,9	3,7
Республика Крым	826,3	760,5	775,2	758,1	782,2	793,7	732,8	717,0	1,5	-7,7	-2,1
Краснодарский край	573,1	558,7	551,6	530,6	520,8	527,6	526,6	532,5	1,3	-0,2	1,1
Астраханская область	735,8	725,7	716,0	704,9	696,3	694,7	679,3	652,0	-0,2	-2,2	-4,0
Волгоградская область	782,2	814,9	806,3	822,9	866,2	880,2	918,8	906,7	1,6	4,4	-1,3
Ростовская область	598,3	595,4	613,4	618,3	630,5	622,8	637,1	641,0	-1,2	2,3	0,6
г. Севастополь	570,1	546,4	503,9	470,1	438,3	436,3	417,6	397,6	-0,5	-4,3	-4,8
Северо-Кавказский федеральный округ	480,4	490,8	492,7	492,4	497,8	507,1	510,8	519,6	1,9	0,7	1,7
Республика Дагестан	450,1	484,2	459,3	457,5	453,1	460,3	443,8	460,8	1,6	-3,6	3,8
Республика Ингушетия	476,7	491,0	503,8	511,7	516,3	531,4	581,7	615,7	2,9	9,5	5,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	506,4	514,5	526,4	532,0	540,3	547,1	565,0	564,1	1,3	3,3	-0,2
Карачаево-Черкесская Республика	583,9	588,0	583,9	588,6	597,9	601,4	613,6	603,0	0,6	2,0	-1,7
Республика Северная Осетия-Алания	508,4	503,0	534,6	558,7	591,6	648,5	638,7	642,7	9,6	-1,5	0,6
Чеченская Республика	283,5	287,1	310,3	317,8	347,9	353,0	375,0	389,2	1,5	6,3	3,8
Ставропольский край	579,1	574,0	583,9	572,9	569,6	574,6	581,5	581,5	0,9	1,2	0,0
Приволжский федеральный округ	741,7	738,7	749,0	749,2	741,8	743,9	735,9	734,5	0,3	-1,1	-0,2
Республика Башкортостан	745,9	737,2	724,9	719,8	718,8	736,5	734,7	732,5	2,5	-0,3	-0,3
Республика Марий Эл	849,6	837,7	807,5	775,7	741,2	727,7	720,9	719,0	-1,8	-0,9	-0,3
Республика Мордовия	615,9	586,9	583,8	586,0	582,9	571,2	587,1	599,3	-2,0	2,8	2,1
Республика Татарстан	664,2	668,4	680,2	689,9	694,9	680,3	686,6	706,9	-2,1	0,9	3,0
Удмуртская Республика	707,8	713,3	725,9	816,8	731,7	783,6	751,2	759,3	7,1	-4,1	1,1
Чувашская Республика	782,6	780,7	768,3	742,8	732,9	733,4	738,2	737,7	0,1	0,6	-0,1
Пермский край	733,3	721,5	743,4	732,4	752,2	794,3	745,7	744,3	5,6	-6,1	-0,2
Кировская область	663,2	674,2	666,4	656,7	668,5	619,7	624,8	652,2	-7,3	0,8	4,4
Нижегородская область	737,2	728,7	852,8	765,6	764,5	754,7	755,8	734,1	-1,3	0,2	-2,9
Оренбургская область	931,6	926,1	904,0	903,7	882,8	855,7	830,1	791,4	-3,1	-3,0	-4,7
Пензенская область	858,6	849,6	816,6	805,6	808,6	783,6	778,9	759,5	-3,1	-0,6	-2,5
Самарская область	643,2	648,8	640,5	709,8	666,6	686,5	708,4	699,5	3,0	3,2	-1,3
Саратовская область	781,9	788,4	784,0	784,4	798,1	796,4	791,1	800,7	-0,2	-0,7	1,2
Ульяновская область	857,8	853,2	861,6	875,6	884,7	881,5	794,1	801,9	-0,4	-9,9	1,0
Уральский федеральный округ							749,2	708,7			-5,4
Курганская область							980,5	973,6			-0,7
Свердловская область							1721,5	791,2			-54,0
Тюменская область без автономного округа							1119,8	577,4			-48,4
Ханты-Мансийский АО							935,7	491,4			-47,5
Ямало-Ненецкий АО							563,2	552,2			-2,0
Челябинская область							820,7	746,0			-9,1
ДНР						754,9	775,5	781,7		2,7	0,8
Херсонская область						н/д	751,2	723,8			-3,7
Запорожская область						839,7	962,5	1017,8		14,6	5,7
ЛНР						1029,9	1026,4	879,3		-0,3	-14,3

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	89 247	91 163	92 018	80 849	83 823	87504	85 610	85 048
Северо-Западный федеральный округ	11 595	13 206	13 451	11 240	11 963	11 685	11 383	11 568
Республика Карелия	831	884	882	677	692	573	638	563
Республика Коми	542	500	422	374	469	553	561	548
Архангельская область без автоном- ного округа	1046	1308	1317	937	873	942	927	1264
Ненецкий автономный округ	37	45	29	28	40	34	31	29
Вологодская область	989	738	959	695	710	659	506	552
Калининградская область	437	421	520	620	462	592	530	495
Ленинградская область	1876	2417	1950	1668	1676	1543	1301	1040
Мурманская область	445	554	564	398	455	441	404	353
Новгородская область	232	231	228	167	169	213	216	207
Псковская область	264	241	229	191	206	209	224	246
г. Санкт-Петербург	4896	5867	6351	5485	6211	5926	6045	6271
Южный федеральный округ	7670	7419	8032	6936	7048	7581	7577	8019
Республика Адыгея	143	159	149	145	156	161	250	265
Республика Калмыкия	108	112	115	81	103	100	132	134
Республика Крым	1136	1016	1236	964	938	1066	1030	1048
Краснодарский край	2271	2401	2468	1820	1935	2227	2219	2137
Астраханская область	311	324	360	237	227	238	261	234
Волгоградская об- ласть	1995	1752	1639	1879	1878	2016	2095	2247
Ростовская область	1593	1574	1993	1753	1748	1699	1511	1850
г. Севастополь	113	81	72	57	63	74	79	104
Северо-Кавказский федеральный округ	2457	2667	3131	2488	2586	2766	2820	2917
Республика Дагестан	244	375	355	239	301	358	400	411
Республика Ингушетия	103	106	128	116	102	121	130	278

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	279	236	340	269	274	295	396	350
Карачаево-Черкесская Республика	219	217	230	190	236	257	277	270
Республика Северная Осетия-Алания	279	290	376	326	363	366	372	350
Чеченская Республика	357	447	506	324	577	421	324	281
Ставропольский край	976	996	1196	1024	733	948	921	977
Приволжский федеральный округ	17 797	17 853	18 259	16 764	17 081	17 352	16 689	16 061
Республика Башкортостан	1786	1609	1766	1828	1853	2123	1780	1830
Республика Марий Эл	410	351	315	236	231	244	214	202
Республика Мордовия	261	345	268	283	257	282	326	305
Республика Татарстан	2380	2500	2681	2422	2625	2740	2683	2634
Удмуртская Республика	926	1060	1060	967	994	1099	1073	1131
Чувашская Республика	564	575	510	521	574	527	418	360
Пермский край	1882	1661	1997	1540	1843	1931	1613	1475
Кировская область	508	537	586	513	620	346	435	427
Нижегородская область	1856	2006	2033	1879	1787	1824	1818	1570
Оренбургская область	1587	1502	1221	1222	1006	1078	938	1177
Пензенская область	1163	943	831	746	601	504	498	470
Самарская область	2186	2429	2530	2251	2168	2170	2399	2093
Саратовская область	1646	1747	1862	1723	1939	1803	1804	1669
Ульяновская область	642	588	599	633	583	681	690	718
Уральский федеральный округ							5127	5046
Курганская область							336	301
Свердловская область							2113	2154
Тюменская область без автономного округа							336	521
Ханты-Мансийский АО							798	669
Ямало-Ненецкий АО							251	202
Челябинская область							1293	1199
ДНР						1158	1189	1117
Херсонская область						5	45	110
Запорожская область						358	182	257
ЛНР						962	1059	832

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	60,4	61,7	62,2	54,7	56,9	59,6	58,5	58,2	4,8	-1,9	-0,6
Северо-Западный федеральный округ	83,3	94,7	96,3	80,5	85,9	84,1	82,2	83,6	-2,1	-2,3	1,7
Республика Карелия	143,6	156,3	158,9	124,0	128,9	108,1	121,3	107,5	-16,1	12,2	-11,4
Республика Коми	67,4	63,5	54,7	49,4	63,2	75,7	77,5	76,0	19,8	2,4	-1,9
Архангельская область без автономного округа	98,8	125,8	128,9	93,3	88,6	97,2	96,6	132,2	9,7	-0,6	37,0
Ненецкий автономный округ	87,7	107,6	69,7	67,3	96,4	82,1	74,2	68,7	-14,8	-9,7	-7,4
Вологодская область	83,8	63,0	82,4	60,2	62,0	58,1	45,0	49,2	-6,3	-22,6	9,5
Калининградская область	44,0	42,1	51,5	60,9	45,0	57,4	51,3	47,9	27,5	-10,6	-6,7
Ленинградская область	101,0	127,7	100,9	84,9	84,2	76,6	64,1	51,1	-9,0	-16,3	-20,3
Мурманская область	61,9	78,1	80,8	58,1	67,7	66,6	61,4	53,8	-1,6	-7,8	-12,5
Новгородская область	38,2	38,5	38,3	28,3	28,9	36,8	37,7	36,2	27,4	2,3	-3,8
Псковская область	42,0	38,8	37,2	31,4	34,3	35,3	38,3	42,3	2,9	8,6	10,4
г. Санкт-Петербург	89,8	106,3	114,2	98,2	110,9	105,7	108,0	112,0	-4,7	2,1	3,8
Южный федеральный округ	46,2	44,5	48,0	41,4	42,1	45,4	45,6	48,2	7,9	0,2	5,9
Республика Адыгея	30,3	33,5	30,9	29,7	31,6	32,3	50,1	52,9	2,4	54,9	5,7
Республика Калмыкия	39,2	41,0	42,4	30,1	38,5	37,7	49,7	50,2	-2,1	31,9	1,1
Республика Крым	59,0	52,6	63,9	49,8	48,6	55,4	53,8	54,9	14,1	-2,8	1,9
Краснодарский край	40,0	41,9	42,7	31,4	33,2	38,2	38,1	36,6	15,1	-0,4	-3,8
Астраханская область	31,1	32,6	36,5	24,3	23,6	24,9	27,5	24,7	5,9	10,3	-10,1
Волгоградская область	78,1	68,9	64,7	74,6	75,0	81,2	85,1	91,6	8,3	4,7	7,6
Ростовская область	37,5	37,1	47,1	41,5	41,6	40,7	36,3	44,6	-2,2	-10,6	22,6
г. Севастополь	24,1	16,5	14,1	10,8	11,7	13,4	14,1	18,5	14,6	5,4	31,3
Северо-Кавказский федеральный округ	24,8	26,7	31,2	24,6	25,5	27,1	27,6	28,5	6,6	1,6	3,2
Республика Дагестан	7,9	12,1	11,4	7,6	9,5	11,2	12,4	12,7	18,1	10,9	2,4
Республика Ингушетия	21,6	21,9	26,0	23,2	20,1	23,5	24,8	52,7	16,9	5,8	112,2

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	31,5	26,5	38,0	29,9	30,4	32,6	43,8	38,7	7,5	34,2	-11,7
Карачаево-Черкесская Республика	46,6	46,2	48,9	40,4	50,2	54,8	59,1	57,7	9,1	7,9	-2,5
Республика Северная Осетия-Алания	39,8	41,5	54,0	47,1	52,8	53,6	54,7	51,6	1,6	2,1	-5,8
Чеченская Республика	25,0	30,9	34,5	21,8	38,3	27,6	21,0	18,1	-27,9	-24,0	-13,8
Ставропольский край	33,9	34,6	41,3	35,3	25,2	32,7	31,9	33,9	29,6	-2,6	6,2
Приволжский федеральный округ	60,1	60,5	62,2	57,4	58,9	60,3	58,3	56,3	2,3	-3,3	-3,5
Республика Башкортостан	43,3	39,0	42,9	44,5	45,3	52,0	43,7	45,0	14,8	-15,9	3,0
Республика Марий Эл	59,7	51,3	46,1	34,6	34,1	36,2	31,9	30,2	6,2	-11,9	-5,4
Республика Мордовия	32,1	42,7	33,5	35,6	32,7	36,3	42,4	39,8	11,0	16,8	-6,1
Республика Татарстан	60,2	62,9	67,2	60,6	65,6	68,5	67,0	65,8	4,3	-2,1	-1,8
Удмуртская Республика	62,0	71,3	71,8	65,9	68,3	76,0	74,6	78,8	11,3	-1,9	5,7
Чувашская Республика	46,1	47,2	42,2	43,4	48,3	44,7	35,7	30,8	-7,3	-20,1	-13,6
Пермский край	72,1	64,0	77,3	60,1	72,6	76,7	64,5	59,1	5,7	-16,0	-8,3
Кировская область	41,1	44,1	48,8	43,4	53,4	30,3	38,4	37,8	-43,3	26,8	-1,5
Нижегородская область	57,6	62,7	63,9	59,5	57,2	58,9	59,2	51,3	3,1	0,5	-13,3
Оренбургская область	81,8	78,2	64,1	64,7	53,9	58,3	51,1	64,4	8,3	-12,3	25,9
Пензенская область	87,5	71,7	63,9	58,0	47,3	40,2	40,1	38,0	-15,1	-0,2	-5,2
Самарская область	67,9	75,7	78,9	70,5	68,3	68,8	76,5	66,9	0,7	11,2	-12,5
Саратовская область	65,5	69,9	74,9	69,8	79,3	74,6	75,3	70,0	-6,0	1,0	-7,1
Ульяновская область	51,7	47,6	48,9	52,2	48,6	57,4	58,6	61,2	18,1	2,1	4,4
Уральский федеральный округ							41,8	41,2			-1,6
Курганская область							44,4	40,0			-9,9
Свердловская область							100,1	51,0			-49,0
Тюменская область без автономного округа							41,6	32,3			-22,5
Ханты-Мансийский АО							90,7	38,0			-58,1
Ямало-Ненецкий АО							48,8	39,2			-19,8
Челябинская область							38,0	35,3			-7,1
ДНР						40,2	40,2	37,8		0,0	-6,1
Херсонская область						н/д	13,2	32,2			144,4
Запорожская область						44,7	32,6	46,1		-27,0	41,2
ЛНР						63,3	69,6	54,7		10,1	-21,4

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2 000 647	1 995 657	2 007 985	1 956 966	1 985 526	2 050 191	2 102 580	2 146 750
Северо-Западный федеральный округ	177 019	184 510	194 366	191 530	199 125	214 597	225 218	230 676
Республика Карелия	9512	10 221	10 522	10 749	11 161	11 407	11 888	11 691
Республика Коми	12 688	12 800	12 902	11 306	11 425	11 928	12 513	13 827
Архангельская область без автоном- ного округа	15 762	17 057	18 046	17 940	18 357	19 776	20 483	20 221
Ненецкий автономный округ	868	1050	1153	1077	1043	1122	1164	1220
Вологодская область	20 112	19 387	17 963	17 945	18 585	19 641	21 284	20 264
Калининградская область	8585	9535	9397	8539	10 642	12 411	12 856	12 630
Ленинградская область	18 398	19 012	20 852	20 749	19 844	21 120	22 483	23 930
Мурманская область	8615	8955	9333	8786	9146	9828	10 361	10 983
Новгородская область	6833	6613	6538	6561	6510	6381	6294	5702
Псковская область	7457	7441	7349	7449	7156	7186	7201	7132
г. Санкт-Петербург	68 189	72 439	80 311	80 429	85 256	93 797	98 691	103 076
Южный федеральный округ	219 972	222 581	227 282	223 587	230 483	241 393	248 888	257 214
Республика Адыгея	4986	5510	5925	6197	6169	5814	6526	7262
Республика Калмыкия	2819	2827	2947	2885	2851	2932	2978	2976
Республика Крым	22 465	22 219	22 406	22 069	23 307	25 067	25 680	26 396
Краснодарский край	83 625	85 099	86 231	82 372	82 475	88 187	92 642	100 481
Астраханская область	18 582	18 990	19 677	20 582	21 850	22 329	22 765	23 249
Волгоградская область	38 917	40 244	41 000	40 911	43 335	45 014	45 494	45 210
Ростовская область	45 580	44 693	46 212	45 484	47 601	49 237	49 932	48 920
г. Севастополь	2998	2999	2884	3087	2895	2813	2871	2720
Северо-Кавказский федеральный округ	87 505	88 663	87 954	87 366	88 258	89 205	90 072	92 433
Республика Дагестан	41 320	42 433	39 931	39 443	39 377	39 226	39 834	41 607
Республика Ингушетия	1052	1161	1308	1425	1472	1517	1442	1408

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	4969	4830	4805	4615	4908	4840	5090	5376
Карачаево-Черкесская Республика	3677	3822	3678	3615	3709	3818	4147	4205
Республика Северная Осетия-Алания	2737	2423	2551	2714	2681	2989	3171	3155
Чеченская Республика	1341	1655	1841	1802	2420	2843	2415	2507
Ставропольский край	32 409	32 339	33 840	33 752	33 691	33 972	33 973	34 175
Приволжский федеральный округ	419 224	417 605	418 635	409 951	407 850	423 014	428 812	436 209
Республика Башкортостан	89 928	90 987	92 554	92 912	94 731	97 416	98 141	98 298
Республика Марий Эл	7020	7945	9022	9526	9720	10 396	11 028	11 479
Республика Мордовия	10 751	11 922	12 143	11 397	11 695	11 764	12 012	13 137
Республика Татарстан	36 816	34 588	34 501	34 296	35 195	36 368	37 296	37 609
Удмуртская Республика	15 796	15 638	15 915	14 920	15 948	16 767	16 928	17 894
Чувашская Республика	14 920	15 143	15 317	14 877	15 201	16 178	17 581	18 593
Пермский край	52 197	50 119	45 869	39 213	39 016	41 308	40 811	39 475
Кировская область	23 489	24 293	24 712	24 130	18 019	19 222	18 168	20 320
Нижегородская область	34 801	35 829	36 468	35 751	35 918	37 520	39 860	40 320
Оренбургская область	28 136	26 699	27 580	27 030	27 100	28 008	28 560	28 844
Пензенская область	27 186	25 308	23 016	21 190	21 082	20 782	20 963	20 253
Самарская область	30 002	30 373	32 027	36 141	35 716	39 116	40 934	42 644
Саратовская область	31 750	32 010	32 773	31 943	32 306	32 509	32 355	33 209
Ульяновская область	16 432	16 751	16 738	16 625	16 203	15 660	14 175	14 134
Уральский федеральный округ							226 482	225 621
Курганская область							14 398	14 736
Свердловская область							78 919	80 608
Тюменская область без автономного округа							13 247	13 963
Ханты-Мансийский АО							25 629	27 173
Ямало-Ненецкий АО							16 009	17 025
Челябинская область							78 280	72 116
ДНР						34 698	38 438	42 379
Херсонская область						1468	4232	4775
Запорожская область						4996	3924	4499
ЛНР						25 215	28 886	28 202

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1354,6	1350,1	1357,7	1324,9	1348,7	1397,4	1437,2	1468,9	3,6	2,8	2,2
Северо-Западный федеральный округ	1271,9	1322,6	1391,6	1372,4	1430,1	1545,1	1625,7	1666,7	8,0	5,2	2,5
Республика Карелия	1643,3	1807,0	1895,6	1968,3	2078,7	2151,7	2260,6	2231,7	3,5	5,1	-1,3
Республика Коми	1578,8	1625,5	1672,9	1493,7	1538,9	1633,1	1729,5	1918,8	6,1	5,9	10,9
Архангельская область без автономного округа	1488,8	1640,8	1765,9	1785,5	1863,3	2039,9	2133,5	2115,5	9,5	4,6	-0,8
Ненецкий автономный округ	2058,1	2509,9	2770,8	2590,0	2513,6	2709,9	2784,5	2889,4	7,8	2,8	3,8
Вологодская область	1704,9	1654,9	1544,2	1553,9	1624,2	1732,6	1891,8	1807,1	6,7	9,2	-4,5
Калининградская область	865,2	953,0	930,5	838,4	1036,9	1203,0	1244,4	1221,6	16,0	3,4	-1,8
Ленинградская область	990,9	1004,6	1079,2	1056,4	996,4	1048,2	1107,7	1175,5	5,2	5,7	6,1
Мурманская область	1197,5	1262,5	1336,9	1281,9	1361,2	1484,7	1575,7	1673,1	9,1	6,1	6,2
Новгородская область	1126,0	1101,5	1098,9	1111,0	1112,9	1102,5	1097,1	997,8	-0,9	-0,5	-9,1
Псковская область	1185,0	1197,0	1195,0	1223,6	1190,7	1213,1	1232,1	1227,2	1,9	1,6	-0,4
г. Санкт-Петербург	1251,2	1312,2	1443,5	1440,2	1522,9	1673,8	1762,7	1841,4	9,9	5,3	4,5
Южный федеральный округ	1323,8	1335,3	1359,2	1335,4	1377,8	1447,2	1496,3	1547,2	5,0	3,4	3,4
Республика Адыгея	1058,1	1161,0	1229,1	1267,3	1247,9	1167,2	1307,1	1450,7	-6,5	12,0	11,0
Республика Калмыкия	1022,5	1035,1	1087,7	1070,4	1065,2	1104,5	1121,1	1115,6	3,7	1,5	-0,5
Республика Крым	1166,3	1150,5	1157,5	1140,4	1206,7	1302,9	1342,3	1382,4	8,0	3,0	3,0
Краснодарский край	1474,1	1486,5	1493,4	1419,0	1416,2	1513,8	1590,1	1722,6	6,9	5,0	8,3
Астраханская область	1859,2	1910,0	1996,6	2112,1	2268,0	2340,2	2400,1	2456,5	3,2	2,6	2,3
Волгоградская область	1524,1	1582,2	1619,0	1623,5	1731,2	1814,0	1847,9	1842,4	4,8	1,9	-0,3
Ростовская область	1072,7	1054,6	1092,5	1077,0	1132,2	1178,4	1200,7	1178,1	4,1	1,9	-1,9
г. Севастополь	639,2	612,6	564,4	585,7	536,5	508,8	512,8	484,5	-5,2	0,8	-5,5
Северо-Кавказский федеральный округ	883,0	889,1	875,8	864,4	869,3	875,4	880,6	901,7	0,7	0,6	2,4
Республика Дагестан	1344,2	1368,9	1277,0	1251,0	1239,9	1226,4	1236,7	1287,3	-1,1	0,8	4,1
Республика Ингушетия	220,6	239,8	265,6	284,8	290,0	294,5	275,6	267,1	1,5	-6,4	-3,1

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	560,7	542,5	537,0	513,4	543,8	535,5	562,8	593,7	–1,5	5,1	5,5
Карачаево-Черкесская Республика	783,0	813,4	782,4	768,6	789,7	814,5	885,4	897,9	3,1	8,7	1,4
Республика Северная Осетия-Алания	390,1	346,5	366,3	391,7	389,6	437,6	466,5	464,7	12,3	6,6	–0,4
Чеченская Республика	94,0	114,4	125,5	121,2	160,7	186,6	156,5	161,4	16,1	–16,1	3,2
Ставропольский край	1127,0	1122,0	1169,1	1162,2	1160,4	1172,7	1176,1	1184,1	1,1	0,3	0,7
Приволжский федеральный округ	1416,2	1416,3	1425,8	1403,9	1407,3	1470,0	1498,7	1528,4	4,5	2,0	2,0
Республика Башкортостан	2182,3	2208,2	2248,9	2263,7	2314,0	2385,0	2410,7	2418,5	3,1	1,1	0,3
Республика Марий Эл	1022,7	1160,4	1319,6	1397,6	1433,5	1541,7	1643,3	1713,7	7,5	6,6	4,3
Республика Мордовия	1322,2	1476,3	1515,7	1435,6	1489,7	1515,2	1562,8	1715,3	1,7	3,1	9,8
Республика Татарстан	930,5	870,3	864,9	858,0	880,1	909,0	931,9	939,5	3,3	2,5	0,8
Удмуртская Республика	1057,5	1052,6	1077,9	1017,5	1096,1	1159,9	1176,9	1247,4	5,8	1,5	6,0
Чувашская Республика	1218,7	1244,2	1266,6	1239,3	1278,1	1372,7	1502,5	1593,1	7,4	9,5	6,0
Пермский край	1999,8	1930,0	1776,5	1530,1	1537,3	1641,3	1631,3	1582,0	6,8	–0,6	–3,0
Кировская область	1900,8	1993,3	2057,5	2040,3	1552,0	1680,8	1602,1	1798,3	8,3	–4,7	12,2
Нижегородская область	1080,6	1119,4	1146,2	1131,6	1148,7	1212,1	1297,9	1317,5	5,5	7,1	1,5
Оренбургская область	1450,6	1390,4	1448,4	1431,0	1451,1	1515,1	1556,4	1577,3	4,4	2,7	1,3
Пензенская область	2046,0	1923,7	1768,7	1646,9	1660,1	1657,4	1688,7	1638,4	–0,2	1,9	–3,0
Самарская область	932,3	946,0	998,8	1131,2	1125,2	1240,4	1305,6	1363,4	10,2	5,3	4,4
Саратовская область	1264,1	1281,1	1319,1	1294,4	1321,7	1344,5	1350,9	1392,3	1,7	0,5	3,1
Ульяновская область	1322,7	1357,4	1366,9	1370,1	1351,0	1320,0	1204,4	1205,2	–2,3	–8,8	0,1
Уральский федеральный округ							1847,2	1840,0			–0,4
Курганская область							1901,2	1957,0			2,9
Свердловская область							3737,8	1908,9			–48,9
Тюменская область без автономного округа							1640,0	864,3			–47,3
Ханты-Мансийский АО							2913,4	1544,5			–47,0
Ямало-Ненецкий АО							3113,5	3299,7			6,0
Челябинская область							2301,4	2123,7			–7,7
ДНР						1206,0	1301,2	1434,6		7,9	10,3
Херсонская область						н/д	1237,1	1395,8			12,8
Запорожская область						623,9	703,7	806,9		12,8	14,7
ЛНР						1658,1	1899,5	1854,5		14,6	–2,4

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	306 000	317 480	336 706	281 001	319 762	344 192	346 255	341 385
Северо-Западный федеральный округ	36 508	39 057	42 871	35 293	40 752	42 808	42 990	45 205
Республика Карелия	2438	2658	2773	2465	2744	2920	2733	2327
Республика Коми	2225	2433	2431	1809	2057	1746	1989	2063
Архангельская область без автоном- ного округа	5114	5295	5901	4796	5030	5440	5680	5235
Ненецкий автономный округ	212	304	236	178	187	196	217	262
Вологодская область	3330	2892	3152	2830	3276	3398	3494	3021
Калининградская область	1278	1468	1767	1144	1380	1337	1390	2698
Ленинградская область	4119	4678	4798	4014	4065	3985	3810	4581
Мурманская область	1834	2064	1885	1710	2222	2250	2269	2202
Новгородская область	436	454	424	397	308	346	326	367
Псковская область	781	745	687	657	628	576	535	597
г. Санкт-Петербург	14 741	16 066	18 817	15 293	18 855	20 614	20 547	21 852
Южный федеральный округ	28 646	29 943	33 476	28 652	33 312	37 663	37 413	37 531
Республика Адыгея	447	434	544	462	393	527	698	711
Республика Калмыкия	477	472	455	347	397	355	412	434
Республика Крым	3171	2985	3601	3061	3095	3323	2656	2947
Краснодарский край	10 121	10 770	12 303	10 951	12 835	14 455	14 655	15 076
Астраханская область	2147	2225	2521	2634	3377	3438	4078	4336
Волгоградская область	5945	5633	5032	4072	5142	6635	7337	6683
Ростовская область	6114	7227	8790	6931	7862	8686	7318	7072
г. Севастополь	224	197	230	194	211	244	259	272
Северо-Кавказский федеральный округ	7865	8370	8634	6454	7491	8379	8130	8777
Республика Дагестан	3237	3180	2903	2230	3002	3994	3831	3764
Республика Ингушетия	139	152	190	213	225	141	147	154
Кабардино-Балкар- ская Республика	481	344	496	271	541	510	555	791

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	337	379	302	196	328	428	516	507
Республика Северная Осетия-Алания	352	318	273	349	275	268	265	211
Чеченская Республика	192	514	525	340	640	590	288	111
Ставропольский край	3127	3483	3945	2855	2480	2448	2528	3239
Приволжский федеральный округ	57 834	58 319	59 617	51 539	55 795	59 412	60 226	58 819
Республика Башкортостан	5851	5175	5186	5223	5127	5318	5596	5230
Республика Марий Эл	1200	1534	1825	1640	1710	1765	1848	1765
Республика Мордовия	2679	3310	2972	2627	2641	3120	3202	3788
Республика Татарстан	5734	5251	5467	4500	5837	5740	5672	5504
Удмуртская Республика	2872	3397	3457	2870	3647	3759	4216	4352
Чувашская Республика	3193	3455	3340	3374	3953	4101	3768	3910
Пермский край	7329	6800	6721	4368	5353	5881	5524	4869
Кировская область	2853	3527	3686	3221	2741	2792	2900	2850
Нижегородская область	3805	4628	4628	4047	3889	4739	5658	5139
Оренбургская область	5256	5110	5790	4460	5177	5587	5541	5691
Пензенская область	5012	3780	2904	2849	3022	3133	3107	3013
Самарская область	4478	5099	6200	6085	6228	6996	7111	6859
Саратовская область	6072	5705	5944	4826	5312	5812	4877	4593
Ульяновская область	1500	1548	1497	1449	1158	669	1206	1256
Уральский федеральный округ							38 253	34 046
Курганская область							1808	1757
Свердловская область							15 835	15 096
Тюменская область без автономного округа							2467	3343
Ханты-Мансийский АО							4934	4657
Ямало-Ненецкий АО							2197	2494
Челябинская область							11 012	6699
ДНР						2936	4660	4635
Херсонская область						0	25	131
Запорожская область						346	460	825
ЛНР						2406	3646	2367

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	207,2	214,8	227,7	190,2	217,2	234,6	236,7	233,6	8,0	0,9	-1,3
Северо-Западный федеральный округ	262,3	280,0	306,9	252,9	292,7	308,2	310,3	326,6	5,3	0,7	5,3
Республика Карелия	421,2	469,9	499,6	451,4	511,1	550,8	519,7	444,2	7,8	-5,6	-14,5
Республика Коми	276,9	309,0	315,2	239,0	277,1	239,0	274,9	286,3	-13,7	15,0	4,1
Архангельская область без автономного округа	483,1	509,4	577,4	477,3	510,6	561,1	591,6	547,7	9,9	5,4	-7,4
Ненецкий автономный округ	502,7	726,7	567,1	428,1	450,7	473,4	519,1	620,5	5,0	9,7	19,5
Вологодская область	282,3	246,9	271,0	245,1	286,3	299,8	310,6	269,4	4,7	3,6	-13,3
Калининградская область	128,8	146,7	175,0	112,3	134,5	129,6	134,5	261,0	-3,6	3,8	94,0
Ленинградская область	221,9	247,2	248,3	204,4	204,1	197,8	187,7	225,0	-3,1	-5,1	19,9
Мурманская область	254,9	291,0	270,0	249,5	330,7	339,9	345,1	335,4	2,8	1,5	-2,8
Новгородская область	71,8	75,6	71,3	67,2	52,7	59,8	56,8	64,2	13,5	-4,9	13,0
Псковская область	124,1	119,8	111,7	107,9	104,5	97,2	91,5	102,7	-6,9	-5,9	12,2
г. Санкт-Петербург	270,5	291,0	338,2	273,8	336,8	367,8	367,0	390,4	9,2	-0,2	6,4
Южный федеральный округ	172,4	179,6	200,2	171,1	199,1	225,8	224,9	225,8	13,4	-0,4	0,4
Республика Адыгея	94,9	91,5	112,8	94,5	79,5	105,8	139,8	142,0	33,1	32,1	1,6
Республика Калмыкия	173,0	172,8	167,9	128,7	148,3	133,7	155,1	162,7	-9,8	16,0	4,9
Республика Крым	164,6	154,6	186,0	158,2	160,2	172,7	138,8	154,3	7,8	-19,6	11,2
Краснодарский край	178,4	188,1	213,1	188,7	220,4	248,1	251,5	258,5	12,6	1,4	2,8
Астраханская область	214,8	223,8	255,8	270,3	350,5	360,3	429,9	458,1	2,8	19,3	6,6
Волгоградская область	232,8	221,5	198,7	161,6	205,4	267,4	298,0	272,3	30,2	11,5	-8,6
Ростовская область	143,9	170,5	207,8	164,1	187,0	207,9	176,0	170,3	11,2	-15,3	-3,2
г. Севастополь	47,8	40,2	45,0	36,8	39,1	44,1	46,3	48,5	12,9	4,8	4,7
Северо-Кавказский федеральный округ	79,4	83,9	86,0	63,9	73,8	82,2	79,5	85,6	11,4	-3,3	7,7
Республика Дагестан	105,3	102,6	92,8	70,7	94,5	124,9	118,9	116,5	32,1	-4,8	-2,1
Республика Ингушетия	29,2	31,4	38,6	42,6	44,3	27,4	28,1	29,2	-38,3	2,7	4,0

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	54,3	38,6	55,4	30,1	59,9	56,4	61,4	87,4	-5,9	8,8	42,3
Карачаево-Черкесская Республика	71,8	80,7	64,2	41,7	69,8	91,3	110,2	108,3	30,7	20,7	-1,7
Республика Северная Осетия-Алания	50,2	45,5	39,2	50,4	40,0	39,2	39,0	31,1	-1,8	-0,6	-20,3
Чеченская Республика	13,5	35,5	35,8	22,9	42,5	38,7	18,7	7,1	-8,9	-51,8	-61,7
Ставропольский край	108,7	120,8	136,3	98,3	85,4	84,5	87,5	112,2	-1,1	3,6	28,2
Приволжский федеральный округ	195,4	197,8	203,0	176,5	192,5	206,5	210,5	206,1	7,2	2,0	-2,1
Республика Башкортостан	142,0	125,6	126,0	127,3	125,2	130,2	137,5	128,7	4,0	5,6	-6,4
Республика Марий Эл	174,8	224,0	266,9	240,6	252,2	261,7	275,4	263,5	3,8	5,2	-4,3
Республика Мордовия	329,5	409,9	371,0	330,9	336,4	401,9	416,6	494,6	19,5	3,7	18,7
Республика Татарстан	144,9	132,1	137,0	112,6	146,0	143,5	141,7	137,5	-1,7	-1,2	-3,0
Удмуртская Республика	192,3	228,6	234,1	195,7	250,7	260,0	293,1	303,4	3,7	12,7	3,5
Чувашская Республика	260,8	283,9	276,2	281,1	332,4	348,0	322,0	335,0	4,7	-7,5	4,0
Пермский край	280,8	261,9	260,3	170,4	210,9	233,7	220,8	195,1	10,8	-5,5	-11,6
Кировская область	230,9	289,4	306,9	272,4	236,1	244,1	255,7	252,2	3,4	4,7	-1,4
Нижегородская область	118,2	144,6	145,5	128,1	124,4	153,1	184,2	167,9	23,1	20,3	-8,9
Оренбургская область	271,0	266,1	304,1	236,1	277,2	302,2	302,0	311,2	9,0	-0,1	3,1
Пензенская область	377,2	287,3	223,2	221,4	238,0	249,9	250,3	243,7	5,0	0,2	-2,6
Самарская область	139,2	158,8	193,4	190,5	196,2	221,8	226,8	219,3	13,1	2,2	-3,3
Саратовская область	241,8	228,3	239,2	195,6	217,3	240,4	203,6	192,6	10,6	-15,3	-5,4
Ульяновская область	120,7	125,4	122,3	119,4	96,6	56,4	102,5	107,1	-41,6	81,7	4,5
Уральский федеральный округ							312,0	277,6			-11,0
Курганская область							238,7	233,3			-2,3
Свердловская область							750,0	357,5			-52,3
Тюменская область без автономного округа							305,4	206,9			-32,2
Ханты-Мансийский АО							560,9	264,7			-52,8
Ямало-Ненецкий АО							427,3	483,4			13,1
Челябинская область							323,7	197,3			-39,1
ДНР						102,0	157,7	156,9		54,6	-0,5
Херсонская область						н/д	7,3	38,3			424,0
Запорожская область						43,2	82,5	148,0		90,9	79,3
ЛНР						158,2	239,8	155,6		51,5	-35,1

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	862 176	847 957	835 516	816 056	807 819	807 037	804 656	794 558
Северо-Западный федеральный округ	64 186	64 209	64 356	63 371	63 422	63 775	64 923	64 970
Республика Карелия	2037	1976	1897	1861	1874	1846	1859	1793
Республика Коми	6248	6201	5933	5694	5673	5763	5885	5935
Архангельская область без автоном- ного округа	5138	5068	5014	4908	4827	4832	4652	4649
Ненецкий автономный округ	280	234	227	221	219	210	187	165
Вологодская область	6472	6490	6471	6465	6342	6137	6172	6239
Калининградская область	3974	3743	3907	3812	3830	3827	4601	4281
Ленинградская область	6791	6366	6385	5986	5988	6083	6330	6217
Мурманская область	3613	3657	3729	3783	3791	3833	3751	3780
Новгородская область	6718	6952	6900	6786	6584	6608	6412	6529
Псковская область	7387	7510	7492	7536	7455	7442	7441	7456
г. Санкт-Петербург	15 528	16 012	16 401	16 319	16 839	17 194	17 633	17 926
Южный федеральный округ	100 657	99 247	98 741	95 537	93 636	92 796	93 308	92 869
Республика Адыгея	3600	3488	3535	3515	3445	3621	3690	3354
Республика Калмыкия	3178	3090	3188	3175	3175	3190	3238	3316
Республика Крым	9887	9845	9282	8664	8726	8068	7902	7571
Краснодарский край	37 552	36 897	37 278	34 983	32 667	32 749	32 836	33 340
Астраханская область	6082	6058	6026	5925	5936	5983	5962	5870
Волгоградская об- ласть	11 359	11 526	11 332	11 470	12 065	12 250	12 641	12 435
Ростовская область	27 866	27 217	26 957	26 635	26 494	25 733	25 832	25 805
г. Севастополь	1133	1126	1143	1170	1128	1202	1207	1178
Северо-Кавказский федеральный округ	59 149	59 504	58 194	58 247	58 841	59 720	59 454	60 677
Республика Дагестан	23 991	24 722	23 168	22 926	22 854	22 870	22 388	22 908
Республика Ингушетия	2436	2565	2719	2870	3027	3216	3348	3438
Кабардино-Балкар- ская Республика	3004	2969	2957	2959	2974	3011	3021	3085

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	3439	3427	3412	3409	3430	3383	3364	3405
Республика Северная Осетия-Алания	2671	2620	2688	2719	2795	2915	2914	3008
Чеченская Республика	4643	4768	4951	5165	5467	5844	5822	6024
Ставропольский край	18 965	18 433	18 299	18 199	18 294	18 481	18 597	18 809
Приволжский федеральный округ	193 564	189 369	187 219	183 958	181 241	181 486	178 788	176 075
Республика Башкортостан	22 850	22 695	22 627	22 578	22 438	22 197	22 282	22 135
Республика Марий Эл	6032	6059	6122	6089	5988	6007	6073	6135
Республика Мордовия	4496	4467	4455	4359	4357	4343	4527	4539
Республика Татарстан	24 233	24 025	23 610	23 044	22 534	22 203	22 015	21 938
Удмуртская Республика	11 443	10 769	10 447	11 232	11 320	11 006	11 071	10 798
Чувашская Республика	10 127	9767	9510	8870	8586	8371	8300	8258
Пермский край	25 354	23 759	23 266	21 754	21 542	23 171	21 572	20 274
Кировская область	13 896	13 814	13 664	13 559	13 480	12 721	11 708	12 206
Нижегородская область	19 511	19 018	18 763	18 147	17 732	17 660	17 493	16 943
Оренбургская область	14 802	14 652	14 305	14 217	14 041	14 213	14 401	13 381
Пензенская область	6467	6399	6352	6245	6205	6159	6108	6010
Самарская область	10 251	10 488	10 689	11 043	10 601	11 157	11 404	11 472
Саратовская область	16 138	15 779	15 688	1 5040	14 975	14 896	15 119	15 256
Ульяновская область	7964	7678	7721	7781	7442	7382	6715	6730
Уральский федеральный округ							72 000	69 654
Курганская область							5677	5557
Свердловская область							18 300	17 936
Тюменская область без автономного округа							13 986	14 155
Ханты-Мансийский АО							5930	6083
Ямало-Ненецкий АО							6485	6332
Челябинская область							21 622	19 591
ДНР						15 009	15 476	14 853
Херсонская область						1092	4208	4580
Запорожская область						3420	2600	2813
ЛНР						10 272	9782	8737

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	583,8	573,6	564,9	552,5	548,7	550,1	550,0	543,7	0,2	0,0	-1,2
Северо-Западный федеральный округ	461,2	460,3	460,8	454,1	455,5	459,2	468,6	469,4	0,8	2,1	0,2
Республика Карелия	351,9	349,3	341,8	340,8	349,0	348,2	353,5	342,3	-0,2	1,5	-3,2
Республика Коми	777,4	787,5	769,3	752,3	764,1	789,0	813,4	823,6	3,3	3,1	1,3
Архангельская область без автономного округа	485,3	487,5	490,6	488,5	490,0	498,4	484,5	486,4	1,7	-2,8	0,4
Ненецкий автономный округ	663,9	559,3	545,5	531,5	527,8	507,2	447,3	390,8	-3,9	-11,8	-12,6
Вологодская область	548,6	554,0	556,3	559,8	554,3	541,4	548,6	556,4	-2,3	1,3	1,4
Калининградская область	400,5	374,1	386,9	374,3	373,2	371,0	445,3	414,1	-0,6	20,1	-7,0
Ленинградская область	365,8	336,4	330,4	304,8	300,7	301,9	311,9	305,4	0,4	3,3	-2,1
Мурманская область	502,2	515,6	534,2	551,9	564,2	579,0	570,4	575,8	2,6	-1,5	0,9
Новгородская область	1107,1	1158,0	1159,8	1149,1	1125,6	1141,8	1117,7	1142,5	1,4	-2,1	2,2
Псковская область	1173,8	1208,1	1218,3	1237,9	1240,4	1256,4	1273,1	1283,0	1,3	1,3	0,8
г. Санкт-Петербург	284,9	290,0	294,8	292,2	300,8	306,8	314,9	320,2	2,0	2,6	1,7
Южный федеральный округ	605,7	595,4	590,5	570,6	559,8	556,3	561,0	558,6	-0,6	0,8	-0,4
Республика Адыгея	764,0	735,0	733,3	718,8	696,9	726,9	739,1	670,0	4,3	1,7	-9,3
Республика Калмыкия	1152,8	1131,4	1176,7	1178,0	1186,2	1201,7	1219,0	1243,0	1,3	1,4	2,0
Республика Крым	513,3	509,8	479,5	447,7	451,8	419,3	413,0	396,5	-7,2	-1,5	-4,0
Краснодарский край	661,9	644,5	645,6	602,6	560,9	562,1	563,6	571,6	0,2	0,3	1,4
Астраханская область	608,5	609,3	611,5	608,0	616,2	627,0	628,6	620,2	1,8	0,2	-1,3
Волгоградская область	444,8	453,1	447,5	455,2	482,0	493,7	513,4	506,7	2,4	4,0	-1,3
Ростовская область	655,8	642,2	637,3	630,7	630,1	615,9	621,2	621,4	-2,3	0,9	0,0
г. Севастополь	241,6	230,0	223,7	222,0	209,0	217,4	215,6	209,8	4,0	-0,8	-2,7
Северо-Кавказский федеральный округ	596,9	596,7	579,5	576,3	579,6	586,1	581,3	591,9	1,1	-0,8	1,8
Республика Дагестан	780,5	797,5	740,9	727,1	719,6	715,1	695,1	708,7	-0,6	-2,8	2,0
Республика Ингушетия	510,9	529,8	552,2	573,6	596,3	624,2	640,0	652,1	4,7	2,5	1,9

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	339,0	333,5	330,5	329,2	329,5	333,1	334,0	340,7	1,1	0,3	2,0
Карачаево-Черкесская Республика	732,4	729,3	725,8	724,8	730,3	721,7	718,2	727,1	-1,2	-0,5	1,2
Республика Северная Осетия-Алания	380,7	374,7	386,0	392,4	406,2	426,7	428,6	443,1	5,1	0,4	3,4
Чеченская Республика	325,6	329,6	337,5	347,3	363,1	383,5	377,3	387,9	5,6	-1,6	2,8
Ставропольский край	659,5	639,5	632,2	626,7	630,1	638,0	643,8	651,7	1,2	0,9	1,2
Приволжский федеральный округ	653,9	642,3	637,7	630,0	625,4	630,7	624,9	616,9	0,8	-0,9	-1,3
Республика Башкортостан	554,5	550,8	549,8	550,1	548,1	543,4	547,3	544,6	-0,9	0,7	-0,5
Республика Марий Эл	878,8	884,9	895,4	893,3	883,1	890,8	904,9	915,9	0,9	1,6	1,2
Республика Мордовия	553,0	553,1	556,1	549,1	555,0	559,4	589,0	592,6	0,8	5,3	0,6
Республика Татарстан	612,4	604,5	591,9	576,5	563,5	555,0	550,1	548,0	-1,5	-0,9	-0,4
Удмуртская Республика	766,1	724,9	707,6	766,0	778,0	761,3	769,7	752,7	-2,1	1,1	-2,2
Чувашская Республика	827,2	802,5	786,4	738,9	721,9	710,3	709,3	707,6	-1,6	-0,1	-0,2
Пермский край	971,4	914,9	901,1	848,9	848,8	920,7	862,3	812,5	8,5	-6,3	-5,8
Кировская область	1124,5	1133,4	1137,7	1146,5	1161,1	1112,3	1032,4	1080,2	-4,2	-7,2	4,6
Нижегородская область	605,8	594,2	589,7	574,4	567,1	570,5	569,6	553,6	0,6	-0,2	-2,8
Оренбургская область	763,1	763,1	751,3	752,7	751,8	768,9	784,8	731,7	2,3	2,1	-6,8
Пензенская область	486,7	486,4	488,1	485,4	488,6	491,2	492,0	486,2	0,5	0,2	-1,2
Самарская область	318,6	326,7	333,4	345,6	334,0	353,8	363,7	366,8	5,9	2,8	0,8
Саратовская область	642,5	631,5	631,5	609,4	612,6	616,1	631,3	639,6	0,6	2,5	1,3
Ульяновская область	641,0	622,2	630,5	641,3	620,5	622,3	570,6	573,8	0,3	-8,3	0,6
Уральский федеральный округ							587,2	568,0			-3,3
Курганская область							749,6	738,0			-1,6
Свердловская область							866,7	424,8			-51,0
Тюменская область без автономного округа							1731,5	876,2			-49,4
Ханты-Мансийский АО							674,1	345,7			-48,7
Ямало-Ненецкий АО							1261,2	1227,2			-2,7
Челябинская область							635,7	576,9			-9,2
ДНР						521,7	523,9	502,8		0,4	-4,0
Херсонская область						н/д	1230,0	1338,8			8,8
Запорожская область						427,1	466,3	504,5		9,2	8,2
ЛНР						675,5	643,2	574,5		-4,8	-10,7

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	31 573	30 324	29 585	22 669	26 041	28 445	28 500	27 472
Северо-Западный федеральный округ	2702	2413	2358	1695	2121	2145	2192	2104
Республика Карелия	52	39	42	25	21	29	32	24
Республика Коми	166	171	148	123	107	145	183	139
Архангельская область без автономного округа	313	300	253	150	176	183	179	167
Ненецкий автономный округ	8	25	14	9	18	8	5	6
Вологодская область	227	237	233	214	254	284	282	346
Калининградская область	167	152	233	99	119	81	118	105
Ленинградская область	510	327	354	229	470	414	408	282
Мурманская область	128	131	125	117	99	129	81	101
Новгородская область	296	259	238	154	144	169	166	186
Псковская область	229	211	170	140	152	161	182	208
г. Санкт-Петербург	606	561	548	435	561	542	556	540
Южный федеральный округ	3257	3192	3639	2906	3334	3899	3769	3606
Республика Адыгея	68	124	135	62	65	81	156	167
Республика Калмыкия	55	52	63	33	41	89	81	94
Республика Крым	380	341	288	292	318	307	259	261
Краснодарский край	1541	1426	1760	1374	1505	1895	1688	1439
Астраханская область	196	174	122	96	117	120	107	94
Волгоградская область	478	540	577	487	703	793	872	852
Ростовская область	518	515	664	537	555	565	568	661
г. Севастополь	21	20	30	25	30	49	38	38
Северо-Кавказский федеральный округ	1948	1827	1641	1427	1639	1795	1833	2098
Республика Дагестан	370	361	281	236	263	247	270	540
Республика Ингушетия	106	116	154	156	167	170	198	89
Кабардино-Балкарская Республика	88	65	77	86	95	115	124	166

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	88	88	69	41	72	55	78	89
Республика Северная Осетия-Алания	136	163	119	87	119	135	118	139
Чеченская Республика	401	435	268	285	332	406	392	272
Ставропольский край	759	599	673	536	591	667	653	803
Приволжский федеральный округ	5798	5164	5015	3705	4435	4660	5068	4492
Республика Башкортостан	566	410	394	263	393	366	309	245
Республика Марий Эл	147	248	182	130	164	178	179	204
Республика Мордовия	162	115	137	92	132	104	207	150
Республика Татарстан	717	680	640	527	619	637	594	556
Удмуртская Республика	205	204	207	157	171	225	299	223
Чувашская Республика	160	139	135	78	84	86	89	102
Пермский край	1081	841	748	534	736	810	904	620
Кировская область	358	330	351	304	373	293	416	366
Нижегородская область	518	444	436	419	374	396	470	384
Оренбургская область	704	646	677	420	481	563	535	612
Пензенская область	110	98	95	92	81	111	90	97
Самарская область	385	395	365	252	306	316	307	267
Саратовская область	537	410	428	284	391	472	530	479
Ульяновская область	148	204	220	153	130	103	139	187
Уральский федеральный округ							2329	2147
Курганская область							170	137
Свердловская область							827	765
Тюменская область без автономного округа							444	402
Ханты-Мансийский АО							248	289
Ямало-Ненецкий АО							153	150
Челябинская область							487	404
ДНР						388	326	346
Херсонская область						0	4	45
Запорожская область						99	141	343
ЛНР						439	404	358

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	21,4	20,5	20,0	15,3	17,7	19,4	19,5	18,8	9,6	0,5	-3,5
Северо-Западный федеральный округ	19,4	17,3	16,9	12,1	15,2	15,4	15,8	15,2	1,4	2,4	-3,9
Республика Карелия	9,0	6,9	7,6	4,6	3,9	5,5	6,1	4,6	39,9	11,2	-24,7
Республика Коми	20,7	21,7	19,2	16,3	14,4	19,9	25,3	19,3	37,7	27,4	-23,7
Архангельская область без автономного округа	29,6	28,9	24,8	14,9	17,9	18,9	18,6	17,5	5,7	-1,2	-6,3
Ненецкий автономный округ	19,0	59,8	33,6	21,6	43,4	19,3	12,0	14,2	-55,5	-38,1	18,8
Вологодская область	19,2	20,2	20,0	18,5	22,2	25,1	25,1	30,9	12,9	0,0	23,1
Калининградская область	16,8	15,2	23,1	9,7	11,6	7,9	11,4	10,2	-32,3	45,5	-11,1
Ленинградская область	27,5	17,3	18,3	11,7	23,6	20,5	20,1	13,9	-12,9	-2,2	-31,1
Мурманская область	17,8	18,5	17,9	17,1	14,7	19,5	12,3	15,4	32,3	-36,8	24,9
Новгородская область	48,8	43,1	40,0	26,1	24,6	29,2	28,9	32,5	18,6	-0,9	12,5
Псковская область	36,4	33,9	27,6	23,0	25,3	27,2	31,1	35,8	7,5	14,6	14,9
г. Санкт-Петербург	11,1	10,2	9,8	7,8	10,0	9,7	9,9	9,6	-3,5	2,7	-2,9
Южный федеральный округ	19,6	19,1	21,8	17,4	19,9	23,4	22,7	21,7	17,3	-3,1	-4,3
Республика Адыгея	14,4	26,1	28,0	12,7	13,1	16,3	31,2	33,4	23,7	92,1	6,8
Республика Калмыкия	20,0	19,0	23,3	12,2	15,3	33,5	30,5	35,2	118,9	-9,0	15,6
Республика Крым	19,7	17,7	14,9	15,1	16,5	16,0	13,5	13,7	-3,1	-15,2	1,0
Краснодарский край	27,2	24,9	30,5	23,7	25,8	32,5	29,0	24,7	25,9	-10,9	-14,9
Астраханская область	19,6	17,5	12,4	9,9	12,1	12,6	11,3	9,9	3,6	-10,3	-12,0
Волгоградская область	18,7	21,2	22,8	19,3	28,1	32,0	35,4	34,7	13,8	10,8	-2,0
Ростовская область	12,2	12,2	15,7	12,7	13,2	13,5	13,7	15,9	2,4	1,0	16,5
г. Севастополь	4,5	4,1	5,9	4,7	5,6	8,9	6,8	6,8	59,4	-23,4	-0,3
Северо-Кавказский федеральный округ	19,7	18,3	16,3	14,1	16,1	17,6	17,9	20,5	9,1	1,7	14,2
Республика Дагестан	12,0	11,6	9,0	7,5	8,3	7,7	8,4	16,7	-6,7	8,5	99,3
Республика Ингушетия	22,2	24,0	31,3	31,2	32,9	33,0	37,8	16,9	0,3	14,7	-55,4

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	9,9	7,3	8,6	9,6	10,5	12,7	13,7	18,3	20,9	7,8	33,7
Карачаево-Черкесская Республика	18,7	18,7	14,7	8,7	15,3	11,7	16,7	19,0	-23,5	41,9	14,1
Республика Северная Осетия-Алания	19,4	23,3	17,1	12,6	17,3	19,8	17,4	20,5	14,3	-12,2	18,0
Чеченская Республика	28,1	30,1	18,3	19,2	22,1	26,6	25,4	17,5	20,8	-4,6	-31,1
Ставропольский край	26,4	20,8	23,3	18,5	20,4	23,0	22,6	27,8	13,1	-1,8	23,1
Приволжский федеральный округ	19,6	17,5	17,1	12,7	15,3	16,2	17,7	15,7	5,8	9,4	-11,1
Республика Башкортостан	13,7	10,0	9,6	6,4	9,6	9,0	7,6	6,0	-6,7	-15,3	-20,6
Республика Марий Эл	21,4	36,2	26,6	19,1	24,2	26,4	26,7	30,5	9,1	1,0	14,2
Республика Мордовия	19,9	14,2	17,1	11,6	16,8	13,4	26,9	19,6	-20,3	101,1	-27,3
Республика Татарстан	18,1	17,1	16,0	13,2	15,5	15,9	14,8	13,9	2,9	-6,8	-6,4
Удмуртская Республика	13,7	13,7	14,0	10,7	11,8	15,6	20,8	15,5	32,4	33,6	-25,2
Чувашская Республика	13,1	11,4	11,2	6,5	7,1	7,3	7,6	8,7	3,3	4,2	14,9
Пермский край	41,4	32,4	29,0	20,8	29,0	32,2	36,1	24,8	11,0	12,3	-31,2
Кировская область	29,0	27,1	29,2	25,7	32,1	25,6	36,7	32,4	-20,3	43,2	-11,7
Нижегородская область	16,1	13,9	13,7	13,3	12,0	12,8	15,3	12,5	7,0	19,6	-18,0
Оренбургская область	36,3	33,6	35,6	22,2	25,8	30,5	29,2	33,5	18,2	-4,3	14,8
Пензенская область	8,3	7,4	7,3	7,2	6,4	8,9	7,3	7,8	38,8	-18,1	8,2
Самарская область	12,0	12,3	11,4	7,9	9,6	10,0	9,8	8,5	3,9	-2,3	-12,8
Саратовская область	21,4	16,4	17,2	11,5	16,0	19,5	22,1	20,1	22,0	13,4	-9,2
Ульяновская область	11,9	16,5	18,0	12,6	10,8	8,7	11,8	15,9	-19,9	36,0	35,0
Уральский федеральный округ							19,0	17,5			-7,8
Курганская область							22,4	18,2			-19,0
Свердловская область							39,2	18,1			-53,7
Тюменская область без автономного округа							55,0	24,9			-54,7
Ханты-Мансийский АО							28,2	16,4			-41,7
Ямало-Ненецкий АО							29,8	29,1			-2,3
Челябинская область							14,3	11,9			-16,9
ДНР						13,5	11,0	11,7		-18,2	6,1
Херсонская область						н/д	1,2	13,2			1025,0
Запорожская область						12,4	25,3	61,5		104,5	143,3
ЛНР						28,9	26,6	23,5		-8,0	-11,4

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	38 193	41 646	45 448	50 429	55 921	64 724	70 805	78 266
Северо-Западный федеральный округ	2404	2660	2662	3061	3430	3937	4187	4479
Республика Карелия	106	101	96	91	89	79	88	92
Республика Коми	127	133	160	139	153	210	244	294
Архангельская область без автоном- ного округа	326	415	428	468	494	516	566	620
Ненецкий автономный округ	1	3	5	5	6	5	11	14
Вологодская область	254	252	239	247	303	344	384	426
Калининградская область	218	263	243	522	704	913	973	878
Ленинградская область	495	599	554	611	621	607	469	413
Мурманская область	63	65	71	88	97	124	135	151
Новгородская область	86	85	86	94	98	170	213	227
Псковская область	86	105	125	119	136	171	201	224
г. Санкт-Петербург	642	639	655	677	729	798	903	1140
Южный федеральный округ	4127	4344	4735	5375	5502	6311	6834	7946
Республика Адыгея	84	87	107	113	123	172	197	202
Республика Калмыкия	23	25	26	33	34	39	48	57
Республика Крым	655	704	752	810	811	1307	1359	1599
Краснодарский край	1518	1677	1747	1907	1928	2078	2146	2468
Астраханская область	275	273	285	293	295	287	290	297
Волгоградская область	500	411	522	809	815	738	901	983
Ростовская область	955	1035	1156	1278	1344	1532	1734	2183
г. Севастополь	117	132	140	132	152	158	159	157
Северо-Кавказский федеральный округ	1575	1701	1951	2141	2693	3125	3261	3518
Республика Дагестан	299	321	374	405	477	642	703	814
Республика Ингушетия	88	92	125	142	170	258	306	312

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	380	399	432	479	503	505	506	464
Карачаево-Черкесская Республика	127	143	130	136	144	153	175	177
Республика Северная Осетия-Алания	25	52	103	126	178	232	251	268
Чеченская Республика	91	109	178	286	607	746	716	875
Ставропольский край	565	585	609	567	614	589	604	608
Приволжский федеральный округ	6775	7340	7678	8610	9528	11 908	12 866	14 968
Республика Башкортостан	763	829	923	1005	1062	1070	1552	2278
Республика Марий Эл	96	119	132	143	186	190	202	240
Республика Мордовия	139	152	162	205	269	298	392	485
Республика Татарстан	952	1027	1061	1192	1338	1527	1594	1477
Удмуртская Республика	188	234	319	354	366	446	445	492
Чувашская Республика	207	227	245	257	278	318	372	436
Пермский край	406	366	385	392	555	1810	880	1208
Кировская область	170	169	169	173	219	259	217	281
Нижегородская область	755	886	1067	1376	1499	1841	2288	2614
Оренбургская область	799	583	525	485	436	389	353	375
Пензенская область	273	285	319	340	417	578	770	888
Самарская область	735	1117	883	1080	1146	1303	1593	1761
Саратовская область	764	815	920	1004	1141	1296	1497	1596
Ульяновская область	528	531	568	604	616	583	711	837
Уральский федеральный округ							5231	5655
Курганская область							378	419
Свердловская область							1462	1588
Тюменская область без автономного округа							866	1057
Ханты-Мансийский АО							703	851
Ямало-Ненецкий АО							397	447
Челябинская область							1425	1293
ДНР						757	667	710
Херсонская область						46	163	172
Запорожская область						456	231	335
ЛНР						309	296	356

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	148,5	160,9	175,2	194,6	216,4	252,0	279,5	311,5	16,5	10,9	11,5
Северо-Западный федеральный округ	112,4	124,0	124,0	142,7	160,0	184,1	197,4	212,4	15,1	7,2	7,6
Республика Карелия	113,3	109,6	106,1	102,9	102,6	92,5	104,8	110,6	–9,9	13,3	5,6
Республика Коми	87,3	93,4	115,4	102,8	115,9	162,9	193,7	236,1	40,6	18,9	21,9
Архангельская область без автономного округа	178,9	231,5	243,7	273,0	295,3	316,0	355,9	395,3	7,0	12,6	11,1
Ненецкий автономный округ	10,6	32,2	54,4	55,2	67,5	57,1	126,6	161,4	–15,4	121,7	27,5
Вологодская область	118,3	117,3	111,9	116,6	144,7	167,2	191,4	215,2	15,6	14,4	12,5
Калининградская область	130,6	156,0	142,6	304,0	407,2	528,8	572,3	521,7	29,9	8,2	–8,8
Ленинградская область	202,5	241,0	218,6	237,8	237,8	228,1	174,9	154,1	–4,1	–23,3	–11,9
Мурманская область	49,9	51,7	56,9	71,4	79,9	104,1	116,0	131,3	30,3	11,4	13,2
Новгородская область	84,8	83,9	85,4	94,2	99,5	176,1	226,6	245,0	77,0	28,7	8,1
Псковская область	89,1	109,7	131,8	126,8	146,4	187,1	225,2	254,0	27,7	20,4	12,8
г. Санкт-Петербург	84,8	83,2	84,5	86,3	92,0	99,7	112,2	141,4	8,4	12,5	26,0
Южный федеральный округ	145,7	151,8	164,5	186,6	191,1	220,9	243,2	285,5	15,6	10,1	17,4
Республика Адыгея	97,5	99,4	119,9	124,7	133,8	185,6	213,9	220,2	38,7	15,2	2,9
Республика Калмыкия	39,5	43,3	45,5	58,4	61,0	71,9	92,0	111,5	17,9	28,0	21,2
Республика Крым	197,2	208,0	219,4	235,4	236,2	385,1	409,7	488,3	63,0	6,4	19,2
Краснодарский край	150,8	163,6	168,6	183,0	184,0	198,6	207,1	239,4	7,9	4,3	15,6
Астраханская область	140,3	139,1	145,7	150,7	152,4	149,9	154,8	160,5	–1,6	3,3	3,7
Волгоградская область	124,5	102,9	131,5	205,8	209,9	194,1	244,5	271,4	–7,6	26,0	11,0
Ростовская область	141,0	152,5	170,7	189,4	200,2	230,4	265,0	336,6	15,1	15,0	27,0
г. Севастополь	157,1	167,1	168,5	154,3	174,9	179,5	181,6	180,7	2,6	1,2	–0,5
Северо-Кавказский федеральный округ	68,7	74,1	85,0	93,6	117,8	137,4	145,3	158,1	16,6	5,8	8,8
Республика Дагестан	39,3	42,1	49,1	53,4	62,6	84,1	93,4	109,0	34,4	11,0	16,7
Республика Ингушетия	63,7	66,7	90,6	103,2	124,2	189,7	228,1	234,4	52,8	20,2	2,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	204,1	212,6	229,1	253,7	266,3	269,0	273,5	252,8	1,0	1,7	-7,6
Карачаево-Черкесская Республика	132,4	148,9	135,5	142,4	152,0	164,6	193,6	198,8	8,3	17,7	2,6
Республика Северная Осетия-Алания	18,5	38,8	77,5	95,6	136,7	181,0	199,6	215,1	32,4	10,2	7,8
Чеченская Республика	19,6	23,4	38,1	61,3	130,2	160,1	154,5	189,6	23,0	-3,5	22,7
Ставропольский край	110,5	114,3	119,1	111,3	121,3	117,5	122,7	124,9	-3,1	4,5	1,7
Приволжский федеральный округ	132,1	142,8	149,8	169,0	188,2	237,9	261,9	308,0	26,4	10,1	17,6
Республика Башкортостан	96,8	104,9	117,2	128,5	136,7	139,4	206,6	306,9	2,0	48,2	48,6
Республика Марий Эл	75,4	93,1	103,5	112,7	147,3	152,4	165,7	199,3	3,5	8,7	20,3
Республика Мордовия	119,3	132,3	143,5	184,9	247,4	280,9	381,4	479,9	13,5	35,8	25,8
Республика Татарстан	134,0	142,8	146,3	163,4	182,3	207,6	218,2	203,1	13,9	5,1	-6,9
Удмуртская Республика	64,5	80,1	110,7	124,4	129,7	160,1	163,0	182,4	23,4	1,8	11,9
Чувашская Республика	93,2	101,7	110,1	116,1	126,3	146,5	174,9	207,3	16,0	19,4	18,5
Пермский край	81,5	73,4	77,5	79,7	113,9	376,1	186,5	258,8	230,1	-50,4	38,8
Кировская область	85,4	85,2	86,1	89,5	115,7	139,8	119,8	157,1	20,9	-14,3	31,1
Нижегородская область	146,2	170,5	205,2	265,4	290,8	361,4	457,8	528,8	24,3	26,7	15,5
Оренбургская область	224,0	165,0	150,1	140,0	127,1	115,0	106,6	114,5	-9,5	-7,3	7,5
Пензенская область	136,8	143,8	163,1	176,5	219,7	310,3	424,4	496,6	41,3	36,7	17,0
Самарская область	140,9	212,6	167,8	205,7	219,1	251,3	312,3	348,6	14,7	24,3	11,6
Саратовская область	196,1	210,4	239,8	265,0	304,7	352,5	418,9	453,4	15,7	18,8	8,2
Ульяновская область	274,1	274,5	294,0	313,8	321,4	307,2	381,0	452,8	-4,4	24,0	18,9
Уральский федеральный округ							222,5	242,1			8,8
Курганская область							272,2	306,9			12,7
Свердловская область							376,2	204,3			-45,7
Тюменская область без автономного округа							530,2	323,6			-39,0
Ханты-Мансийский АО							380,9	230,6			-39,5
Ямало-Ненецкий АО							355,1	400,2			12,7
Челябинская область							229,5	210,3			-8,4
ДНР						226,4	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						308,1	н/д	н/д			
ЛНР						178,5	н/д	н/д			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	104 059	104 704	108 892	86 897	101 563	107 677	107 733	105 132
Северо-Западный федеральный округ	12 805	12 755	13 272	9892	11 769	11 836	11 172	11 939
Республика Карелия	476	486	573	469	507	574	502	416
Республика Коми	688	764	776	602	595	611	798	812
Архангельская область без автономного округа	1582	1718	1639	1202	1230	1355	1352	1260
Ненецкий автономный округ	85	99	79	64	66	80	106	118
Вологодская область	736	624	794	630	811	794	719	525
Калининградская область	361	574	629	378	384	189	165	290
Ленинградская область	1806	1839	2064	1471	1734	1586	1444	2230
Мурманская область	705	670	578	602	707	768	643	619
Новгородская область	155	165	146	107	86	108	115	140
Псковская область	217	235	253	207	199	168	154	180
г. Санкт-Петербург	5994	5581	5741	4160	5450	5603	5174	5349
Южный федеральный округ	9480	9980	10 628	8670	10 808	12 573	12 472	12 480
Республика Адыгея	108	78	92	60	24	63	104	109
Республика Калмыкия	97	117	121	62	169	104	131	123
Республика Крым	1404	1388	1544	1228	1462	1377	1188	1483
Краснодарский край	2824	3075	3472	3052	3660	4051	4081	4048
Астраханская область	853	772	755	691	834	975	1009	1190
Волгоградская область	2419	2274	1687	1442	1964	2537	2566	2394
Ростовская область	1657	2154	2822	1998	2559	3302	3225	3043
г. Севастополь	118	122	135	137	136	164	168	90
Северо-Кавказский федеральный округ	3169	3146	2686	2275	2727	3532	3434	3828
Республика Дагестан	1750	1766	1617	1344	1709	2451	2643	2795
Республика Ингушетия	67	70	68	75	58	53	59	59

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	81	51	45	38	25	33	33	117
Карачаево-Черкесская Республика	106	104	90	69	109	114	95	83
Республика Северная Осетия-Алания	131	102	65	40	29	29	25	38
Чеченская Республика	8	105	95	181	191	221	22	61
Ставропольский край	1026	948	706	528	606	631	557	675
Приволжский федеральный округ	17 244	16 821	16 786	13 110	14 788	15 444	15 851	15 275
Республика Башкортостан	1626	1427	1522	1408	1540	1596	1712	1568
Республика Марий Эл	162	217	193	149	168	212	204	199
Республика Мордовия	718	870	800	670	595	664	732	666
Республика Татарстан	1927	1431	1511	1168	1601	1574	1563	1277
Удмуртская Республика	871	897	920	814	1348	1331	1619	1665
Чувашская Республика	1085	1190	1163	887	852	827	586	533
Пермский край	2805	2817	2379	1265	1574	1835	1583	1251
Кировская область	834	967	980	892	898	508	583	698
Нижегородская область	1105	1064	1101	813	862	1103	1211	1517
Оренбургская область	1490	1329	1402	865	1185	1258	1256	1387
Пензенская область	795	738	740	629	653	654	578	562
Самарская область	1744	1863	2258	2192	2176	2476	2651	2569
Саратовская область	1695	1602	1397	1037	1044	1227	1286	1156
Ульяновская область	387	409	420	321	292	179	287	227
Уральский федеральный округ							17 351	16 299
Курганская область							812	781
Свердловская область							8198	7782
Тюменская область без автономного округа							1482	1838
Ханты-Мансийский АО							1489	1332
Ямало-Ненецкий АО							933	1076
Челябинская область							4437	3490
ДНР						622	685	570
Херсонская область						0	2	12
Запорожская область						138	282	555
ЛНР						303	616	420

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ И СОСТОЯНИЯМИ
СЛАБОУМИЯ У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	404,6	404,4	419,7	335,4	393,0	419,3	425,3	418,5	6,7	1,4	-1,6
Северо-Западный федеральный округ	598,9	594,5	618,2	461,0	549,0	553,6	526,8	566,0	0,8	-4,8	7,4
Республика Карелия	508,7	527,2	633,4	530,3	584,5	671,9	597,7	500,3	15,0	-11,0	-16,3
Республика Коми	473,1	536,4	559,6	445,2	450,7	474,0	633,4	652,2	5,2	33,6	3,0
Архангельская область без автономного округа	868,3	958,3	933,1	701,1	735,2	829,8	850,1	803,3	12,9	2,4	-5,5
Ненецкий автономный округ	903,1	1062,9	859,4	706,5	742,2	913,7	1219,7	1360,4	23,1	33,5	11,5
Вологодская область	342,8	290,4	371,6	297,5	387,3	386,0	358,3	265,2	-0,3	-7,2	-26,0
Калининградская область	216,2	340,4	369,1	220,1	222,1	109,5	97,1	172,3	-50,7	-11,3	77,5
Ленинградская область	738,8	740,0	814,4	572,5	664,0	596,1	538,6	832,0	-10,2	-9,6	54,5
Мурманская область	558,5	532,6	463,3	488,5	582,3	644,9	552,3	538,1	10,8	-14,4	-2,6
Новгородская область	152,9	162,9	145,0	107,3	87,3	111,9	122,4	151,1	28,1	9,4	23,5
Псковская область	224,8	245,6	266,8	220,6	214,3	183,8	172,5	204,1	-14,2	-6,1	18,3
г. Санкт-Петербург	791,7	727,0	740,5	530,5	687,9	700,3	643,1	663,7	1,8	-8,2	3,2
Южный федеральный округ	334,7	348,7	369,3	300,9	375,4	440,0	443,9	448,3	17,2	0,9	1,0
Республика Адыгея	125,4	89,1	103,1	66,2	26,1	68,0	112,9	118,8	160,4	66,1	5,2
Республика Калмыкия	166,7	202,6	211,9	109,8	303,1	191,7	251,2	240,7	-36,8	31,0	-4,2
Республика Крым	422,8	410,0	450,5	356,9	425,8	405,7	358,1	452,9	-4,7	-11,7	26,5
Краснодарский край	280,5	300,1	335,1	292,9	349,2	387,1	393,8	392,7	10,8	1,7	-0,3
Астраханская область	435,3	393,2	386,0	355,5	430,8	509,4	538,7	643,2	18,2	5,8	19,4
Волгоградская область	602,2	569,5	425,1	366,8	505,9	667,1	696,3	661,0	31,9	4,4	-5,1
Ростовская область	244,7	317,5	416,6	296,2	381,2	496,6	492,9	469,2	30,3	-0,7	-4,8
г. Севастополь	158,5	154,4	162,5	160,2	156,5	186,3	191,8	103,6	19,0	3,0	-46,0
Северо-Кавказский федеральный округ	138,3	137,1	117,1	99,4	119,3	155,3	153,1	172,0	30,1	-1,4	12,4
Республика Дагестан	230,0	231,8	212,5	177,2	224,3	321,3	351,1	374,3	43,2	9,3	6,6
Республика Ингушетия	48,5	50,8	49,3	54,5	42,4	39,0	44,0	44,3	-8,0	12,8	0,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	43,5	27,2	23,9	20,1	13,2	17,6	17,8	63,7	32,8	1,5	257,4
Карачаево-Черкесская Республика	110,5	108,3	93,8	72,2	115,1	122,6	105,1	93,2	6,6	-14,3	-11,3
Республика Северная Осетия-Алания	97,1	76,2	48,9	30,4	22,3	22,6	19,9	30,5	1,6	-12,2	53,4
Чеченская Республика	1,7	22,5	20,4	38,8	41,0	47,4	4,7	13,2	15,8	-90,0	178,5
Ставропольский край	200,7	185,2	138,0	103,6	119,7	125,9	113,2	138,6	5,2	-10,1	22,5
Приволжский федеральный округ	336,2	327,2	327,5	257,4	292,1	308,5	322,7	314,4	5,6	4,6	-2,6
Республика Башкортостан	206,3	180,6	193,3	180,1	198,2	207,9	227,9	211,3	4,9	9,6	-7,3
Республика Марий Эл	127,2	169,8	151,4	117,4	133,1	170,1	167,3	165,3	27,8	-1,6	-1,2
Республика Мордовия	616,1	757,4	708,8	604,4	547,2	625,8	712,1	659,0	14,4	13,8	-7,5
Республика Татарстан	271,3	199,0	208,3	160,1	218,1	214,0	213,9	175,6	-1,9	-0,1	-17,9
Удмуртская Республика	298,8	307,2	319,4	285,9	477,8	477,6	593,0	617,2	0,0	24,2	4,1
Чувашская Республика	488,6	533,1	522,6	400,6	387,1	380,9	275,6	253,4	-1,6	-27,7	-8,1
Пермский край	563,1	564,6	479,2	257,3	323,1	381,3	335,4	268,1	18,0	-12,0	-20,1
Кировская область	418,9	487,5	499,2	461,5	474,2	274,3	321,8	390,2	-42,2	17,3	21,2
Нижегородская область	214,0	204,8	211,7	156,8	167,2	216,5	242,3	306,9	29,5	11,9	26,7
Оренбургская область	417,7	376,1	400,9	249,8	345,5	371,9	379,2	423,6	7,7	1,9	11,7
Пензенская область	398,4	372,4	378,4	326,5	344,0	351,2	318,5	314,3	2,1	-9,3	-1,3
Самарская область	334,3	354,7	429,0	417,5	416,1	477,5	519,7	508,6	14,8	8,8	-2,1
Саратовская область	435,1	413,6	364,2	273,7	278,8	333,7	359,9	328,4	19,7	7,8	-8,7
Ульяновская область	200,9	211,5	217,4	166,8	152,4	94,3	153,8	122,8	-38,1	63,0	-20,1
Уральский федеральный округ							737,9	697,7			-5,4
Курганская область							584,7	572,1			-2,2
Свердловская область							2109,6	1001,3			-52,5
Тюменская область без автономного округа							907,4	562,7			-38,0
Ханты-Мансийский АО							806,8	360,9			-55,3
Ямало-Ненецкий АО							834,6	963,4			15,4
Челябинская область							714,7	567,6			-20,6
ДНР						186,0	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						93,2	н/д	н/д			
ЛНР						175,0	н/д	н/д			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	495 190	481 517	481 003	460 547	466 042	470 349	478 149	480 263
Северо-Западный федеральный округ	49 498	49 949	51 029	48 107	47 748	49 920	49 205	48 712
Республика Карелия	2072	2170	2300	2363	2480	2604	2613	2507
Республика Коми	3055	2997	2957	2696	2691	2752	2912	3293
Архангельская область без автоном- ного округа	5159	5392	5343	5344	5526	5637	5642	5435
Ненецкий автономный округ	330	434	440	459	399	434	412	428
Вологодская область	3983	3544	3755	3850	4047	4223	4171	3839
Калининградская область	1853	2139	2069	1634	1608	1777	1964	1467
Ленинградская область	5198	5597	6609	6042	5913	6329	6525	7955
Мурманская область	3236	3127	2990	2873	2824	3061	3093	3256
Новгородская область	1623	1437	1335	1251	1048	962	891	830
Псковская область	1688	1597	1715	1776	1685	1711	1662	1676
г. Санкт-Петербург	2 1301	21 515	21 516	19 819	19 527	20 430	19 320	18 026
Южный федеральный округ	52 871	52 607	53 674	51 845	53 116	56 715	57 639	57 958
Республика Адыгея	805	764	749	769	698	602	586	640
Республика Калмыкия	795	892	919	858	926	900	900	912
Республика Крым	6651	6567	7119	7322	7350	8034	8091	7994
Краснодарский край	15 524	16 524	16 678	15 500	15 078	17 165	17 672	18 773
Астраханская область	6988	6848	6671	6380	6283	6120	5543	5987
Волгоградская область	12 682	11 930	11 518	10 926	12 085	12 399	12 626	11 104
Ростовская область	8399	8069	9007	9070	9735	10 445	11 087	11 427
г. Севастополь	1027	1013	1013	1020	961	1050	1134	1121
Северо-Кавказский федеральный округ	28 343	26 351	24 247	23 666	23 073	22 580	22 503	23 528
Республика Дагестан	21 056	19 347	17 508	16 971	16 323	15 264	15 803	16 994
Республика Ингушетия	157	202	270	381	394	846	937	755

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	446	425	353	273	238	227	211	260
Карачаево-Черкесская Республика	564	577	525	489	497	535	554	482
Республика Северная Осетия-Алания	737	513	490	490	451	486	496	509
Чеченская Республика	70	142	173	323	520	741	485	560
Ставропольский край	5313	5145	4928	4739	4650	4481	4017	3968
Приволжский федеральный округ	91 774	88 558	85 664	80 637	81 290	80 479	82 091	84 103
Республика Башкортостан	11 939	11 384	11 940	11 676	11 806	11 778	12 058	12 421
Республика Марий Эл	1541	1503	1326	1177	1056	1056	1012	1016
Республика Мордовия	2111	2551	2612	2521	2635	2442	2522	2434
Республика Татарстан	9413	7235	6724	6432	6958	7328	7416	7628
Удмуртская Республика	3580	3353	3314	3032	3837	4041	4560	5177
Чувашская Республика	3416	3753	3883	3558	3384	3374	3300	3107
Пермский край	13 522	13 480	10 932	8716	8485	8643	8117	8984
Кировская область	5020	5017	5068	5185	4692	4435	4206	3804
Нижегородская область	8491	8037	7772	7073	7024	7068	7610	8276
Оренбургская область	5588	5637	5473	5251	5585	5724	6281	6192
Пензенская область	4756	4541	4279	3965	3796	3656	3443	3274
Самарская область	9732	9389	9869	9736	10 406	11 080	11 546	12 046
Саратовская область	9087	9088	9004	8507	8058	7955	7878	7796
Ульяновская область	3578	3590	3468	3808	3568	1899	2142	1948
Уральский федеральный округ							58 638	56 775
Курганская область							3947	3936
Свердловская область							25 167	26 384
Тюменская область без автономного округа							4518	4645
Ханты-Мансийский АО							6146	6661
Ямало-Ненецкий АО							4179	4456
Челябинская область							14 681	10 693
ДНР						6471	6468	6339
Херсонская область						77	134	244
Запорожская область						819	824	1284
ЛНР						5466	5056	4652

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1925,4	1860,0	1854,0	1777,6	1803,3	1831,5	1887,5	1911,7	1,6	3,1	1,3
Северо-Западный федеральный округ	2315,1	2327,9	2376,7	2242,2	2227,5	2334,9	2320,2	2309,5	4,8	–0,6	–0,5
Республика Карелия	2214,3	2353,9	2542,5	2671,6	2858,9	3048,3	3111,1	3015,1	6,6	2,1	–3,1
Республика Коми	2100,7	2104,1	2132,4	1993,9	2038,2	2135,0	2311,5	2644,7	4,8	8,3	14,4
Архангельская область без автономного округа	2831,4	3007,6	3041,9	3117,2	3303,2	3452,1	3547,4	3465,1	4,5	2,8	–2,3
Ненецкий автономный округ	3506,0	4659,7	4786,5	5067,1	4486,7	4956,6	4740,8	4934,3	10,5	–4,4	4,1
Вологодская область	1855,2	1649,4	1757,3	1818,0	1932,5	2052,9	2078,8	1939,6	6,2	1,3	–6,7
Калининградская область	1110,0	1268,4	1214,0	951,5	930,0	1029,1	1155,3	871,7	10,7	12,3	–24,5
Ленинградская область	2126,3	2252,2	2607,7	2351,6	2264,3	2378,7	2433,9	2967,9	5,1	2,3	21,9
Мурманская область	2563,5	2485,5	2396,8	2331,5	2325,8	2570,4	2656,8	2830,5	10,5	3,4	6,5
Новгородская область	1600,8	1418,3	1326,0	1254,2	1063,7	996,4	948,0	896,0	–6,3	–4,9	–5,5
Псковская область	1748,7	1669,1	1808,5	1892,7	1814,4	1871,8	1861,8	1900,7	3,2	–0,5	2,1
г. Санкт-Петербург	2813,3	2802,8	2775,3	2527,5	2464,6	2553,3	2401,2	2236,6	3,6	–6,0	–6,9
Южный федеральный округ	1866,4	1838,3	1865,0	1799,5	1845,0	1984,8	2051,3	2082,1	7,6	3,4	1,5
Республика Адыгея	934,6	873,0	839,0	848,4	759,5	649,7	636,3	697,7	–14,5	–2,1	9,6
Республика Калмыкия	1366,1	1544,8	1609,4	1519,2	1661,0	1658,8	1725,7	1784,4	–0,1	4,0	3,4
Республика Крым	2002,7	1940,1	2077,3	2128,0	2140,9	2367,1	2439,0	2441,3	10,6	3,0	0,1
Краснодарский край	1541,7	1612,4	1609,7	1487,3	1438,8	1640,2	1705,4	1821,4	14,0	4,0	6,8
Астраханская область	3565,7	3488,2	3410,9	3282,1	3245,8	3197,3	2959,4	3236,2	–1,5	–7,4	9,4
Волгоградская область	3157,1	2987,7	2902,7	2779,2	3113,0	3260,5	3426,4	3065,9	4,7	5,1	–10,5
Ростовская область	1240,2	1189,3	1329,7	1344,5	1450,3	1570,8	1694,5	1761,9	8,3	7,9	4,0
г. Севастополь	1379,1	1282,4	1219,0	1192,5	1106,1	1192,7	1294,9	1290,4	7,8	8,6	–0,3
Северо-Кавказский федеральный округ	1237,2	1148,2	1056,7	1034,2	1009,7	992,5	1003,0	1057,2	–1,7	1,1	5,4
Республика Дагестан	2767,7	2539,4	2300,8	2238,0	2142,7	2000,7	2099,3	2275,5	–6,6	4,9	8,4
Республика Ингушетия	113,6	146,5	195,8	276,9	287,8	622,2	698,4	567,2	116,2	12,3	–18,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	239,5	226,4	187,2	144,6	126,0	120,9	114,0	141,7	-4,1	-5,7	24,2
Карачаево-Черкесская Республика	587,8	600,8	547,4	511,9	524,6	575,4	613,0	541,3	9,7	6,5	-11,7
Республика Северная Осетия-Алания	546,1	383,1	368,5	371,8	346,4	379,2	394,3	408,5	9,5	4,0	3,6
Чеченская Республика	15,1	30,5	37,1	69,2	111,5	159,0	104,7	121,4	42,6	-34,2	16,0
Ставропольский край	1039,3	1005,3	963,4	930,1	918,5	893,9	816,2	814,8	-2,7	-8,7	-0,2
Приволжский федеральный округ	1789,1	1722,4	1671,6	1582,9	1605,9	1607,7	1671,3	1730,9	0,1	4,0	3,6
Республика Башкортостан	1514,5	1441,1	1516,6	1493,5	1519,4	1534,2	1605,1	1673,6	1,0	4,6	4,3
Республика Марий Эл	1210,2	1176,0	1040,0	927,6	836,5	847,1	830,1	843,8	1,3	-2,0	1,7
Республика Мордовия	1811,5	2220,9	2314,3	2274,3	2423,2	2301,6	2453,5	2408,5	-5,0	6,6	-1,8
Республика Татарстан	1325,4	1006,0	926,9	881,5	948,0	996,5	1015,0	1049,0	5,1	1,9	3,4
Удмуртская Республика	1228,0	1148,3	1150,4	1065,1	1360,1	1450,2	1670,3	1919,0	6,6	15,2	14,9
Чувашская Республика	1538,3	1681,3	1745,0	1606,8	1537,5	1554,1	1552,0	1477,1	1,1	-0,1	-4,8
Пермский край	2714,5	2701,9	2202,0	1772,6	1741,9	1796,0	1719,9	1925,0	3,1	-4,2	11,9
Кировская область	2521,6	2529,1	2581,5	2682,7	2477,9	2394,3	2321,8	2126,6	-3,4	-3,0	-8,4
Нижегородская область	1644,5	1546,8	1494,7	1364,1	1362,8	1387,6	1522,6	1674,2	1,8	9,7	10,0
Оренбургская область	1566,6	1595,2	1565,0	1516,3	1628,2	1692,4	1896,3	1891,1	3,9	12,0	-0,3
Пензенская область	2383,6	2291,7	2188,2	2057,9	1999,5	1963,0	1897,5	1830,9	-1,8	-3,3	-3,5
Самарская область	1865,6	1787,3	1875,2	1854,3	1989,9	2136,9	2263,5	2384,9	7,4	5,9	5,4
Саратовская область	2332,6	2346,0	2347,2	2245,3	2151,6	2163,6	2204,5	2214,7	0,6	1,9	0,5
Ульяновская область	1857,4	1856,1	1795,2	1978,2	1861,7	1000,7	1147,7	1053,9	-46,2	14,7	-8,2
Уральский федеральный округ							2493,7	2430,4			-2,5
Курганская область							2842,3	2883,0			1,4
Свердловская область							6476,2	3394,7			-47,6
Тюменская область без автономного округа							2766,3	1422,0			-48,6
Ханты-Мансийский АО							3330,3	1804,7			-45,8
Ямало-Ненецкий АО							3738,2	3989,7			6,7
Челябинская область							2364,7	1739,0			-26,5
ДНР						1935,2	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						553,4	н/д	н/д			
ЛНР						3157,0	н/д	н/д			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	104 059	104 704	108 892	86 897	101 563	107 677	107 733	105 132
Северо-Западный федеральный округ	12 805	12 755	13 272	9892	11 769	11 836	11 172	11 939
Республика Карелия	476	486	573	469	507	574	502	416
Республика Коми	688	764	776	602	595	611	798	812
Архангельская область без автоном- ного округа	1582	1718	1639	1202	1230	1355	1352	1260
Ненецкий автономный округ	85	99	79	64	66	80	106	118
Вологодская область	736	624	794	630	811	794	719	525
Калининградская область	361	574	629	378	384	189	165	290
Ленинградская область	1806	1839	2064	1471	1734	1586	1444	2230
Мурманская область	705	670	578	602	707	768	643	619
Новгородская область	155	165	146	107	86	108	115	140
Псковская область	217	235	253	207	199	168	154	180
г. Санкт-Петербург	5994	5581	5741	4160	5450	5603	5174	5349
Южный федеральный округ	9480	9980	10 628	8670	10 808	12 573	12 472	12 480
Республика Адыгея	108	78	92	60	24	63	104	109
Республика Калмыкия	97	117	121	62	169	104	131	123
Республика Крым	1404	1388	1544	1228	1462	1377	1188	1483
Краснодарский край	2824	3075	3472	3052	3660	4051	4081	4048
Астраханская область	853	772	755	691	834	975	1009	1190
Волгоградская область	2419	2274	1687	1442	1964	2537	2566	2394
Ростовская область	1657	2154	2822	1998	2559	3302	3225	3043
г. Севастополь	118	122	135	137	136	164	168	90
Северо-Кавказский федеральный округ	3169	3146	2686	2275	2727	3532	3434	3828
Республика Дагестан	1750	1766	1617	1344	1709	2451	2643	2795
Республика Ингушетия	67	70	68	75	58	53	59	59
Кабардино-Балкар- ская Республика	81	51	45	38	25	33	33	117

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	106	104	90	69	109	114	95	83
Республика Северная Осетия-Алания	131	102	65	40	29	29	25	38
Чеченская Республика	8	105	95	181	191	221	22	61
Ставропольский край	1026	948	706	528	606	631	557	675
Приволжский федеральный округ	17 244	16 821	16 786	13 110	14 788	15 444	15 851	15 275
Республика Башкортостан	1626	1427	1522	1408	1540	1596	1712	1568
Республика Марий Эл	162	217	193	149	168	212	204	199
Республика Мордовия	718	870	800	670	595	664	732	666
Республика Татарстан	1927	1431	1511	1168	1601	1574	1563	1277
Удмуртская Республика	871	897	920	814	1348	1331	1619	1665
Чувашская Республика	1085	1190	1163	887	852	827	586	533
Пермский край	2805	2817	2379	1265	1574	1835	1583	1251
Кировская область	834	967	980	892	898	508	583	698
Нижегородская область	1105	1064	1101	813	862	1103	1211	1517
Оренбургская область	1490	1329	1402	865	1185	1258	1256	1387
Пензенская область	795	738	740	629	653	654	578	562
Самарская область	1744	1863	2258	2192	2176	2476	2651	2569
Саратовская область	1695	1602	1397	1037	1044	1227	1286	1156
Ульяновская область	387	409	420	321	292	179	287	227
Уральский федеральный округ							17 351	16 299
Курганская область							812	781
Свердловская область							8198	7782
Тюменская область без автономного округа							1482	1838
Ханты-Мансийский АО							1489	1332
Ямало-Ненецкий АО							933	1076
Челябинская область							4437	3490
ДНР						622	685	570
Херсонская область						0	2	12
Запорожская область						138	282	555
ЛНР						303	616	420

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	404,6	404,4	419,7	335,4	393,0	419,3	425,3	418,5	6,7	1,4	-1,6
Северо-Западный федеральный округ	598,9	594,5	618,2	461,0	549,0	553,6	526,8	566,0	0,8	-4,8	7,4
Республика Карелия	508,7	527,2	633,4	530,3	584,5	671,9	597,7	500,3	15,0	-11,0	-16,3
Республика Коми	473,1	536,4	559,6	445,2	450,7	474,0	633,4	652,2	5,2	33,6	3,0
Архангельская область без автономного округа	868,3	958,3	933,1	701,1	735,2	829,8	850,1	803,3	12,9	2,4	-5,5
Ненецкий автономный округ	903,1	1062,9	859,4	706,5	742,2	913,7	1219,7	1360,4	23,1	33,5	11,5
Вологодская область	342,8	290,4	371,6	297,5	387,3	386,0	358,3	265,2	-0,3	-7,2	-26,0
Калининградская область	216,2	340,4	369,1	220,1	222,1	109,5	97,1	172,3	-50,7	-11,3	77,5
Ленинградская область	738,8	740,0	814,4	572,5	664,0	596,1	538,6	832,0	-10,2	-9,6	54,5
Мурманская область	558,5	532,6	463,3	488,5	582,3	644,9	552,3	538,1	10,8	-14,4	-2,6
Новгородская область	152,9	162,9	145,0	107,3	87,3	111,9	122,4	151,1	28,1	9,4	23,5
Псковская область	224,8	245,6	266,8	220,6	214,3	183,8	172,5	204,1	-14,2	-6,1	18,3
г. Санкт-Петербург	791,7	727,0	740,5	530,5	687,9	700,3	643,1	663,7	1,8	-8,2	3,2
Южный федеральный округ	334,7	348,7	369,3	300,9	375,4	440,0	443,9	448,3	17,2	0,9	1,0
Республика Адыгея	125,4	89,1	103,1	66,2	26,1	68,0	112,9	118,8	160,4	66,1	5,2
Республика Калмыкия	166,7	202,6	211,9	109,8	303,1	191,7	251,2	240,7	-36,8	31,0	-4,2
Республика Крым	422,8	410,0	450,5	356,9	425,8	405,7	358,1	452,9	-4,7	-11,7	26,5
Краснодарский край	280,5	300,1	335,1	292,9	349,2	387,1	393,8	392,7	10,8	1,7	-0,3
Астраханская область	435,3	393,2	386,0	355,5	430,8	509,4	538,7	643,2	18,2	5,8	19,4
Волгоградская область	602,2	569,5	425,1	366,8	505,9	667,1	696,3	661,0	31,9	4,4	-5,1
Ростовская область	244,7	317,5	416,6	296,2	381,2	496,6	492,9	469,2	30,3	-0,7	-4,8
г. Севастополь	158,5	154,4	162,5	160,2	156,5	186,3	191,8	103,6	19,0	3,0	-46,0
Северо-Кавказский федеральный округ	138,3	137,1	117,1	99,4	119,3	155,3	153,1	172,0	30,1	-1,4	12,4
Республика Дагестан	230,0	231,8	212,5	177,2	224,3	321,3	351,1	374,3	43,2	9,3	6,6
Республика Ингушетия	48,5	50,8	49,3	54,5	42,4	39,0	44,0	44,3	-8,0	12,8	0,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	43,5	27,2	23,9	20,1	13,2	17,6	17,8	63,7	32,8	1,5	257,4
Карачаево-Черкесская Республика	110,5	108,3	93,8	72,2	115,1	122,6	105,1	93,2	6,6	-14,3	-11,3
Республика Северная Осетия-Алания	97,1	76,2	48,9	30,4	22,3	22,6	19,9	30,5	1,6	-12,2	53,4
Чеченская Республика	1,7	22,5	20,4	38,8	41,0	47,4	4,7	13,2	15,8	-90,0	178,5
Ставропольский край	200,7	185,2	138,0	103,6	119,7	125,9	113,2	138,6	5,2	-10,1	22,5
Приволжский федеральный округ	336,2	327,2	327,5	257,4	292,1	308,5	322,7	314,4	5,6	4,6	-2,6
Республика Башкор-тостан	206,3	180,6	193,3	180,1	198,2	207,9	227,9	211,3	4,9	9,6	-7,3
Республика Марий Эл	127,2	169,8	151,4	117,4	133,1	170,1	167,3	165,3	27,8	-1,6	-1,2
Республика Мордовия	616,1	757,4	708,8	604,4	547,2	625,8	712,1	659,0	14,4	13,8	-7,5
Республика Татарстан	271,3	199,0	208,3	160,1	218,1	214,0	213,9	175,6	-1,9	-0,1	-17,9
Удмуртская Республика	298,8	307,2	319,4	285,9	477,8	477,6	593,0	617,2	0,0	24,2	4,1
Чувашская Республика	488,6	533,1	522,6	400,6	387,1	380,9	275,6	253,4	-1,6	-27,7	-8,1
Пермский край	563,1	564,6	479,2	257,3	323,1	381,3	335,4	268,1	18,0	-12,0	-20,1
Кировская область	418,9	487,5	499,2	461,5	474,2	274,3	321,8	390,2	-42,2	17,3	21,2
Нижегородская область	214,0	204,8	211,7	156,8	167,2	216,5	242,3	306,9	29,5	11,9	26,7
Оренбургская область	417,7	376,1	400,9	249,8	345,5	371,9	379,2	423,6	7,7	1,9	11,7
Пензенская область	398,4	372,4	378,4	326,5	344,0	351,2	318,5	314,3	2,1	-9,3	-1,3
Самарская область	334,3	354,7	429,0	417,5	416,1	477,5	519,7	508,6	14,8	8,8	-2,1
Саратовская область	435,1	413,6	364,2	273,7	278,8	333,7	359,9	328,4	19,7	7,8	-8,7
Ульяновская область	200,9	211,5	217,4	166,8	152,4	94,3	153,8	122,8	-38,1	63,0	-20,1
Уральский федеральный округ							737,9	697,7			-5,4
Курганская область							584,7	572,1			-2,2
Свердловская область							2109,6	1001,3			-52,5
Тюменская область без автономного округа							907,4	562,7			-38,0
Ханты-Мансийский АО							806,8	360,9			-55,3
Ямало-Ненецкий АО							834,6	963,4			15,4
Челябинская область							714,7	567,6			-20,6
ДНР						186,0	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						93,2	н/д	н/д			
ЛНР						175,0	н/д	н/д			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	174 102	172 216	171 102	163 182	161 577	161 276	159 533	156 432
Северо-Западный федеральный округ	16 583	16 057	16 336	15 722	15 864	16 177	16 535	16 404
Республика Карелия	327	339	342	309	330	299	312	299
Республика Коми	1108	1062	996	950	918	930	961	932
Архангельская область без автономного округа	1190	1145	1113	1101	1094	1114	1108	1031
Ненецкий автономный округ	61	58	65	48	56	60	60	46
Вологодская область	1611	1503	1522	1553	1586	1566	1500	1489
Калининградская область	1007	888	947	918	940	920	1103	961
Ленинградская область	2503	1808	1884	1617	1647	1746	1825	1852
Мурманская область	981	1069	1083	1088	1075	1092	1053	1031
Новгородская область	1423	1561	1586	1352	1101	1050	1002	942
Псковская область	741	755	743	666	649	663	659	710
г. Санкт-Петербург	5631	5869	6055	6120	6468	6737	6952	7111
Южный федеральный округ	16 655	16 944	18 042	16 985	16 929	17 399	17 594	18 017
Республика Адыгея	495	522	583	522	476	567	484	507
Республика Калмыкия	310	322	329	310	330	367	368	416
Республика Крым	1256	1319	1309	1262	1419	1213	1240	1247
Краснодарский край	8434	8490	9187	8384	7840	8136	8123	8468
Астраханская область	962	1027	1029	1017	1015	998	998	986
Волгоградская область	2240	2352	2673	2671	3095	3312	3548	3393
Ростовская область	2742	2721	2722	2593	2536	2532	2548	2707
г. Севастополь	216	191	210	226	218	274	285	293
Северо-Кавказский федеральный округ	12 186	11 958	11 331	11 271	11 269	11 647	11 512	11 819
Республика Дагестан	5568	5239	4138	3766	3585	3422	3288	3234
Республика Ингушетия	1299	1406	1548	1624	1661	1834	1859	1965
Кабардино-Балкарская Республика	395	407	434	469	511	534	559	605

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	443	463	431	419	447	416	426	444
Республика Северная Осетия-Алания	523	619	646	655	649	733	751	772
Чеченская Республика	957	888	945	1081	1225	1433	1285	1368
Ставропольский край	3001	2936	3189	3257	3191	3275	3344	3431
Приволжский федеральный округ	35 894	34 961	34 410	32 247	30 951	29 983	29 496	28 352
Республика Башкортостан	3953	3745	3587	3222	2889	2268	1895	1689
Республика Марий Эл	1190	1236	1203	1128	1120	1112	1089	1085
Республика Мордовия	505	481	428	379	373	398	460	519
Республика Татарстан	4003	4048	3906	3590	3443	3383	3115	2857
Удмуртская Республика	2234	2081	1975	1877	1750	1714	1810	1740
Чувашская Республика	1105	1024	994	838	805	741	721	736
Пермский край	6081	5965	5888	5415	5306	5338	5345	4890
Кировская область	2882	2792	2618	2556	2408	2213	2217	2146
Нижегородская область	3846	3559	3668	3294	3064	3027	2991	3092
Оренбургская область	3295	3334	3304	3243	3250	3223	3223	3063
Пензенская область	729	728	759	760	738	723	678	658
Самарская область	3060	3070	3171	3069	3066	3335	3277	3312
Саратовская область	2196	2075	2110	2002	2010	2023	2088	1970
Ульяновская область	815	823	799	874	729	485	587	595
Уральский федеральный округ							14 166	13 838
Курганская область							936	875
Свердловская область							4725	4553
Тюменская область без автономного округа							2105	2112
Ханты-Мансийский АО							1911	1962
Ямало-Ненецкий АО							925	795
Челябинская область							3564	3541
ДНР						2786	2991	2615
Херсонская область						113	112	152
Запорожская область						337	360	580
ЛНР						1287	1218	1219

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	677,0	665,2	659,5	629,8	625,2	628,0	629,8	622,7	0,4	0,3	-1,1
Северо-Западный федеральный округ	775,6	748,3	760,9	732,8	740,1	756,6	779,7	777,7	2,2	3,0	-0,3
Республика Карелия	349,5	367,7	378,1	349,4	380,4	350,0	371,5	359,6	-8,0	6,1	-3,2
Республика Коми	761,9	745,6	718,3	702,6	695,3	721,5	762,8	748,5	3,8	5,7	-1,9
Архангельская область без автономного округа	653,1	638,7	633,7	642,2	653,9	682,2	696,7	657,3	4,3	2,1	-5,6
Ненецкий автономный округ	648,1	622,7	707,1	529,9	629,7	685,2	690,4	530,3	8,8	0,8	-23,2
Вологодская область	750,4	699,5	712,3	733,3	757,3	761,3	747,6	752,3	0,5	-1,8	0,6
Калининградская область	603,2	526,6	555,7	534,5	543,7	532,8	648,8	571,0	-2,0	21,8	-12,0
Ленинградская область	1023,9	727,5	743,4	629,3	630,7	656,2	680,7	691,0	4,0	3,7	1,5
Мурманская область	777,1	849,7	868,1	882,9	885,4	917,0	904,5	896,3	3,6	-1,4	-0,9
Новгородская область	1403,5	1540,7	1575,3	1355,5	1117,5	1087,5	1066,1	1016,9	-2,7	-2,0	-4,6
Псковская область	767,6	789,1	783,5	709,8	698,9	725,3	738,2	805,2	3,8	1,8	9,1
г. Санкт-Петербург	743,7	764,6	781,0	780,5	816,4	842,0	864,0	882,3	3,1	2,6	2,1
Южный федеральный округ	587,9	592,1	626,9	589,5	588,0	608,9	626,1	647,2	3,5	2,8	3,4
Республика Адыгея	574,7	596,5	653,1	575,9	517,9	611,9	525,5	552,7	18,2	-14,1	5,2
Республика Калмыкия	532,7	557,7	576,2	548,9	591,9	676,4	705,6	813,9	14,3	4,3	15,4
Республика Крым	378,2	389,7	382,0	366,8	413,3	357,4	373,8	380,8	-13,5	4,6	1,9
Краснодарский край	837,6	828,4	886,7	804,5	748,1	777,4	783,9	821,6	3,9	0,8	4,8
Астраханская область	490,9	523,1	526,1	523,2	524,3	521,4	532,8	533,0	-0,6	2,2	0,0
Волгоградская область	557,6	589,0	673,6	679,4	797,3	870,9	962,8	936,8	9,2	10,6	-2,7
Ростовская область	404,9	401,0	401,9	384,4	377,8	380,8	389,4	417,4	0,8	2,3	7,2
г. Севастополь	290,1	241,8	252,7	264,2	250,9	311,2	325,4	337,3	24,0	4,6	3,6
Северо-Кавказский федеральный округ	531,9	521,0	493,8	492,6	493,1	512,0	513,1	531,1	3,8	0,2	3,5
Республика Дагестан	731,9	687,6	543,8	496,6	470,6	448,5	436,8	433,0	-4,7	-2,6	-0,9
Республика Ингушетия	940,1	1019,9	1122,6	1180,5	1213,2	1348,8	1385,7	1476,3	11,2	2,7	6,5

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	212,1	216,9	230,1	248,4	270,6	284,5	302,1	329,6	5,1	6,2	9,1
Карачаево-Черкесская Республика	461,7	482,1	449,4	438,6	471,8	447,4	471,4	498,6	-5,2	5,4	5,8
Республика Северная Осетия-Алания	387,5	462,2	485,8	497,0	498,4	571,9	597,1	619,5	14,7	4,4	3,8
Чеченская Республика	206,4	190,6	202,5	231,6	262,7	307,6	277,3	296,5	17,1	-9,8	6,9
Ставропольский край	587,1	573,7	623,4	639,2	630,3	653,3	679,5	704,6	3,7	4,0	3,7
Приволжский федеральный округ	699,7	680,0	671,4	633,0	611,4	599,0	600,5	583,5	-2,0	0,3	-2,8
Республика Башкортостан	501,4	474,1	455,6	412,1	371,8	295,4	252,3	227,6	-20,5	-14,6	-9,8
Республика Марий Эл	934,5	967,1	943,5	889,0	887,2	892,1	893,2	901,1	0,6	0,1	0,9
Республика Мордовия	433,4	418,8	379,2	341,9	343,0	375,1	447,5	513,6	9,4	19,3	14,8
Республика Татарстан	563,6	562,8	538,4	492,0	469,1	460,0	426,3	392,9	-1,9	-7,3	-7,8
Удмуртская Республика	766,3	712,7	685,6	659,3	620,3	615,1	663,0	645,0	-0,8	7,8	-2,7
Чувашская Республика	497,6	458,7	446,7	378,4	365,7	341,3	339,1	349,9	-6,7	-0,7	3,2
Пермский край	1220,8	1195,6	1186,0	1101,2	1089,3	1109,2	1132,6	1047,8	1,8	2,1	-7,5
Кировская область	1447,7	1407,5	1333,5	1322,5	1271,7	1194,7	1223,8	1199,7	-6,1	2,4	-2,0
Нижегородская область	744,9	685,0	705,4	635,3	594,5	594,3	598,4	625,5	0,0	0,7	4,5
Оренбургская область	923,8	943,5	944,8	936,4	947,5	952,9	973,0	935,5	0,6	2,1	-3,9
Пензенская область	365,4	367,4	388,1	394,5	388,7	388,2	373,7	368,0	-0,1	-3,7	-1,5
Самарская область	586,6	584,4	602,5	584,5	586,3	643,2	642,4	655,7	9,7	-0,1	2,1
Саратовская область	563,7	535,7	550,0	528,4	536,7	550,2	584,3	559,6	2,5	6,2	-4,2
Ульяновская область	423,1	425,5	413,6	454,0	380,4	255,6	314,5	321,9	-32,8	23,1	2,3
Уральский федеральный округ							602,4	592,4			-1,7
Курганская область							674,0	640,9			-4,9
Свердловская область							1215,9	585,8			-51,8
Тюменская область без автономного округа							1288,8	646,6			-49,8
Ханты-Мансийский АО							1035,5	531,6			-48,7
Ямало-Ненецкий АО							827,4	711,8			-14,0
Челябинская область							574,1	575,9			0,3
ДНР						833,2	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						227,7	н/д	н/д			
ЛНР						743,3	н/д	н/д			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	22 253	20 970	20 623	15 539	18 335	19 568	19 456	17 930
Северо-Западный федеральный округ	2025	1800	1686	1243	1470	1610	1615	1578
Республика Карелия	39	27	28	15	16	17	23	19
Республика Коми	113	114	88	84	72	106	130	108
Архангельская область без автоном- ного округа	268	235	195	114	138	132	132	106
Ненецкий автономный округ	7	22	11	6	15	6	4	3
Вологодская область	189	186	185	178	195	233	213	251
Калининградская область	92	86	104	52	72	23	54	62
Ленинградская область	378	212	226	139	223	271	287	198
Мурманская область	109	115	112	102	91	109	65	74
Новгородская область	229	198	191	115	107	125	108	131
Псковская область	88	108	77	70	76	80	96	128
г. Санкт-Петербург	513	497	469	368	465	508	503	498
Южный федеральный округ	2258	2262	2514	1961	2371	2652	2612	2517
Республика Адыгея	49	90	113	46	26	54	101	105
Республика Калмыкия	42	44	51	26	37	74	72	82
Республика Крым	190	193	179	192	243	204	156	164
Краснодарский край	1191	1064	1337	985	1138	1264	1089	938
Астраханская область	115	118	76	49	83	74	86	94
Волгоградская область	324	371	413	345	476	571	654	600
Ростовская область	328	368	322	296	341	368	427	507
г. Севастополь	19	14	23	22	27	43	27	27
Северо-Кавказский федеральный округ	1304	1203	1144	928	1089	1224	1263	1296
Республика Дагестан	251	213	200	177	177	174	179	242
Республика Ингушетия	97	108	150	73	80	122	137	69

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	65	48	45	62	77	76	99	112
Карачаево-Черкесская Республика	59	66	47	33	56	38	64	58
Республика Северная Осетия-Алания	98	125	106	67	86	87	71	77
Чеченская Республика	199	159	119	136	158	228	201	134
Ставропольский край	535	484	477	380	455	499	512	604
Приволжский федеральный округ	4139	3656	3553	2503	3132	3188	3532	2953
Республика Башкортостан	378	261	212	144	174	160	162	112
Республика Марий Эл	115	193	146	102	137	130	141	144
Республика Мордовия	95	83	76	50	67	80	110	101
Республика Татарстан	431	391	374	291	374	378	299	249
Удмуртская Республика	185	189	180	133	155	201	271	189
Чувашская Республика	114	102	96	47	59	55	63	80
Пермский край	796	613	579	357	572	659	734	455
Кировская область	291	282	276	240	273	230	300	289
Нижегородская область	441	390	385	336	338	294	351	287
Оренбургская область	478	421	473	299	340	330	349	383
Пензенская область	65	71	66	64	57	70	72	68
Самарская область	303	310	279	184	236	228	226	214
Саратовская область	386	285	349	212	286	333	396	320
Ульяновская область	61	65	62	44	64	40	58	62
Уральский федеральный округ							1637	1443
Курганская область							105	97
Свердловская область							628	562
Тюменская область без автономного округа							332	317
Ханты-Мансийский АО							154	201
Ямало-Ненецкий АО							92	77
Челябинская область							326	189
ДНР						263	221	240
Херсонская область						0	1	24
Запорожская область						28	105	220
ЛНР						215	146	163

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ДЕТЕЙ (0–14 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	86,5	81,0	79,5	60,0	70,9	76,2	76,8	71,4	7,4	0,8	-7,1
Северо-Западный федеральный округ	94,7	83,9	78,5	57,9	68,6	75,3	76,2	74,8	9,8	1,1	-1,8
Республика Карелия	41,7	29,3	31,0	17,0	18,4	19,9	27,4	22,9	7,9	37,6	-16,6
Республика Коми	77,7	80,0	63,5	62,1	54,5	82,2	103,2	86,7	50,8	25,5	-15,9
Архангельская область без автономного округа	147,1	131,1	111,0	66,5	82,5	80,8	83,0	67,6	-2,0	2,7	-18,6
Ненецкий автономный округ	74,4	236,2	119,7	66,2	168,7	68,5	46,0	34,6	-59,4	-32,8	-24,9
Вологодская область	88,0	86,6	86,6	84,1	93,1	113,3	106,2	126,8	21,6	-6,3	19,5
Калининградская область	55,1	51,0	61,0	30,3	41,6	13,3	31,8	36,8	-68,0	138,5	16,0
Ленинградская область	154,6	85,3	89,2	54,1	85,4	101,9	107,1	73,9	19,3	5,1	-31,0
Мурманская область	86,3	91,4	89,8	82,8	74,9	91,5	55,8	64,3	22,1	-39,0	15,2
Новгородская область	225,9	195,4	189,7	115,3	108,6	129,5	114,9	141,4	19,2	-11,2	23,1
Псковская область	91,2	112,9	81,2	74,6	81,8	87,5	107,5	145,2	6,9	22,9	35,0
г. Санкт-Петербург	67,8	64,7	60,5	46,9	58,7	63,5	62,5	61,8	8,2	-1,5	-1,2
Южный федеральный округ	79,7	79,0	87,4	68,1	82,4	92,8	93,0	90,4	12,7	0,2	-2,7
Республика Адыгея	56,9	102,8	126,6	50,8	28,3	58,3	109,7	114,5	106,0	88,2	4,4
Республика Калмыкия	72,2	76,2	89,3	46,0	66,4	136,4	138,1	160,4	105,5	1,2	16,2
Республика Крым	57,2	57,0	52,2	55,8	70,8	60,1	47,0	50,1	-15,1	-21,8	6,5
Краснодарский край	118,3	103,8	129,0	94,5	108,6	120,8	105,1	91,0	11,2	-13,0	-13,4
Астраханская область	58,7	60,1	38,9	25,2	42,9	38,7	45,9	50,8	-9,8	18,8	10,7
Волгоградская область	80,7	92,9	104,1	87,8	122,6	150,2	177,5	165,7	22,5	18,2	-6,7
Ростовская область	48,4	54,2	47,5	43,9	50,8	55,3	65,3	78,2	8,9	17,9	19,8
г. Севастополь	25,5	17,7	27,7	25,7	31,1	48,8	30,8	31,1	57,2	-36,9	0,8
Северо-Кавказский федеральный округ	56,9	52,4	49,9	40,6	47,7	53,8	56,3	58,2	12,9	4,6	3,4
Республика Дагестан	33,0	28,0	26,3	23,3	23,2	22,8	23,8	32,4	-1,8	4,3	36,3
Республика Ингушетия	70,2	78,3	108,8	53,1	58,4	89,7	102,1	51,8	53,6	13,8	-49,2

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	34,9	25,6	23,9	32,8	40,8	40,5	53,5	61,0	-0,7	32,2	14,0
Карачаево-Черкесская Республика	61,5	68,7	49,0	34,5	59,1	40,9	70,8	65,1	-30,9	73,3	-8,0
Республика Северная Осетия-Алания	72,6	93,3	79,7	50,8	66,0	67,9	56,4	61,8	2,8	-16,8	9,5
Чеченская Республика	42,9	34,1	25,5	29,1	33,9	48,9	43,4	29,0	44,4	-11,4	-33,0
Ставропольский край	104,7	94,6	93,3	74,6	89,9	99,5	104,0	124,0	10,8	4,5	19,2
Приволжский федеральный округ	80,7	71,1	69,3	49,1	61,9	63,7	71,9	60,8	2,9	12,9	-15,5
Республика Башкортостан	47,9	33,0	26,9	18,4	22,4	20,8	21,6	15,1	-6,9	3,5	-30,0
Республика Марий Эл	90,3	151,0	114,5	80,4	108,5	104,3	115,7	119,6	-3,9	10,9	3,4
Республика Мордовия	81,5	72,3	67,3	45,1	61,6	75,4	107,0	99,9	22,4	41,9	-6,6
Республика Татарстан	60,7	54,4	51,6	39,9	51,0	51,4	40,9	34,2	0,9	-20,4	-16,3
Удмуртская Республика	63,5	64,7	62,5	46,7	54,9	72,1	99,3	70,1	31,3	37,6	-29,4
Чувашская Республика	51,3	45,7	43,1	21,2	26,8	25,3	29,6	38,0	-5,5	17,0	28,4
Пермский край	159,8	122,9	116,6	72,6	117,4	136,9	155,5	97,5	16,6	13,6	-37,3
Кировская область	146,2	142,2	140,6	124,2	144,2	124,2	165,6	161,6	-13,9	33,4	-2,4
Нижегородская область	85,4	75,1	74,0	64,8	65,6	57,7	70,2	58,1	-12,0	21,7	-17,3
Оренбургская область	134,0	119,1	135,3	86,3	99,1	97,6	105,4	117,0	-1,6	8,0	11,0
Пензенская область	32,6	35,8	33,8	33,2	30,0	37,6	39,7	38,0	25,2	5,6	-4,2
Самарская область	58,1	59,0	53,0	35,0	45,1	44,0	44,3	42,4	-2,6	0,8	-4,4
Саратовская область	99,1	73,6	91,0	56,0	76,4	90,6	110,8	90,9	18,6	22,4	-18,0
Ульяновская область	31,7	33,6	32,1	22,9	33,4	21,1	31,1	33,5	-36,9	47,4	7,9
Уральский федеральный округ							69,6	61,8			-11,3
Курганская область							75,6	71,0			-6,0
Свердловская область							161,6	72,3			-55,3
Тюменская область без автономного округа							203,3	97,0			-52,3
Ханты-Мансийский АО							83,4	54,5			-34,7
Ямало-Ненецкий АО							82,3	68,9			-16,2
Челябинская область							52,5	30,7			-41,5
ДНР						78,7	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						18,9	н/д	н/д			
ЛНР						124,2	н/д	н/д			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	10 367	11 388	12 514	13 658	15 152	16 170	17 961	20 923
Северо-Западный федеральный округ	878	1076	1154	1466	1615	1305	1348	1509
Республика Карелия	39	49	61	63	56	55	73	86
Республика Коми	49	45	64	43	44	63	68	73
Архангельская область без автоном- ного округа	50	65	83	76	71	87	79	110
Ненецкий автоном- ный округ	0	2	2	1	3	5	1	1
Вологодская область	89	85	75	69	100	108	121	135
Калининградская область	69	84	83	332	374	117	219	298
Ленинградская область	184	268	247	254	234	236	217	222
Мурманская область	22	24	20	24	26	28	29	33
Новгородская область	17	20	24	26	34	43	34	46
Псковская область	31	38	39	48	46	48	38	55
г. Санкт-Петербург	328	396	456	530	627	515	469	450
Южный федеральный округ	972	1079	1132	1315	1487	1721	1963	2286
Республика Адыгея	25	24	20	24	24	25	44	32
Республика Калмыкия	1	2	6	14	15	18	17	21
Республика Крым	221	228	175	198	178	246	239	326
Краснодарский край	271	340	377	440	496	550	704	807
Астраханская область	54	62	71	71	82	108	110	118
Волгоградская область	198	198	185	233	290	322	308	312
Ростовская область	187	209	281	302	377	427	515	633
г. Севастополь	15	16	17	33	25	25	26	37
Северо-Кавказский федеральный округ	407	501	520	560	664	701	759	886
Республика Дагестан	62	66	74	79	84	91	82	120
Республика Ингушетия	8	20	12	13	37	19	20	25

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	80	100	110	117	119	141	155	174
Карачаево-Черкесская Республика	18	26	26	25	34	28	44	61
Республика Северная Осетия-Алания	9	7	6	13	20	24	28	30
Чеченская Республика	28	64	62	81	102	128	133	138
Ставропольский край	202	218	230	232	268	270	297	338
Приволжский федеральный округ	1999	2074	2280	2428	2671	2895	3208	3650
Республика Башкор- тостан	170	218	269	282	274	283	333	524
Республика Марий Эл	30	34	38	34	35	36	47	48
Республика Мордовия	40	28	24	31	28	42	60	87
Республика Татарстан	307	271	296	302	316	338	423	454
Удмуртская Республика	84	73	101	119	136	153	132	142
Чувашская Республика	63	64	79	77	73	98	91	116
Пермский край	172	171	157	167	205	319	201	193
Кировская область	48	77	73	71	84	77	86	89
Нижегородская область	197	219	242	265	343	379	401	508
Оренбургская область	339	279	282	245	271	254	273	281
Пензенская область	76	78	93	105	114	121	147	170
Самарская область	152	215	230	308	311	354	453	387
Саратовская область	195	215	239	277	273	264	293	377
Ульяновская область	126	132	157	145	208	177	268	274
Уральский федеральный округ							1440	1816
Курганская область							89	100
Свердловская область							439	436
Тюменская область без автономного округа							247	283
Ханты-Мансийский АО							147	156
Ямало-Ненецкий АО							57	85
Челябинская область							461	756
ДНР						304	366	414
Херсонская область						41	93	88
Запорожская область						247	43	79
ЛНР						130	181	190

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 24
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	243,9	261,4	281,2	302,0	335,5	354,3	379,4	432,6	5,6	7,1	14,0
Северо-Западный федеральный округ	224,4	266,6	283,4	364,3	414,2	339,8	344,9	381,1	-18,0	1,5	10,5
Республика Карелия	256,5	315,4	379,8	378,8	332,8	326,2	424,5	490,5	-2,0	30,1	15,5
Республика Коми	212,4	188,8	259,2	171,3	178,1	257,2	272,0	287,4	44,5	5,8	5,7
Архангельская область без автономного округа	169,4	209,9	259,3	234,0	219,4	268,6	241,2	333,6	22,4	-10,2	38,3
Ненецкий автономный округ	0,0	124,8	124,1	60,9	180,7	300,9	59,2	58,8	66,6	-80,3	-0,8
Вологодская область	274,9	250,9	213,3	191,3	273,1	288,2	310,9	339,2	5,5	7,9	9,1
Калининградская область	226,1	260,5	252,8	1031,4	1195,7	368,4	659,9	876,0	-69,2	79,1	32,8
Ленинградская область	340,8	497,3	470,5	496,7	468,9	474,5	427,6	432,2	1,2	-9,9	1,1
Мурманская область	101,7	107,7	90,3	111,7	124,1	131,3	129,3	142,7	5,9	-1,5	10,3
Новгородская область	110,1	122,8	140,5	148,5	190,2	232,1	176,2	233,2	22,0	-24,1	32,4
Псковская область	180,3	208,2	211,3	266,8	264,0	275,9	212,6	302,8	4,5	-22,9	42,4
г. Санкт-Петербург	217,7	255,7	294,8	353,1	446,8	388,9	356,1	340,5	-13,0	-8,4	-4,4
Южный федеральный округ	209,7	227,4	233,2	264,4	294,9	332,2	361,5	410,5	12,7	8,8	13,6
Республика Адыгея	173,3	165,7	136,1	157,6	151,6	150,1	247,0	174,0	-1,1	64,6	-29,6
Республика Калмыкия	11,5	22,6	65,1	145,6	152,1	176,3	155,8	185,7	15,9	-11,6	19,2
Республика Крым	459,2	459,9	336,3	362,0	310,2	405,9	367,4	480,9	30,8	-9,5	30,9
Краснодарский край	167,9	203,6	217,8	245,3	271,5	296,3	367,4	412,4	9,1	24,0	12,2
Астраханская область	184,1	203,5	225,7	221,2	255,6	331,4	319,3	330,4	29,7	-3,7	3,5
Волгоградская область	273,2	274,0	262,9	340,3	430,3	456,1	401,4	393,2	6,0	-12,0	-2,0
Ростовская область	160,8	176,5	233,6	246,0	305,5	341,1	399,7	484,3	11,6	17,2	21,2
г. Севастополь	117,4	119,6	120,0	217,6	159,3	150,5	147,2	206,2	-5,5	-2,2	40,0
Северо-Кавказский федеральный округ	102,3	125,6	128,3	134,2	158,1	165,1	173,1	199,2	4,4	4,8	15,1
Республика Дагестан	46,4	49,9	55,2	56,9	60,0	64,7	56,9	82,3	7,9	-12,1	44,6
Республика Ингушетия	31,3	78,2	45,7	47,7	133,5	67,8	70,2	87,2	-49,2	3,6	24,2

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 24
Кабардино-Балкар-ская Республика	248,8	322,7	361,8	376,9	378,7	433,7	448,6	490,4	14,5	3,4	9,3
Карачаево-Черкесская Республика	110,5	160,3	159,4	148,8	200,1	159,4	235,8	318,8	-20,3	47,9	35,2
Республика Северная Осетия–Алания	35,0	27,8	24,6	54,2	84,7	99,7	111,6	118,1	17,7	11,9	5,8
Чеченская Республика	38,3	85,4	78,7	97,7	120,2	148,4	148,7	151,2	23,5	0,2	1,7
Ставропольский край	221,3	232,0	241,6	240,8	281,0	282,6	302,6	341,7	0,6	7,1	12,9
Приволжский федеральный округ	245,4	247,9	265,1	276,8	305,3	328,4	350,6	389,3	7,6	6,8	11,0
Республика Башкортостан	137,6	172,0	205,9	210,4	203,8	207,3	232,7	355,8	1,7	12,3	52,9
Республика Марий Эл	161,1	176,2	189,4	163,8	165,1	164,9	205,9	205,1	-0,1	24,9	-0,4
Республика Мордовия	185,6	127,0	106,5	136,7	125,8	191,0	267,6	381,3	51,9	40,1	42,5
Республика Татарстан	274,1	236,7	252,8	254,5	270,4	289,9	350,5	368,1	7,2	20,9	5,0
Удмуртская Республика	187,5	156,3	211,2	245,0	281,0	313,8	262,8	276,9	11,7	-16,3	5,4
Чувашская Республика	191,7	191,9	229,0	215,2	200,9	262,6	231,2	286,0	30,7	-12,0	23,7
Пермский край	224,8	214,9	190,5	197,9	244,6	379,8	229,6	214,5	55,3	-39,6	-6,6
Кировская область	158,7	249,9	233,1	222,3	257,5	227,4	241,3	242,6	-11,7	6,1	0,5
Нижегородская область	242,8	261,7	279,7	298,6	384,0	418,8	428,0	530,2	9,0	2,2	23,9
Оренбургская область	584,2	467,4	461,3	396,9	447,5	422,6	440,7	444,2	-5,6	4,3	0,8
Пензенская область	225,2	227,9	264,7	292,4	316,0	336,2	399,4	451,6	6,4	18,8	13,1
Самарская область	188,4	256,1	262,0	340,2	341,3	385,5	478,6	399,8	12,9	24,2	-16,5
Саратовская область	279,2	305,6	338,3	392,4	393,5	379,7	407,1	513,2	-3,5	7,2	26,1
Ульяновская область	404,6	415,6	484,0	442,9	640,0	541,2	786,6	779,9	-15,4	45,3	-0,9
Уральский федеральный округ							338,5	415,2			22,7
Курганская область							326,5	353,5			8,3
Свердловская область							621,3	308,5			-50,3
Тюменская область без автономного округа							826,5	473,5			-42,7
Ханты-Мансийский АО							429,7	228,0			-46,9
Ямало-Ненецкий АО							277,3	407,6			47,0
Челябинская область							400,1	636,9			59,2
ДНР						432,3	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						611,6	н/д	н/д			
ЛНР						331,0	н/д	н/д			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ И СОСТОЯНИЯМИ
СЛАБОУМИЯ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1188	1330	1481	1459	1657	1676	1727	1741
Северо-Западный федеральный округ	112	151	158	192	216	141	138	146
Республика Карелия	5	9	9	11	5	12	12	3
Республика Коми	6	8	8	3	4	2	21	10
Архангельская область без автономного округа	11	13	10	7	11	12	8	11
Ненецкий автономный округ	0	1	0	0	2	2	0	0
Вологодская область	4	9	3	6	14	20	9	18
Калининградская область	2	5	8	19	11	23	6	9
Ленинградская область	21	39	42	29	22	22	18	31
Мурманская область	2	1	3	3	1	1	0	3
Новгородская область	2	3	2	6	11	7	6	5
Псковская область	5	7	3	4	8	1	3	8
г. Санкт-Петербург	54	56	70	104	127	39	55	48
Южный федеральный округ	118	132	137	197	182	167	211	230
Республика Адыгея	3	2	3	1	2	5	4	4
Республика Калмыкия	0	0	3	3	2	2	1	3
Республика Крым	18	23	14	27	15	21	22	31
Краснодарский край	44	43	47	47	51	33	77	74
Астраханская область	3	1	4	1	4	7	8	4
Волгоградская область	18	38	24	74	57	52	35	42
Ростовская область	29	25	40	44	51	47	62	72
г. Севастополь	3	0	2	0	0	0	2	0
Северо-Кавказский федеральный округ	57	60	49	67	61	60	56	63
Республика Дагестан	5	4	6	6	4	3	5	6
Республика Ингушетия	4	8	2	4	10	1	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	4	5	10	6	7	6	7	6

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	1	0	2	0	0	1	2	4
Республика Северная Осетия-Алания	2	1	3	3	3	3	2	2
Чеченская Республика	6	13	10	19	17	26	8	6
Ставропольский край	35	29	16	29	20	20	32	39
Приволжский федеральный округ	238	209	269	242	305	325	306	276
Республика Башкортостан	25	28	61	29	36	24	33	42
Республика Марий Эл	7	5	4	3	3	2	3	3
Республика Мордовия	10	2	3	7	1	7	3	11
Республика Татарстан	44	38	44	53	56	62	46	34
Удмуртская Республика	15	4	14	9	9	12	8	15
Чувашская Республика	12	7	12	5	2	12	7	10
Пермский край	27	31	30	23	46	43	29	17
Кировская область	3	3	2	7	6	2	19	5
Нижегородская область	21	23	23	29	53	43	55	39
Оренбургская область	16	20	18	7	21	25	23	23
Пензенская область	5	5	10	7	6	3	9	10
Самарская область	21	18	18	19	26	42	26	18
Саратовская область	10	15	16	24	22	27	28	27
Ульяновская область	22	10	14	20	18	21	17	22
Уральский федеральный округ							122	123
Курганская область							4	5
Свердловская область							44	49
Тюменская область без автономного округа							20	16
Ханты-Мансийский АО							17	8
Ямало-Ненецкий АО							5	3
Челябинская область							32	42
ДНР						19	13	14
Херсонская область						0	0	2
Запорожская область						39	3	12
ЛНР						15	32	27

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХОЗАМИ
И СОСТОЯНИЯМИ СЛАБОУМИЯ У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	27,9	30,5	33,3	32,3	36,7	36,7	36,5	36,0	0,1	-0,7	-1,3
Северо-Западный федеральный округ	28,6	37,4	38,8	47,7	55,4	36,7	35,3	36,9	-33,7	-3,8	4,4
Республика Карелия	32,9	57,9	56,0	66,1	29,7	71,2	69,8	17,1	139,5	-1,9	-75,5
Республика Коми	26,0	33,6	32,4	12,0	16,2	8,2	84,0	39,4	-49,6	928,9	-53,1
Архангельская область без автономного округа	37,3	42,0	31,2	21,5	34,0	37,0	24,4	33,4	9,0	-34,1	36,6
Ненецкий автономный округ	0,0	62,4	0,0	0,0	120,4	120,4	0,0	0,0	-0,1	-100,0	
Вологодская область	12,4	26,6	8,5	16,6	38,2	53,4	23,1	45,2	39,6	-56,7	95,5
Калининградская область	6,6	15,5	24,4	59,0	35,2	72,4	18,1	26,5	105,9	-75,0	46,3
Ленинградская область	38,9	72,4	80,0	56,7	44,1	44,2	35,5	60,3	0,3	-19,8	70,1
Мурманская область	9,2	4,5	13,5	14,0	4,8	4,7	0,0	13,0	-1,7	-100,0	
Новгородская область	13,0	18,4	11,7	34,3	61,5	37,8	31,1	25,3	-38,6	-17,7	-18,5
Псковская область	29,1	38,4	16,3	22,2	45,9	5,7	16,8	44,0	-87,5	192,0	162,5
г. Санкт-Петербург	35,8	36,2	45,3	69,3	90,5	29,5	41,8	36,3	-67,5	41,8	-13,0
Южный федеральный округ	25,5	27,8	28,2	39,6	36,1	32,2	38,9	41,3	-10,7	20,5	6,3
Республика Адыгея	20,8	13,8	20,4	6,6	12,6	30,0	22,5	21,7	137,5	-25,2	-3,2
Республика Калмыкия	0,0	0,0	32,6	31,2	20,3	19,6	9,2	26,5	-3,4	-53,2	189,4
Республика Крым	37,4	46,4	26,9	49,4	26,1	34,6	33,8	45,7	32,5	-2,4	35,2
Краснодарский край	27,3	25,8	27,1	26,2	27,9	17,8	40,2	37,8	-36,3	126,0	-5,9
Астраханская область	10,2	3,3	12,7	3,1	12,5	21,5	23,2	11,2	72,3	8,1	-51,8
Волгоградская область	24,8	52,6	34,1	108,1	84,6	73,7	45,6	52,9	-12,9	-38,1	16,0
Ростовская область	24,9	21,1	33,2	35,8	41,3	37,5	48,1	55,1	-9,2	28,1	14,5
г. Севастополь	23,5	0,0	14,1	0,0	0,0	0,0	11,3	0,0			-100,0
Северо-Кавказский федеральный округ	14,3	15,0	12,1	16,1	14,5	14,1	12,8	14,2	-2,7	-9,6	10,9
Республика Дагестан	3,7	3,0	4,5	4,3	2,9	2,1	3,5	4,1	-25,3	62,7	18,6
Республика Ингушетия	15,6	31,3	7,6	14,7	36,1	3,6	0,0	0,0	-90,1	-100,0	

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	12,4	16,1	32,9	19,3	22,3	18,5	20,3	16,9	-17,1	9,8	-16,5
Карачаево-Черкесская Республика	6,1	0,0	12,3	0,0	0,0	5,7	10,7	20,9		88,3	95,0
Республика Северная Осетия-Алания	7,8	4,0	12,3	12,5	12,7	12,5	8,0	7,9	-1,9	-36,0	-1,2
Чеченская Республика	8,2	17,3	12,7	22,9	20,0	30,1	8,9	6,6	50,5	-70,3	-26,5
Ставропольский край	38,3	30,9	16,8	30,1	21,0	20,9	32,6	39,4	-0,2	55,7	20,9
Приволжский федеральный округ	29,2	25,0	31,3	27,6	34,9	36,9	33,4	29,4	5,8	-9,3	-12,0
Республика Башкортостан	20,2	22,1	46,7	21,6	26,8	17,6	23,1	28,5	-34,3	31,2	23,7
Республика Марий Эл	37,6	25,9	19,9	14,5	14,2	9,2	13,1	12,8	-35,3	43,5	-2,5
Республика Мордовия	46,4	9,1	13,3	30,9	4,5	31,8	13,4	48,2	608,9	-58,0	260,4
Республика Татарстан	39,3	33,2	37,6	44,7	47,9	53,2	38,1	27,6	11,0	-28,3	-27,7
Удмуртская Республика	33,5	8,6	29,3	18,5	18,6	24,6	15,9	29,2	32,4	-35,3	83,6
Чувашская Республика	36,5	21,0	34,8	14,0	5,5	32,2	17,8	24,7	484,3	-44,7	38,7
Пермский край	35,3	39,0	36,4	27,3	54,9	51,2	33,1	18,9	-6,7	-35,3	-43,0
Кировская область	9,9	9,7	6,4	21,9	18,4	5,9	53,3	13,6	-67,9	802,6	-74,4
Нижегородская область	25,9	27,5	26,6	32,7	59,3	47,5	58,7	40,7	-19,9	23,6	-30,7
Оренбургская область	27,6	33,5	29,4	11,3	34,7	41,6	37,1	36,4	19,9	-10,7	-2,1
Пензенская область	14,8	14,6	28,5	19,5	16,6	8,3	24,5	26,6	-49,9	193,4	8,6
Самарская область	26,0	21,4	20,5	21,0	28,5	45,7	27,5	18,6	60,3	-39,9	-32,3
Саратовская область	14,3	21,3	22,7	34,0	31,7	38,8	38,9	36,8	22,5	0,2	-5,5
Ульяновская область	70,6	31,5	43,2	61,1	55,4	64,2	49,9	62,6	15,9	-22,3	25,5
Уральский федеральный округ							28,7	28,1			-1,9
Курганская область							14,7	17,7			20,5
Свердловская область							62,3	34,7			-44,3
Тюменская область без автономного округа							66,9	26,8			-60,0
Ханты-Мансийский АО							49,7	11,7			-76,5
Ямало-Ненецкий АО							24,3	14,4			-40,9
Челябинская область							27,8	35,4			27,4
ДНР						27,0	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						96,6	н/д	н/д			
ЛНР						38,2	н/д	н/д			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	105 764	111 331	116 879	117 516	120 746	127 267	136 340	144 540
Северо-Западный федеральный округ	11 453	12 077	13 208	13 644	14 581	15 581	16 679	17 804
Республика Карелия	591	709	726	764	885	838	1000	1054
Республика Коми	855	942	1051	862	844	833	912	1021
Архангельская об- ласть без автономного округа	692	919	1020	1053	1145	1345	1441	1481
Ненецкий автономный округ	136	156	189	151	130	156	114	113
Вологодская область	1508	1157	1306	1537	1579	1546	1393	1411
Калининградская об- ласть	741	785	695	678	685	642	783	764
Ленинградская область	1331	1286	1394	1561	1690	1864	1904	2392
Мурманская область	567	781	848	843	1019	1034	1160	1252
Новгородская область	464	430	422	419	533	475	564	343
Псковская область	585	616	556	489	314	309	378	397
г. Санкт-Петербург	3983	4296	5001	5287	5757	6539	7030	7576
Южный федеральный округ	11 891	12 661	13 767	14 228	14 470	15 330	16 281	17 504
Республика Адыгея	204	202	282	321	320	324	350	343
Республика Калмыкия	306	388	416	427	449	440	439	456
Республика Крым	1161	1243	1339	1397	1655	1932	2046	2067
Краснодарский край	5421	5549	6071	6189	5704	6148	6736	7749
Астраханская область	1623	1837	2124	2342	2433	2486	2378	2452
Волгоградская область	1512	1697	1570	1525	1784	1712	1909	1761
Ростовская область	1502	1586	1790	1819	1942	2085	2216	2509
г. Севастополь	162	159	175	208	183	203	207	167
Северо-Кавказский федеральный округ	5622	5647	5547	5630	5755	5941	6017	5794
Республика Дагестан	4139	4089	3908	3820	3890	3834	3912	3594
Республика Ингушетия	20	27	53	100	108	231	240	194
Кабардино-Балкарская Республика	250	242	190	175	169	153	158	144

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	147	153	163	173	178	162	183	168
Республика Северная Осетия-Алания	106	105	113	130	126	141	140	151
Чеченская Республика	24	65	41	65	82	103	108	114
Ставропольский край	936	966	1079	1167	1202	1317	1276	1429
Приволжский федеральный округ	22 091	23 340	24 043	23 741	24 677	26 147	28 586	30 055
Республика Башкортостан	4078	4134	4345	3554	3775	3822	4113	4341
Республика Марий Эл	500	483	533	512	448	464	428	368
Республика Мордовия	398	569	547	529	695	674	749	747
Республика Татарстан	1234	1335	1494	1699	1932	2069	2581	2567
Удмуртская Республика	979	942	908	890	1017	1175	1252	1392
Чувашская Республика	819	919	1007	987	1041	1200	1412	1510
Пермский край	3731	4001	3386	3507	3424	3634	3763	3660
Кировская область	1014	1059	1082	1111	1128	1117	1054	1252
Нижегородская область	1481	1601	1845	1951	2020	2277	2562	2577
Оренбургская область	1388	1393	1447	1490	1466	1532	1647	1908
Пензенская область	823	832	896	818	846	843	955	978
Самарская область	2480	2730	3125	3410	3614	4202	4542	4684
Саратовская область	1733	1897	1899	1861	1942	1859	1954	2486
Ульяновская область	1433	1445	1529	1422	1329	1279	1574	1585
Уральский федеральный округ							15 500	15 555
Курганская область							1248	1255
Свердловская область							5968	6275
Тюменская область без автономного округа							1581	1783
Ханты-Мансийский АО							1555	1615
Ямало-Ненецкий АО							1255	1301
Челябинская область							3893	3326
ДНР						696	848	995
Херсонская область						157	96	132
Запорожская область						217	118	205
ЛНР						1135	1112	1063

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2488,2	2555,2	2626,5	2598,7	2673,5	2788,3	2879,9	2988,7	4,3	3,3	3,8
Северо-Западный федеральный округ	2927,7	2991,8	3243,4	3391,0	3739,4	4057,1	4268,1	4496,2	8,5	5,2	5,3
Республика Карелия	3886,4	4563,2	4519,8	4593,1	5260,0	4969,5	5815,0	6011,2	-5,5	17,0	3,4
Республика Коми	3705,5	3952,8	4256,0	3434,8	3415,3	3400,9	3648,5	4020,2	-0,4	7,3	10,2
Архангельская область без автономного округа	2345,2	2967,4	3186,0	3241,5	3538,6	4152,5	4398,7	4491,4	17,3	5,9	2,1
Ненецкий автономный округ	8602,2	9731,8	11 724,6	9196,1	7829,0	9389,1	6751,6	6639,2	19,9	-28,1	-1,7
Вологодская область	4657,5	3414,9	3715,1	4260,4	4313,0	4125,7	3579,4	3544,8	-4,3	-13,2	-1,0
Калининградская область	2427,6	2434,8	2117,0	2106,3	2190,1	2021,3	2359,3	2245,9	-7,7	16,7	-4,8
Ленинградская область	2465,4	2386,4	2655,4	3052,6	3386,8	3748,0	3752,1	4656,3	10,7	0,1	24,1
Мурманская область	2621,7	3503,6	3829,1	3924,0	4862,7	4849,9	5172,7	5412,9	-0,3	6,7	4,6
Новгородская область	3004,7	2639,7	2471,0	2392,7	2981,7	2563,6	2922,6	1738,9	-14,0	14,0	-40,5
Псковская область	3402,5	3375,8	3013,1	2718,0	1802,3	1775,9	2114,7	2185,9	-1,5	19,1	3,4
г. Санкт-Петербург	2643,4	2773,6	3233,0	3521,9	4102,4	4937,9	5338,1	5732,3	20,4	8,1	7,4
Южный федеральный округ	2565,1	2668,6	2836,4	2860,4	2869,4	2959,2	2998,0	3143,2	3,1	1,3	4,8
Республика Адыгея	1413,9	1394,9	1918,6	2107,5	2022,0	1944,7	1964,7	1864,7	-3,8	1,0	-5,1
Республика Калмыкия	3521,1	4377,8	4514,4	4441,9	4554,0	4309,9	4023,3	4031,8	-5,4	-6,7	0,2
Республика Крым	2412,2	2507,4	2573,5	2554,1	2884,5	3187,5	3145,2	3049,3	10,5	-1,3	-3,0
Краснодарский край	3358,0	3323,1	3506,6	3450,1	3122,7	3312,6	3515,7	3960,0	6,1	6,1	12,6
Астраханская область	5534,7	6029,2	6750,8	7297,2	7582,5	7628,9	6903,1	6865,1	0,6	-9,5	-0,6
Волгоградская область	2086,5	2348,4	2231,5	2227,2	2647,1	2425,2	2488,0	2219,3	-8,4	2,6	-10,8
Ростовская область	1291,2	1339,1	1487,8	1481,8	1573,9	1665,7	1719,7	1919,7	5,8	3,2	11,6
г. Севастополь	1267,6	1188,8	1235,2	1371,4	1166,1	1221,8	1172,1	930,5	4,8	-4,1	-20,6
Северо-Кавказский федеральный округ	1413,5	1415,1	1368,6	1349,3	1370,1	1399,2	1372,3	1302,7	2,1	-1,9	-5,1
Республика Дагестан	3100,1	3093,4	2916,6	2751,6	2777,8	2726,6	2715,1	2464,5	-1,8	-0,4	-9,2
Республика Ингушетия	78,2	105,5	202,0	366,6	389,6	823,9	842,2	676,3	111,5	2,2	-19,7

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	777,4	780,9	624,8	563,7	537,8	470,6	457,3	405,9	-12,5	-2,8	-11,2
Карачаево-Черкесская Республика	902,3	943,4	999,5	1029,9	1047,5	922,2	980,8	877,9	-12,0	6,4	-10,5
Республика Северная Осетия-Алания	412,2	417,2	463,5	541,6	533,4	585,7	557,8	594,2	9,8	-4,8	6,5
Чеченская Республика	32,8	86,7	52,0	78,4	96,6	119,4	120,7	124,9	23,6	1,1	3,4
Ставропольский край	1025,3	1028,1	1133,2	1211,1	1260,5	1378,6	1300,2	1444,5	9,4	-5,7	11,1
Приволжский федеральный округ	2711,5	2789,5	2795,5	2706,9	2820,6	2966,3	3124,4	3206,0	5,2	5,3	2,6
Республика Башкортостан	3301,1	3260,8	3325,1	2651,5	2808,0	2800,1	2874,6	2947,7	-0,3	2,7	2,5
Республика Марий Эл	2684,8	2502,7	2656,0	2466,4	2113,4	2125,3	1875,2	1572,2	0,6	-11,8	-16,2
Республика Мордовия	1846,7	2580,3	2427,7	2332,9	3121,7	3065,7	3340,2	3274,3	-1,8	9,0	-2,0
Республика Татарстан	1101,6	1165,9	1275,9	1431,8	1653,1	1774,7	2138,6	2081,4	7,4	20,5	-2,7
Удмуртская Республика	2185,2	2016,4	1898,9	1832,3	2101,1	2410,1	2492,5	2714,1	14,7	3,4	8,9
Чувашская Республика	2492,5	2756,0	2919,5	2758,9	2864,6	3216,0	3586,7	3723,2	12,3	11,5	3,8
Пермский край	4876,3	5028,9	4108,4	4156,5	4084,8	4326,8	4297,6	4067,1	5,9	-0,7	-5,4
Кировская область	3351,7	3436,8	3455,2	3479,1	3458,4	3299,3	2957,8	3412,3	-4,6	-10,3	15,4
Нижегородская область	1825,6	1913,5	2132,6	2198,2	2261,7	2516,0	2734,6	2689,5	11,2	8,7	-1,7
Оренбургская область	2391,8	2333,8	2366,9	2413,6	2420,8	2548,7	2658,9	3015,8	5,3	4,3	13,4
Пензенская область	2439,2	2430,6	2550,5	2277,8	2344,9	2342,4	2595,0	2598,0	-0,1	10,8	0,1
Самарская область	3073,4	3252,3	3559,6	3766,3	3966,5	4575,6	4799,1	4838,8	15,4	4,9	0,8
Саратовская область	2481,7	2696,3	2688,4	2636,1	2799,3	2673,6	2715,2	3384,2	-4,5	1,6	24,6
Ульяновская область	4601,4	4549,7	4713,2	4343,3	4089,0	3911,0	4620,0	4511,7	-4,4	18,1	-2,3
Уральский федеральный округ							3643,9	3556,6			-2,4
Курганская область							4578,0	4436,5			-3,1
Свердловская область							8446,6	4440,5			-47,4
Тюменская область без автономного округа							5290,2	2983,1			-43,6
Ханты-Мансийский АО							4545,5	2360,4			-48,1
Ямало-Ненецкий АО							6105,3	6238,0			2,2
Челябинская область							3378,5	2801,9			-17,1
ДНР						989,7	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						537,4	н/д	н/д			
ЛНР						2889,7	н/д	н/д			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	15 361	17 095	17 654	15 884	18 911	21 476	22 374	23 070
Северо-Западный федеральный округ	1771	1950	2376	2120	2709	3019	3243	3703
Республика Карелия	77	129	150	167	149	187	211	162
Республика Коми	120	172	177	135	120	121	123	220
Архангельская область без автономного округа	160	245	248	207	299	365	394	365
Ненецкий автономный округ	25	66	34	21	24	28	18	16
Вологодская область	143	90	215	159	191	145	137	177
Калининградская область	151	88	109	99	108	63	94	108
Ленинградская область	344	270	315	309	359	288	374	576
Мурманская область	84	149	114	120	150	189	166	209
Новгородская область	26	27	32	33	35	49	46	49
Псковская область	48	47	27	39	44	39	47	28
г. Санкт-Петербург	593	667	955	831	1230	1545	1633	1793
Южный федеральный округ	1374	1739	1824	1364	1736	2174	2148	2356
Республика Адыгея	41	42	87	44	56	72	59	58
Республика Калмыкия	40	83	32	18	19	16	16	12
Республика Крым	210	227	264	235	182	349	296	270
Краснодарский край	568	648	766	591	715	901	928	1193
Астраханская область	117	135	128	106	132	124	132	154
Волгоградская область	144	274	245	141	288	366	325	300
Ростовская область	246	320	278	202	315	321	371	358
г. Севастополь	8	10	24	27	29	25	21	11
Северо-Кавказский федеральный округ	786	731	791	585	725	688	716	761
Республика Дагестан	601	500	496	335	527	468	495	468
Республика Ингушетия	5	7	26	28	23	39	40	45
Кабардино-Балкарская Республика	25	36	23	38	33	14	43	27
Карачаево-Черкесская Республика	9	8	11	7	14	5	16	20

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	14	13	10	9	8	9	12	18
Чеченская Республика	7	49	39	24	20	23	6	7
Ставропольский край	125	118	186	144	100	130	104	176
Приволжский федеральный округ	2904	3272	3164	2918	3428	3883	4119	4171
Республика Башкортостан	367	317	350	309	368	357	424	517
Республика Марий Эл	39	48	62	42	74	72	51	63
Республика Мордовия	134	220	194	180	180	240	202	179
Республика Татарстан	188	204	297	260	381	369	477	295
Удмуртская Республика	77	111	102	103	166	251	216	289
Чувашская Республика	167	216	254	204	233	222	181	187
Пермский край	669	708	453	408	508	594	569	557
Кировская область	78	148	127	127	139	102	84	109
Нижегородская область	163	255	251	246	225	291	377	336
Оренбургская область	191	204	171	144	172	203	261	309
Пензенская область	111	108	102	86	112	100	108	89
Самарская область	307	393	550	573	513	729	742	680
Саратовская область	338	270	175	163	263	287	332	466
Ульяновская область	75	70	76	73	94	66	95	95
Уральский федеральный округ							2960	3165
Курганская область							170	146
Свердловская область							1205	1247
Тюменская область без автономного округа							346	480
Ханты-Мансийский АО							388	385
Ямало-Ненецкий АО							153	256
Челябинская область							698	651
ДНР						67	76	79
Херсонская область						0	0	11
Запорожская область						64	37	92
ЛНР						33	135	86

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
НЕПСИХОТИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	361,4	392,4	396,7	351,2	418,7	470,5	472,6	477,0	12,4	0,4	0,9
Северо-Западный федеральный округ	452,7	483,1	583,5	526,9	694,7	786,1	829,9	935,1	13,1	5,6	12,7
Республика Карелия	506,3	830,2	933,9	1004,0	885,6	1108,9	1227,0	923,9	25,2	10,6	-24,7
Республика Коми	520,1	721,7	716,8	537,9	485,6	494,0	492,1	866,2	1,7	-0,4	76,0
Архангельская область без автономного округа	542,2	791,1	774,6	637,2	924,1	1126,9	1202,7	1106,9	21,9	6,7	-8,0
Ненецкий автономный округ	1581,3	4117,3	2109,2	1278,9	1445,3	1685,2	1066,0	940,1	16,6	-36,7	-11,8
Вологодская область	441,7	265,6	611,6	440,7	521,7	387,0	352,0	444,7	-25,8	-9,0	26,3
Калининградская область	494,7	272,9	332,0	307,6	345,3	198,4	283,2	317,5	-42,6	42,8	12,1
Ленинградская область	637,2	501,0	600,0	604,3	719,4	579,1	737,0	1121,3	-19,5	27,3	52,1
Мурманская область	388,4	668,4	514,8	558,6	715,8	886,5	740,2	903,6	23,8	-16,5	22,1
Новгородская область	168,4	165,7	187,4	188,4	195,8	264,5	238,4	248,4	35,1	-9,9	4,2
Псковская область	279,2	257,6	146,3	216,8	252,6	224,1	262,9	154,2	-11,3	17,3	-41,4
г. Санкт-Петербург	393,5	430,6	617,4	553,6	876,5	1166,7	1240,0	1356,7	33,1	6,3	9,4
Южный федеральный округ	296,4	366,5	375,8	274,2	344,2	419,7	395,5	423,1	21,9	-5,7	7,0
Республика Адыгея	284,2	290,0	591,9	288,9	353,8	432,1	331,2	315,3	22,1	-23,4	-4,8
Республика Калмыкия	460,3	936,5	347,3	187,2	192,7	156,7	146,6	106,1	-18,7	-6,4	-27,6
Республика Крым	436,3	457,9	507,4	429,6	317,2	575,8	455,0	398,3	81,5	-21,0	-12,5
Краснодарский край	351,8	388,1	442,4	329,5	391,4	485,5	484,4	609,7	24,0	-0,2	25,9
Астраханская область	399,0	443,1	406,8	330,3	411,4	380,5	383,2	431,2	-7,5	0,7	12,5
Волгоградская область	198,7	379,2	348,2	205,9	427,3	518,5	423,6	378,1	21,3	-18,3	-10,7
Ростовская область	211,5	270,2	231,1	164,6	255,3	256,4	287,9	273,9	0,4	12,3	-4,9
г. Севастополь	62,6	74,8	169,4	178,0	184,8	150,5	118,9	61,3	-18,6	-21,0	-48,5
Северо-Кавказский федеральный округ	197,6	183,2	195,2	140,2	172,6	162,0	163,3	171,1	-6,1	0,8	4,8
Республика Дагестан	450,1	378,3	370,2	241,3	376,3	332,8	343,6	320,9	-11,6	3,2	-6,6
Республика Ингушетия	19,6	27,4	99,1	102,7	83,0	139,1	140,4	156,9	67,6	0,9	11,8

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	77,7	116,2	75,6	122,4	105,0	43,1	124,5	76,1	–59,0	189,0	–38,9
Карачаево-Черкесская Республика	55,2	49,3	67,4	41,7	82,4	28,5	85,8	104,5	–65,5	201,3	21,9
Республика Северная Осетия-Алания	54,4	51,7	41,0	37,5	33,9	37,4	47,8	70,8	10,4	27,9	48,1
Чеченская Республика	9,6	65,4	49,5	28,9	23,6	26,7	6,7	7,7	13,2	–74,8	14,3
Ставропольский край	136,9	125,6	195,3	149,4	104,9	136,1	106,0	177,9	29,8	–22,1	67,9
Приволжский федеральный округ	356,4	391,1	367,9	332,7	391,8	440,5	450,2	444,9	12,4	2,2	–1,2
Республика Башкортостан	297,1	250,0	267,8	230,5	273,7	261,5	296,3	351,1	–4,5	13,3	18,5
Республика Марий Эл	209,4	248,7	309,0	202,3	349,1	329,8	223,4	269,2	–5,5	–32,2	20,5
Республика Мордовия	621,8	997,7	861,0	793,8	808,5	1091,7	900,8	784,6	35,0	–17,5	–12,9
Республика Татарстан	167,8	178,2	253,6	219,1	326,0	316,5	395,2	239,2	–2,9	24,9	–39,5
Удмуртская Республика	171,9	237,6	213,3	212,1	343,0	514,8	430,0	563,5	50,1	–16,5	31,0
Чувашская Республика	508,2	647,8	736,4	570,2	641,2	595,0	459,8	461,1	–7,2	–22,7	0,3
Пермский край	874,4	889,9	549,6	483,6	606,0	707,2	649,8	619,0	16,7	–8,1	–4,8
Кировская область	257,8	480,3	405,5	397,7	426,2	301,3	235,7	297,1	–29,3	–21,8	26,0
Нижегородская область	200,9	304,8	290,1	277,2	251,9	321,5	402,4	350,7	27,6	25,1	–12,9
Оренбургская область	329,1	341,8	279,7	233,3	284,0	337,7	421,4	488,4	18,9	24,8	15,9
Пензенская область	329,0	315,5	290,3	239,5	310,4	277,9	293,5	236,4	–10,5	5,6	–19,4
Самарская область	380,5	468,2	626,5	632,9	563,0	793,8	784,0	702,5	41,0	–1,2	–10,4
Саратовская область	484,0	383,8	247,7	230,9	379,1	412,8	461,3	634,4	8,9	11,8	37,5
Ульяновская область	240,8	220,4	234,3	223,0	289,2	201,8	278,8	270,4	–30,2	38,2	–3,0
Уральский федеральный округ							695,9	723,7			4,0
Курганская область							623,6	516,1			–17,2
Свердловская область							1705,4	882,4			–48,3
Тюменская область без автономного округа							1157,8	803,1			–30,6
Ханты-Мансийский АО							1134,2	562,7			–50,4
Ямало-Ненецкий АО							744,3	1227,5			64,9
Челябинская область							605,8	548,4			–9,5
ДНР						95,3	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						158,5	н/д	н/д			
ЛНР						84,0	н/д	н/д			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	73 811	75 644	77 346	76 686	76 412	75 940	77 562	79 294
Северо-Западный федеральный округ	6451	6844	6980	7090	6951	6853	7141	7467
Республика Карелия	138	117	122	140	149	168	163	194
Республика Коми	482	515	548	459	431	460	497	463
Архангельская область без автономного округа	399	440	488	421	418	433	408	551
Ненецкий автономный округ	21	48	42	51	40	24	22	21
Вологодская область	879	867	834	872	804	699	692	760
Калининградская область	562	514	527	533	500	475	665	551
Ленинградская область	763	833	727	723	723	708	723	695
Мурманская область	361	351	411	466	494	479	503	506
Новгородская область	565	627	643	825	794	700	683	752
Псковская область	587	602	571	507	446	502	480	521
г. Санкт-Петербург	1694	1930	2067	2093	2152	2205	2305	2453
Южный федеральный округ	6845	7332	7896	7949	8229	8125	8476	8701
Республика Адыгея	161	169	177	210	206	241	240	259
Республика Калмыкия	195	217	215	220	214	221	245	254
Республика Крым	575	419	441	439	536	472	534	542
Краснодарский край	3063	3577	4061	4010	4094	4018	4152	4203
Астраханская область	440	421	412	397	407	424	458	457
Волгоградская область	949	996	1028	1087	1187	1158	1224	1369
Ростовская область	1399	1460	1482	1504	1504	1505	1533	1534
г. Севастополь	63	73	80	82	81	86	90	83
Северо-Кавказский федеральный округ	3744	4016	4024	4003	4141	4101	4112	4479
Республика Дагестан	1474	1575	1609	1528	1458	1360	1321	1435
Республика Ингушетия	136	144	138	121	157	122	126	130
Кабардино-Балкарская Республика	139	125	111	111	107	123	136	167

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	163	178	194	203	207	192	192	183
Республика Северная Осетия-Алания	186	196	205	196	215	224	216	231
Чеченская Республика	280	364	387	419	431	492	476	510
Ставропольский край	1366	1434	1380	1425	1566	1588	1645	1823
Приволжский федеральный округ	17 045	17 141	17 686	17 513	17 130	16 876	16 449	16 528
Республика Башкортостан	1726	1772	1866	1747	1723	1688	1587	1486
Республика Марий Эл	715	689	715	684	663	636	643	676
Республика Мордовия	327	362	421	398	428	445	493	546
Республика Татарстан	1581	1666	1640	1713	1755	1635	1727	1643
Удмуртская Республика	941	891	921	886	924	936	976	1003
Чувашская Республика	648	607	555	535	490	465	484	497
Пермский край	2765	2663	2730	2863	2829	3089	2642	2549
Кировская область	1574	1502	1529	1471	1504	1332	1342	1292
Нижегородская область	1841	1919	2020	1853	1743	1688	1511	1610
Оренбургская область	1487	1531	1496	1569	1504	1537	1579	1587
Пензенская область	313	337	340	331	346	357	414	425
Самарская область	1084	1100	1285	1306	1238	1344	1356	1433
Саратовская область	1510	1570	1620	1558	1377	1329	1255	1351
Ульяновская область	533	532	548	599	606	395	440	430
Уральский федеральный округ							6937	6730
Курганская область							558	535
Свердловская область							2191	2168
Тюменская область без автономного округа							1406	1435
Ханты-Мансийский АО							540	559
Ямало-Ненецкий АО							436	361
Челябинская область							1806	1672
ДНР						1167	1374	1359
Херсонская область						183	196	235
Запорожская область						94	109	171
ЛНР						658	585	586

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1736,5	1736,1	1738,1	1695,8	1691,9	1663,8	1638,3	1639,6	-1,7	-1,5	0,1
Северо-Западный федеральный округ	1649,0	1695,5	1714,0	1762,1	1782,6	1784,4	1827,3	1885,7	0,1	2,4	3,2
Республика Карелия	907,5	753,0	759,5	841,7	885,6	996,3	947,8	1106,4	12,5	-4,9	16,7
Республика Коми	2089,0	2161,0	2219,1	1829,0	1744,1	1878,0	1988,3	1823,0	7,7	5,9	-8,3
Архангельская область без автономного округа	1352,2	1420,8	1524,3	1296,0	1291,8	1336,8	1245,4	1671,0	3,5	-6,8	34,2
Ненецкий автономный округ	1328,3	2994,4	2605,5	3106,0	2408,9	1444,5	1302,9	1233,8	-40,0	-9,8	-5,3
Вологодская область	2714,8	2559,0	2372,4	2417,1	2196,1	1865,4	1778,1	1909,3	-15,1	-4,7	7,4
Калининградская область	1841,2	1594,2	1605,3	1655,8	1598,6	1495,5	2003,7	1619,8	-6,4	34,0	-19,2
Ленинградская область	1413,3	1545,8	1384,8	1413,8	1448,9	1423,6	1424,8	1352,9	-1,7	0,1	-5,0
Мурманская область	1669,2	1574,6	1855,9	2169,2	2357,4	2246,7	2243,0	2187,6	-4,7	-0,2	-2,5
Новгородская область	3658,7	3849,0	3765,1	4711,2	4441,7	3778,0	3539,2	3812,4	-14,9	-6,3	7,7
Псковская область	3414,2	3299,1	3094,3	2818,1	2560,0	2885,1	2685,3	2868,6	12,7	-6,9	6,8
г. Санкт-Петербург	1124,2	1246,1	1336,2	1394,2	1533,5	1665,1	1750,2	1856,0	8,6	5,1	6,0
Южный федеральный округ	1476,6	1545,4	1626,8	1598,1	1631,8	1568,4	1560,8	1562,4	-3,9	-0,5	0,1
Республика Адыгея	1115,8	1167,0	1204,2	1378,7	1301,7	1446,5	1347,2	1408,1	11,1	-6,9	4,5
Республика Калмыкия	2243,8	2448,4	2333,2	2288,6	2170,5	2164,8	2245,3	2245,8	-0,3	3,7	0,0
Республика Крым	1194,7	845,2	847,6	802,6	934,2	778,7	820,9	799,6	-16,6	5,4	-2,6
Краснодарский край	1897,4	2142,1	2345,6	2235,4	2241,3	2164,9	2167,1	2147,9	-3,4	0,1	-0,9
Астраханская область	1500,5	1381,8	1309,5	1237,0	1268,4	1301,2	1329,5	1279,5	2,6	2,2	-3,8
Волгоградская область	1309,6	1378,3	1461,1	1587,5	1761,3	1640,4	1595,2	1725,2	-6,9	-2,8	8,1
Ростовская область	1202,7	1232,7	1231,8	1225,2	1218,9	1202,3	1189,7	1173,7	-1,4	-1,1	-1,3
г. Севастополь	492,9	545,8	564,7	540,7	516,1	517,6	509,6	462,4	0,3	-1,5	-9,3
Северо-Кавказский федеральный округ	941,3	1006,4	992,8	959,4	985,9	965,8	937,8	1007,1	-2,0	-2,9	7,4
Республика Дагестан	1104,0	1191,5	1200,8	1100,7	1041,1	967,2	916,8	984,0	-7,1	-5,2	7,3
Республика Ингушетия	532,0	562,8	526,0	443,6	566,3	435,1	442,2	453,2	-23,2	1,6	2,5

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	432,2	403,3	365,0	357,5	340,5	378,3	393,6	470,7	11,1	4,0	19,6
Карачаево-Черкесская Республика	1000,5	1097,6	1189,6	1208,5	1218,2	1093,0	1029,0	956,3	-10,3	-5,9	-7,1
Республика Северная Осетия-Алания	723,3	778,8	840,9	816,5	910,2	930,4	860,7	909,1	2,2	-7,5	5,6
Чеченская Республика	382,5	485,8	491,3	505,2	507,8	570,4	532,2	558,7	12,3	-6,7	5,0
Ставропольский край	1496,4	1526,1	1449,4	1478,9	1642,2	1662,2	1676,1	1842,8	1,2	0,8	9,9
Приволжский федеральный округ	2092,1	2048,6	2056,4	1996,8	1958,0	1914,5	1797,9	1763,1	-2,2	-6,1	-1,9
Республика Башкортостан	1397,2	1397,7	1428,0	1303,3	1281,6	1236,7	1109,2	1009,1	-3,5	-10,3	-9,0
Республика Марий Эл	3839,2	3570,1	3563,0	3295,0	3127,6	2913,1	2817,1	2888,1	-6,9	-3,3	2,5
Республика Мордовия	1517,3	1641,6	1868,5	1755,2	1922,4	2024,1	2198,5	2393,3	5,3	8,6	8,9
Республика Татарстан	1411,4	1454,9	1400,6	1443,6	1501,7	1402,4	1431,0	1332,2	-6,6	2,0	-6,9
Удмуртская Республика	2100,4	1907,2	1926,1	1824,1	1909,0	1919,9	1943,1	1955,6	0,6	1,2	0,6
Чувашская Республика	1972,1	1820,3	1609,0	1495,5	1348,4	1246,2	1229,4	1225,4	-7,6	-1,3	-0,3
Пермский край	3613,8	3347,1	3312,4	3393,3	3375,0	3677,9	3017,4	2832,5	9,0	-18,0	-6,1
Кировская область	5202,8	4874,5	4882,6	4606,4	4611,2	3934,4	3766,1	3521,3	-14,7	-4,3	-6,5
Нижегородская область	2269,3	2293,6	2334,9	2087,8	1951,6	1865,2	1612,8	1680,3	-4,4	-13,5	4,2
Оренбургская область	2562,4	2565,0	2447,0	2541,6	2483,6	2557,0	2549,1	2508,5	3,0	-0,3	-1,6
Пензенская область	927,7	984,5	967,8	921,7	959,0	992,0	1125,0	1129,0	3,4	13,4	0,4
Самарская область	1343,4	1310,5	1463,7	1442,4	1358,7	1463,5	1432,8	1480,4	7,7	-2,1	3,3
Саратовская область	2162,4	2231,5	2293,4	2206,9	1984,9	1911,4	1743,9	1839,1	-3,7	-8,8	5,5
Ульяновская область	1711,5	1675,1	1689,2	1829,6	1864,5	1207,8	1291,5	1224,0	-35,2	6,9	-5,2
Уральский федеральный округ							1630,8	1538,8			-5,6
Курганская область							2046,9	1891,3			-7,6
Свердловская область							3100,9	1534,2			-50,5
Тюменская область без автономного округа							4704,6	2400,8			-49,0
Ханты-Мансийский АО							1578,5	817,0			-48,2
Ямало-Ненецкий АО							2121,0	1730,9			-18,4
Челябинская область							1567,3	1408,5			-10,1
ДНР						1659,5	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						232,8	н/д	н/д			
ЛНР						1675,3	н/д	н/д			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	3251	3306	3157	2546	2839	3183	3448	3467
Северо-Западный федеральный округ	296	294	263	202	182	200	232	274
Республика Карелия	4	3	4	5	1	6	2	3
Республика Коми	12	24	16	11	7	13	31	14
Архангельская область без автономного округа	25	35	29	11	10	14	17	20
Ненецкий автономный округ	0	2	3	3	3	2	0	1
Вологодская область	34	39	47	29	43	37	39	64
Калининградская область	32	23	27	25	20	10	16	15
Ленинградская область	60	53	31	25	38	29	21	31
Мурманская область	6	9	12	11	8	15	12	16
Новгородская область	36	36	34	23	16	24	33	36
Псковская область	35	35	22	33	18	17	18	40
г. Санкт-Петербург	52	35	38	26	18	33	43	34
Южный федеральный округ	277	300	335	327	329	357	426	357
Республика Адыгея	6	9	8	5	2	3	11	10
Республика Калмыкия	0	2	0	2	2	4	3	3
Республика Крым	39	26	26	35	26	29	32	34
Краснодарский край	97	111	148	143	159	190	194	163
Астраханская область	33	28	21	17	18	19	0	0
Волгоградская область	48	59	85	57	73	72	103	75
Ростовская область	53	62	47	66	48	39	81	69
г. Севастополь	1	3	0	2	1	1	2	3
Северо-Кавказский федеральный округ	186	179	135	128	154	151	172	252
Республика Дагестан	37	24	27	16	34	18	21	49
Республика Ингушетия	9	8	4	5	14	2	8	18
Кабардино-Балкарская Республика	8	8	8	12	7	8	10	13
Карачаево-Черкесская Республика	11	10	7	5	4	5	2	7

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	16	10	3	3	11	8	13	11
Чеченская Республика	34	37	18	32	29	41	60	26
Ставропольский край	71	82	68	55	55	69	58	128
Приволжский федеральный округ	586	526	523	452	505	560	683	632
Республика Башкортостан	57	42	47	33	56	65	35	43
Республика Марий Эл	12	24	21	16	20	33	33	48
Республика Мордовия	36	21	46	31	57	18	84	49
Республика Татарстан	55	64	62	77	72	82	86	55
Удмуртская Республика	20	14	26	24	16	23	25	34
Чувашская Республика	10	5	13	6	5	6	6	7
Пермский край	138	128	83	70	76	92	101	88
Кировская область	29	20	39	38	26	30	66	45
Нижегородская область	36	18	23	39	20	29	54	44
Оренбургская область	66	68	69	47	43	61	77	75
Пензенская область	8	8	6	13	8	4	3	11
Самарская область	23	30	22	18	19	35	26	15
Саратовская область	69	58	40	23	64	67	63	91
Ульяновская область	27	26	26	17	23	15	24	27
Уральский федеральный округ							332	380
Курганская область							40	15
Свердловская область							133	153
Тюменская область без автономного округа							72	58
Ханты-Мансийский АО							19	37
Ямало-Ненецкий АО							17	33
Челябинская область							51	84
ДНР						35	23	19
Херсонская область						0	1	4
Запорожская область						7	31	61
ЛНР						52	29	31

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ
У ПОДРОСТКОВ (15–17 лет)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	76,5	75,9	70,9	56,3	62,9	69,7	72,8	71,7	10,9	4,4	-1,6
Северо-Западный федеральный округ	75,7	72,8	64,6	50,2	46,7	52,1	59,4	69,2	11,6	14,0	16,6
Республика Карелия	26,3	19,3	24,9	30,1	5,9	35,6	11,6	17,1	498,6	-67,3	47,1
Республика Коми	52,0	100,7	64,8	43,8	28,3	53,1	124,0	55,1	87,4	133,7	-55,6
Архангельская область без автономного округа	84,7	113,0	90,6	33,9	30,9	43,2	51,9	60,7	39,9	20,1	16,9
Ненецкий автономный округ	0,0	124,8	186,1	182,7	180,7	120,4	0,0	58,8	-33,4	-100,0	
Вологодская область	105,0	115,1	133,7	80,4	117,5	98,7	100,2	160,8	-15,9	1,5	60,4
Калининградская область	104,8	71,3	82,2	77,7	63,9	31,5	48,2	44,1	-50,8	53,1	-8,5
Ленинградская область	111,1	98,4	59,1	48,9	76,2	58,3	41,4	60,3	-23,4	-29,0	45,8
Мурманская область	27,7	40,4	54,2	51,2	38,2	70,4	53,5	69,2	84,3	-23,9	29,3
Новгородская область	233,1	221,0	199,1	131,3	89,5	129,5	171,0	182,5	44,7	32,0	6,7
Псковская область	203,6	191,8	119,2	183,4	103,3	97,7	100,7	220,2	-5,4	3,1	118,7
г. Санкт-Петербург	34,5	22,6	24,6	17,3	12,8	24,9	32,7	25,7	94,3	31,0	-21,2
Южный федеральный округ	59,8	63,2	69,0	65,7	65,2	68,9	78,4	64,1	5,6	13,8	-18,3
Республика Адыгея	41,6	62,2	54,4	32,8	12,6	18,0	61,7	54,4	42,5	242,9	-12,0
Республика Калмыкия	0,0	22,6	0,0	20,8	20,3	39,2	27,5	26,5	93,2	-29,8	-3,5
Республика Крым	81,0	52,4	50,0	64,0	45,3	47,8	49,2	50,2	5,6	2,8	2,0
Краснодарский край	60,1	66,5	85,5	79,7	87,0	102,4	101,3	83,3	17,6	-1,1	-17,7
Астраханская область	112,5	91,9	66,7	53,0	56,1	58,3	0,0	0,0	3,9	-100,0	
Волгоградская область	66,2	81,6	120,8	83,2	108,3	102,0	134,2	94,5	-5,8	31,6	-29,6
Ростовская область	45,6	52,3	39,1	53,8	38,9	31,2	62,9	52,8	-19,9	101,8	-16,0
г. Севастополь	7,8	22,4	0,0	13,2	6,4	6,0	11,3	16,7	-5,5	88,2	47,6
Северо-Кавказский федеральный округ	46,8	44,9	33,3	30,7	36,7	35,6	39,2	56,7	-3,0	10,3	44,4
Республика Дагестан	27,7	18,2	20,2	11,5	24,3	12,8	14,6	33,6	-47,3	13,9	130,5
Республика Ингушетия	35,2	31,3	15,2	18,3	50,5	7,1	28,1	62,8	-85,9	293,6	123,5

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	24,9	25,8	26,3	38,7	22,3	24,6	28,9	36,6	10,5	17,6	26,6
Карачаево-Черкесская Республика	67,5	61,7	42,9	29,8	23,5	28,5	10,7	36,6	20,9	-62,3	241,3
Республика Северная Осетия-Алания	62,2	39,7	12,3	12,5	46,6	33,2	51,8	43,3	-28,6	55,9	-16,4
Чеченская Республика	46,4	49,4	22,8	38,6	34,2	47,5	67,1	28,5	39,1	41,1	-57,5
Ставропольский край	77,8	87,3	71,4	57,1	57,7	72,2	59,1	129,4	25,2	-18,2	118,9
Приволжский федеральный округ	71,9	62,9	60,8	51,5	57,7	63,5	74,7	67,4	10,1	17,5	-9,7
Республика Башкортостан	46,1	33,1	36,0	24,6	41,7	47,6	24,5	29,2	14,3	-48,6	19,4
Республика Марий Эл	64,4	124,4	104,6	77,1	94,3	151,2	144,6	205,1	60,2	-4,3	41,8
Республика Мордовия	167,0	95,2	204,2	136,7	256,0	81,9	374,6	214,8	-68,0	357,5	-42,7
Республика Татарстан	49,1	55,9	52,9	64,9	61,6	70,3	71,3	44,6	14,2	1,3	-37,4
Удмуртская Республика	44,6	30,0	54,4	49,4	33,1	47,2	49,8	66,3	42,7	5,5	33,2
Чувашская Республика	30,4	15,0	37,7	16,8	13,8	16,1	15,2	17,3	16,9	-5,2	13,2
Пермский край	180,4	160,9	100,7	83,0	90,7	109,5	115,3	97,8	20,8	5,3	-15,2
Кировская область	95,9	64,9	124,5	119,0	79,7	88,6	185,2	122,6	11,2	109,0	-33,8
Нижегородская область	44,4	21,5	26,6	43,9	22,4	32,0	57,6	45,9	43,1	79,9	-20,3
Оренбургская область	113,7	113,9	112,9	76,1	71,0	101,5	124,3	118,5	42,9	22,5	-4,6
Пензенская область	23,7	23,4	17,1	36,2	22,2	11,1	8,2	29,2	-49,9	-26,7	258,4
Самарская область	28,5	35,7	25,1	19,9	20,9	38,1	27,5	15,5	82,8	-27,9	-43,6
Саратовская область	98,8	82,4	56,6	32,6	92,3	96,4	87,5	123,9	4,5	-9,2	41,5
Ульяновская область	86,7	81,9	80,1	51,9	70,8	45,9	70,4	76,9	-35,2	53,6	9,1
Уральский федеральный округ							78,1	86,9			11,3
Курганская область							146,7	53,0			-63,9
Свердловская область							188,2	108,3			-42,5
Тюменская область без автономного округа							240,9	97,0			-59,7
Ханты-Мансийский АО							55,5	54,1			-2,6
Ямало-Ненецкий АО							82,7	158,2			91,3
Челябинская область							44,3	70,8			59,9
ДНР						49,8	н/д	н/д			
Херсонская область						н/д	н/д	н/д			
Запорожская область						17,3	н/д	н/д			
ЛНР						132,4	н/д	н/д			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2 034 982	1 898 395	1 766 065	1 870 109	186 110	1 800 667	1 738 230
Северо-Западный федеральный округ	154 224	142 450	132 560	143 039	146 504	139 047	140 933
Республика Карелия	5092	5299	4953	5152	6289	6969	7010
Республика Коми	12 947	12 813	11 646	12 218	11 731	11 082	10 910
Архангельская область без автономного округа	14 158	14 043	10 456	12 167	12 188	11 360	10 947
Ненецкий автономный округ	787	795	830	858	891	984	1001
Вологодская область	15 559	14 694	14 604	15 029	14 219	13 437	12 492
Калининградская область	13 230	13 228	13 328	11 834	11 361	11 856	11 979
Ленинградская область	20 664	17 725	17 418	21 291	23 493	19 713	22 390
Мурманская область	9293	8380	7823	7798	7587	7597	7440
Новгородская область	11 283	8744	8241	12 570	14 969	12 844	12 535
Псковская область	12701	11 780	10 977	10 600	10 384	9882	10 670
г. Санкт-Петербург	38 510	34 949	32 284	33 522	33 392	33 323	33 559
Южный федеральный округ	197 985	183 985	170 683	191 602	183 790	173 300	168 523
Республика Адыгея	11 173	10 049	8719	8144	7353	6593	6286
Республика Калмыкия	4856	4183	3699	3652	3637	3527	3342
Республика Крым	37 780	36 480	34 843	34 264	33 643	33 999	32 585
Краснодарский край	36 899	31 224	28 717	44 212	39 105	33 189	32 589
Астраханская область	18 699	17 367	14 912	14 186	14 077	13 935	14 805
Волгоградская область	25 213	23 788	22 495	23 534	22 595	22 851	22 778
Ростовская область	58 793	57 058	54 614	60 795	60 572	56 399	53 573
г. Севастополь	4572	3836	2684	2815	2808	2807	2565
Северо-Кавказский федеральный округ	98 353	96 889	94 110	100 005	98 869	97 091	96 572
Республика Дагестан	24 457	25 368	25 039	27 618	30 001	30 212	30 868
Республика Ингушетия	1538	1598	1636	2087	2079	1723	1657
Кабардино-Балкарская Республика	10 083	9606	9117	8738	8512	8435	8200

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	6465	5822	5447	5189	5043	4909	4618
Республика Северная Осетия-Алания	8389	8551	8183	8034	7811	7677	8707
Чеченская Республика	9691	9202	9426	9261	9385	9326	9015
Ставропольский край	37 730	36 742	35 262	39 078	36 038	34 809	33 507
Приволжский федеральный округ	479 784	433 397	397 748	420 557	413 634	402 171	388 294
Республика Башкортостан	65 853	60 147	56 947	56 693	55 001	52 162	51 411
Республика Марий Эл	13 654	12 376	10 961	12 678	11 625	11 853	11 654
Республика Мордовия	13 560	13 325	12 119	14 976	14 544	16 421	17 226
Республика Татарстан	55 085	55 575	55 026	56 762	57 971	57 600	55 688
Удмуртская Республика	25 702	24 992	25 020	25 588	26 086	24 753	22 618
Чувашская Республика	23 601	21 953	21 162	21 264	21 770	20 804	20 651
Пермский край	43 664	34 398	31 431	34 943	36 292	37 079	36 909
Кировская область	24 077	23 191	22 595	23 745	21 896	22 023	21 725
Нижегородская область	76 569	67 154	58 048	66 678	65 343	61 160	57 845
Оренбургская область	24 683	19 580	17 283	17 721	17 908	17 550	16 777
Пензенская область	23 125	20 593	17 770	17 600	16 965	17 063	16 816
Самарская область	31 712	29 703	26 946	27 446	25 907	22 984	20 707
Саратовская область	35 610	33 792	32 305	31 534	29 324	28 110	26 481
Ульяновская область	22 889	16 618	10 135	12 929	13 002	12 609	11 786
Уральский федеральный округ						128 491,00	123 851,00
Курганская область						10 612,00	6939,00
Свердловская область						39 756,00	40 573,00
Тюменская область без автономного округа						21 329,00	20 762,00
Ханты-Мансийский АО						11 243,00	10 777,00
Ямало-Ненецкий АО						7485,00	7142,00
Челябинская область						38 066,00	37 658,00
ДНР					66 580	67 569	66 992
Херсонская область					3832	6552	3918
Запорожская область					7221	9064	8103
ЛНР					26 047	25 217	23 523

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 223/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1385,9	1293,5	1205,8	1282,1	1258,3	1230,8	1189,3	-1,1	-2,2	-3,4
Северо-Западный федеральный округ	1104,6	1019,2	949,4	1027,5	1054,9	1003,7	1018,3	2,6	-4,9	1,5
Республика Карелия	820,9	860,1	809,9	850,1	1186,3	1325,2	1338,2	22,7	11,7	1,0
Республика Коми	1549,5	1552,4	1425,4	1511,1	1606,1	1531,7	1514,0	-3,4	-4,6	-1,2
Архангельская область без автоном- ного округа	1280,5	1280,9	961,4	1130,5	1257,2	1183,2	1145,3	0,8	-5,9	-3,2
Ненецкий автономный округ	1792,2	1808,1	1875,7	1929,6	2151,9	2353,9	2370,7	3,7	9,4	0,7
Вологодская область	1327,3	1262,3	1263,6	1312,3	1254,3	1194,3	1114,0	-4,9	-4,8	-6,7
Калининградская область	1325,1	1313,1	1312,4	1156,6	1101,2	1147,6	1158,6	-4,4	4,2	1,0
Ленинградская область	1128,7	952,0	924,4	1119,3	1166,0	971,2	1099,8	9,8	-16,7	13,2
Мурманская область	1237,7	1125,2	1061,3	1070,2	1146,1	1155,3	1133,4	-2,1	0,8	-1,9
Новгородская область	1869,9	1461,2	1386,3	2133,1	2586,4	2238,9	2193,6	19,7	-13,4	-2,0
Псковская область	2006,2	1876,1	1761,4	1718,5	1753,0	1690,8	1836,0	-1,5	-3,6	8,6
г. Санкт-Петербург	717,4	648,3	598,8	623,0	595,9	595,2	599,5	-0,3	-0,1	0,7
Южный федеральный округ	1203,7	1117,7	1036,1	1164,1	1101,9	1041,9	1013,7	-3,9	-5,4	-2,7
Республика Адыгея	2460,7	2189,7	1882,6	1748,6	1476,1	1320,5	1255,7	-10,2	-10,5	-4,9
Республика Калмыкия	1772,1	1538,5	1367,2	1358,3	1370,1	1327,8	1252,8	0,0	-3,1	-5,7
Республика Крым	1975,1	1907,7	1827,0	1804,3	1748,6	1777,1	1706,5	-1,7	1,6	-4,0
Краснодарский край	655,9	551,5	505,6	777,6	671,3	569,7	558,7	-11,6	-15,1	-1,9
Астраханская область	1840,8	1719,6	1488,6	1427,7	1475,3	1469,2	1564,3	-0,3	-0,4	6,5
Волгоградская область	1002,7	951,8	906,0	955,8	910,6	928,2	928,2	-3,5	1,9	0,0
Ростовская область	1396,0	1358,5	1303,5	1458,7	1449,6	1356,2	1290,1	0,0	-6,4	-4,9
г. Севастополь	1039,2	859,8	559,7	545,5	507,9	501,4	456,9	-1,4	-1,3	-8,9
Северо-Кавказский федеральный округ	999,0	978,8	945,9	1001,8	970,3	949,2	942,1	-1,3	-2,2	-0,8
Республика Дагестан	795,3	818,7	802,0	878,6	938,0	938,0	955,0	8,3	0,0	1,8
Республика Ингушетия	312,1	318,2	320,0	401,5	403,5	329,4	314,3	-1,2	-18,4	-4,6
Кабардино-Балкар- ская Республика	1164,3	1107,6	1049,4	1004,6	941,8	932,7	905,6	-2,7	-1,0	-2,9

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 223/2024
Карачаево-Черкесская Республика	1387,5	1250,6	1170,3	1116,4	1075,8	1048,1	986,1	-2,7	-2,6	-5,9
Республика Северная Осетия-Алания	1197,6	1225,0	1177,5	1163,3	1143,5	1129,3	1282,6	-2,4	-1,2	13,6
Чеченская Республика	669,7	626,9	633,3	614,5	615,9	604,4	580,5	0,7	-1,9	-3,9
Ставропольский край	1348,5	1312,5	1260,2	1402,4	1244,0	1205,0	1161,0	-7,6	-3,1	-3,7
Приволжский федеральный округ	1628,0	1477,0	1363,1	1452,3	1437,4	1405,6	1360,5	-1,3	-2,2	-3,2
Республика Башкортостан	1623,1	1487,1	1414,5	1414,6	1346,5	1281,3	1264,9	-2,8	-4,8	-1,3
Республика Марий Эл	2003,9	1820,3	1618,2	1882,7	1723,9	1766,2	1739,8	-8,0	2,5	-1,5
Республика Мордовия	1694,4	1680,6	1544,6	1932,8	1873,2	2136,4	2249,1	-2,4	14,0	5,3
Республика Татарстан	1413,7	1424,7	1411,5	1459,1	1449,0	1439,2	1391,2	2,2	-0,7	-3,3
Удмуртская Республика	1701,9	1661,5	1671,2	1718,6	1804,5	1720,9	1576,7	2,3	-4,6	-8,4
Чувашская Республика	1923,1	1798,5	1744,8	1767,4	1847,2	1777,9	1769,5	2,8	-3,7	-0,5
Пермский край	1668,5	1320,4	1213,9	1360,7	1442,0	1482,1	1479,2	4,3	2,8	-0,2
Кировская область	1884,4	1830,0	1798,6	1911,1	1914,6	1942,0	1922,7	-7,2	1,4	-1,0
Нижегородская область	2374,5	2092,8	1819,8	2109,8	2111,0	1991,5	1890,2	-1,5	-5,7	-5,1
Оренбургская область	1252,7	999,0	886,4	916,4	968,7	956,4	917,4	1,5	-1,3	-4,1
Пензенская область	1745,4	1569,8	1368,8	1372,3	1353,0	1374,5	1360,4	-3,0	1,6	-1,0
Самарская область	994,6	933,7	850,9	873,3	821,5	733,1	662,0	-5,3	-10,8	-9,7
Саратовская область	1452,4	1389,8	1341,3	1326,1	1212,7	1173,7	1110,2	-6,3	-3,2	-5,4
Ульяновская область	1842,1	1346,5	828,0	1067,5	1096,0	1071,4	1005,0	1,2	-2,2	-6,2
Уральский федеральный округ						1048,0	1010,0			-3,6
Курганская область						1401,3	921,5			-34,2
Свердловская область						1883,0	960,8			-49,0
Тюменская область без автономного округа						2640,6	1285,2			-51,3
Ханты-Мансийский АО						1278,1	612,5			-52,1
Ямало-Ненецкий АО						1455,7	1384,2			-4,9
Челябинская область						1119,1	1109,0			-0,9
ДНР						2287,3	2267,8	1,2		-0,9
Херсонская область						1915,2	1145,3			-40,2
Запорожская область						1625,5	1453,2			-10,6
ЛНР					1712,8	1658,2	1546,8		-3,2	-6,7

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	218 070	200 022	181 792	176 650	176 373	174 829	165 749
Северо-Западный федеральный округ	15 027	13 715	12 608	11 148	11 024	9884	9469
Республика Карелия	382	401	389	414	367	338	404
Республика Коми	727	628	551	666	784	547	580
Архангельская область без автономного округа	1473	1576	1542	1106	1554	934	1041
Ненецкий автономный округ	72	88	113	146	170	211	215
Вологодская область	1810	1592	1440	1181	1058	978	805
Калининградская область	964	1152	1186	865	800	648	765
Ленинградская область	4760	3566	3361	3035	2660	2643	2241
Мурманская область	1316	1094	987	933	868	839	713
Новгородская область	1039	873	821	660	680	684	635
Псковская область	1100	1297	880	812	763	723	700
г. Санкт-Петербург	1384	1448	1338	1330	1320	1339	1370
Южный федеральный округ	24 846	22 107	20 067	17 654	17 416	16 730	16 178
Республика Адыгея	2185	1876	1476	1040	875	827	781
Республика Калмыкия	990	768	685	667	656	630	567
Республика Крым	4068	3684	3456	3223	3047	3147	2668
Краснодарский край	6255	4826	4218	3955	3652	3352	3203
Астраханская область	7096	6917	6155	4580	4784	4304	4746
Волгоградская область	2325	2109	1974	1978	1993	1923	1797
Ростовская область	1863	1841	1930	1928	1985	2016	1943
г. Севастополь	64	86	173	283	424	531	473
Северо-Кавказский федеральный округ	17 815	18 363	18 449	19 453	21 086	21 232	21 005
Республика Дагестан	9265	10 213	10 469	11 645	13 227	13 345	13 244
Республика Ингушетия	0	0	0	2	0	2	5
Кабардино-Балкарская Республика	713	494	409	361	309	329	304

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	1222	1094	1026	966	927	913	884
Республика Северная Осетия-Алания	260	241	237	232	216	209	203
Чеченская Республика	1279	1359	1510	1700	1861	1945	1929
Ставропольский край	5076	4962	4798	4547	4546	4489	4436
Приволжский федеральный округ	52 260	43 171	37 539	35 942	35 726	35 710	34 026
Республика Башкортостан	12526	10381	9460	7382	7327	6121	4959
Республика Марий Эл	932	816	665	639	664	654	678
Республика Мордовия	2155	1909	1684	1732	1748	3816	4151
Республика Татарстан	2918	2887	2898	3062	3293	3453	3546
Удмуртская Республика	2172	2161	2137	2122	2168	2198	1889
Чувашская Республика	3751	3124	2781	2444	2400	2144	2073
Пермский край	2523	2319	1997	2610	3080	3342	3504
Кировская область	3982	3723	3267	3045	2741	2637	2597
Нижегородская область	2059	1728	1389	2305	2180	2260	2106
Оренбургская область	6495	3961	2672	2816	2711	2578	2288
Пензенская область	3180	2029	1300	1173	1101	1068	1043
Самарская область	6933	5842	5335	4639	4356	3449	3318
Саратовская область	1723	1690	1578	1577	1499	1525	1390
Ульяновская область	911	601	376	396	458	465	484
Уральский федеральный округ						14 496,00	12 929,00
Курганская область						2337,00	1332,00
Свердловская область						3971,00	3692,00
Тюменская область без автономного округа						4967,00	4858,00
Ханты-Мансийский АО						1085,00	985,00
Ямало-Ненецкий АО						662,00	574,00
Челябинская область						1474,00	1 488,00
ДНР					17 135	17 100	16 753
Херсонская область					444	489	520
Запорожская область					1377	1622	1130
ЛНР					1967	2695	1998

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/ 2022	Темп прироста 2022/ 2023	Темп прироста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	148,5	136,3	124,1	121,1	120,2	119,5	113,4	0,1	-0,6	-5,1
Северо-Западный федеральный округ	107,6	98,1	90,3	80,1	79,4	71,3	68,4	-1,0	-10,1	-4,1
Республика Карелия	61,6	65,1	63,6	68,3	69,2	64,3	77,1	-10,9	-7,2	20,0
Республика Коми	87,0	76,1	67,4	82,4	107,3	75,6	80,5	18,5	-29,6	6,5
Архангельская область без автоном- ного округа	133,2	143,7	141,8	102,8	160,3	97,3	108,9	41,4	-39,3	11,9
Ненецкий автономный округ	164,0	200,1	255,4	328,4	410,6	504,7	509,2	16,2	22,9	0,9
Вологодская область	154,4	136,8	124,6	103,1	93,3	86,9	71,8	-10,0	-6,9	-17,4
Калининградская область	96,6	114,4	116,8	84,5	77,5	62,7	74,0	-7,9	-19,1	18,0
Ленинградская область	260,0	191,5	178,4	159,6	132,0	130,2	110,1	-12,8	-1,4	-15,5
Мурманская область	175,3	146,9	133,9	128,0	131,1	127,6	108,6	-6,4	-2,7	-14,9
Новгородская область	172,2	145,9	138,1	112,0	117,5	119,2	111,1	3,6	1,5	-6,8
Псковская область	173,7	206,6	141,2	131,6	128,8	123,7	120,5	-5,5	-4,0	-2,6
г. Санкт-Петербург	25,8	26,9	24,8	24,7	23,6	23,9	24,5	-0,7	1,5	2,3
Южный федеральный округ	151,1	134,3	121,8	107,3	104,4	100,6	97,3	-1,2	-3,7	-3,2
Республика Адыгея	481,2	408,8	318,7	223,3	175,7	165,6	156,0	-16,3	-5,7	-5,8
Республика Калмыкия	361,3	282,5	253,2	248,1	247,1	237,2	212,5	-1,2	-4,0	-10,4
Республика Крым	212,7	192,7	181,2	169,7	158,4	164,5	139,7	-5,3	3,9	-15,1
Краснодарский край	111,2	85,2	74,3	69,6	62,7	57,5	54,9	-7,7	-8,2	-4,6
Астраханская область	698,6	684,9	614,4	460,9	501,4	453,8	501,5	4,9	-9,5	10,5
Волгоградская область	92,5	84,4	79,5	80,3	80,3	78,1	73,2	1,3	-2,7	-6,2
Ростовская область	44,2	43,8	46,1	46,3	47,5	48,5	46,8	3,3	2,0	-3,5
г. Севастополь	14,5	19,3	36,1	54,8	76,7	94,9	84,3	48,1	23,7	-11,2
Северо-Кавказский федеральный округ	181,0	185,5	185,4	194,9	206,9	207,6	204,9	8,2	0,3	-1,3
Республика Дагестан	301,3	329,6	335,3	370,4	413,6	414,3	409,7	13,2	0,2	-1,1
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,9	-100,0	-	148,1

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	82,3	57,0	47,1	41,5	34,2	36,4	33,6	-14,5	6,4	-7,7
Карачаево-Черкесская Республика	262,3	235,0	220,4	207,8	197,8	194,9	188,8	-3,9	-1,4	-3,2
Республика Северная Осетия-Алания	37,1	34,5	34,1	33,6	31,6	30,7	29,9	-6,6	-2,8	-2,7
Чеченская Республика	88,4	92,6	101,5	112,8	122,1	126,1	124,2	8,8	3,2	-1,5
Ставропольский край	181,4	177,3	171,5	163,2	156,9	155,4	153,7	0,2	-1,0	-1,1
Приволжский федеральный округ	177,3	147,1	128,6	124,1	124,2	124,8	119,2	-0,2	0,5	-4,5
Республика Башкортостан	308,7	256,7	235,0	184,2	179,4	150,4	122,0	-0,6	-16,2	-18,9
Республика Марий Эл	136,8	120,0	98,2	94,9	98,5	97,5	101,2	4,2	-1,0	3,9
Республика Мордовия	269,3	240,8	214,6	223,5	225,1	496,5	542,0	1,5	120,5	9,2
Республика Татарстан	74,9	74,0	74,3	78,7	82,3	86,3	88,6	7,7	4,8	2,7
Удмуртская Республика	143,8	143,7	142,7	142,5	150,0	152,8	131,7	2,5	1,9	-13,8
Чувашская Республика	305,6	255,9	229,3	203,1	203,6	183,2	177,6	-1,4	-10,0	-3,1
Пермский край	96,4	89,0	77,1	101,6	122,4	133,6	140,4	18,5	9,2	5,1
Кировская область	311,7	293,8	260,1	245,1	239,7	232,5	229,8	-9,4	-3,0	-1,2
Нижегородская область	63,9	53,9	43,5	72,9	70,4	73,6	68,8	-4,9	4,5	-6,5
Оренбургская область	329,6	202,1	137,0	145,6	146,7	140,5	125,1	-3,3	-4,2	-10,9
Пензенская область	240,0	154,7	100,1	91,5	87,8	86,0	84,4	-5,5	-2,0	-1,9
Самарская область	217,5	183,6	168,5	147,6	138,1	110,0	106,1	-5,8	-20,4	-3,6
Саратовская область	70,3	69,5	65,5	66,3	62,0	63,7	58,3	-4,3	2,7	-8,5
Ульяновская область	73,3	48,7	30,7	32,7	38,6	39,5	41,3	16,3	2,3	4,5
Уральский федеральный округ						118,2	105,4			-10,8
Курганская область						308,6	176,9			-42,7
Свердловская область						188,1	87,4			-53,5
Тюменская область без автономного округа						614,9	300,7			-51,1
Ханты-Мансийский АО						123,3	56,0			-54,6
Ямало-Ненецкий АО						128,8	111,2			-13,6
Челябинская область						43,3	43,8			1,1
ДНР						578,9	567,1			-2,0
Херсонская область						142,9	152,0			6,3
Запорожская область						290,9	202,7			-30,3
ЛНР					129,4	177,2	131,4		36,9	-25,8

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	172 757	165 019	157 388	161 027	161 917	159 519	154 822
Северо-Западный федеральный округ	7950	7384	7148	7154	7215	7395	7346
Республика Карелия	110	99	93	98	88	87	104
Республика Коми	313	363	299	289	310	313	333
Архангельская область без автономного округа	519	407	310	310	341	341	285
Ненецкий автономный округ	38	34	34	34	40	40	38
Вологодская область	1112	1187	1369	1361	1343	1316	1259
Калининградская область	139	227	132	264	447	606	665
Ленинградская область	1277	759	758	800	764	744	729
Мурманская область	589	579	561	570	520	540	523
Новгородская область	1227	887	824	742	763	783	756
Псковская область	821	910	775	624	515	573	559
г. Санкт-Петербург	1805	1932	1993	2062	2084	2052	2095
Южный федеральный округ	22 670	22 198	21 522	22 109	22 456	21 983	21 440
Республика Адыгея	865	796	726	666	679	646	603
Республика Калмыкия	1099	945	842	844	866	825	774
Республика Крым	6144	6274	6317	6446	6491	6121	5739
Краснодарский край	5417	4982	4658	4876	4804	4527	4318
Астраханская область	2010	1935	1775	1764	1923	2059	2191
Волгоградская область	1711	1551	1368	1317	1283	1288	1251
Ростовская область	5267	5591	5734	6053	6210	6272	6324
г. Севастополь	157	124	102	143	200	245	240
Северо-Кавказский федеральный округ	16 250	15 853	15 545	16 038	16 091	15 770	15 857
Республика Дагестан	2743	2729	2729	3467	3616	3859	4227
Республика Ингушетия	1183	1235	1267	1355	1408	1096	1089
Кабардино-Балкарская Республика	1457	1433	1400	1378	1434	1463	1462
Карачаево-Черкесская Республика	992	883	823	772	726	697	689

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	2438	2456	2341	2330	2241	2150	2053
Чеченская Республика	3270	3094	3098	3000	2928	2873	2787
Ставропольский край	4167	4023	3887	3736	3738	3632	3550
Приволжский федеральный округ	36 985	34 645	33 294	35 373	35 956	35 126	33 950
Республика Башкортостан	4888	4560	4996	5184	5505	5671	5747
Республика Марий Эл	1822	1361	1041	988	962	953	887
Республика Мордовия	929	1084	887	914	941	939	927
Республика Татарстан	9767	9851	9666	9820	9859	9945	9707
Удмуртская Республика	2365	2432	2427	2492	2360	2199	1970
Чувашская Республика	1501	1347	1350	1342	1444	1429	1458
Пермский край	4672	3933	3497	4541	4837	4848	4825
Кировская область	699	652	632	617	590	570	576
Нижегородская область	2436	2232	2013	2177	2168	2190	2174
Оренбургская область	1467	957	909	921	936	870	801
Пензенская область	663	699	698	717	759	765	707
Самарская область	2788	3112	3165	3463	3268	2422	2077
Саратовская область	1612	1544	1636	1807	1912	1915	1756
Ульяновская область	1376	881	377	390	415	410	338
Уральский федеральный округ							
Курганская область						887,00	501,00
Свердловская область						4269,00	4389,00
Тюменская область без автономного округа						2040,00	1913,00
Ханты-Мансийский АО						912,00	843,00
Ямало-Ненецкий АО						470,00	449,00
Челябинская область						3275,00	3141,00
ДНР					6962	7162	7205
Херсонская область					144	170	232
Запорожская область					151	389	349
ЛНР					1258	1422	1303

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	117,7	112,4	107,5	110,4	110,4	109,0	105,9	0,8	-1,2	-2,8
Северо-Западный федеральный округ	56,9	52,8	51,2	51,4	51,9	53,4	53,1	1,0	2,8	-0,6
Республика Карелия	17,7	16,1	15,2	16,2	16,6	16,5	19,9	-9,8	-0,3	20,0
Республика Коми	37,5	44,0	36,6	35,7	42,4	43,3	46,2	7,9	1,9	6,8
Архангельская область без автоном- ного округа	46,9	37,1	28,5	28,8	35,2	35,5	29,8	10,7	1,0	-16,1
Ненецкий автономный округ	86,5	77,3	76,8	76,5	96,6	95,7	90,0	17,4	-1,0	-5,9
Вологодская область	94,9	102,0	118,5	118,8	118,5	117,0	112,3	-0,8	-1,3	-4,0
Калининградская область	13,9	22,5	13,0	25,8	43,3	58,7	64,3	68,6	35,4	9,7
Ленинградская область	69,7	40,8	40,2	42,1	37,9	36,7	35,8	-5,0	-3,3	-2,3
Мурманская область	78,4	77,7	76,1	78,2	78,6	82,1	79,7	-8,2	4,5	-3,0
Новгородская область	203,4	148,2	138,6	125,9	131,8	136,5	132,3	3,4	3,5	-3,1
Псковская область	129,7	144,9	124,4	101,2	86,9	98,0	96,2	-17,0	12,8	-1,9
г. Санкт-Петербург	33,6	35,8	37,0	38,3	37,2	36,7	37,4	1,1	-1,4	2,1
Южный федеральный округ	137,8	134,9	130,6	134,3	134,6	132,2	129,0	1,7	-1,8	-2,4
Республика Адыгея	190,5	173,5	156,8	143,0	136,3	129,4	120,5	1,4	-5,1	-6,9
Республика Калмыкия	401,1	347,6	311,2	313,9	326,2	310,6	290,1	3,0	-4,8	-6,6
Республика Крым	321,2	328,1	331,2	339,4	337,4	319,9	300,6	0,8	-5,2	-6,1
Краснодарский край	96,3	88,0	82,0	85,8	82,5	77,7	74,0	-1,5	-5,8	-4,7
Астраханская область	197,9	191,6	177,2	177,5	201,5	217,1	231,5	9,5	7,7	6,6
Волгоградская об- ласть	68,0	62,1	55,1	53,5	51,7	52,3	51,0	-2,1	1,2	-2,6
Ростовская область	125,1	133,1	136,9	145,2	148,6	150,8	152,3	2,9	1,5	1,0
г. Севастополь	35,7	27,8	21,3	27,7	36,2	43,8	42,8	38,2	21,0	-2,3
Северо-Кавказский федеральный округ	165,1	160,2	156,2	160,7	157,9	154,2	154,7	0,2	-2,4	0,3
Республика Дагестан	89,2	88,1	87,4	110,3	113,1	119,8	130,8	4,0	6,0	9,2
Республика Ингушетия	240,1	245,9	247,8	260,7	273,3	209,5	206,6	3,1	-23,3	-1,4

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	168,2	165,2	161,1	158,4	158,7	161,8	161,5	4,0	2,0	-0,2
Карачаево-Черкесская Республика	212,9	189,7	176,8	166,1	154,9	148,8	147,1	-5,8	-3,9	-1,1
Республика Северная Осетия-Алания	348,0	351,8	336,9	337,4	328,1	316,3	302,4	-3,5	-3,6	-4,4
Чеченская Республика	226,0	210,8	208,1	199,0	192,1	186,2	179,5	-3,0	-3,1	-3,6
Ставропольский край	148,9	143,7	138,9	134,1	129,0	125,7	123,0	0,3	-2,6	-2,2
Приволжский федеральный округ	125,5	118,1	114,1	122,2	124,9	122,8	119,0	2,0	-1,7	-3,1
Республика Башкортостан	120,5	112,7	124,1	129,3	134,8	139,3	141,4	6,4	3,4	1,5
Республика Марий Эл	267,4	200,2	153,7	146,7	142,7	142,0	132,4	-2,4	-0,5	-6,8
Республика Мордовия	116,1	136,7	113,1	118,0	121,2	122,2	121,0	3,5	0,8	-0,9
Республика Татарстан	250,7	252,5	247,9	252,4	246,4	248,5	242,5	0,5	0,8	-2,4
Удмуртская Республика	156,6	161,7	162,1	167,4	163,3	152,9	137,3	-5,0	-6,4	-10,2
Чувашская Республика	122,3	110,4	111,3	111,5	122,5	122,1	124,9	8,0	-0,3	2,3
Пермский край	178,5	151,0	135,1	176,8	192,2	193,8	193,4	7,0	0,8	-0,2
Кировская область	54,7	51,4	50,3	49,7	51,6	50,3	51,0	-3,8	-2,6	1,4
Нижегородская область	75,5	69,6	63,1	68,9	70,0	71,3	71,0	0,1	1,8	-0,4
Оренбургская область	74,5	48,8	46,6	47,6	50,6	47,4	43,8	2,1	-6,4	-7,6
Пензенская область	50,0	53,3	53,8	55,9	60,5	61,6	57,2	6,6	1,8	-7,2
Самарская область	87,4	97,8	99,9	110,2	103,6	77,3	66,4	-5,3	-25,5	-14,0
Саратовская область	65,7	63,5	67,9	76,0	79,1	80,0	73,6	6,6	1,1	-7,9
Ульяновская область	110,7	71,4	30,8	32,2	35,0	34,8	28,8	7,0	-0,4	-17,3
Уральский федеральный округ						96,7	91,6			-5,2
Курганская область						117,1	66,5			-43,2
Свердловская область						202,2	103,9			-48,6
Тюменская область без автономного округа						252,6	118,4			-53,1
Ханты-Мансийский АО						103,7	47,9			-53,8
Ямало-Ненецкий АО						91,4	87,0			-4,8
Челябинская область						96,3	92,5			-3,9
ДНР						242,4	243,9			0,6
Херсонская область						49,7	67,8			36,5
Запорожская область						69,8	62,6			-10,3
ЛНР					82,7	93,5	85,7		13,1	-8,3

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ,
АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1 376 344	1 281 811	1 188 968	1 195 924	1 167 401	1 137 132	1 095 979
Северо-Западный федеральный округ	109 010	100 433	92 676	94 898	91 797	90 244	89 691
Республика Карелия	4315	4506	4136	4327	4383	4692	4740
Республика Коми	10 821	10 779	9824	10 191	9586	9072	8995
Архангельская область без автономного округа	11 308	11 196	7967	10018	9534	9292	8498
Ненецкий автономный округ	662	660	662	660	668	716	728
Вологодская область	10 943	10 148	9943	10 862	10 291	9622	9055
Калининградская область	10 653	10 373	10 607	9325	8685	9196	9063
Ленинградская область	11 792	10 772	10 547	9791	9289	9050	9227
Мурманская область	6305	5629	5312	5313	5195	5135	5106
Новгородская область	7463	5780	5371	5123	5221	5227	5160
Псковская область	10 113	8962	8726	8570	8519	8015	8836
г. Санкт-Петербург	24 635	21 628	19 581	20 718	20 426	20 227	20 283
Южный федеральный округ	126 088	117 039	107 872	107 404	100 635	97 793	94 683
Республика Адыгея	7392	6707	5900	4999	4407	3981	3758
Республика Калмыкия	2602	2339	2075	2043	2023	1982	1915
Республика Крым	22 554	21 618	20 298	19 824	19 322	19 415	19 083
Краснодарский край	21 410	18 180	16 804	15 037	13 550	12 429	11 596
Астраханская область	8419	7340	6123	7025	6545	6764	7051
Волгоградская область	18 520	17 679	16 728	16 973	16 456	16 726	16 523
Ростовская область	42 016	40 430	38 082	39 725	36 741	35 044	33 454
г. Севастополь	3175	2746	1862	1778	1591	1452	1303
Северо-Кавказский федеральный округ	49 357	48 274	46 186	46 407	45 340	44 897	44 407
Республика Дагестан	7827	7659	7326	7310	7876	7850	7642
Республика Ингушетия	40	41	40	45	44	52	64
Кабардино-Балкарская Республика	6794	6612	6240	5917	5640	5512	5282

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	3512	3188	2994	2831	2774	2712	2530
Республика Северная Осетия-Алания	4842	4974	4740	4611	4461	4404	5551
Чеченская Республика	2784	2768	2806	2725	2787	2738	2659
Ставропольский край	23 558	23 032	22 040	22 968	21 758	21 629	20 679
Приволжский федеральный округ	340 058	308 872	283 310	290 976	284 270	271 827	260 060
Республика Башкортостан	43 229	40 289	37 845	36 553	34 688	31 284	29 794
Республика Марий Эл	9869	9244	8351	10 153	9041	9016	8805
Республика Мордовия	9717	9528	8882	11 366	10 740	10 381	10 616
Республика Татарстан	31 702	32 219	31 649	31 776	32 480	31 970	30 297
Удмуртская Республика	17 928	17 223	17 118	16 557	16 630	15 629	14 360
Чувашская Республика	17 551	16 767	16 351	14 737	14 865	14 646	14 663
Пермский край	29 652	22 736	20 866	21 506	21 808	21 912	21 862
Кировская область	18 563	18 020	17 895	18 022	17 477	17 637	17 423
Нижегородская область	66 025	57 411	49 323	55 061	53 664	49 462	46 459
Оренбургская область	15 211	13 346	12 471	12 672	12 936	12 797	12 405
Пензенская область	17 819	16 471	14 604	14 458	13 801	13 878	13 758
Самарская область	16 020	15 210	13 651	14 028	13 693	12 458	10 557
Саратовская область	29 352	27 867	26 507	24 914	23 479	22 309	21 033
Ульяновская область	17 420	12 541	7797	9173	8968	8448	8028
Уральский федеральный округ						75 507	72 769
Курганская область						5661	3882
Свердловская область						21 297	20 949
Тюменская область без автономного округа						11 315	11 061
Ханты-Мансийский АО						7484	7232
Ямало-Ненецкий АО						4240	4260
Челябинская область						25 510	25 385
ДНР					36 220	37 012	36 912
Херсонская область					2914	5059	2473
Запорожская область					4242	5216	4875
ЛНР					18 733	16 997	16 780

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ,
АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/ 2022	Темп прироста 2022/ 2023	Темп прироста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	937,4	873,4	811,8	819,9	795,7	777,3	749,9	-2,2	-2,3	-3,5
Северо-Западный федеральный округ	780,8	718,6	663,8	681,7	661,0	651,4	648,0	-3,1	-1,4	-0,5
Республика Карелия	695,7	731,4	676,3	713,9	826,8	892,2	904,8	1,8	7,9	1,4
Республика Коми	1295,1	1306,0	1202,4	1260,4	1312,4	1253,9	1248,2	-5,3	-4,5	-0,4
Архангельская область без автоном- ного округа	1022,7	1021,2	732,6	930,8	983,4	967,8	889,1	-4,3	-1,6	-8,1
Ненецкий автономный округ	1507,5	1501,0	1496,0	1484,3	1613,4	1712,8	1724,1	1,0	6,2	0,7
Вологодская область	933,5	871,8	860,3	948,4	907,8	855,2	807,5	-4,8	-5,8	-5,6
Калининградская область	1067,0	1029,7	1044,4	911,4	841,8	890,1	876,6	-7,3	5,7	-1,5
Ленинградская область	644,1	578,6	559,7	514,7	461,0	445,9	453,2	-5,6	-3,3	1,7
Мурманская область	839,8	755,8	720,6	729,1	784,8	780,9	777,8	-1,7	-0,5	-0,4
Новгородская область	1236,9	965,9	903,5	869,4	902,1	911,1	903,0	2,5	1,0	-0,9
Псковская область	1597,4	1427,3	1400,2	1389,4	1438,2	1371,3	1520,4	0,0	-4,6	10,9
г. Санкт-Петербург	458,9	401,2	363,2	385,0	364,5	361,3	362,3	-1,3	-0,9	0,3
Южный федеральный округ	766,6	711,0	654,8	652,6	603,3	587,9	569,6	-6,2	-2,5	-3,1
Республика Адыгея	1628,0	1461,5	1273,9	1073,3	884,7	797,3	750,7	-12,3	-9,9	-5,8
Республика Калмыкия	949,5	860,3	766,9	759,8	762,1	746,2	717,8	-0,6	-2,1	-3,8
Республика Крым	1179,1	1130,5	1064,3	1043,9	1004,3	1014,8	999,4	-2,4	1,0	-1,5
Краснодарский край	380,6	321,1	295,9	264,5	232,6	213,3	198,8	-9,9	-8,3	-6,8
Астраханская область	828,8	726,8	611,2	707,0	685,9	713,1	745,0	-6,4	4,0	4,5
Волгоградская область	736,6	707,4	673,8	689,4	663,2	679,4	673,3	-2,6	2,4	-0,9
Ростовская область	997,7	962,6	909,0	953,2	879,3	842,7	805,6	-7,2	-4,2	-4,4
г. Севастополь	721,7	615,5	388,3	344,6	287,8	259,4	232,1	-11,6	-9,9	-10,5
Северо-Кавказский федеральный округ	501,3	487,7	464,2	464,9	444,9	438,9	433,2	-2,4	-1,3	-1,3
Республика Дагестан	254,5	247,2	234,7	232,5	246,3	243,7	236,4	7,4	-1,0	-3,0
Республика Ингушетия	8,1	8,2	7,8	8,7	8,5	9,9	12,1	-3,0	16,4	22,1
Кабардино-Балкар- ская Республика	784,5	762,4	718,3	680,2	624,0	609,5	583,3	-4,8	-2,3	-4,3

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Карачаево-Черкесская Республика	753,8	684,8	643,3	609,1	591,8	579,0	540,2	-1,9	-2,2	-6,7
Республика Северная Осетия-Алания	691,2	712,6	682,0	667,7	653,1	647,8	817,7	-2,9	-0,8	26,2
Чеченская Республика	192,4	188,6	188,5	180,8	182,9	177,4	171,2	1,7	-3,0	-3,5
Ставропольский край	842,0	822,7	787,7	824,3	751,1	748,8	716,5	-5,1	-0,3	-4,3
Приволжский федеральный округ	1153,9	1052,6	970,9	1004,8	987,9	950,0	911,2	-1,9	-3,8	-4,1
Республика Башкортостан	1065,5	996,1	940,0	912,1	849,2	768,5	733,1	-5,0	-9,5	-4,6
Республика Марий Эл	1448,4	1359,6	1232,8	1507,7	1340,7	1343,5	1314,5	-10,7	0,2	-2,2
Республика Мордовия	1214,2	1201,7	1132,1	1466,9	1383,3	1350,6	1386,1	-5,0	-2,4	2,6
Республика Татарстан	813,6	826,0	811,8	816,8	811,8	798,8	756,9	2,3	-1,6	-5,2
Удмуртская Республика	1187,1	1145,0	1143,4	1112,0	1150,4	1086,6	1001,0	0,7	-5,5	-7,9
Чувашская Республика	1430,1	1373,7	1348,2	1224,9	1261,3	1251,7	1256,4	1,3	-0,8	0,4
Пермский край	1133,1	872,8	805,9	837,4	866,5	875,8	876,1	1,8	1,1	0,0
Кировская область	1452,9	1422,0	1424,4	1450,5	1528,2	1555,3	1541,9	-2,4	1,8	-0,9
Нижегородская область	2047,5	1789,2	1546,3	1742,2	1733,7	1610,6	1518,1	-2,0	-7,1	-5,7
Оренбургская область	772,0	680,9	639,6	655,3	699,8	697,4	678,4	2,6	-0,3	-2,7
Пензенская область	1345,0	1255,6	1124,9	1127,3	1100,7	1118,0	1113,0	-3,9	1,6	-0,4
Самарская область	502,5	478,1	431,1	446,3	434,2	397,4	337,5	-2,0	-8,5	-15,1
Саратовская область	1197,1	1146,2	1100,6	1047,7	971,0	931,5	881,8	-5,1	-4,1	-5,3
Ульяновская область	1402,0	1016,2	637,0	757,4	755,9	717,8	684,5	-1,7	-5,0	-4,6
Уральский федеральный округ						615,8	593,4			-3,6
Курганская область						747,5	515,5			-31,0
Свердловская область						1008,7	496,1			-50,8
Тюменская область без автономного округа						1400,8	684,7			-51,1
Ханты-Мансийский АО						850,8	411,1			-51,7
Ямало-Ненецкий АО						824,6	825,6			0,1
Челябинская область						750,0	747,5			-0,3
ДНР						1252,9	1249,5			-0,3
Херсонская область						1478,8	722,9			-51,1
Запорожская область						935,4	874,3			-6,5
ЛНР					1231,9	1117,7	1103,4			-1,3

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	250 634	236 214	224 117	227 365	229 743	228 718	223 132
Северо-Западный федеральный округ	21 067	19 907	19 253	18 997	19 073	19 408	19 488
Республика Карелия	218	234	283	223	323	395	383
Республика Коми	1046	1009	936	883	874	888	901
Архангельская область без автономного округа	656	703	520	506	552	608	517
Ненецкий автономный округ	7	7	13	9	6	8	9
Вологодская область	1554	1636	1727	1503	1394	1328	1244
Калининградская область	1371	1370	1342	1333	1358	1335	1342
Ленинградская область	2714	2541	2681	2642	2466	2490	2444
Мурманская область	991	1003	898	937	961	1036	1062
Новгородская область	1393	1055	1070	1116	1240	1266	1323
Псковская область	633	591	579	574	566	555	563
г.Санкт-Петербург	10484	9758	9204	9271	9333	9499	9700
Южный федеральный округ	22 802	21 178	19 873	19 553	19 538	19 644	19 069
Республика Адыгея	699	642	601	564	535	516	510
Республика Калмыкия	154	125	90	91	85	82	78
Республика Крым	4689	4573	4519	4523	4557	5098	4899
Краснодарский край	3689	3116	2922	2825	2752	2636	2573
Астраханская область	1044	1001	704	573	582	570	580
Волгоградская область	2269	2197	2162	2197	2271	2281	2387
Ростовская область	9095	8652	8331	8172	8167	7886	7497
г. Севастополь	1163	872	544	608	589	575	545
Северо-Кавказский федеральный округ	12 793	12 434	12 072	11 933	11 850	11 406	11 090
Республика Дагестан	4160	4262	4117	4223	4207	3929	3830
Республика Ингушетия	246	244	237	350	279	293	253
Кабардино-Балкарская Республика	985	919	921	930	958	970	986

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	648	567	520	488	489	464	428
Республика Северная Осетия-Алания	798	833	827	826	857	881	870
Чеченская Республика	1464	1354	1381	1229	1214	1166	1060
Ставропольский край	4492	4255	4069	3887	3846	3703	3663
Приволжский федеральный округ	46 873	43 695	40 965	43 347	43 428	42 483	41 249
Республика Башкортостан	4779	4530	4329	4154	4182	4103	3955
Республика Марий Эл	979	908	863	861	914	935	931
Республика Мордовия	724	768	637	649	678	722	716
Республика Татарстан	10 402	10 366	10 578	11 170	11 455	11 519	11 273
Удмуртская Республика	2418	2462	2657	2726	2864	2911	2856
Чувашская Республика	705	657	625	576	595	589	577
Пермский край	6405	5104	4821	5789	6113	6351	6266
Кировская область	552	527	532	571	560	601	588
Нижегородская область	5541	5377	4993	5103	4924	4416	4454
Оренбургская область	1386	1245	1176	1257	1275	1251	1239
Пензенская область	1384	1332	1120	1124	1129	1166	1163
Самарская область	5774	5367	4661	5200	4488	3658	3124
Саратовская область	2721	2510	2410	2347	2280	2216	2168
Ульяновская область	3103	2542	1563	1820	1971	2045	1939
Уральский федеральный округ							
Курганская область						1520,00	1099,00
Свердловская область						6874,00	7193,00
Тюменская область без автономного округа						2591,00	2542,00
Ханты-Мансийский АО						1686,00	1634,00
Ямало-Ненецкий АО						547,00	541,00
Челябинская область						7411,00	7225,00
ДНР					5477	5510	5650
Херсонская область					301	760	691
Запорожская область					1448	1837	1749
ЛНР					3309	3416	3254

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	170,7	160,9	153,0	155,9	156,6	156,3	152,7	1,3	-0,2	-2,3
Северо-Западный федеральный округ	150,9	142,4	137,9	136,5	137,3	140,1	140,8	0,5	2,0	0,5
Республика Карелия	35,1	38,0	46,3	36,8	60,9	75,1	73,1	45,6	23,3	-2,7
Республика Коми	125,2	122,3	114,6	109,2	119,7	122,7	125,0	-0,4	2,6	1,9
Архангельская область без автоном- ного округа	59,3	64,1	47,8	47,0	56,9	63,3	54,1	9,7	11,2	-14,6
Ненецкий автономный округ	15,9	15,9	29,4	20,2	14,5	19,1	21,3	-33,4	32,1	11,4
Вологодская область	132,6	140,5	149,4	131,2	123,0	118,0	110,9	-6,8	-4,0	-6,0
Калининградская область	137,3	136,0	132,1	130,3	131,6	129,2	129,8	1,4	-1,8	0,4
Ленинградская область	148,2	136,5	142,3	138,9	122,4	122,7	120,1	-7,1	0,2	-2,1
Мурманская область	132,0	134,7	121,8	128,6	145,2	157,6	161,8	3,2	8,5	2,7
Новгородская область	230,9	176,3	180,0	189,4	214,3	220,7	231,5	11,7	3,0	4,9
Псковская область	100,0	94,1	92,9	93,1	95,6	95,0	96,9	-0,8	-0,6	2,0
г. Санкт-Петербург	195,3	181,0	170,7	172,3	166,5	169,7	173,3	0,7	1,9	2,1
Южный федеральный округ	138,6	128,7	120,6	118,8	117,1	118,1	114,7	0,1	0,8	-2,9
Республика Адыгея	153,9	139,9	129,8	121,1	107,4	103,3	101,9	-5,7	-3,8	-1,4
Республика Калмыкия	56,2	46,0	33,3	33,8	32,0	30,9	29,2	-6,2	-3,6	-5,3
Республика Крым	245,1	239,1	237,0	238,2	236,9	266,5	256,6	0,9	12,5	-3,7
Краснодарский край	65,6	55,0	51,4	49,7	47,2	45,2	44,1	-2,6	-4,2	-2,5
Астраханская область	102,8	99,1	70,3	57,7	61,0	60,1	61,3	2,0	-1,5	2,0
Волгоградская область	90,2	87,9	87,1	89,2	91,5	92,6	97,3	3,9	1,2	5,0
Ростовская область	216,0	206,0	198,8	196,1	195,5	189,6	180,5	0,3	-3,0	-4,8
г. Севастополь	264,4	195,4	113,4	117,8	106,5	102,7	97,1	-4,2	-3,6	-5,5
Северо-Кавказский федеральный округ	129,9	125,6	121,3	119,5	116,3	111,5	108,2	-0,8	-4,1	-3,0
Республика Дагестан	135,3	137,6	131,9	134,3	131,5	122,0	118,5	-0,7	-7,3	-2,9
Республика Ингушетия	49,9	48,6	46,4	67,3	54,2	56,0	48,0	-20,9	3,4	-14,3
Кабардино-Балкар- ская Республика	113,7	106,0	106,0	106,9	106,0	107,3	108,9	2,9	1,2	1,5

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Карачаево-Черкесская Республика	139,1	121,8	111,7	105,0	104,3	99,1	91,4	0,3	-5,0	-7,7
Республика Северная Осетия-Алания	113,9	119,3	119,0	119,6	125,5	129,6	128,2	4,1	3,3	-1,1
Чеченская Республика	101,2	92,2	92,8	81,5	79,7	75,6	68,3	-1,8	-5,1	-9,7
Ставропольский край	160,5	152,0	145,4	139,5	132,8	128,2	126,9	-0,8	-3,4	-1,0
Приволжский федеральный округ	159,1	148,9	140,4	149,7	150,9	148,5	144,5	0,6	-1,6	-2,7
Республика Башкортостан	117,8	112,0	107,5	103,6	102,4	100,8	97,3	0,8	-1,6	-3,5
Республика Марий Эл	143,7	133,5	127,4	127,9	135,5	139,3	139,0	6,5	2,8	-0,2
Республика Мордовия	90,5	96,9	81,2	83,8	87,3	93,9	93,5	5,0	7,6	-0,5
Республика Татарстан	267,0	265,7	271,3	287,1	286,3	287,8	281,6	2,7	0,5	-2,2
Удмуртская Республика	160,1	163,7	177,5	183,1	198,1	202,4	199,1	5,4	2,1	-1,6
Чувашская Республика	57,4	53,8	51,5	47,9	50,5	50,3	49,4	3,7	-0,3	-1,8
Пермский край	244,7	195,9	186,2	225,4	242,9	253,9	251,1	6,1	4,5	-1,1
Кировская область	43,2	41,6	42,3	46,0	49,0	53,0	52,0	-1,3	8,2	-1,8
Нижегородская область	171,8	167,6	156,5	161,5	159,1	143,8	145,5	-3,0	-9,6	1,2
Оренбургская область	70,3	63,5	60,3	65,0	69,0	68,2	67,8	1,9	-1,2	-0,6
Пензенская область	104,5	101,5	86,3	87,6	90,0	93,9	94,1	1,1	4,3	0,2
Самарская область	181,1	168,7	147,2	165,5	142,3	116,7	99,9	-13,4	-18,0	-14,4
Саратовская область	111,0	103,2	100,1	98,7	94,3	92,5	90,9	-2,2	-1,9	-1,8
Ульяновская область	249,7	206,0	127,7	150,3	166,1	173,8	165,3	8,9	4,6	-4,9
Уральский федеральный округ						168,3	165,0			-1,9
Курганская область						200,7	145,9			-27,3
Свердловская область						325,6	170,3			-47,7
Тюменская область без автономного округа						320,8	157,4			-50,9
Ханты-Мансийский АО						191,7	92,9			-51,5
Ямало-Ненецкий АО						106,4	104,9			-1,4
Челябинская область						217,9	212,8			-2,3
ДНР						186,5	191,3			2,5
Херсонская область						222,2	202,0			-9,1
Запорожская область						329,4	313,7			-4,8
ЛНР					217,6	224,6	214,0		3,2	-4,7

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	190 800	174 994	163 224	127 895	183 837	185 540	175 281	159 919
Северо-Западный федеральный округ	15 356	12 611	12 462	10 171	16 822	20 611	15 481	15 728
Республика Карелия	892	774	861	716	605	854	862	756
Республика Коми	1182	1351	1273	928	1064	1162	1047	926
Архангельская область без автономного округа	1459	1317	1629	1439	1804	1906	1612	2135
Ненецкий автономный округ	104	118	98	121	106	96	144	102
Вологодская область	1431	1329	1331	1005	1154	1130	1166	1178
Калининградская область	1251	1232	1260	1098	773	944	900	711
Ленинградская область	2075	1822	1661	1205	3419	4696	3608	4609
Мурманская область	2283	746	675	461	447	558	530	474
Новгородская область	1251	694	687	605	4867	6507	3015	2048
Псковская область	1241	933	894	795	794	739	764	646
г. Санкт-Петербург	2187	2295	2093	1798	1789	2019	1833	2143
Южный федеральный округ	14 399	14 613	13 681	9797	18 193	18 344	15 983	13 894
Республика Адыгея	380	365	258	122	782	744	761	734
Республика Калмыкия	217	351	224	190	159	160	138	118
Республика Крым	2484	2436	2014	1661	1509	1433	1267	1045
Краснодарский край	3449	2995	2298	1476	6188	5652	4634	3850
Астраханская область	856	2100	1569	627	601	483	337	249
Волгоградская область	2869	2385	3638	2778	2904	2948	2937	3050
Ростовская область	3627	3418	3305	2749	5809	6627	5632	4735
г. Севастополь	517	563	375	194	241	297	277	113
Северо-Кавказский федеральный округ	10 347	9760	8625	6508	11 706	8393	7590	6976
Республика Дагестан	5642	5110	4812	3588	4917	4359	3922	3662
Республика Ингушетия	142	195	141	167	511	321	298	297
Кабардино-Балкарская Республика	1038	1018	881	671	549	613	634	484

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	300	243	155	93	192	228	209	111
Республика Северная Осетия-Алания	597	629	646	415	333	367	456	396
Чеченская Республика	850	795	406	108	67	125	173	69
Ставропольский край	1778	1770	1584	1466	5137	2380	1898	1957
Приволжский федеральный округ	44 864	41 377	37 760	30 276	40 312	42 151	41 347	40 113
Республика Башкортостан	7404	7549	7231	6791	6995	9850	11 610	13 142
Республика Марий Эл	1253	862	877	632	2655	1774	1905	2045
Республика Мордовия	1196	1118	1287	711	1862	1504	1699	1561
Республика Татарстан	4806	4373	4179	3539	4456	4480	4162	3935
Удмуртская Республика	2036	2045	1989	1670	2309	2898	2372	1833
Чувашская Республика	1815	1737	1582	1320	2962	3174	2818	2861
Пермский край	4823	4487	4062	3196	3211	3356	3104	2356
Кировская область	1323	1340	1281	1095	2103	1573	1971	2184
Нижегородская область	3532	3117	2988	2218	3632	4575	4234	3793
Оренбургская область	4124	3161	2464	1873	1898	1920	1343	1104
Пензенская область	3974	3229	2569	1712	1495	1540	1443	1079
Самарская область	4450	4661	4266	3098	2625	2332	2006	1800
Саратовская область	2065	1931	1973	1757	2322	1549	1455	1318
Ульяновская область	2063	1767	1012	664	1787	1626	1225	1102
Уральский федеральный округ							12 528	12 721
Курганская область							678	736
Свердловская область							3963	5557
Тюменская область без автономного округа							1848	1496
Ханты-Мансийский АО							792	689
Ямало-Ненецкий АО							2197	1480
Челябинская область							3050	2763
ДНР						2461	2015	2319
Херсонская область						86	120	285
Запорожская область						269	962	381
ЛНР						1998	1832	1618

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	129,9	119,2	111,2	87,3	126,0	126,5	119,8	109,4	1,1	-5,3	-8,7
Северо-Западный федеральный округ	110,3	90,3	89,2	72,8	120,8	148,4	111,7	113,6	22,7	-24,7	1,7
Республика Карелия	142,8	124,8	139,8	117,1	99,8	161,1	163,9	144,3	41,9	1,8	-12,0
Республика Коми	139,8	161,7	154,2	113,6	131,6	159,1	144,7	128,5	9,9	-9,0	-11,2
Архангельская область без автономного округа	130,7	119,1	148,6	132,3	167,6	196,6	167,9	223,4	6,3	-14,6	33,0
Ненецкий автономный округ	236,5	268,7	222,9	273,4	238,4	231,9	344,5	241,6	-9,6	48,6	-29,9
Вологодская область	121,2	113,4	114,3	87,0	100,8	99,7	103,6	105,1	-1,6	4,0	1,4
Калининградская область	126,3	123,4	125,1	108,1	75,6	91,5	87,1	68,8	21,6	-4,8	-21,1
Ленинградская область	115,1	99,5	89,2	63,9	179,7	233,1	177,8	226,4	36,7	-23,7	27,4
Мурманская область	302,1	99,4	90,6	62,5	61,3	84,3	80,6	72,2	25,6	-4,4	-10,4
Новгородская область	205,3	115,0	114,8	101,8	825,9	1124,3	525,5	358,4	34,4	-53,3	-31,8
Псковская область	194,1	147,4	142,4	127,6	128,7	124,8	130,7	111,2	-6,4	4,8	-15,0
г. Санкт-Петербург	41,1	42,8	38,8	33,4	33,2	36,0	32,7	38,3	12,9	-9,1	16,9
Южный федеральный округ	87,6	88,8	83,1	59,5	110,5	110,0	96,1	83,6	1,0	-12,6	-13,0
Республика Адыгея	83,8	80,4	56,2	26,3	167,9	149,4	152,4	146,6	-5,4	2,0	-3,8
Республика Калмыкия	78,5	128,1	82,4	70,2	59,1	60,3	52,0	44,2	1,0	-13,8	-14,9
Республика Крым	129,9	127,4	105,3	87,1	79,5	74,5	66,2	54,7	-4,9	-11,1	-17,4
Краснодарский край	61,7	53,2	40,6	26,0	108,8	97,0	79,5	66,0	-8,7	-18,0	-17,0
Астраханская область	84,1	206,7	155,4	62,6	60,5	50,6	35,5	26,3	-19,3	-29,8	-26,0
Волгоградская область	113,5	94,9	145,6	111,9	117,9	118,8	119,3	124,3	2,0	0,4	4,2
Ростовская область	85,8	81,2	78,7	65,6	139,4	158,6	135,4	114,0	14,5	-14,6	-15,8
г. Севастополь	119,5	128,0	84,0	40,5	46,7	53,7	49,5	20,1	21,8	-7,9	-59,3
Северо-Кавказский федеральный округ	105,6	99,1	87,1	65,4	117,3	82,4	74,2	68,1	-28,4	-9,9	-8,3
Республика Дагестан	184,8	166,2	155,3	114,9	156,4	136,3	121,8	113,3	-11,6	-10,7	-7,0
Республика Ингушетия	29,3	39,6	28,1	32,7	98,3	62,3	57,0	56,3	-37,7	-8,6	-1,1

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/2022	Темп при-роста 2022/2023	Темп при-роста 2023/2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	120,0	117,5	101,6	77,2	63,1	67,8	70,1	53,5	11,6	3,4	-23,8
Карачаево-Черкесская Республика	64,3	52,2	33,3	20,0	41,3	48,6	44,6	23,7	18,9	-8,3	-46,9
Республика Северная Осетия-Алания	85,0	89,8	92,5	59,7	48,2	53,7	67,1	58,3	10,6	24,8	-13,0
Чеченская Республика	59,6	54,9	27,7	7,3	4,4	8,2	11,2	4,4	85,4	36,7	-60,4
Ставропольский край	63,4	63,3	56,6	52,4	184,4	82,2	65,7	67,8	-53,6	-20,0	3,2
Приволжский федеральный округ	151,6	140,4	128,7	103,8	139,2	146,5	144,5	140,5	5,0	-1,3	-2,7
Республика Башкортостан	182,1	186,1	178,8	168,7	174,5	241,1	285,2	323,3	41,0	18,3	13,4
Республика Марий Эл	183,3	126,5	129,0	93,3	394,3	263,1	283,9	305,3	-33,0	7,9	7,5
Республика Мордовия	148,2	139,7	162,3	90,6	240,3	193,7	221,0	203,8	-18,8	14,1	-7,8
Республика Татарстан	123,6	112,2	107,1	90,8	114,5	112,0	104,0	98,3	0,6	-7,1	-5,5
Удмуртская Республика	134,4	135,4	132,2	111,5	155,1	200,5	164,9	127,8	25,9	-17,7	-22,5
Чувашская Республика	147,1	141,5	129,6	108,8	246,2	269,3	240,8	245,1	7,6	-10,6	1,8
Пермский край	183,6	171,5	155,9	123,4	125,0	133,3	124,1	94,4	5,0	-7,0	-23,9
Кировская область	102,8	104,9	101,1	87,2	169,3	137,5	173,8	193,3	-24,7	26,4	11,2
Нижегородская область	109,0	96,7	93,1	69,5	114,9	147,8	137,9	123,9	26,6	-6,7	-10,1
Оренбургская область	207,9	160,4	125,7	96,1	98,2	103,9	73,2	60,4	1,6	-29,5	-17,5
Пензенская область	297,3	243,7	195,8	131,9	116,6	122,8	116,2	87,3	3,7	-5,4	-24,9
Самарская область	139,1	146,2	134,1	97,8	83,5	73,9	64,0	57,5	-10,8	-13,5	-10,1
Саратовская область	83,6	78,8	81,1	72,9	97,6	64,1	60,8	55,3	-32,8	-5,2	-9,0
Ульяновская область	165,1	142,2	82,0	54,2	147,5	137,1	104,1	94,0	-8,5	-24,1	-9,7
Уральский федеральный округ							102,2	103,7			1,5
Курганская область							89,5	97,7			9,2
Свердловская область							187,7	131,6			-29,9
Тюменская область без автономного округа							228,8	92,6			-59,5
Ханты-Мансийский АО							90,0	39,2			-56,5
Ямало-Ненецкий АО							427,3	286,8			-32,9
Челябинская область							89,7	81,4			-9,3
ДНР							68,2	78,5			15,1
Херсонская область							35,1	83,3			137,5
Запорожская область							172,5	68,3			-60,4
ЛНР						131,4	120,5	106,4			-11,7

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	46 269	41 213	30 347	28 276	28 593	27 270	22 714
Северо-Западный федеральный округ	3002	2907	2684	1971	1989	1448	1358
Республика Карелия	90	133	87	78	88	91	119
Республика Коми	192	111	166	217	239	118	130
Архангельская область без автономного округа	203	473	635	276	433	234	251
Ненецкий автономный округ	21	29	34	45	38	46	38
Вологодская область	377	309	234	152	102	138	100
Калининградская область	342	374	391	208	158	103	90
Ленинградская область	812	642	503	458	374	254	230
Мурманская область	162	152	108	89	127	124	84
Новгородская область	158	165	135	146	128	107	85
Псковская область	191	128	96	84	91	79	63
г. Санкт-Петербург	454	391	295	218	211	154	168
Южный федеральный округ	3538	2709	1667	1506	1369	1 114	794
Республика Адыгея	46	22	13	14	10	8	7
Республика Калмыкия	18	18	22	22	25	13	14
Республика Крым	341	230	203	147	157	165	125
Краснодарский край	697	486	296	320	250	186	155
Астраханская область	1513	1023	364	251	170	97	51
Волгоградская область	469	409	267	295	309	227	194
Ростовская область	437	474	398	322	280	263	186
г. Севастополь	17	47	104	135	168	155	62
Северо-Кавказский федеральный округ	3689	3906	2717	2664	2325	2418	2203
Республика Дагестан	2850	3378	2362	2341	2004	2044	1810
Республика Ингушетия	0	0	0	2	0	2	5
Кабардино-Балкарская Республика	76	46	46	40	51	72	41
Карачаево-Черкесская Республика	48	35	15	16	17	27	15

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	11	13	13	6	5	12	4
Чеченская Республика	342	100	1	4	2	1	3
Ставропольский край	362	334	280	255	246	260	325
Приволжский федеральный округ	11578	9836	7740	6406	7454	7286	6472
Республика Башкортостан	3593	3248	3215	2023	2407	2 262	2 220
Республика Марий Эл	169	138	110	103	130	91	135
Республика Мордовия	306	348	197	276	292	421	341
Республика Татарстан	642	568	504	540	600	589	520
Удмуртская Республика	565	539	393	400	404	541	314
Чувашская Республика	467	407	334	246	252	207	238
Пермский край	712	735	563	556	649	673	473
Кировская область	345	312	192	235	179	195	182
Нижегородская область	539	416	208	225	767	823	823
Оренбургская область	1016	598	468	504	522	355	257
Пензенская область	1092	572	253	219	211	196	130
Самарская область	1707	1560	980	727	678	602	542
Саратовская область	272	310	263	287	234	242	189
Ульяновская область	153	85	60	65	129	89	108
Уральский федеральный округ						1846	1548
Курганская область						285	266
Свердловская область						556	450
Тюменская область без автономного округа						569	427
Ханты-Мансийский АО						85	66
Ямало-Ненецкий АО						121	89
Челябинская область						230	250
ДНР					754	2015	254
Херсонская область					7	6	20
Запорожская область					76	962	9
ЛНР					529	615	326

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	31,5	28,1	20,7	19,4	19,5	18,6	15,5	1,3	-4,4	-16,6
Северо-Западный федеральный округ	21,5	20,8	19,2	14,2	14,3	10,5	9,8	1,1	-27,0	-6,1
Республика Карелия	14,5	21,6	14,2	12,9	16,6	17,3	22,7	13,4	4,2	31,3
Республика Коми	23,0	13,4	20,3	26,8	32,7	16,3	18,0	10,8	-50,2	10,6
Архангельская область без автоном- ного округа	18,4	43,1	58,4	25,6	44,7	24,4	26,3	57,8	-45,4	7,7
Ненецкий автономный округ	47,8	66,0	76,8	101,2	91,8	110,0	90,0	-15,7	19,9	-18,2
Вологодская область	32,2	26,5	20,2	13,3	9,0	12,3	8,9	-32,6	36,3	-27,3
Калининградская область	34,3	37,1	38,5	20,3	15,3	10,0	8,7	-24,4	-34,9	-12,7
Ленинградская область	44,4	34,5	26,7	24,1	18,6	12,5	11,3	-18,7	-32,6	-9,7
Мурманская область	21,6	20,4	14,7	12,2	19,2	18,9	12,8	43,5	-1,7	-32,1
Новгородская область	26,2	27,6	22,7	24,8	22,1	18,7	14,9	-11,9	-15,7	-20,2
Псковская область	30,2	20,4	15,4	13,6	15,4	13,5	10,8	8,9	-12,0	-19,8
г. Санкт-Петербург	8,5	7,3	5,5	4,1	3,8	2,8	3,0	-3,1	-26,9	9,1
Южный федеральный округ	21,5	16,5	10,1	9,2	8,2	6,7	4,8	-9,0	-18,4	-28,7
Республика Адыгея	10,1	4,8	2,8	3,0	2,0	1,6	1,4	-29,0	-20,2	-12,7
Республика Калмыкия	6,6	6,6	8,1	8,2	9,4	4,9	5,2	14,1	-48,0	7,2
Республика Крым	17,8	12,0	10,6	7,7	8,2	8,6	6,5	6,9	5,7	-24,1
Краснодарский край	12,4	8,6	5,2	5,6	4,3	3,2	2,7	-21,9	-25,6	-16,8
Астраханская область	148,9	101,3	36,3	25,3	17,8	10,2	5,4	-32,0	-42,6	-47,3
Волгоградская об- ласть	18,7	16,4	10,8	12,0	12,5	9,2	7,9	5,3	-26,0	-14,3
Ростовская область	10,4	11,3	9,5	7,7	6,7	6,3	4,5	-12,8	-5,6	-29,2
г. Севастополь	3,9	10,5	21,7	26,2	30,4	27,7	11,0	23,0	-8,9	-60,1
Северо-Кавказский федеральный округ	37,5	39,5	27,3	26,7	22,8	23,6	21,5	-12,9	3,6	-9,1
Республика Дагестан	92,7	109,0	75,7	74,5	62,7	63,5	56,0	-14,7	1,3	-11,8
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,9	-100,0		148,1

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	8,8	5,3	5,3	4,6	5,6	8,0	4,5	27,4	41,1	-43,1
Карачаево-Черкесская Республика	10,3	7,5	3,2	3,4	3,6	5,8	3,2	6,4	59,0	-44,4
Республика Северная Осетия-Алания	1,6	1,9	1,9	0,9	0,7	1,8	0,6	-16,4	141,1	-66,6
Чеченская Республика	23,6	6,8	0,1	0,3	0,1	0,1	0,2	-50,3	-50,6	198,1
Ставропольский край	12,9	11,9	10,0	9,2	8,5	9,0	11,3	-3,3	6,0	25,1
Приволжский федеральный округ	39,3	33,5	26,5	22,1	25,9	25,5	22,7	16,8	-1,7	-11,0
Республика Башкор- тостан	88,6	80,3	79,9	50,5	58,9	55,6	54,6	19,2	-5,7	-1,7
Республика Марий Эл	24,8	20,3	16,2	15,3	19,3	13,6	20,2	26,6	-29,7	48,6
Республика Мордовия	38,2	43,9	25,1	35,6	37,6	54,8	44,5	6,4	45,6	-18,7
Республика Татарстан	16,5	14,6	12,9	13,9	15,0	14,7	13,0	11,2	-1,9	-11,7
Удмуртская Республика	37,4	35,8	26,2	26,9	27,9	37,6	21,9	1,3	34,6	-41,8
Чувашская Республика	38,1	33,3	27,5	20,4	21,4	17,7	20,4	2,8	-17,3	15,3
Пермский край	27,2	28,2	21,7	21,7	25,8	26,9	19,0	17,2	4,3	-29,5
Кировская область	27,0	24,6	15,3	18,9	15,7	17,2	16,1	-23,4	9,9	-6,3
Нижегородская область	16,7	13,0	6,5	7,1	24,8	26,8	26,9	242,6	8,1	0,4
Оренбургская область	51,6	30,5	24,0	26,1	28,2	19,3	14,1	4,1	-31,5	-27,4
Пензенская область	82,4	43,6	19,5	17,1	16,8	15,8	10,5	-3,0	-6,2	-33,4
Самарская область	53,5	49,0	30,9	23,1	21,5	19,2	17,3	-6,4	-10,7	-9,8
Саратовская область	11,1	12,8	10,9	12,1	9,7	10,1	7,9	-17,9	4,4	-21,6
Ульяновская область	12,3	6,9	4,9	5,4	10,9	7,6	9,2	99,6	-30,5	21,8
Уральский федеральный округ						15,1	12,6			-16,2
Курганская область						37,6	35,3			-6,1
Свердловская область						26,3	10,7			-59,5
Тюменская область без автономного округа						70,4	26,4			-62,5
Ханты-Мансийский АО						9,7	3,8			-61,2
Ямало-Ненецкий АО						23,5	17,2			-26,7
Челябинская область						6,8	7,4			8,9
ДНР						68,2	8,6			-87,4
Херсонская область						1,8	5,8			234,1
Запорожская область						172,5	1,6			-99,1
ЛНР					34,8	40,4	21,4			-47,0

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ
НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	33 564	29 272	24 456	24 141	21 717	19 434	16 693
Северо-Западный федеральный округ	1718	1716	1290	1270	1297	1 015	974
Республика Карелия	30	22	11	22	18	18	19
Республика Коми	86	93	64	57	79	62	68
Архангельская область без автономного округа	102	90	67	89	96	66	54
Ненецкий автономный округ	16	6	6	7	6	11	8
Вологодская область	266	306	249	228	246	214	225
Калининградская область	54	135	65	128	189	148	123
Ленинградская область	206	189	189	166	146	84	90
Мурманская область	142	119	87	83	86	73	68
Новгородская область	123	116	102	103	101	93	72
Псковская область	165	128	69	70	57	63	54
г. Санкт-Петербург	528	512	381	317	273	183	193
Южный федеральный округ	3749	3235	2566	2638	2317	1927	1478
Республика Адыгея	58	46	22	56	52	27	14
Республика Калмыкия	170	98	94	71	65	48	35
Республика Крым	691	560	516	534	497	355	257
Краснодарский край	1032	893	548	576	588	434	311
Астраханская область	308	277	161	205	154	103	65
Волгоградская область	227	159	150	138	102	121	99
Ростовская область	1222	1167	1031	1000	791	775	680
г. Севастополь	41	35	44	58	68	64	17
Северо-Кавказский федеральный округ	3004	1958	1833	1874	1825	1619	1559
Республика Дагестан	1479	762	841	1047	1039	829	824
Республика Ингушетия	123	116	125	140	77	97	136
Кабардино-Балкарская Республика	369	333	267	226	224	210	155

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	51	21	10	11	9	13	19
Республика Северная Осетия-Алания	219	185	176	116	108	88	93
Чеченская Республика	253	143	7	7	24	87	36
Ставропольский край	510	398	407	327	344	295	296
Приволжский федеральный округ	7510	6985	6406	6239	5511	4830	4075
Республика Башкортостан	1342	1342	1605	1521	1473	1367	1338
Республика Марий Эл	165	86	45	59	66	67	51
Республика Мордовия	218	232	130	159	139	142	113
Республика Татарстан	1441	1215	1152	1122	968	969	682
Удмуртская Республика	406	533	415	494	381	337	233
Чувашская Республика	269	178	148	165	235	157	176
Пермский край	911	880	695	783	657	445	329
Кировская область	77	60	51	65	44	38	57
Нижегородская область	860	862	576	354	340	367	303
Оренбургская область	208	159	153	152	119	80	78
Пензенская область	317	267	204	201	205	156	115
Самарская область	901	847	828	715	487	371	287
Саратовская область	304	237	346	379	331	282	277
Ульяновская область	91	87	58	70	66	52	36
Уральский федеральный округ						1829,00	1612,00
Курганская область						77,00	75,00
Свердловская область						715,00	778,00
Тюменская область без автономного округа						355,00	221,00
Ханты-Мансийский АО						130,00	91,00
Ямало-Ненецкий АО						114,00	74,00
Челябинская область						438,00	373,00
ДНР					192	116	306
Херсонская область					2	5	18
Запорожская область					42	277	167
ЛНР					79	166	313

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ
НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ,
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	22,9	19,9	16,7	16,6	14,8	13,3	11,4	-9,9	-10,3	-14,0
Северо-Западный федеральный округ	12,3	12,3	9,2	9,1	9,3	7,3	7,0	2,3	-21,5	-3,9
Республика Карелия	4,8	3,6	1,8	3,6	3,4	3,4	3,6	-17,8	0,8	6,0
Республика Коми	10,3	11,3	7,8	7,0	10,8	8,6	9,4	39,5	-20,8	10,1
Архангельская область без автоном- ного округа	9,2	8,2	6,2	8,3	9,9	6,9	5,6	8,5	-30,6	-17,8
Ненецкий автономный округ	36,4	13,6	13,6	15,7	14,5	26,3	18,9	-14,4	81,6	-28,0
Вологодская область	22,7	26,3	21,5	19,9	21,7	19,0	20,1	8,4	-12,3	5,5
Калининградская область	5,4	13,4	6,4	12,5	18,3	14,3	11,9	47,0	-21,8	-17,0
Ленинградская область	11,3	10,2	10,0	8,7	7,2	4,1	4,4	-12,5	-42,9	6,8
Мурманская область	18,9	16,0	11,8	11,4	13,0	11,1	10,4	4,2	-14,5	-6,7
Новгородская область	20,4	19,4	17,2	17,5	17,5	16,2	12,6	-1,4	-7,1	-22,3
Псковская область	26,1	20,4	11,1	11,3	9,6	10,8	9,3	-18,1	12,0	-13,8
г. Санкт-Петербург	9,8	9,5	7,1	5,9	4,9	3,3	3,4	-13,8	-32,9	5,5
Южный федеральный округ	22,8	19,7	15,6	16,0	13,9	11,6	8,9	-12,0	-16,6	-23,3
Республика Адыгея	12,8	10,0	4,8	12,0	10,4	5,4	2,8	-7,7	-48,2	-48,3
Республика Калмыкия	62,0	36,0	34,7	26,4	24,5	18,1	13,1	-8,1	-26,2	-27,4
Республика Крым	36,1	29,3	27,1	28,1	25,8	18,6	13,5	-6,8	-28,2	-27,5
Краснодарский край	18,3	15,8	9,6	10,1	10,1	7,4	5,3	2,1	-26,2	-28,4
Астраханская область	30,3	27,4	16,1	20,6	16,1	10,9	6,9	-24,6	-32,7	-36,8
Волгоградская область	9,0	6,4	6,0	5,6	4,1	4,9	4,0	-25,7	19,6	-17,9
Ростовская область	29,0	27,8	24,6	24,0	18,9	18,6	16,4	-20,6	-1,6	-12,1
г. Севастополь	9,3	7,8	9,2	11,2	12,3	11,4	3,0	15,9	-7,1	-73,5
Северо-Кавказский федеральный округ	30,5	19,8	18,4	18,8	17,9	15,8	15,2	-2,8	-11,6	-3,9
Республика Дагестан	48,1	24,6	26,9	33,3	32,5	25,7	25,5	-1,1	-20,8	-0,9
Республика Ингушетия	25,0	23,1	24,4	26,9	14,9	18,5	25,8	-45,4	24,1	39,1

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	42,6	38,4	30,7	26,0	24,8	23,2	17,1	–1,0	–6,3	–26,3
Карачаево-Черкесская Республика	10,9	4,5	2,1	2,4	1,9	2,8	4,1	–18,1	44,6	46,2
Республика Северная Осетия-Алания	31,3	26,5	25,3	16,8	15,8	12,9	13,7	–6,6	–18,1	5,8
Чеченская Республика	17,5	9,7	0,5	0,5	1,6	5,6	2,3	240,8	258,0	–58,9
Ставропольский край	18,2	14,2	14,5	11,7	11,9	10,2	10,3	5,4	–14,0	0,4
Приволжский федеральный округ	25,5	23,8	22,0	21,5	19,2	16,9	14,3	–11,3	–11,9	–15,4
Республика Башкортостан	33,1	33,2	39,9	38,0	36,1	33,6	32,9	–3,0	–6,9	–2,0
Республика Марий Эл	24,2	12,6	6,6	8,8	9,8	10,0	7,6	12,2	2,0	–23,7
Республика Мордовия	27,2	29,3	16,6	20,5	17,9	18,5	14,8	–12,1	3,2	–20,1
Республика Татарстан	37,0	31,1	29,5	28,8	24,2	24,2	17,0	–13,6	0,1	–29,6
Удмуртская Республика	26,9	35,4	27,7	33,2	26,4	23,4	16,2	–22,6	–11,1	–30,7
Чувашская Республика	21,9	14,6	12,2	13,7	19,9	13,4	15,1	43,0	–32,7	12,4
Пермский край	34,8	33,8	26,8	30,5	26,1	17,8	13,2	–15,7	–31,9	–25,9
Кировская область	6,0	4,7	4,1	5,2	3,8	3,4	5,0	–31,9	–12,9	50,5
Нижегородская область	26,7	26,9	18,1	11,2	11,0	12,0	9,9	–3,5	8,8	–17,1
Оренбургская область	10,6	8,1	7,8	7,9	6,4	4,4	4,3	–21,3	–32,3	–2,2
Пензенская область	23,9	20,4	15,7	15,7	16,3	12,6	9,3	2,7	–23,1	–26,0
Самарская область	28,3	26,6	26,1	22,7	15,4	11,8	9,2	–31,6	–23,4	–22,5
Саратовская область	12,4	9,7	14,4	15,9	13,7	11,8	11,6	–12,0	–14,0	–1,4
Ульяновская область	7,3	7,0	4,7	5,8	5,6	4,4	3,1	–5,2	–20,6	–30,5
Уральский федеральный округ						14,9	13,1			–11,9
Курганская область						10,2	10,0			–2,0
Свердловская область						33,9	18,4			–45,6
Тюменская область без автономного округа						44,0	13,7			–68,9
Ханты-Мансийский АО						14,8	5,2			–65,0
Ямало-Ненецкий АО						22,2	14,3			–35,3
Челябинская область						12,9	11,0			–14,7
ДНР							10,4			
Херсонская область							5,3			
Запорожская область							29,9			
ЛНР					5,2	10,9	20,6			89,0

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ,
АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	77 529	76 117		67 693	67 725	67 023	63 459
Северо-Западный федеральный округ	6619	6573	5142	5862	6021	6361	6231
Республика Карелия	606	652	577	464	446	589	523
Республика Коми	978	991	627	711	661	716	614
Архангельская область без автономного округа	887	946	665	1304	1177	1146	1283
Ненецкий автономный округ	80	62	78	54	52	87	55
Вологодская область	590	615	441	657	626	669	728
Калининградская область	787	668	580	354	487	521	410
Ленинградская область	641	623	372	292	339	360	278
Мурманская область	382	352	220	221	276	260	264
Новгородская область	335	338	307	315	390	409	327
Псковская область	547	588	588	599	542	574	483
г. Санкт-Петербург	786	738	687	891	1025	1030	1266
Южный федеральный округ	5798	6430	4480	5019	4262	4372	4181
Республика Адыгея	238	171	67	80	68	91	66
Республика Калмыкия	160	107	72	65	68	73	66
Республика Крым	1103	957	704	593	567	570	500
Краснодарский край	1026	735	470	661	443	393	388
Астраханская область	226	206	75	91	101	100	89
Волгоградская область	1403	2781	2088	2248	1919	2010	2029
Ростовская область	1249	1256	973	1257	1054	1093	1018
г. Севастополь	393	217	31	24	42	42	25
Северо-Кавказский федеральный округ	2070	1873	1370	1912	1880	1831	1406
Республика Дагестан	418	313	182	494	507	362	109
Республика Ингушетия	1	2	0	6	3	4	20
Кабардино-Балкарская Республика	447	379	257	173	184	240	202
Карачаево-Черкесская Республика	101	72	54	131	159	140	55

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	325	379	178	160	173	264	216
Чеченская Республика	59	55	61	40	57	34	16
Ставропольский край	719	673	638	908	797	787	788
Приволжский федеральный округ	19 509	18 447		17 436	17 581	17 428	16 633
Республика Башкортостан	2292	2325	1660	1906	2619	2987	2600
Республика Марий Эл	503	621	452	2462	1522	1444	1491
Республика Мордовия	576	681	363	1179	684	660	534
Республика Татарстан	1906	1990	1498	1759	1971	1873	1977
Удмуртская Республика	853	728	682	658	807	759	703
Чувашская Республика	972	972	824	662	641	860	915
Пермский край	2499	2101	1611	1485	1609	1566	1309
Кировская область	807	852	796	1161	1268	1559	1825
Нижегородская область	1465	1441	1178	1174	1556	1629	1697
Оренбургская область	1852	1613	1168	1155	1202	846	704
Пензенская область	1728	1628	1163	919	916	949	727
Самарская область	1579	1514	1062	956	931	857	819
Саратовская область	1198	1287	1025	792	871	806	744
Ульяновская область	1279	694	449	1168	984	633	588
Уральский федеральный округ						4818	4526
Курганская область						251	332
Свердловская область						1357	1312
Тюменская область без автономного округа						522	494
Ханты-Мансийский АО						484	435
Ямало-Ненецкий АО						403	315
Челябинская область						1801	1638
ДНР					1327	1187	1417
Херсонская область					60	104	233
Запорожская область					115	179	166
ЛНР					956	709	791

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ,
АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	52,8	51,9	40,4	46,4	46,2	45,8	43,4	0,3	-0,8	-5,2
Северо-Западный федеральный округ	47,4	47,0	36,8	42,1	43,4	45,9	45,0	2,9	5,9	-1,9
Республика Карелия	97,7	105,8	94,3	76,6	84,1	112,0	99,8	-3,4	33,1	-10,9
Республика Коми	117,0	120,1	76,7	87,9	90,5	99,0	85,2	-6,4	9,4	-13,9
Архангельская область без автономного округа	80,2	86,3	61,1	121,2	121,4	119,4	134,2	-9,2	-1,7	12,4
Ненецкий автономный округ	182,2	141,0	176,3	121,4	125,6	208,1	130,3	-3,9	65,7	-37,4
Вологодская область	50,3	52,8	38,2	57,4	55,2	59,5	64,9	-4,2	7,7	9,2
Калининградская область	78,8	66,3	57,1	34,6	47,2	50,4	39,7	37,0	6,8	-21,4
Ленинградская область	35,0	33,5	19,7	15,4	16,8	17,7	13,7	15,5	5,4	-23,0
Мурманская область	50,9	47,3	29,8	30,3	41,7	39,5	40,2	25,6	-5,2	1,7
Новгородская область	55,5	56,5	51,6	53,5	67,4	71,3	57,2	24,5	5,8	-19,7
Псковская область	86,4	93,6	94,4	97,1	91,5	98,2	83,1	-9,0	7,3	-15,4
г. Санкт-Петербург	14,6	13,7	12,7	16,6	18,3	18,4	22,6	15,1	0,6	22,9
Южный федеральный округ	35,3	39,1	27,2	30,5	25,6	26,3	25,2	-15,0	2,9	-4,3
Республика Адыгея	52,4	37,3	14,5	17,2	13,7	18,2	13,2	-15,5	33,5	-27,7
Республика Калмыкия	58,4	39,4	26,6	24,2	25,6	27,5	24,7	5,1	7,3	-10,0
Республика Крым	57,7	50,0	36,9	31,2	29,5	29,8	26,2	-4,3	1,1	-12,1
Краснодарский край	18,2	13,0	8,3	11,6	7,6	6,7	6,7	-33,0	-11,3	-1,4
Астраханская область	22,2	20,4	7,5	9,2	10,6	10,5	9,4	11,5	-0,4	-10,8
Волгоградская область	55,8	111,3	84,1	91,3	77,3	81,6	82,7	-14,2	5,6	1,3
Ростовская область	29,7	29,9	23,2	30,2	25,2	26,3	24,5	-15,9	4,2	-6,7
г. Севастополь	89,3	48,6	6,5	4,7	7,6	7,5	4,5	73,0	-1,2	-40,6
Северо-Кавказский федеральный округ	21,0	18,9	13,8	19,2	18,4	17,9	13,7	-1,8	-3,0	-23,4
Республика Дагестан	13,6	10,1	5,8	15,7	15,9	11,2	3,4	2,3	-29,1	-70,0
Республика Ингушетия	0,2	0,4	0,0	1,2	0,6	0,8	3,8	-50,4	31,3	396,1
Кабардино-Балкарская Республика	51,6	43,7	29,6	19,9	20,4	26,5	22,3	6,3	30,4	-15,9

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Карачаево-Черкесская Республика	21,7	15,5	11,6	28,2	33,9	29,9	11,7	21,5	-11,9	-60,7
Республика Северная Осетия-Алания	46,4	54,3	25,6	23,2	25,3	38,8	31,8	8,5	53,3	-18,1
Чеченская Республика	4,1	3,7	4,1	2,7	3,7	2,2	1,0	41,6	-41,1	-53,2
Ставропольский край	25,7	24,0	22,8	32,6	27,5	27,2	27,3	-12,0	-1,0	0,2
Приволжский федеральный округ	66,2	62,9	47,7	60,2	61,1	60,9	58,3	1,2	-0,3	-4,3
Республика Башкортостан	56,5	57,5	41,2	47,6	64,1	73,4	64,0	37,6	14,4	-12,8
Республика Марий Эл	73,8	91,3	66,7	365,6	225,7	215,2	222,6	-38,0	-4,7	3,4
Республика Мордовия	72,0	85,9	46,3	152,2	88,1	85,9	69,7	-41,7	-2,5	-18,8
Республика Татарстан	48,9	51,0	38,4	45,2	49,3	46,8	49,4	12,2	-5,0	5,5
Удмуртская Республика	56,5	48,4	45,6	44,2	55,8	52,8	49,0	23,0	-5,5	-7,1
Чувашская Республика	79,2	79,6	67,9	55,0	54,4	73,5	78,4	-2,8	35,1	6,7
Пермский край	95,5	80,7	62,2	57,8	63,9	62,6	52,5	8,8	-2,1	-16,2
Кировская область	63,2	67,2	63,4	93,4	110,9	137,5	161,5	9,9	24,0	17,5
Нижегородская область	45,4	44,9	36,9	37,1	50,3	53,0	55,5	33,2	5,5	4,5
Оренбургская область	94,0	82,3	59,9	59,7	65,0	46,1	38,5	4,6	-29,1	-16,5
Пензенская область	130,4	124,1	89,6	71,7	73,1	76,4	58,8	0,3	4,6	-23,1
Самарская область	49,5	47,6	33,5	30,4	29,5	27,3	26,2	-2,3	-7,4	-4,2
Саратовская область	48,9	52,9	42,6	33,3	36,0	33,7	31,2	10,8	-6,6	-7,3
Ульяновская область	102,9	56,2	36,7	96,4	82,9	53,8	50,1	-15,3	-35,2	-6,8
Уральский федеральный округ						39,3	36,9			-6,1
Курганская область						33,1	44,1			33,0
Свердловская область						64,3	31,1			-51,7
Тюменская область без автономного округа						64,6	30,6			-52,7
Ханты-Мансийский АО						55,0	24,7			-55,1
Ямало-Ненецкий АО						78,4	61,1			-22,1
Челябинская область						52,9	48,2			-8,9
ДНР							48,0			
Херсонская область							68,1			
Запорожская область							29,8			
ЛНР					62,9	46,6	52,0			11,6

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	14 964	14 519	12 495	13 896	13 967	12 859	11 821
Северо-Западный федеральный округ	1153	1165	973	956	1125	1132	1161
Республика Карелия	39	46	37	37	44	74	54
Республика Коми	91	76	67	78	76	73	69
Архангельская область без автономного округа	115	101	64	65	104	80	90
Ненецкий автономный округ	1	1	2	0	0	0	0
Вологодская область	72	82	72	80	117	59	74
Калининградская область	42	71	53	71	77	102	81
Ленинградская область	156	203	140	121	138	146	93
Мурманская область	47	42	37	50	62	67	57
Новгородская область	57	55	47	59	80	79	86
Псковская область	29	48	40	37	47	45	45
г. Санкт-Петербург	504	440	414	358	380	407	512
Южный федеральный округ	1281	1067	911	979	931	800	782
Республика Адыгея	23	19	18	24	23	19	19
Республика Калмыкия	2	1	0	1	1	4	2
Республика Крым	280	235	219	218	199	169	161
Краснодарский край	221	154	145	202	179	131	123
Астраханская область	2	1	1	0	0	1	1
Волгоградская область	194	210	202	182	189	171	195
Ростовская область	448	372	311	328	321	289	272
г. Севастополь	111	75	15	24	19	16	9
Северо-Кавказский федеральный округ	598	610	399	665	507	449	392
Республика Дагестан	279	274	114	260	91	72	38
Республика Ингушетия	14	5	13	115	9	10	11
Кабардино-Балкарская Республика	87	92	84	81	116	96	72

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	25	17	13	21	30	19	17
Республика Северная Осетия-Алания	66	65	48	50	79	92	82
Чеченская Республика	8	37	35	13	28	14	8
Ставропольский край	119	120	92	125	154	146	164
Приволжский федеральный округ	2324	2191	2014	2306	2358	1968	1721
Республика Башкортостан	262	256	289	274	301	246	245
Республика Марий Эл	20	30	23	29	38	41	31
Республика Мордовия	15	20	16	22	36	31	30
Республика Татарстан	364	397	374	469	477	407	383
Удмуртская Республика	116	113	131	179	189	118	117
Чувашская Республика	15	14	6	11	12	13	16
Пермский край	306	298	305	353	392	311	204
Кировская область	78	48	36	85	45	86	58
Нижегородская область	227	260	247	230	226	201	201
Оренбургская область	74	85	79	85	72	54	62
Пензенская область	82	86	88	67	91	71	53
Самарская область	386	316	213	204	231	175	146
Саратовская область	141	124	112	125	104	118	94
Ульяновская область	238	144	95	173	144	96	81
Уральский федеральный округ						1624	1508
Курганская область						47	54
Свердловская область						734	748
Тюменская область без автономного округа						168	156
Ханты-Мансийский АО						78	91
Ямало-Ненецкий АО						77	46
Челябинская область						520	413
ДНР					143	152	272
Херсонская область					16	5	13
Запорожская область					36	42	39
ЛНР					202	140	145

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	10,2	9,9	8,5	9,5	9,5	8,8	8,1	0,7	-7,7	-8,0
Северо-Западный федеральный округ	8,3	8,3	7,0	6,9	8,1	8,2	8,4	17,9	0,9	2,7
Республика Карелия	6,3	7,5	6,1	6,1	8,3	14,1	10,3	19,5	69,5	-26,7
Республика Коми	10,9	9,2	8,2	9,6	10,4	10,1	9,6	-2,0	-3,0	-5,1
Архангельская область без автоном- ного округа	10,4	9,2	5,9	6,0	10,7	8,3	9,4	61,0	-22,3	13,0
Ненецкий автономный округ	2,3	2,3	4,5	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	-
Вологодская область	6,1	7,0	6,2	7,0	10,3	5,2	6,6	47,0	-49,2	25,8
Калининградская область	4,2	7,0	5,2	6,9	7,5	9,9	7,8	8,0	32,3	-20,6
Ленинградская область	8,5	10,9	7,4	6,4	6,8	7,2	4,6	13,5	5,0	-36,5
Мурманская область	6,3	5,6	5,0	6,9	9,4	10,2	8,7	24,7	8,8	-14,8
Новгородская область	9,4	9,2	7,9	10,0	13,8	13,8	15,0	36,3	-0,4	9,3
Псковская область	4,6	7,6	6,4	6,0	7,9	7,7	7,7	27,7	-3,0	0,6
г. Санкт-Петербург	9,4	8,2	7,7	6,7	6,8	7,3	9,1	6,2	7,2	25,8
Южный федеральный округ	7,8	6,5	5,5	5,9	5,6	4,8	4,7	-4,8	-13,8	-2,2
Республика Адыгея	5,1	4,1	3,9	5,2	4,6	3,8	3,8	-4,7	-17,6	-0,3
Республика Калмыкия	0,7	0,4	0,0	0,4	0,4	1,5	0,7	0,4	299,7	-50,2
Республика Крым	14,6	12,3	11,5	11,5	10,3	8,8	8,4	-8,6	-14,6	-4,6
Краснодарский край	3,9	2,7	2,6	3,6	3,1	2,2	2,1	-11,4	-26,8	-6,2
Астраханская область	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	-	-	0,2
Волгоградская область	7,7	8,4	8,1	7,4	7,6	6,9	7,9	4,4	-8,8	14,4
Ростовская область	10,6	8,9	7,4	7,9	7,7	6,9	6,6	-1,8	-9,5	-5,7
г. Севастополь	25,2	16,8	3,1	4,7	3,4	2,9	1,6	-21,7	-16,8	-43,9
Северо-Кавказский федеральный округ	6,1	6,2	4,0	6,7	5,0	4,4	3,8	-23,9	-11,8	-12,9
Республика Дагестан	9,1	8,8	3,7	8,3	2,8	2,2	1,2	-65,1	-21,4	-47,4
Республика Ингушетия	2,8	1,0	2,5	22,1	1,7	1,9	2,1	-92,2	9,4	9,2

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	10,0	10,6	9,7	9,3	12,8	10,6	8,0	43,1	-17,3	-25,1
Карачаево-Черкесская Республика	5,4	3,7	2,8	4,5	6,4	4,1	3,6	43,0	-36,6	-10,5
Республика Северная Осетия-Алания	9,4	9,3	6,9	7,2	11,6	13,5	12,1	58,6	17,0	-10,7
Чеченская Республика	0,6	2,5	2,4	0,9	1,8	0,9	0,5	114,1	-50,6	-43,2
Ставропольский край	4,3	4,3	3,3	4,5	5,3	5,1	5,7	23,5	-4,9	12,4
Приволжский федеральный округ	7,9	7,5	6,9	8,0	8,2	6,9	6,0	2,7	-16,1	-12,3
Республика Башкортостан	6,5	6,3	7,2	6,8	7,4	6,0	6,0	10,0	-18,0	-0,2
Республика Марий Эл	2,9	4,4	3,4	4,3	5,6	6,1	4,6	31,4	8,4	-24,3
Республика Мордовия	1,9	2,5	2,0	2,8	4,6	4,0	3,9	64,5	-13,0	-2,9
Республика Татарстан	9,3	10,2	9,6	12,1	11,9	10,2	9,6	1,8	-14,7	-5,9
Удмуртская Республика	7,7	7,5	8,7	12,0	13,1	8,2	8,2	5,9	-37,3	-0,6
Чувашская Республика	1,2	1,1	0,5	0,9	1,0	1,1	1,4	9,5	9,1	23,4
Пермский край	11,7	11,4	11,8	13,7	15,6	12,4	8,2	11,5	-20,2	-34,2
Кировская область	6,1	3,8	2,9	6,8	3,9	7,6	5,1	-46,7	92,7	-32,3
Нижегородская об- ласть	7,0	8,1	7,7	7,3	7,3	6,5	6,6	-1,2	-10,4	0,4
Оренбургская область	3,8	4,3	4,1	4,4	3,9	2,9	3,4	-14,9	-24,4	15,2
Пензенская область	6,2	6,6	6,8	5,2	7,3	5,7	4,3	36,7	-21,2	-25,0
Самарская область	12,1	9,9	6,7	6,5	7,3	5,6	4,7	13,6	-23,8	-16,4
Саратовская область	5,8	5,1	4,7	5,3	4,3	4,9	3,9	-16,2	14,5	-20,0
Ульяновская область	19,2	11,7	7,8	14,3	12,1	8,2	6,9	-16,3	-32,8	-15,3
Уральский федеральный округ						13,2	12,3			-7,2
Курганская область						6,2	7,2			15,5
Свердловская область						34,8	17,7			-49,0
Тюменская область без автономного округа						20,8	9,7			-53,6
Ханты-Мансийский АО						8,9	5,2			-41,7
Ямало-Ненецкий АО						15,0	8,9			-40,5
Челябинская область						15,3	12,2			-20,4
ДНР							9,2			
Херсонская область							3,8			
Запорожская область							7,0			
ЛНР					13,3	9,2	9,5			3,3

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ 0–14 ЛЕТ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	–	6635	6073	4557	3967	3 849	3347	2941
Северо-Западный федеральный округ	671	519	433	270	254	205	210	174
Республика Карелия	22	10	9	2	2	2	1	0
Республика Коми	33	7	2	6	1	3	4	2
Архангельская область без автономного округа	94	59	53	45	24	15	7	1
Ненецкий автономный округ	3	4	1	1	2	3	6	6
Вологодская область	41	23	29	17	7	9	32	9
Калининградская область	35	16	42	40	1	5	2	5
Ленинградская область	155	137	129	54	107	72	58	60
Мурманская область	104	61	36	26	14	16	21	19
Новгородская область	10	11	9	7	8	15	27	26
Псковская область	22	19	17	6	8	6	2	3
г. Санкт-Петербург	152	172	106	66	80	59	50	43
Южный федеральный округ	486	353	294	222	207	189	155	130
Республика Адыгея	14	6	6	6	5	3	4	2
Республика Калмыкия	3	2	0	0	0	0	1	1
Республика Крым	68	46	35	19	18	16	12	3
Краснодарский край	36	33	30	15	17	24	22	17
Астраханская область	46	45	47	29	41	39	29	28
Волгоградская область	206	116	85	86	76	56	50	46
Ростовская область	113	105	91	67	50	51	37	33
г. Севастополь	0	0	0	0	0	0	0	0
Северо-Кавказский федеральный округ	70	77	96	74	65	67	54	32
Республика Дагестан	1	1	2	0	0	0	0	0
Республика Ингушетия	0	0	0	0	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	3	2	4	4	1	1	1	0

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	0	0	1	0	0	1	1	0
Республика Северная Осетия-Алания	2	0	0	0	0	0	0	0
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	64	74	89	70	64	65	52	32
Приволжский федеральный округ	1918	1589	1421	998	738	740	693	659
Республика Башкортостан	645	636	660	440	242	177	180	270
Республика Марий Эл	63	48	35	32	22	18	15	7
Республика Мордовия	17	13	5	17	6	11	9	10
Республика Татарстан	47	49	34	34	29	30	27	31
Удмуртская Республика	115	108	128	91	76	85	67	68
Чувашская Республика	68	56	47	43	51	46	37	49
Пермский край	216	190	180	116	104	104	102	88
Кировская область	57	42	55	53	52	45	28	18
Нижегородская область	315	124	82	35	41	119	139	50
Оренбургская область	155	133	48	35	5	10	4	5
Пензенская область	20	21	17	18	8	9	7	1
Самарская область	96	105	80	40	47	34	18	15
Саратовская область	70	49	47	40	53	52	59	47
Ульяновская область	34	15	3	4	2	0	1	0
Уральский федеральный округ							380,00	342,00
Курганская область							70,00	39,00
Свердловская область							93,00	83,00
Тюменская область без автономного округа							129,00	87,00
Ханты-Мансийский АО							15,00	14,00
Ямало-Ненецкий АО							14,00	11,00
Челябинская область							59,00	108,00
ДНР						0	2	5
Херсонская область						0	0	0
Запорожская область						0	1	0
ЛНР							2	0

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ 0–14 ЛЕТ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	0,0	25,6	23,4	17,6	15,3	15,0	13,2	11,7	-2,8	-11,8	-11,4
Северо-Западный федеральный округ	30,2	23,1	19,1	11,9	11,1	9,6	9,9	8,2	-19,3	3,3	-16,7
Республика Карелия	20,4	9,3	8,4	1,9	1,9	2,3	1,2	0,0	0,6	-49,1	-100,0
Республика Коми	20,4	4,4	1,3	3,9	0,7	2,3	3,2	1,6	203,0	36,4	-49,4
Архангельская область без автономного округа	47,6	30,2	27,6	23,8	13,0	9,2	4,4	0,6	-36,8	-52,1	-85,5
Ненецкий автономный округ	29,2	39,0	9,8	9,8	19,7	34,3	69,0	69,2	50,8	101,5	0,2
Вологодская область	19,1	10,7	13,6	8,0	3,3	4,4	15,9	4,5	29,4	264,5	-71,5
Калининградская область	21,2	9,6	24,8	23,5	0,6	2,9	1,2	3,0	398,2	-59,4	152,5
Ленинградская область	60,0	51,5	47,4	19,6	38,2	27,1	21,6	22,4	-33,3	-20,1	3,5
Мурманская область	78,3	46,0	27,4	20,1	11,0	13,4	18,0	16,5	15,4	34,3	-8,4
Новгородская область	9,9	10,9	9,0	7,0	8,2	15,5	28,7	28,1	89,0	84,9	-2,3
Псковская область	22,1	19,1	17,2	6,1	8,3	6,6	2,2	3,4	-24,6	-65,9	51,9
г. Санкт-Петербург	19,7	21,6	13,0	7,9	9,5	7,4	6,2	5,3	-26,8	-15,7	-14,1
Южный федеральный округ	17,4	12,5	10,4	7,8	7,3	6,6	5,5	4,7	-8,6	-16,6	-15,3
Республика Адыгея	16,8	7,1	7,0	6,9	5,7	3,2	4,3	2,2	-40,6	34,2	-49,8
Республика Калмыкия	5,2	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	2,0			2,0
Республика Крым	20,9	14,0	10,5	5,7	5,4	4,7	3,6	0,9	-10,9	-23,3	-74,7
Краснодарский край	3,7	3,3	3,0	1,5	1,7	2,3	2,1	1,6	40,8	-7,4	-22,3
Астраханская область	23,4	22,9	24,0	14,9	21,1	20,4	15,5	15,1	-4,6	-24,0	-2,2
Волгоградская область	50,2	28,4	21,0	21,5	19,3	14,7	13,6	12,7	-25,7	-7,9	-6,4
Ростовская область	16,8	15,5	13,5	10,0	7,5	7,7	5,7	5,1	2,3	-26,3	-10,0
г. Севастополь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Северо-Кавказский федеральный округ	3,1	3,4	4,3	3,3	2,9	2,9	2,4	1,4	3,3	-18,3	-40,3
Республика Дагестан	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	1,7	1,1	2,3	2,3	0,6	0,5	0,5	0,0	0,0	1,5	–100,0
Карачаево-Черкесская Республика	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0		2,9	–100,0
Республика Северная Осетия-Алания	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ставропольский край	12,9	14,8	17,9	14,1	13,0	13,0	10,6	6,6	1,9	–18,5	–37,8
Приволжский федеральный округ	37,1	30,6	27,5	19,4	14,4	14,8	14,1	13,6	0,6	–4,6	–3,9
Республика Башкортостан	82,4	81,1	84,3	56,5	31,2	23,1	24,0	36,4	–26,7	3,9	51,8
Республика Марий Эл	49,4	37,5	27,5	25,2	17,4	14,4	12,3	5,8	–17,9	–14,8	–52,8
Республика Мордовия	14,7	11,3	4,4	15,3	5,5	10,4	8,8	9,9	85,2	–15,5	13,0
Республика Татарстан	6,6	6,8	4,7	4,7	4,0	4,1	3,7	4,3	3,1	–9,4	15,4
Удмуртская Республика	39,1	36,7	43,8	31,5	26,5	30,5	24,5	25,2	12,3	–19,5	2,7
Чувашская Республика	30,4	25,0	21,1	19,5	23,3	21,2	17,4	23,3	–9,4	–17,9	33,9
Пермский край	42,9	37,7	35,9	23,3	21,0	21,6	21,6	18,9	0,4	0,0	–12,8
Кировская область	26,0	19,1	25,2	24,5	24,3	24,3	15,5	10,1	–12,9	–36,4	–34,9
Нижегородская область	61,1	23,9	15,8	6,8	8,0	23,4	27,8	10,1	191,4	19,0	–63,6
Оренбургская область	41,1	35,4	12,8	9,4	1,4	3,0	1,2	1,5	100,9	–59,2	26,4
Пензенская область	10,0	10,5	8,6	9,2	4,2	4,8	3,9	0,6	13,4	–20,2	–85,5
Самарская область	18,4	20,0	15,2	7,6	9,0	6,6	3,5	3,0	–27,5	–46,2	–15,8
Саратовская область	18,0	12,6	12,2	10,5	14,2	14,1	16,5	13,4	–1,1	16,7	–19,1
Ульяновская область	17,6	7,7	1,5	2,1	1,0	0,0	0,5	0,0	–100,0		–100,0
Уральский федеральный округ							16,2	14,6			–9,4
Курганская область							50,4	28,6			–43,3
Свердловская область							23,9	10,7			–55,4
Тюменская область без автономного округа							79,0	26,6			–66,3
Ханты-Мансийский АО							8,1	3,8			–53,3
Ямало-Ненецкий АО							12,5	9,8			–21,4
Челябинская область							9,5	17,6			84,8
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР							1,2	0,0			–100,0

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ,
У ДЕТЕЙ 0–14 ЛЕТ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	431	377	254	229	274	244	188
Северо-Западный федеральный округ	72	38	31	39	33	30	28
Республика Карелия	1	2	0	1	1	1	0
Республика Коми	1	0	0	0	1	3	1
Архангельская область без автономного округа	6	8	8	5	3	0	0
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0	0	0
Вологодская область	4	1	4	1	2	1	4
Калининградская область	0	0	0	0	2	0	1
Ленинградская область	23	8	3	4	4	6	3
Мурманская область	8	3	0	1	0	1	1
Новгородская область	1	0	0	2	2	0	1
Псковская область	2	1	0	0	0	0	2
г. Санкт-Петербург	26	15	16	25	18	18	15
Южный федеральный округ	56	38	21	21	17	18	18
Республика Адыгея	0	1	1	0	0	0	0
Республика Калмыкия	0	0	0	0	0	1	1
Республика Крым	3	3	5	7	4	1	1
Краснодарский край	4	1	1	2	6	7	6
Астраханская область	6	6	2	5	2	1	2
Волгоградская область	22	8	6	2	1	2	3
Ростовская область	21	19	6	5	4	6	5
г. Севастополь	0	0	0	0	0	0	0
Северо-Кавказский федеральный округ	3	6	3	1	2	6	3
Республика Дагестан	0	0	0	0	0	0	0
Республика Ингушетия	0	0	0	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	0	0	0	0	1	1	0

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Республика Северная Осетия-Алания	0	0	0	0	0	0	0
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	3	6	3	1	1	5	3
Приволжский федеральный округ	64	51	30	33	39	38	30
Республика Башкортостан	11	8	7	4	7	7	1
Республика Марий Эл	1	0	0	0	0	0	0
Республика Мордовия	0	0	0	0	0	0	0
Республика Татарстан	4	5	3	5	4	2	5
Удмуртская Республика	3	0	1	4	1	3	6
Чувашская Республика	10	4	2	1	6	4	3
Пермский край	10	17	4	2	7	9	7
Кировская область	1	2	2	2	0	2	1
Нижегородская область	7	2	2	4	2	2	1
Оренбургская область	1	0	0	0	1	0	1
Пензенская область	0	0	1	1	0	1	0
Самарская область	13	8	4	9	10	3	2
Саратовская область	3	5	3	1	1	5	3
Ульяновская область	0	0	1	0	0	0	0
Уральский федеральный округ						25	20,00
Курганская область						2	0,00
Свердловская область						6	7,00
Тюменская область без автономного округа						9	6,00
Ханты-Мансийский АО						2	2,00
Ямало-Ненецкий АО						0	1,00
Челябинская область						6	4,00
ДНР					0	1	2
Херсонская область					0	0	0
Запорожская область					0	0	0
ЛНР						1	0

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ,
У ДЕТЕЙ 0–14 ЛЕТ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	1,7	1,5	1,0	0,9	1,1	1,0	0,7	19,8	–9,7	–22,3
Северо-Западный федеральный округ	3,2	1,7	1,4	1,7	1,5	1,4	1,3	–15,4	–8,4	–6,2
Республика Карелия	0,9	1,9	0,0	1,0	1,2	1,2	0,0	0,6	1,7	–100,0
Республика Коми	0,6	0,0	0,0	0,0	0,8	2,4	0,8	–	207,0	–66,3
Архангельская область без автоном- ного округа	3,1	4,2	4,2	2,7	1,8	0,0	0,0	–39,4	–100,0	–
Ненецкий автономный округ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Вологодская область	1,9	0,5	1,9	0,5	1,0	0,5	2,0	101,2	–48,7	305,5
Калининградская область	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,6	–	–100,0	–
Ленинградская область	8,6	2,9	1,1	1,4	1,5	2,2	1,1	–0,9	48,9	–50,0
Мурманская область	6,0	2,3	0,0	0,8	0,0	0,9	0,9	–100,0	–	1,2
Новгородская область	1,0	0,0	0,0	2,0	2,1	0,0	1,1	0,8	–100,0	–
Псковская область	2,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	–	–	–
г. Санкт-Петербург	3,3	1,8	1,9	3,0	2,2	2,2	1,9	–28,5	–0,6	–16,8
Южный федеральный округ	2,0	1,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	–19,0	7,7	0,9
Республика Адыгея	0,0	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Республика Калмыкия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	2,0	–	–	2,0
Республика Крым	0,9	0,9	1,5	2,1	1,2	0,3	0,3	–42,7	–74,4	1,3
Краснодарский край	0,4	0,1	0,1	0,2	0,6	0,7	0,6	199,2	17,8	–13,8
Астраханская область	3,0	3,1	1,0	2,6	1,0	0,5	1,1	–59,9	–48,9	102,5
Волгоградская область	5,4	2,0	1,5	0,5	0,3	0,5	0,8	–49,6	106,4	52,6
Ростовская область	3,1	2,8	0,9	0,7	0,6	0,9	0,8	–19,8	52,4	–15,9
г. Севастополь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Северо-Кавказский федеральный округ	0,1	0,3	0,1	0,04	0,09	0,3	0,1	100,4	204,2	–49,6
Республика Дагестан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкарская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	–	1,5	–100,0
Карачаево-Черкесская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Республика Северная Осетия-Алания	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Ставропольский край	0,6	1,2	0,6	0,2	0,2	1,0	0,6	0,3	409,3	–39,4
Приволжский федеральный округ	1,2	1,0	0,6	0,6	0,8	0,8	0,6	18,6	–0,7	–20,2
Республика Башкортостан	1,4	1,0	0,9	0,5	0,9	0,9	0,1	75,5	2,2	–85,5
Республика Марий Эл	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Республика Мордовия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Республика Татарстан	0,6	0,7	0,4	0,7	0,5	0,3	0,7	–20,2	–49,7	151,2
Удмуртская Республика	1,0	0,0	0,3	1,4	0,4	1,1	2,2	–74,9	206,2	102,4
Чувашская Республика	4,5	1,8	0,9	0,5	2,8	1,9	1,4	502,6	–31,9	–24,2
Пермский край	2,0	3,4	0,8	0,4	1,5	1,9	1,5	251,3	31,1	–21,3
Кировская область	0,5	0,9	0,9	0,9	0,0	1,1	0,6	–100,0	–	–49,4
Нижегородская область	1,3	0,4	0,4	0,8	0,4	0,4	0,2	–49,8	1,9	–49,4
Оренбургская область	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3	–	–100,0	–
Пензенская область	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,6	0,0	–100,0	–	–100,0
Самарская область	2,5	1,5	0,8	1,7	1,9	0,6	0,4	11,3	–69,5	–32,7
Саратовская область	0,8	1,3	0,8	0,3	0,3	1,4	0,9	0,8	414,4	–39,1
Ульяновская область	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	–	–	–
Уральский федеральный округ						1,1	0,9			–19,5
Курганская область						1,4	0,0			–100,0
Свердловская область						1,5	0,9			–41,7
Тюменская область без автономного округа						5,5	1,8			–66,7
Ханты-Мансийский АО						1,1	0,5			–50,0
Ямало-Ненецкий АО						0,0	0,9			–
Челябинская область						1,0	0,7			–32,7
ДНР										–
Херсонская область										–
Запорожская область										–
ЛНР						0,6	0,0			–100,0

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ 0–14 ЛЕТ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ		3300	2940	1826	1829	2157	1906	1561
Северо-Западный федеральный округ	282	215	189	116	97	136	105	78
Республика Карелия	3	3	4	0	2	0	0	0
Республика Коми	5	1	2	1	1	3	2	0
Архангельская область без автономного округа	43	31	38	20	10	12	2	0
Ненецкий автономный округ	3	1	1	1	2	3	3	6
Вологодская область	22	14	19	7	3	5	10	9
Калининградская область	19	6	18	20	1	5	1	5
Ленинградская область	27	15	22	8	25	62	32	14
Мурманская область	60	16	9	4	4	8	8	3
Новгородская область	5	5	4	3	7	10	21	20
Псковская область	16	13	6	2	4	2	1	2
г. Санкт-Петербург	79	110	66	50	38	26	25	19
Южный федеральный округ	204	177	151	93	108	104	82	79
Республика Адыгея	4	0	2	1	2	1	2	0
Республика Калмыкия	2	0	0	0	0	0	1	0
Республика Крым	25	13	14	6	7	6	4	0
Краснодарский край	27	28	20	9	12	17	12	14
Астраханская область	25	26	20	9	16	22	20	21
Волгоградская область	58	55	43	43	36	30	18	23
Ростовская область	63	55	52	25	35	28	25	21
г. Севастополь	0	0	0	0	0	0	0	0
Северо-Кавказский федеральный округ	30	46	47	24	23	30	23	12
Республика Дагестан	0	1	1	0	0	0	0	0
Республика Ингушетия	0	0	0	0	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	0	2	3	1	0	1	0	0
Карачаево-Черкесская Республика	0	0	1	0	0	1	0	0

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	0	0	0	0	0	0	0	0
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	30	43	42	23	23	28	23	12
Приволжский федеральный округ	788	791	710	423	409	438	465	434
Республика Башкортостан	159	268	289	153	101	84	113	198
Республика Марий Эл	39	20	25	17	15	7	15	4
Республика Мордовия	10	11	4	12	6	10	8	9
Республика Татарстан	22	20	20	22	20	21	18	23
Удмуртская Республика	81	80	92	52	45	66	51	50
Чувашская Республика	40	36	27	26	34	35	21	34
Пермский край	114	95	101	51	53	46	53	43
Кировская область	27	26	37	23	32	18	10	12
Нижегородская область	124	87	33	25	37	103	125	37
Оренбургская область	60	40	4	2	3	7	1	5
Пензенская область	11	10	10	8	1	4	4	0
Самарская область	54	72	42	14	33	15	11	11
Саратовская область	27	21	23	16	27	22	34	8
Ульяновская область	20	5	3	2	2	0	1	0
Уральский федеральный округ							232	220
Курганская область							33	24
Свердловская область							62	46
Тюменская область без автономного округа							88	53
Ханты-Мансийский АО							4	8
Ямало-Ненецкий АО							5	7
Челябинская область							40	82
ДНР						0	2	3
Херсонская область						0	0	0
Запорожская область						0	1	0
ЛНР							2	0

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ДЕТЕЙ 0–14 ЛЕТ
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	0,0	12,8	11,3	7,0	7,1	8,4	7,5	6,2	18,1	-10,4	-17,4
Северо-Западный федеральный округ	12,7	9,6	8,3	5,1	4,3	6,4	5,0	3,7	40,1	-22,2	-25,3
Республика Карелия	2,8	2,8	3,7	0,0	1,9	0,0	0,0	0,0	-100,0		
Республика Коми	3,1	0,6	1,3	0,6	0,7	2,3	1,6	0,0	203,0	-31,8	-100,0
Архангельская область без автономного округа	21,8	15,9	19,8	10,6	5,4	7,3	1,3	0,0	21,3	-82,9	-100,0
Ненецкий автономный округ	29,2	9,8	9,8	9,8	19,7	34,3	34,5	69,2	50,8	0,8	100,4
Вологодская область	10,2	6,5	8,9	3,3	1,4	2,4	5,0	4,5	67,7	105,0	-8,8
Калининградская область	11,5	3,6	10,6	11,7	0,6	2,9	0,6	3,0	398,2	-79,7	405,1
Ленинградская область	10,4	5,6	8,1	2,9	8,9	23,3	11,9	5,2	145,8	-48,8	-56,2
Мурманская область	45,2	12,1	6,8	3,1	3,1	6,7	6,9	2,6	102,0	2,3	-62,0
Новгородская область	4,9	4,9	4,0	3,0	7,1	10,4	22,3	21,6	44,0	115,7	-3,4
Псковская область	16,1	13,1	6,1	2,0	4,1	2,2	1,1	2,3	-49,7	-48,8	102,5
г. Санкт-Петербург	10,3	13,8	8,1	6,0	4,5	3,2	3,1	2,4	-32,1	-4,4	-24,1
Южный федеральный округ	7,3	6,3	5,3	3,3	3,8	3,6	2,9	2,8	-3,6	-19,8	-2,7
Республика Адыгея	4,8	0,0	2,3	1,2	2,3	1,1	2,2	0,0	-50,5	101,2	-100,0
Республика Калмыкия	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0			-100,0
Республика Крым	7,7	3,9	4,2	1,8	2,1	1,8	1,2	0,0	-14,1	-31,8	-100,0
Краснодарский край	2,7	2,8	2,0	0,9	1,2	1,6	1,2	1,4	41,3	-28,7	17,3
Астраханская область	12,7	13,2	10,2	4,6	8,3	11,5	10,7	11,4	37,9	-7,1	6,3
Волгоградская область	14,1	13,4	10,6	10,7	9,1	7,9	4,9	6,4	-16,0	-38,1	30,0
Ростовская область	9,3	8,1	7,7	3,7	5,2	4,2	3,8	3,2	-19,8	-9,3	-15,3
г. Севастополь	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Северо-Кавказский федеральный округ	1,3	2,0	2,1	1,1	1,0	1,3	1,0	0,5	30,7	-22,3	-47,4
Республика Дагестан	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	0,0	1,1	1,7	0,6	0,0	0,5	0,0	0,0		-100,0	
Карачаево-Черкесская Республика	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0		-100,0	
Республика Северная Осетия-Алания	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ставропольский край	6,0	8,6	8,4	4,6	4,7	5,6	4,7	2,5	22,1	-16,3	-47,3
Приволжский федеральный округ	15,2	15,2	13,7	8,2	8,0	8,7	9,5	8,9	7,4	8,2	-5,7
Республика Башкортостан	20,3	34,2	36,9	19,6	13,0	10,9	15,0	26,7	-16,6	37,5	77,4
Республика Марий Эл	30,6	15,6	19,6	13,4	11,9	5,6	12,3	3,3	-53,2	119,1	-73,0
Республика Мордовия	8,6	9,6	3,5	10,8	5,5	9,4	7,8	8,9	68,3	-17,4	14,4
Республика Татарстан	3,1	2,8	2,8	3,0	2,7	2,9	2,5	3,2	4,7	-13,7	28,4
Удмуртская Республика	27,5	27,2	31,5	18,0	15,7	23,7	18,7	18,5	47,3	-21,1	-0,8
Чувашская Республика	17,9	16,1	12,1	11,8	15,5	16,1	9,9	16,2	3,4	-38,7	63,7
Пермский край	22,7	18,9	20,1	10,2	10,7	9,6	11,2	9,2	-12,9	17,5	-18,0
Кировская область	12,3	11,8	16,9	10,6	15,0	9,7	5,5	6,7	-43,4	-43,2	21,5
Нижегородская область	24,0	16,8	6,4	4,8	7,2	20,2	25,0	7,5	179,5	23,7	-70,1
Оренбургская область	15,9	10,6	1,1	0,5	0,8	2,1	0,3	1,5	134,4	-85,4	405,8
Пензенская область	5,5	5,0	5,0	4,1	0,5	2,1	2,2	0,0	303,3	2,6	-100,0
Самарская область	10,4	13,7	8,0	2,7	6,3	2,9	2,2	2,2	-54,4	-25,5	1,0
Саратовская область	6,9	5,4	6,0	4,2	7,2	6,0	9,5	2,3	-17,9	59,0	-76,1
Ульяновская область	10,3	2,6	1,5	1,0	1,0	0,0	0,5	0,0	-100,0		-100,0
Уральский федеральный округ							9,9	9,4			-4,5
Курганская область							23,8	17,6			-26,0
Свердловская область							16,0	5,9			-62,9
Тюменская область без автономного округа							53,9	16,2			-69,9
Ханты-Мансийский АО							2,2	2,2			0,0
Ямало-Ненецкий АО							4,5	6,3			40,1
Челябинская область							6,4	13,3			107,0
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР							1,2	0,0			-100,0

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ		33 673	29 392	24 325	23 545	22 054	19 988	17 307
Северо-Западный федеральный округ	3276	2540	2152	1896	2000	2034	1546	1259
Республика Карелия	74	48	37	28	26	13	10	13
Республика Коми	144	61	48	29	26	25	25	34
Архангельская область без автономного округа	463	234	234	225	206	214	115	55
Ненецкий автономный округ	23	24	24	10	12	16	18	34
Вологодская область	277	224	199	160	115	74	171	58
Калининградская область	248	140	132	205	64	86	42	55
Ленинградская область	613	460	267	202	514	568	319	227
Мурманская область	395	363	330	260	200	176	150	123
Новгородская область	137	135	98	93	168	338	292	277
Псковская область	230	160	126	107	84	77	62	67
г. Санкт-Петербург	672	691	657	577	585	447	342	316
Южный федеральный округ	2075	1760	1481	1260	1440	1190	1145	996
Республика Адыгея	53	41	35	24	22	24	27	13
Республика Калмыкия	6	10	7	8	10	12	6	4
Республика Крым	220	181	133	122	105	82	77	44
Краснодарский край	230	202	217	197	403	190	168	165
Астраханская область	245	251	199	156	203	183	152	139
Волгоградская область	832	636	499	448	422	363	357	356
Ростовская область	473	420	375	298	272	330	356	271
г. Севастополь	16	19	16	7	3	6	2	4
Северо-Кавказский федеральный округ	569	499	452	372	259	250	263	228
Республика Дагестан	67	57	65	35	11	12	11	25
Республика Ингушетия	0	0	2	3	4	1	1	0
Кабардино-Балкарская Республика	40	45	28	25	13	10	7	5

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	15	3	4	2	1	1	1	2
Республика Северная Осетия-Алания	42	26	14	18	11	4	6	2
Чеченская Республика	4	0	0	0	0	1	1	0
Ставропольский край	401	368	339	289	219	221	236	194
Приволжский федеральный округ	10 820	7821	6501	5394	4405	4654	4208	3185
Республика Башкортостан	3331	2662	2105	2056	1203	1201	1041	873
Республика Марий Эл	529	314	211	138	123	119	103	56
Республика Мордовия	305	291	299	229	237	245	251	191
Республика Татарстан	428	366	314	255	215	228	221	209
Удмуртская Республика	465	521	474	400	379	482	416	412
Чувашская Республика	256	206	218	209	192	167	144	149
Пермский край	712	688	766	689	597	529	509	455
Кировская область	370	311	293	238	254	185	154	142
Нижегородская область	2212	887	635	413	636	989	922	321
Оренбургская область	925	669	375	146	71	70	64	46
Пензенская область	157	89	73	52	33	31	25	21
Самарская область	653	463	443	339	246	202	145	133
Саратовская область	330	236	228	192	179	179	193	160
Ульяновская область	147	118	67	38	40	27	20	17
Уральский федеральный округ							2255	1928,00
Курганская область							565	452,00
Свердловская область							557	435,00
Тюменская область без автономного округа							604	557,00
Ханты-Мансийский АО							84	73,00
Ямало-Ненецкий АО							73	66,00
Челябинская область							372	345,00
ДНР						35	39	26
Херсонская область						0	0	0
Запорожская область						17	0	1
ЛНР							15	23

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	0,0	798,3	675,2	544,8	523,0	483,2	422,2	357,9	-6,5	-12,6	-15,2
Северо-Западный федеральный округ	943,1	697,8	568,2	489,4	514,8	529,6	395,6	317,9	1,8	-25,3	-19,6
Республика Карелия	414,4	255,6	189,6	141,0	131,7	77,1	58,1	74,1	-49,8	-24,6	27,5
Республика Коми	549,7	223,7	170,0	101,4	91,9	102,1	100,0	133,9	-3,1	-2,0	33,9
Архангельская область без автоном- ного округа	1449,3	696,9	668,8	630,2	578,1	660,7	351,0	166,8	4,3	-46,9	-52,5
Ненецкий автономный округ	1327,6	1364,4	1354,0	563,5	683,6	963,0	1066,0	1997,6	35,0	10,7	87,4
Вологодская область	834,2	642,2	549,3	432,5	309,6	197,5	439,4	145,7	-35,7	122,5	-66,8
Калининградская область	935,3	507,2	458,4	686,4	208,7	270,8	126,5	161,7	32,4	-53,3	27,8
Ленинградская область	1382,9	982,7	539,5	393,2	986,6	1142,1	628,6	441,9	10,0	-45,0	-29,7
Мурманская область	1806,0	1590,4	1403,1	1095,5	849,3	825,5	668,9	531,8	-11,8	-19,0	-20,5
Новгородская область	867,6	809,2	560,1	519,0	927,2	1824,2	1513,1	1404,3	99,6	-17,1	-7,2
Псковская область	1400,5	926,6	700,0	583,5	460,3	442,5	346,9	368,9	-7,7	-21,6	6,4
г. Санкт-Петербург	602,7	592,8	544,3	468,1	474,5	337,6	259,7	239,1	-23,2	-23,1	-7,9
Южный федеральный округ	460,1	379,1	308,6	253,9	284,6	229,7	210,8	178,9	-17,9	-8,2	-15,2
Республика Адыгея	390,5	291,7	237,9	156,3	139,4	144,0	151,6	70,7	8,1	5,2	-53,4
Республика Калмыкия	67,4	109,3	73,0	79,8	97,3	117,5	55,0	35,4	19,3	-53,2	-35,7
Республика Крым	464,5	373,6	262,5	230,3	190,2	135,3	118,4	64,9	-23,8	-12,5	-45,2
Краснодарский край	144,0	122,2	126,9	111,7	225,6	102,4	87,7	84,3	-53,0	-14,3	-3,8
Астраханская область	846,9	830,4	630,8	481,6	622,7	561,6	441,2	389,2	-10,0	-21,4	-11,8
Волгоградская область	1205,1	901,7	692,8	607,7	563,3	514,2	465,3	448,6	-14,6	-9,5	-3,6
Ростовская область	418,0	362,5	315,3	244,0	220,2	263,6	276,3	207,3	20,9	4,8	-24,9
г. Севастополь	156,2	177,5	139,5	52,5	19,9	36,1	11,3	22,3	94,2	-68,6	96,8
Северо-Кавказский федеральный округ	147,4	129,2	114,8	91,4	62,8	58,9	60,0	51,3	-3,6	1,9	-14,5
Республика Дагестан	49,5	42,7	48,5	25,4	7,9	8,5	7,6	17,1	9,3	-10,5	124,5
Республика Ингушетия	0,0	0,0	8,4	12,3	16,2	3,6	3,5	0,0	-75,1	-1,6	-100,0

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	134,4	154,8	96,4	83,8	42,8	30,8	20,3	14,1	-23,5	-34,1	-30,4
Карачаево-Черкесская Республика	94,9	18,9	24,7	11,8	5,7	5,7	5,4	10,5	-1,0	-5,9	95,0
Республика Северная Осетия-Алания	175,1	108,7	58,4	74,2	45,3	16,6	23,9	7,9	-63,5	43,9	-67,1
Чеченская Республика	5,4	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	1,1	0,0		-3,6	-100,0
Ставропольский край	476,5	433,2	389,8	321,4	240,0	231,3	240,5	196,1	0,7	4,0	-18,4
Приволжский федеральный округ	1313,3	924,9	748,4	610,9	499,0	528,0	459,9	339,7	5,7	-12,9	-26,1
Республика Башкортостан	2660,0	2077,5	1611,8	1563,4	915,9	879,9	727,6	592,8	-0,4	-17,3	-18,5
Республика Марий Эл	2745,0	1576,1	1022,3	652,4	575,7	545,1	451,3	239,3	-3,7	-17,2	-47,0
Республика Мордовия	1489,5	1411,6	1417,9	1057,4	1087,3	1114,4	1119,3	837,2	3,6	0,4	-25,2
Республика Татарстан	382,8	321,8	271,3	218,0	184,5	195,6	183,1	169,5	6,3	-6,4	-7,5
Удмуртская Республика	997,4	1083,9	959,4	800,0	761,4	988,7	828,2	803,3	27,5	-16,2	-3,0
Чувашская Республика	734,5	578,0	593,6	557,2	510,2	447,6	365,8	367,4	-13,2	-18,3	0,4
Пермский край	893,2	828,9	896,1	799,5	702,1	629,8	581,3	505,6	-10,7	-7,7	-13,0
Кировская область	1094,9	894,5	817,4	649,8	686,5	546,4	432,2	387,0	-27,7	-20,9	-10,4
Нижегородская область	2706,5	1055,9	731,4	463,6	708,8	1092,8	984,1	335,0	55,4	-9,9	-66,0
Оренбургская область	1573,1	1102,3	601,7	231,6	113,4	116,5	103,3	72,7	-1,2	-11,3	-29,6
Пензенская область	473,1	264,8	212,0	147,1	92,3	86,1	67,9	55,8	-6,3	-21,1	-17,9
Самарская область	812,6	552,0	503,4	373,7	269,9	220,0	153,2	137,4	-17,9	-30,3	-10,3
Саратовская область	496,3	351,2	333,3	275,1	255,6	257,4	268,2	217,8	0,2	4,2	-18,8
Ульяновская область	466,5	364,9	202,3	113,8	121,1	82,6	58,7	48,4	-32,2	-28,9	-17,6
Уральский федеральный округ							530,1	440,8			-16,8
Курганская область							2072,6	1597,9			-22,9
Свердловская область							788,3	307,8			-61,0
Тюменская область без автономного округа							2021,0	931,9			-53,9
Ханты-Мансийский АО							245,5	106,7			-56,5
Ямало-Ненецкий АО							355,1	316,5			-10,9
Челябинская область							322,8	290,6			-10,0
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР							38,2	58,6			53,4

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ,
У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	25 201	21 656	17 682	14 506	13 778	11 972	10 137
Северо-Западный федеральный округ	1786	1398	1230	946	840	683	526
Республика Карелия	14	10	8	1	0	0	1
Республика Коми	43	30	17	17	16	17	24
Архангельская область без автономного округа	172	165	161	159	155	82	34
Ненецкий автономный округ	14	17	8	9	14	17	30
Вологодская область	157	125	90	59	36	87	19
Калининградская область	135	125	198	51	63	18	24
Ленинградская область	332	173	135	119	139	118	86
Мурманская область	248	217	158	130	114	103	89
Новгородская область	85	54	55	55	40	41	40
Псковская область	125	94	84	64	56	38	33
г. Санкт-Петербург	461	388	316	282	207	162	146
Южный федеральный округ	1030	811	637	576	591	541	481
Республика Адыгея	34	30	21	15	17	18	8
Республика Калмыкия	4	2	5	8	10	6	4
Республика Крым	118	76	51	41	31	32	24
Краснодарский край	125	109	87	76	60	49	37
Астраханская область	167	120	82	86	84	70	62
Волгоградская область	330	272	233	216	231	203	203
Ростовская область	251	201	158	134	158	163	143
г. Севастополь	1	1	0	0	0	0	0
Северо-Кавказский федеральный округ	326	275	240	176	162	152	121
Республика Дагестан	11	22	15	4	7	4	5
Республика Ингушетия	0	0	0	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	22	10	8	3	1	0	4

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	1	4	2	1	1	0	1
Республика Северная Осетия-Алания	11	4	10	8	2	2	0
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	281	235	205	160	151	146	111
Приволжский федеральный округ	6577	5405	4495	3034	3198	2433	1847
Республика Башкортостан	2497	1938	1897	947	1019	716	506
Республика Марий Эл	277	190	125	114	102	87	46
Республика Мордовия	273	282	216	203	196	198	143
Республика Татарстан	242	228	180	136	149	136	110
Удмуртская Республика	385	348	301	262	225	155	163
Чувашская Республика	160	171	162	125	109	58	47
Пермский край	471	515	482	415	357	325	285
Кировская область	256	252	198	206	141	120	103
Нижегородская область	726	531	355	224	552	336	198
Оренбургская область	617	341	125	53	55	47	32
Пензенская область	69	57	36	19	15	10	9
Самарская область	372	358	255	169	130	90	79
Саратовская область	155	157	145	142	136	150	121
Ульяновская область	77	37	18	19	12	5	5
Уральский федеральный округ						1531	1277,00
Курганская область						505	380,00
Свердловская область						280	213,00
Тюменская область без автономного округа						415	381,00
Ханты-Мансийский АО						55	42,00
Ямало-Ненецкий АО						51	42,00
Челябинская область						225	219,00
ДНР					26	27	8
Херсонская область					0	0	0
Запорожская область					14	0	1
ЛНР						9	15

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ,
У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/ 2022	Темп прироста 2022/ 2023	Темп прироста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	597,5	497,5	396,1	322,2	301,9	252,9	209,6	-5,2	-16,2	-17,1
Северо-Западный федеральный округ	490,6	369,1	317,5	243,5	218,7	174,8	132,8	-11,1	-20,1	-24,0
Республика Карелия	74,5	51,2	40,3	5,1	0,0	0,0	5,7	-100,0		
Республика Коми	157,7	106,3	59,4	60,1	65,3	68,0	94,5	-5,2	4,1	39,0
Архангельская область без автономного округа	512,3	471,6	451,0	446,2	478,5	250,3	103,1	-2,1	-47,7	-58,8
Ненецкий автономный округ	795,9	959,1	450,8	512,7	842,6	1006,8	1762,6	57,5	19,5	75,1
Вологодская область	450,1	345,0	243,3	158,8	96,1	223,5	47,7	-39,0	132,7	-78,6
Калининградская область	489,1	434,1	663,0	166,3	198,4	54,2	70,6	21,7	-72,7	30,1
Ленинградская область	709,3	349,5	262,8	228,4	279,5	232,5	167,4	16,3	-16,8	-28,0
Мурманская область	1086,6	922,7	665,7	552,0	534,7	459,3	384,8	-12,1	-14,1	-16,2
Новгородская область	509,5	308,6	307,0	303,6	215,9	212,5	202,8	-27,9	-1,6	-4,6
Псковская область	723,9	522,3	458,0	350,7	321,8	212,6	181,7	-11,9	-33,9	-14,5
г. Санкт-Петербург	395,5	321,5	256,4	228,7	156,3	123,0	110,5	-26,2	-21,3	-10,2
Южный федеральный округ	221,9	169,0	128,4	113,8	114,1	99,6	86,4	1,9	-12,7	-13,3
Республика Адыгея	241,9	203,9	136,8	95,1	102,0	101,0	43,5	12,3	-1,0	-57,0
Республика Калмыкия	43,7	20,8	49,9	77,9	98,0	55,0	35,4	24,3	-43,9	-35,7
Республика Крым	243,6	150,0	96,3	74,3	51,1	49,2	35,4	-26,3	-3,8	-28,0
Краснодарский край	75,6	63,8	49,3	42,5	32,3	25,6	18,9	-21,3	-20,9	-26,1
Астраханская область	552,5	380,4	253,2	263,8	257,8	203,2	173,6	-2,5	-21,2	-14,6
Волгоградская область	467,8	377,6	316,0	288,3	327,2	264,6	255,8	6,2	-19,1	-3,3
Ростовская область	216,6	169,0	129,3	108,5	126,2	126,5	109,4	17,5	0,2	-13,5
г. Севастополь	9,3	8,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Северо-Кавказский федеральный округ	84,4	69,8	59,0	42,7	38,2	34,7	27,2	-8,1	-9,1	-21,5
Республика Дагестан	8,2	16,4	10,9	2,9	5,0	2,8	3,4	75,4	-44,2	23,5
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Кабардино-Балкарская Республика	75,7	34,4	26,8	9,9	3,1	0,0	11,3	-66,8	-100,0	

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/ 2022	Темп прироста 2022/ 2023	Темп прироста 2023/ 2024
Карачаево-Черкесская Республика	6,3	24,7	11,8	5,7	5,7	0,0	5,2	-1,0	-100,0	
Республика Северная Осетия-Алания	46,0	16,7	41,2	33,0	8,3	8,0	0,0	-74,9	-4,1	-100,0
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ставропольский край	330,8	270,2	228,0	175,3	158,1	148,8	112,2	-5,8	-5,9	-24,6
Приволжский федеральный округ	777,8	622,2	509,1	343,7	362,8	265,9	197,0	5,5	-26,7	-25,9
Республика Башкортостан	1948,7	1484,0	1442,5	721,0	746,5	500,4	343,6	7,4	-33,0	-31,3
Республика Марий Эл	1390,4	920,6	590,9	533,6	467,2	381,2	196,5	-10,9	-18,4	-48,4
Республика Мордовия	1324,3	1337,3	997,4	931,3	891,5	883,0	626,8	-3,3	-1,0	-29,0
Республика Татарстан	212,8	197,0	153,9	116,7	127,8	112,7	89,2	9,9	-11,8	-20,9
Удмуртская Республика	801,0	704,4	602,0	526,4	461,5	308,6	317,8	-13,9	-33,1	3,0
Чувашская Республика	449,0	465,7	431,9	332,2	292,1	147,3	115,9	-13,0	-49,6	-21,3
Пермский край	567,5	602,5	559,3	488,1	425,1	371,2	316,7	-13,3	-12,7	-14,7
Кировская область	736,3	703,0	540,6	556,8	416,5	336,8	280,7	-32,1	-19,1	-16,6
Нижегородская область	864,2	611,6	398,5	249,6	609,9	358,6	206,6	146,3	-41,2	-42,4
Оренбургская область	1016,6	547,1	198,3	84,6	91,5	75,9	50,6	4,0	-17,1	-33,3
Пензенская область	205,3	165,6	101,9	53,2	41,7	27,2	23,9	-21,3	-34,8	-12,0
Самарская область	443,5	406,8	281,1	185,4	141,6	95,1	81,6	-23,1	-32,8	-14,2
Саратовская область	230,7	229,5	207,8	202,8	195,6	208,4	164,7	-4,1	6,6	-21,0
Ульяновская область	238,1	111,7	53,9	57,5	36,7	14,7	14,2	-36,6	-60,0	-3,0
Уральский федеральный округ						359,9	292,0			-18,9
Курганская область						1852,5	1343,3			-27,5
Свердловская область						396,3	150,7			-62,0
Тюменская область без автономного округа						1388,6	637,4			-54,1
Ханты-Мансийский АО						160,8	61,4			-61,8
Ямало-Ненецкий АО						248,1	201,4			-18,8
Челябинская область						195,3	184,5			-5,5
ДНР										
Херсонская область										
Запорожская область										
ЛНР						22,9	38,2			66,8

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ,
У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	4432	4247	3722	3503	3154	3029	3007
Северо-Западный федеральный округ	502	543	479	473	398	310	318
Республика Карелия	9	8	8	12	5	3	7
Республика Коми	13	11	7	4	5	7	8
Архангельская область без автономного округа	42	48	45	27	33	23	10
Ненецкий автономный округ	4	3	0	0	0	0	1
Вологодская область	32	46	46	41	25	30	30
Калининградская область	1	3	2	4	16	16	26
Ленинградская область	93	78	59	55	48	41	33
Мурманская область	58	72	69	51	44	30	22
Новгородская область	17	10	7	4	8	12	20
Псковская область	32	26	19	17	18	20	28
г. Санкт-Петербург	201	238	217	258	196	128	133
Южный федеральный округ	371	369	327	321	318	333	289
Республика Адыгея	3	2	1	7	6	9	4
Республика Калмыкия	6	5	2	1	2	0	0
Республика Крым	49	41	48	45	37	35	15
Краснодарский край	59	78	76	83	96	83	86
Астраханская область	60	46	47	49	46	36	36
Волгоградская область	87	71	51	51	54	70	65
Ростовская область	95	117	98	84	73	98	80
г. Севастополь	12	9	4	1	4	2	3
Северо-Кавказский федеральный округ	56	67	64	46	51	70	66
Республика Дагестан	5	5	8	6	5	4	13
Республика Ингушетия	0	2	3	4	1	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	9	13	10	8	9	6	1

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Карачаево-Черкесская Республика	1	0	0	0	0	1	1
Республика Северная Осетия-Алания	9	9	7	3	2	4	2
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	32	38	36	25	34	55	49
Приволжский федеральный округ	625	588	509	475	490	476	480
Республика Башкортостан	84	85	85	75	80	63	75
Республика Марий Эл	25	11	6	5	7	7	7
Республика Мордовия	16	10	6	8	7	9	11
Республика Татарстан	74	46	49	51	46	55	69
Удмуртская Республика	31	37	37	50	55	40	44
Чувашская Республика	24	35	35	22	26	28	45
Пермский край	126	162	132	115	92	97	87
Кировская область	11	6	6	9	14	14	21
Нижегородская область	87	65	45	41	52	65	37
Оренбургская область	20	13	8	8	8	7	2
Пензенская область	10	7	5	4	5	4	4
Самарская область	57	61	60	50	58	45	46
Саратовская область	41	38	28	25	29	32	27
Ульяновская область	19	12	7	12	11	10	5
Уральский федеральный округ						292	308,00
Курганская область						27	40,00
Свердловская область						63	63,00
Тюменская область без автономного округа						112	112,00
Ханты-Мансийский АО						15	18,00
Ямало-Ненецкий АО						16	12,00
Челябинская область						59	63,00
ДНР					6	10	17
Херсонская область					0	0	0
Запорожская область					2	0	0
ЛНР						5	8

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАССТРОЙСТВАМИ,
ВЫЗВАННЫМИ ПАГУБНЫМ УПОТРЕБЛЕНИЕМ НАРКОТИКОВ,
У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	105,1	97,6	83,4	77,8	69,1	64,0	62,2	-10,1	-7,4	-2,8
Северо-Западный федеральный округ	137,9	143,4	123,6	121,7	103,6	79,3	80,3	-15,8	-23,5	1,2
Республика Карелия	47,9	41,0	40,3	60,8	29,7	17,4	39,9	-58,1	-41,2	128,8
Республика Коми	47,7	39,0	24,5	14,1	20,4	28,0	31,5	25,9	37,2	12,5
Архангельская область без автоном- ного округа	125,1	137,2	126,0	75,8	101,9	70,2	30,3	22,7	-31,1	-56,8
Ненецкий автономный округ	227,4	169,3	0,0	0,0	0,0	0,0	58,8			
Вологодская область	91,7	127,0	124,4	110,4	66,7	77,1	75,4	-39,1	15,5	-2,2
Калининградская область	3,6	10,4	6,7	13,0	50,4	48,2	76,4	294,1	-4,3	58,5
Ленинградская область	198,7	157,6	114,8	105,6	96,5	80,8	64,2	-13,1	-16,3	-20,5
Мурманская область	254,1	306,1	290,7	216,6	206,4	133,8	95,1	-13,5	-35,2	-28,9
Новгородская область	101,9	57,2	39,1	22,1	43,2	62,2	101,4	98,4	44,0	63,1
Псковская область	185,3	144,5	103,6	93,2	103,4	111,9	154,2	6,6	8,2	37,8
г. Санкт-Петербург	172,4	197,2	176,1	209,3	148,0	97,2	100,6	-23,6	-34,3	3,5
Южный федеральный округ	79,9	76,9	65,9	63,4	61,4	61,3	51,9	-1,6	-0,1	-15,4
Республика Адыгея	21,3	13,6	6,5	44,4	36,0	50,5	21,7	-15,0	40,3	-57,0
Республика Калмыкия	65,6	52,1	20,0	9,7	19,6	0,0	0,0	98,8	-100,0	
Республика Крым	101,1	80,9	90,6	81,5	61,0	53,8	22,1	-19,8	-11,9	-58,9
Краснодарский край	35,7	45,6	43,1	46,5	51,7	43,3	43,9	15,3	-16,2	1,4
Астраханская область	198,5	145,8	145,1	150,3	141,2	104,5	100,8	-6,3	-26,0	-3,6
Волгоградская область	123,3	98,6	69,2	68,1	76,5	91,2	81,9	5,2	19,3	-10,2
Ростовская область	82,0	98,4	80,2	68,0	58,3	76,1	61,2	-13,4	30,4	-19,5
г. Севастополь	112,1	78,5	30,0	6,6	24,1	11,3	16,7	288,4	-53,0	47,6
Северо-Кавказский федеральный округ	14,5	17,0	15,7	11,1	12,0	16,0	14,8	10,7	32,9	-7,0
Республика Дагестан	3,7	3,7	5,8	4,3	3,6	2,8	8,9	-16,5	-21,9	221,1
Республика Ингушетия	0,0	8,4	12,3	16,2	3,6	0,0	0,0	-75,1	-100,0	

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Кабардино-Балкар- ская Республика	31,0	44,8	33,5	26,4	27,7	17,4	2,8	11,9	-37,3	-83,8
Карачаево-Черкесская Республика	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	5,4	5,2			-2,5
Республика Северная Осетия-Алания	37,6	37,5	28,8	12,4	8,3	15,9	7,9	-33,1	91,9	-50,6
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ставропольский край	37,7	43,7	40,0	27,4	35,6	56,0	49,5	35,8	57,5	-11,6
Приволжский федеральный округ	73,9	67,7	57,6	53,8	55,6	52,0	51,2	3,2	-6,4	-1,6
Республика Башкортостан	65,6	65,1	64,6	57,1	58,6	44,0	50,9	6,4	-24,9	15,7
Республика Марий Эл	125,5	53,3	28,4	23,4	32,1	30,7	29,9	39,4	-4,3	-2,5
Республика Мордовия	77,6	47,4	27,7	36,7	31,8	40,1	48,2	-12,3	26,1	20,1
Республика Татарстан	65,1	39,7	41,9	43,8	39,5	45,6	55,9	-9,5	15,5	22,8
Удмуртская Республика	64,5	74,9	74,0	100,5	112,8	79,6	85,8	10,2	-29,4	7,7
Чувашская Республика	67,3	95,3	93,3	58,5	69,7	71,1	111,0	17,9	2,1	56,0
Пермский край	151,8	189,5	153,2	135,3	109,5	110,8	96,7	-19,3	1,1	-12,7
Кировская область	31,6	16,7	16,4	24,3	41,4	39,3	57,2	54,4	-5,0	45,7
Нижегородская область	103,6	74,9	50,5	45,7	57,5	69,4	38,6	26,8	20,8	-44,3
Оренбургская область	33,0	20,9	12,7	12,8	13,3	11,3	3,2	0,2	-15,1	-72,0
Пензенская область	29,8	20,3	14,1	11,2	13,9	10,9	10,6	24,6	-21,8	-2,2
Самарская область	68,0	69,3	66,1	54,8	63,2	47,5	47,5	16,0	-24,7	-0,1
Саратовская область	61,0	55,6	40,1	35,7	41,7	44,5	36,8	16,2	6,6	-17,3
Ульяновская область	58,8	36,2	21,0	36,3	33,6	29,4	14,2	-7,9	-12,7	-51,5
Уральский федеральный округ						68,6	70,4			2,6
Курганская область						99,0	141,4			42,8
Свердловская область						89,2	44,6			-50,0
Тюменская область без автономного округа						374,8	187,4			-50,0
Ханты-Мансийский АО						43,8	26,3			-40,0
Ямало-Ненецкий АО						77,8	57,5			-26,1
Челябинская область						51,2	53,1			3,7
ДНР										
Херсонская область										
Запорожская область										
ЛНР						12,7	20,4			60,6

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ,
АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ У ПОДРОСТКОВ (15-17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	173	137	140	132	133	112	122
Северо-Западный федеральный округ	10	9	10	6	12	6	3
Республика Карелия	0	0	0	0	0	0	0
Республика Коми	0	1	2	0	4	1	0
Архангельская область без автономного округа	0	1	2	1	2	0	0
Ненецкий автономный округ	2	2	2	2	1	0	1
Вологодская область	5	2	0	2	0	0	0
Калининградская область	0	0	0	0	0	0	0
Ленинградская область	1	1	1	0	1	2	1
Мурманская область	0	0	0	0	0	0	0
Новгородская область	2	2	1	1	1	0	0
Псковская область	0	0	2	0	0	0	0
г. Санкт-Петербург	0	0	0	0	3	3	1
Южный федеральный округ	13	3	6	7	10	14	14
Республика Адыгея	0	0	0	0	0	0	0
Республика Калмыкия	0	0	0	0	0	0	0
Республика Крым	0	0	0	0	0	0	0
Краснодарский край	0	0	0	0	0	0	0
Астраханская область	0	0	0	0	0	0	0
Волгоградская область	10	3	5	6	9	11	12
Ростовская область	3	0	0	1	1	3	2
г. Севастополь	0	0	1	0	0	0	0
Северо-Кавказский федеральный округ	2	2	1	1	0	0	1
Республика Дагестан	0	0	0	0	0	0	0
Республика Ингушетия	0	0	0	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Карачаево-Черкесская Республика	0	0	0	0	0	0	0

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	0	0	0	0	0	0	0
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	2	2	1	1	0	0	1
Приволжский федеральный округ	27	29	27	25	22	19	26
Республика Башкортостан	8	3	4	6	4	5	8
Республика Марий Эл	2	1	1	0	2	1	0
Республика Мордовия	0	0	0	0	0	0	0
Республика Татарстан	0	1	2	1	5	1	1
Удмуртская Республика	2	9	9	8	2	2	1
Чувашская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Пермский край	3	2	1	0	0	1	3
Кировская область	2	3	5	2	0	1	0
Нижегородская область	7	4	2	4	2	1	5
Оренбургская область	0	0	0	0	1	1	1
Пензенская область	0	0	0	1	2	2	1
Самарская область	1	3	0	1	1	0	2
Саратовская область	2	3	2	1	3	3	2
Ульяновская область	0	0	1	1	0	1	2
Уральский федеральный округ						16	17
Курганская область						2	1
Свердловская область						2	4
Тюменская область без автономного округа						0	0
Ханты-Мансийский АО						0	0
Ямало-Ненецкий АО						0	0
Челябинская область						12	12
ДНР					0	0	0
Херсонская область					0	0	0
Запорожская область					0	0	0
ЛНР						0	0

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ АЛКОГОЛИЗМОМ,
АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	4,1	3,1	3,1	2,9	2,9	2,4	2,5	0,6	–18,8	6,6
Северо-Западный федеральный округ	2,7	2,4	2,6	1,5	3,1	1,5	0,8	100,2	–50,9	–50,7
Республика Карелия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Коми	0,0	3,5	7,0	0,0	16,3	4,0	0,0		–75,5	–100,0
Архангельская область без автоном- ного округа	0,0	2,9	5,6	2,8	6,2	0,0	0,0	100,8	–100,0	
Ненецкий автономный округ	113,7	112,8	112,7	113,9	60,2	0,0	58,8	–49,4	–100,0	
Вологодская область	14,3	5,5	0,0	5,4	0,0	0,0	0,0	–100,0		
Калининградская область	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ленинградская область	2,1	2,0	1,9	0,0	2,0	3,9	1,9		96,0	–50,6
Мурманская область	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Новгородская область	12,0	11,4	5,6	5,5	5,4	0,0	0,0	–0,8	–100,0	
Псковская область	0,0	0,0	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0			
г. Санкт-Петербург	0,0	0,0	0,0	0,0	2,3	2,3	0,8		0,6	–66,8
Южный федеральный округ	2,8	0,6	1,2	1,4	1,9	2,6	2,5	41,9	33,5	–2,5
Республика Адыгея	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Калмыкия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Крым	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Краснодарский край	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Астраханская область	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Волгоградская область	14,2	4,2	6,8	8,0	12,7	14,3	15,1	49,0	12,4	5,5
Ростовская область	2,6	0,0	0,0	0,8	0,8	2,3	1,5	–0,3	191,4	–34,3
г. Севастополь	0,0	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	0,0			
Северо-Кавказский федеральный округ	0,5	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2	–100,0		
Республика Дагестан	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Кабардино-Балкар- ская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Карачаево-Черкесская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Северная Осетия-Алания	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ставропольский край	2,4	2,3	1,1	1,1	0,0	0,0	1,0	-100,0		
Приволжский федеральный округ	3,2	3,3	3,1	2,8	2,5	2,1	2,8	-11,9	-16,8	33,6
Республика Башкортостан	6,2	2,3	3,0	4,6	2,9	3,5	5,4	-33,5	19,2	55,5
Республика Марий Эл	10,0	4,8	4,7	0,0	9,2	4,4	0,0		-52,2	-100,0
Республика Мордовия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Татарстан	0,0	0,9	1,7	0,9	4,3	0,8	0,8	401,4	-80,7	-2,1
Удмуртская Республика	4,2	18,2	18,0	16,1	4,1	4,0	1,9	-74,9	-2,9	-51,0
Чувашская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Пермский край	3,6	2,3	1,2	0,0	0,0	1,1	3,3			191,9
Кировская область	5,8	8,4	13,7	5,4	0,0	2,8	0,0	-100,0		-100,0
Нижегородская область	8,3	4,6	2,2	4,5	2,2	1,1	5,2	-50,0	-51,7	388,9
Оренбургская область	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	1,6	1,6		-3,0	-2,1
Пензенская область	0,0	0,0	0,0	2,8	5,6	5,4	2,7	99,4	-2,2	-51,1
Самарская область	1,2	3,4	0,0	1,1	1,1	0,0	2,1	0,0	-100,0	
Саратовская область	3,0	4,4	2,9	1,4	4,3	4,2	2,7	200,5	-3,4	-34,7
Ульяновская область	0,0	0,0	3,0	3,0	0,0	2,9	5,7	-100,0		94,0
Уральский федеральный округ						3,8	3,9			3,3
Курганская область						7,3	3,5			-51,8
Свердловская область						2,8	2,8			0,0
Тюменская область без автономного округа						0,0	0,0			
Ханты-Мансийский АО						0,0	0,0			
Ямало-Ненецкий АО						0,0	0,0			
Челябинская область						10,4	10,1			-2,8
ДНР										
Херсонская область										
Запорожская область							0,0			
ЛНР						0,0	0,0			

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	546	503	406	522	609	684	659
Северо-Западный федеральный округ	38	39	36	51	56	80	71
Республика Карелия	3	1	0	5	5	6	5
Республика Коми	2	3	2	1	0	0	2
Архангельская область без автономного округа	6	7	3	7	7	9	7
Ненецкий автономный округ	0	0	0	0	0	0	0
Вологодская область	2	2	3	2	1	2	1
Калининградская область	2	1	2	2	3	6	5
Ленинградская область	7	6	3	4	6	8	9
Мурманская область	0	0	0	0	3	4	4
Новгородская область	3	4	3	3	1	3	3
Псковская область	0	2	0	0	1	3	5
г. Санкт-Петербург	13	13	20	27	29	39	30
Южный федеральный округ	53	58	36	36	34	49	47
Республика Адыгея	0	1	1	0	1	0	0
Республика Калмыкия	0	0	0	0	0	0	0
Республика Крым	1	0	0	0	0	0	0
Краснодарский край	0	0	0	0	0	0	2
Астраханская область	0	0	0	0	0	0	0
Волгоградская область	21	28	17	20	14	22	29
Ростовская область	25	23	16	14	17	27	15
г. Севастополь	6	6	2	2	2	0	1
Северо-Кавказский федеральный округ	10	10	8	4	2	7	10
Республика Дагестан	4	2	1	0	0	2	3
Республика Ингушетия	0	0	0	0	0	0	0
Кабардино-Балкарская Республика	2	1	1	0	0	1	0
Карачаево-Черкесская Республика	1	0	0	0	0	0	0
Республика Северная Осетия-Алания	0	0	0	0	0	0	0

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Чеченская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Ставропольский край	3	7	6	4	2	4	7
Приволжский федеральный округ	120	97	57	81	73	74	81
Республика Башкортостан	22	25	20	21	13	18	19
Республика Марий Эл	4	3	2	2	7	7	2
Республика Мордовия	0	0	1	1	0	1	1
Республика Татарстан	18	10	4	6	6	11	12
Удмуртская Республика	14	14	5	13	16	8	9
Чувашская Республика	0	0	0	0	0	0	0
Пермский край	3	2	0	3	5	2	7
Кировская область	8	3	2	6	4	2	5
Нижегородская область	17	11	4	6	8	9	11
Оренбургская область	2	1	2	1	2	2	1
Пензенская область	1	1	1	4	1	1	1
Самарская область	6	7	5	9	6	6	4
Саратовская область	17	12	4	4	3	5	6
Ульяновская область	8	8	7	5	2	2	3
Уральский федеральный округ						88	79,00
Курганская область						11	19,00
Свердловская область						59	46,00
Тюменская область без автономного округа						0	0,00
Ханты-Мансийский АО						0	0,00
Ямало-Ненецкий АО						0	1,00
Челябинская область						18	13,00
ДНР						0	1
Херсонская область						0	0
Запорожская область						0	0
ЛНР						0	0

**ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ
ОТ НАРКОТИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	12,9	11,6	9,1	11,6	13,3	14,4	13,6	16,5	8,3	-5,7
Северо-Западный федеральный округ	10,4	10,3	9,3	13,1	14,6	20,5	17,9	9,9	40,4	-12,4
Республика Карелия	16,0	5,1	0,0	25,3	29,7	34,9	28,5	0,4	17,7	-18,3
Республика Коми	7,3	10,6	7,0	3,5	0,0	0,0	7,9	-100,0		
Архангельская область без автоном- ного округа	17,9	20,0	8,4	19,6	21,6	27,5	21,2	0,4	27,1	-22,7
Ненецкий автономный округ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Вологодская область	5,7	5,5	8,1	5,4	2,7	5,1	2,5	-50,0	92,6	-51,1
Калининградская область	7,2	3,5	6,7	6,5	9,4	18,1	14,7	47,8	91,4	-18,7
Ленинградская область	15,0	12,1	5,8	7,7	12,1	15,8	17,5	49,3	30,7	11,1
Мурманская область	0,0	0,0	0,0	0,0	14,1	17,8	17,3		26,8	-3,0
Новгородская область	18,0	22,9	16,7	16,6	5,4	15,5	15,2	-66,9	188,0	-2,2
Псковская область	0,0	11,1	0,0	0,0	5,7	16,8	27,5		192,0	64,0
г. Санкт-Петербург	11,2	10,8	16,2	21,9	21,9	29,6	22,7	8,0	35,2	-23,3
Южный федеральный округ	11,4	12,1	7,3	7,1	6,6	9,0	8,4	-6,2	37,5	-6,5
Республика Адыгея	0,0	6,8	6,5	0,0	6,0	0,0	0,0		-100,0	
Республика Калмыкия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Крым	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Краснодарский край	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0			
Астраханская область	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Волгоградская область	29,8	38,9	23,1	26,7	19,8	28,7	36,5	-30,5	44,6	27,5
Ростовская область	21,6	19,3	13,1	11,3	13,6	21,0	11,5	21,0	54,3	-45,2
г. Севастополь	56,1	52,3	15,0	13,3	12,0	0,0	5,6	-2,9	-100,0	
Северо-Кавказский федеральный округ	2,6	2,5	2,0	1,0	0,5	1,6	2,2	-50,1	238,9	40,8
Республика Дагестан	3,0	1,5	0,7	0,0	0,0	1,4	2,1			48,2
Республика Ингушетия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Кабардино-Балкар- ская Республика	6,9	3,4	3,4	0,0	0,0	2,9	0,0			-100,0

Регион	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп прироста 2021/2022	Темп прироста 2022/2023	Темп прироста 2023/2024
Карачаево-Черкесская Республика	6,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Республика Северная Осетия-Алания	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Чеченская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Ставропольский край	3,5	8,0	6,7	4,4	2,1	4,1	7,1	-50,1	94,7	73,6
Приволжский федеральный округ	14,2	11,2	6,5	9,2	8,3	8,1	8,6	-9,8	-2,3	6,8
Республика Башкортостан	17,2	19,1	15,2	16,0	9,5	12,6	12,9	-38,2	32,1	2,6
Республика Марий Эл	20,1	14,5	9,5	9,4	32,1	30,7	8,5	248,5	-4,3	-72,1
Республика Мордовия	0,0	0,0	4,6	4,6	0,0	4,5	4,4	-100,0		-1,7
Республика Татарстан	15,8	8,6	3,4	5,1	5,1	9,1	9,7	0,3	77,1	6,8
Удмуртская Республика	29,1	28,3	10,0	26,1	32,8	15,9	17,5	23,3	-51,5	10,2
Чувашская Республика	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Пермский край	3,6	2,3	0,0	3,5	6,0	2,3	7,8	68,1	-61,6	240,5
Кировская область	23,0	8,4	5,5	16,2	11,8	5,6	13,6	-33,8	-52,5	142,8
Нижегородская область	20,2	12,7	4,5	6,7	8,8	9,6	11,5	33,3	8,7	19,5
Оренбургская область	3,3	1,6	3,2	1,6	3,3	3,2	1,6	100,4	-3,0	-51,0
Пензенская область	3,0	2,9	2,8	11,2	2,8	2,7	2,7	-75,1	-2,2	-2,2
Самарская область	7,2	8,0	5,5	9,9	6,5	6,3	4,1	-33,4	-3,0	-34,8
Саратовская область	25,3	17,5	5,7	5,7	4,3	6,9	8,2	-24,9	61,0	17,6
Ульяновская область	24,7	24,2	21,0	15,1	6,1	5,9	8,5	-59,8	-4,0	45,5
Уральский федеральный округ						20,7	18,1			-12,7
Курганская область						40,4	67,2			66,5
Свердловская область						83,5	32,6			-61,0
Тюменская область без автономного округа						0,0	0,0			
Ханты-Мансийский АО						0,0	0,0			
Ямало-Ненецкий АО						0,0	4,8			
Челябинская область						15,6	11,0			-29,8
ДНР										
Херсонская область										
Запорожская область							0,0			
ЛНР						0,0	0,0			

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(количество человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ		12 478	11 270	8316	9668	9542	8656	6988
Северо-Западный федеральный округ	1086	1004	798	728	692	847	558	502
Республика Карелия	13	4	14	1	4	3	3	6
Республика Коми	21	17	17	11	14	10	11	9
Архангельская область без автономного округа	114	117	113	88	52	66	37	17
Ненецкий автономный округ	8	5	9	2	5	4	8	15
Вологодская область	99	99	80	57	24	25	76	31
Калининградская область	107	33	57	115	59	26	10	16
Ленинградская область	217	180	106	93	179	254	86	67
Мурманская область	72	89	59	54	43	47	44	33
Новгородская область	62	55	35	30	116	230	168	151
Псковская область	93	75	43	33	24	31	23	33
г. Санкт-Петербург	280	330	265	244	172	151	92	124
Южный федеральный округ	835	735	643	458	613	558	504	441
Республика Адыгея	13	10	15	4	7	8	6	4
Республика Калмыкия	3	7	2	5	7	5	3	2
Республика Крым	80	69	54	49	37	30	21	14
Краснодарский край	144	117	111	68	220	94	84	95
Астраханская область	108	81	49	51	67	60	42	53
Волгоградская область	261	224	221	162	131	141	149	139
Ростовская область	219	212	184	116	142	216	199	131
г. Севастополь	7	15	7	3	2	4	0	3
Северо-Кавказский федеральный округ	236	185	198	111	80	108	117	70
Республика Дагестан	26	18	29	10	2	8	8	3
Республика Ингушетия	0	0	2	2	1	0	1	0
Кабардино-Балкарская Республика	16	25	11	10	8	8	3	5
Карачаево-Черкесская Республика	3	2	3	1	0	0	1	0

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Республика Северная Осетия-Алания	14	4	4	9	1	2	3	0
Чеченская Республика	2	0	0	0	0	1	0	0
Ставропольский край	175	136	149	79	68	89	101	62
Приволжский федеральный округ	3543	2849	2448	1828	2016	2261	2 279	1603
Республика Башкортостан	843	745	686	631	394	283	442	514
Республика Марий Эл	211	108	60	59	47	56	34	23
Республика Мордовия	144	115	138	78	114	141	132	75
Республика Татарстан	220	158	152	95	114	116	106	113
Удмуртская Республика	309	302	274	179	187	298	279	282
Чувашская Республика	87	97	104	92	97	58	61	89
Пермский край	324	334	335	275	203	196	187	137
Кировская область	152	134	113	83	115	62	67	65
Нижегородская область	486	296	194	92	495	826	791	170
Оренбургская область	320	220	42	30	30	30	15	11
Пензенская область	58	35	32	6	10	12	9	6
Самарская область	194	193	205	130	103	90	63	67
Саратовская область	115	77	99	63	84	78	84	44
Ульяновская область	80	35	14	15	23	15	9	7
Уральский федеральный округ							807	758
Курганская область							138	203
Свердловская область							189	181
Тюменская область без автономного округа							267	188
Ханты-Мансийский АО							33	24
Ямало-Ненецкий АО							31	35
Челябинская область							149	127
ДНР						6	6	16
Херсонская область						0	0	0
Запорожская область						1	0	0
ЛНР							14	4

**ПЕРВИЧНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРКОТИЧЕСКИМИ
РАССТРОЙСТВАМИ У ПОДРОСТКОВ (15–17 ЛЕТ)
В РФ И СУБЪЕКТАХ СЗФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УрФО
(на 100 000 человек)**

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при- роста 2021/ 2022	Темп при- роста 2022/ 2023	Темп при- роста 2023/ 2024
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	0,0	295,8	258,9	186,3	214,7	209,1	182,8	144,5	–1,4	–12,5	–21,0
Северо-Западный федеральный округ	312,6	275,8	210,7	187,9	178,1	220,5	142,8	126,8	22,5	–35,3	–11,2
Республика Карелия	72,8	21,3	71,7	5,0	20,3	17,8	17,4	34,2	–24,7	–1,9	96,2
Республика Коми	80,2	62,3	60,2	38,5	49,5	40,8	44,0	35,4	–28,0	7,8	–19,5
Архангельская область без автономного округа	356,8	348,5	322,9	246,5	145,9	203,8	112,9	51,6	27,4	–44,6	–54,4
Ненецкий автономный округ	461,8	284,3	507,8	112,7	284,8	240,7	473,8	881,3	–19,0	96,8	86,0
Вологодская область	298,1	283,8	220,8	154,1	64,6	66,7	195,3	77,9	4,1	192,7	–60,1
Калининградская область	403,6	119,6	198,0	385,1	192,4	81,9	30,1	47,0	–56,6	–63,2	56,1
Ленинградская область	489,5	384,5	214,2	181,0	343,6	510,7	169,5	130,4	41,2	–66,8	–23,0
Мурманская область	329,2	389,9	250,9	227,5	182,6	220,5	196,2	142,7	9,6	–11,0	–27,3
Новгородская область	392,6	329,7	200,0	167,4	640,2	1241,3	870,6	765,5	96,7	–29,9	–12,1
Псковская область	566,3	434,3	238,9	179,9	131,5	178,2	128,7	181,7	30,1	–27,8	41,2
г. Санкт-Петербург	251,1	283,1	219,6	198,0	139,5	114,0	69,9	93,8	–11,7	–38,7	34,3
Южный федеральный округ	185,2	158,3	134,0	92,3	121,1	107,7	92,8	79,2	–9,6	–13,8	–14,7
Республика Адыгея	95,8	71,1	102,0	26,1	44,4	48,0	33,7	21,7	13,3	–29,9	–35,4
Республика Калмыкия	33,7	76,5	20,8	49,9	68,1	49,0	27,5	17,7	–29,0	–43,9	–35,7
Республика Крым	168,9	142,4	106,6	92,5	67,0	49,5	32,3	20,7	–20,9	–34,8	–36,0
Краснодарский край	90,1	70,8	64,9	38,6	123,1	50,6	43,8	48,5	–57,4	–13,4	10,7
Астраханская область	373,3	268,0	155,3	157,5	205,5	184,1	121,9	148,4	–10,6	–33,8	21,7
Волгоградская область	378,0	317,6	306,8	219,7	174,9	199,7	194,2	175,2	6,9	–2,8	–9,8
Ростовская область	193,5	183,0	154,7	95,0	115,0	172,6	154,4	100,2	51,6	–10,5	–35,1
г. Севастополь	68,4	140,1	61,0	22,5	13,3	24,1	0,0	16,7	94,2	–100,0	
Северо-Кавказский федеральный округ	61,1	47,9	50,3	27,3	19,4	25,4	26,7	15,7	34,8	4,9	–41,0
Республика Дагестан	19,2	13,5	21,6	7,3	1,4	5,7	5,6	2,1	300,9	–2,4	–62,9
Республика Ингушетия	0,0	0,0	8,4	8,2	4,0	0,0	3,5	0,0	–100,0		–100,0

Регион	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Темп при-роста 2021/ 2022	Темп при-роста 2022/ 2023	Темп при-роста 2023/ 2024
Кабардино-Балкар-ская Республика	53,7	86,0	37,9	33,5	26,4	24,6	8,7	14,1	–0,5	–64,7	62,3
Карачаево-Черкесская Республика	19,0	12,6	18,5	5,9	0,0	0,0	5,4	0,0			–100,0
Республика Северная Осетия-Алания	58,4	16,7	16,7	37,1	4,1	8,3	12,0	0,0	100,7	43,9	–100,0
Чеченская Республика	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0		–100,0	
Ставропольский край	207,9	160,1	171,3	87,9	74,5	93,2	102,9	62,7	30,7	10,5	–39,1
Приволжский федеральный округ	430,0	336,9	281,8	207,0	228,4	256,5	249,1	171,0	12,2	–2,9	–31,4
Республика Башкортостан	673,2	581,4	525,3	479,8	300,0	207,3	308,9	349,0	–28,3	49,0	13,0
Республика Марий Эл	1094,9	542,1	290,7	278,9	220,0	256,5	149,0	98,3	18,6	–41,9	–34,0
Республика Мордовия	703,2	557,9	654,4	360,2	523,0	641,3	588,7	328,7	23,9	–8,2	–44,2
Республика Татарстан	196,8	138,9	131,3	81,2	97,8	99,5	87,8	91,6	2,0	–11,7	4,3
Удмуртская Республика	662,8	628,3	554,6	358,0	375,7	611,2	555,4	549,8	59,7	–9,1	–1,0
Чувашская Республика	249,6	272,2	283,2	245,3	257,8	155,4	155,0	219,4	–40,3	–0,3	41,6
Пермский край	406,4	402,4	391,9	319,1	238,7	233,4	213,6	152,2	–2,6	–8,5	–28,7
Кировская область	449,8	385,4	315,2	226,6	310,8	183,1	188,0	177,2	–46,5	2,7	–5,8
Нижегородская область	594,6	352,4	223,5	103,3	551,6	912,7	844,3	177,4	66,8	–7,5	–79,0
Оренбургская область	544,2	362,5	67,4	47,6	47,9	49,9	24,2	17,4	0,2	–51,5	–28,2
Пензенская область	174,8	104,1	92,9	17,0	28,0	33,3	24,5	15,9	19,7	–26,7	–34,8
Самарская область	241,4	230,1	233,0	143,3	113,0	98,0	66,6	69,2	–12,6	–32,1	4,0
Саратовская область	172,9	114,6	144,7	90,3	120,0	112,2	116,7	59,9	–7,0	4,0	–48,7
Ульяновская область	253,9	108,2	42,3	44,9	69,6	45,9	26,4	19,9	–34,5	–42,4	–24,6
Уральский федеральный округ							189,7	173,3			–8,6
Курганская область							506,2	717,6			41,8
Свердловская область							267,5	128,1			–52,1
Тюменская область без автономного округа							893,4	314,5			–64,8
Ханты-Мансийский АО							96,5	35,1			–63,6
Ямало-Ненецкий АО							150,8	167,8			11,3
Челябинская область							129,3	107,0			–17,3
ДНР											
Херсонская область											
Запорожская область											
ЛНР							35,6	10,2			–71,3

**Диагностика и лечение психических
и наркологических расстройств:
современные подходы**

Сборник методических рекомендаций
и статистических материалов
Выпуск 8, 2025 год

Корректор *Л. Н. Николаева*

Оригинал-макет изготовлен ООО «ИПК «КОСТА»
С.-Петербург, Новочеркасский пр., д. 58, офис 413
(812) 445-10-02

Подписано в печать 06.11.2025. Формат 70 × 100¹/₁₆
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Minion Pro
Объем 27,25 п. л. Тираж 500 экз. Заказ № 55.

Отпечатано в типографии ООО «ИПК БИОНТ»
196026, Санкт-Петербург, В.О., Средний пр., д. 86

ISBN 978-5-91258-554-8



9 785912 585548



В восьмой выпуск сборника включены методические рекомендации и статистические материалы по заболеваемости психическими и наркологическими расстройствам, подготовленные сотрудниками Национального исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева в 2025 году. Работы посвящены современным и инновационным методам диагностики, лечения и реабилитации больных с психическими и наркологическими расстройствами. Методические рекомендации освещают алгоритмы диагностики и лечения, организационные и содержательные аспекты терапии и психосоциальной реабилитации пациентов психиатрического и наркологического профиля.

