

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ПРАВИТЕЛЬСТВА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
СПБ ГКУЗ «ЦЕНТР ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ
«ДЕТСКАЯ ПСИХИАТРИЯ» ИМЕНИ С.С. МНУХИНА»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

XVIII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ

**«Психофармакотерапия
в детской психиатрической практике:
достижения, перспективы, проблемы»**

Научная конференция с международным участием
ПОСВЯЩАЕТСЯ
памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина

СБОРНИК СТАТЕЙ
Под общей редакцией Ю.А. Фесенко

Санкт-Петербург
2021

ББК
М

XVIII МНУХИНСКИЕ ЧТЕНИЯ. Научная конференция с международным участием «**Психофармакотерапия в детской психиатрической практике: достижения, перспективы, проблемы**», 26 марта 2021 года. Сборник статей: Под общ. ред. Ю.А. Фесенко. СПб: ОфсетПринт, 2021. – с.

Оргкомитет конференции:

Бизина Л.Н., главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н.;
Фесенко Ю.А., главный детский специалист-психиатр КЗ Санкт-Петербурга, зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ, заслуженный деятель науки и образования, Академик РАН;

Шигапов Д.Ю., зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н.;

Краснов Б.Ю., зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;

Гречаный С.В., д.м.н., профессор, зав. каф. психиатрии и наркологии СПб ГПМУ.

Программный комитет:

Бизина Л.Н., главный врач ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», к.м.н.;

Фесенко Ю.А., главный детский специалист-психиатр КЗ Санкт-Петербурга; зам. гл. врача ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»; д.м.н., профессор кафедры клинической психологии СПб ГПМУ;

Макаров И.В., д.м.н., профессор, руководитель отделения детской психиатрии НИЦ НП им. В.М. Бехтерева, главный детский психиатр СЗФО Минздрава России, председатель детской секции РОП;

Пашковский В.Э., д.м.н., ведущий сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; профессор кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного университета;

Краснов Б.Ю., зам. гл. врача по медицинской части ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»;

Воронков Б.В., к.м.н., консультант ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина».

При поддержке Российского общества психиатров

Сборник содержит статьи и тезисы научной конференции с международным участием, посвященной памяти профессора С.С. Мнухина.

Издание будет интересно врачам-психиатрам, психотерапевтам, неврологам и всем тем, кто в своей деятельности использует психофармакотерапию у детей, руководствуясь «Законом о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании». В сборнике представлены работы исследователей и практиков, использующих психотропные лекарственные препараты в комплексном лечении детей с психическими и нервными расстройствами, из различных регионов Российской Федерации, а также из других стран, что подчеркивает актуальность психофармакотерапии в современной детской психоневрологии и психиатрии.

ISBN



Самуил Семенович Мнухин (1902-1972)

С.С. Мнухин – виднейший советский психиатр, основатель ленинградской школы детских психиатров, выдающийся ученый и педагог, талантливый врач, обладавший тонкой клинической интуицией и даром эвристического мышления, организатор нервно-психиатрической помощи, руководитель кафедры психиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института.

Личность Самуила Семеновича Мнухина, учителя многих поколений специалистов, всегда будет примером бескорыстного служения делу помощи страдающим детям и их семьям.

Имя выдающегося детского психиатра – **Самуила Семеновича Мнухина** решением топонимической комиссии Комитета по культуре Правительства Санкт-Петербурга в 2009 году присвоено Санкт-Петербургскому государственному казенному учреждению здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия».

От редакторов сборника:

«По инициативе Людмилы Павловны Рубиной в 1989 году было организовано Объединение «Детская психиатрия». Стационар Объединения сохранил расположение на Песочной набережной д.4, районные кабинеты были преобразованы в отдельные межрайонные диспансерные отделения. В октябре 1989 года ею было создано кризисное отделение с круглосуточным телефоном доверия для оперативного решения психологических проблем детей и подростков города. В 1995 году Объединение «Детская психиатрия» было преобразовано в СПб ГУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия».

В 1999 году, распоряжением Правительства города № 17-Р, комплекс зданий детской инфекционной больницы №18 им. Ф.Н. Филатова по ул. Чапыгина, д.13 (бывшая Императорская Николаевская детская больница) был передан

СПб ГУЗ Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия». В период с 2001 по 2003 гг. за счет средств бюджета был произведен ремонт южного крыла лит. А по ул. Чапыгина, 13, на площадях которого осуществляли свою деятельность четыре отделения СПб ГУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»: круглосуточное кризисно-профилактическое отделение, 1-е стационарное (речевое) отделение (на 60 коек), 2-е консультативное отделение по лечению невротозов и речевой патологии у детей и подростков и консультативно-поликлиническое с функциями методического отделения.

В 2001 году комплекс зданий Императорской Николаевской детской больницы включен КГИОПом в «Перечень вновь выявленных объектов, представляющих историческую, научную, художественную или иную культурную ценность». Здания включены в Единый государственный реестр объектов культурного наследия (памятников истории и культуры) народов Российской Федерации в качестве объекта культурного наследия регионального значения.

В 2008 году Правительством Санкт-Петербурга было принято решение о создании на базе бывшей Императорской Николаевской детской больницы современного детского психоневрологического центра, включающего в себя детский стационар на 280 коек.

В настоящее время на территории комплекса проведена масштабная реконструкция и строительство новых лечебных и хозяйственных корпусов. Реконструированный комплекс больницы расположен в Петроградском районе на острове Аптекарский, частично – на территории объекта культурного наследия регионального значения «Императорская Николаевская детская больница». Комплекс представляет собой парковую зону с расположенными в ней лечебными и вспомогательными корпусами. Больница предназначена для оказания стационарной помощи детям с психическими нарушениями в Санкт-Петербурге, и является клинической базой для специализации и повышения квалификации врачей, и для занятий студентов ВУЗов и медицинских училищ.

Решением совещаний с участием вице-губернатора Санкт-Петербурга в 2010 году была начата организации на базе кризисно-профилактического отделения Центра службы Детского Телефона Доверия с единым общероссийским номером, который успешно функционирует с мая 2011 года. С сентября 2011 года Телефон Доверия для детей и подростков подключен к единому мониторинговому центру Санкт-Петербурга. Полностью введен многоканальный режим поступления звонков и установлена переадресация с федерального номера 8-800-2000-122 на многоканальный номер 576-10-10

По инициативе Л.П. Рубиной в 2009 году топонимической комиссией Комитета по культуре Санкт-Петербурга СПб ГУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» было присвоено имя выдающегося отечественного детского психиатра, основателя школы Ленинградской детской психиатрии С.С. Мнухина.

О гриппозных психозах пандемии гриппа 1957 года

В сотрудничестве с Д.Н. Исаевым

Изучение психических нарушений, наблюдавшихся при недавней пандемии гриппа, представляется существенным для выяснения своеобразия их картин. Оно оказалось очень важным также и в плане углубления наших представлений об инфекционных психозах вообще.

В течение истекших 4-5 месяцев нами был изучен 31 больной: женщин — 25 и мужчин — 6.

Подавляющее большинство наших больных составляли лица молодых возрастов: с 15 до 20 лет — 19 человек, с 20 до 25 лет — 7 человек и свыше 25 лет — 5 человек.

У всех этих больных возникновению психозов предшествовали многочисленные и существенные предрасполагающие факторы, как отдаленные, так и непосредственные. У 8 из них отмечалась наследственная отягощенность нервно-психическими заболеваниями, у 8 — перенесенные в детстве алиментарные дистрофии, у 7 — отдаленные тяжелые инфекции, у 5 — отдаленные черепно-мозговые травмы. У 10 человек были отчетливо выраженные нервно-психопатические черты личности до болезни.

На этом фоне непосредственно перед болезнью у 12 человек отмечались острые или затяжные формы психической травматизации, у 13 — глубокие степени переутомления.

Грипп был перенесен большинством из них (23 чел.) в октябре 1957 года, лишь у половины из них (11 чел.) он сопровождался высокой температурой (свыше 38°) и значительными общими соматическими нарушениями. У остальных 16 больных грипп протекал вяло, без существенной температурной реакции; некоторые больные перенесли его «на ногах».

Характерно также, что психотические явления, развивавшиеся у большинства больных в непосредственной связи с гриппом, отличались у многих отсутствием бурных проявлений. Именно этим объясняется тот факт, что только 9 больных поступили в психиатрическую больницу спустя; 5 дней после завершения гриппа, что другие 10 больных поступили по истечении срока свыше 2 недель после его окончания.

Таким образом, гриппозные психозы возникали у молодых лиц, заметно астенизированных рядом предшествовавших вредностей. У многих из них как сам грипп, так и развившиеся на его основе психозы, протекали сравнительно вяло. Эти положения подтверждаются и результатами объективных исследований. Так, лишь у 7 из 30 больных отмечался легкий лейкоцитоз (свыше 8 тыс.) и всего у 5 — РОЭ была свыше 20 мм в час; у ряда же больных имели место лейкопения и замедление РОЭ.

Вирусологические исследования были проведены, к сожалению, только у 11 больных; у 9 из них результаты оказались положительными.

Клинические картины наблюдавшихся нами психозов оказались в значительной мере своеобразными. Существенное и даже центральное место в их картинах занимали нарушения сознания, различные по своим картинам и тяжести. У одних больных нарушения сознания были вполне отчетливыми и сравнительно устойчивыми, у других интенсивность этих нарушений оказывалась очень изменчивой, у третьих они были на всем протяжении болезни очень легкими, а иногда и едва заметными.

У большей части наших больных отмечались картины спутанности сознания, с психомоторным возбуждением и бессвязностью мышления и речи. Однако спутанность эта отличалась от аментивной, во-первых, меньшей глубиной помрачения сознания и большей содержательностью переживаний больных, а во-вторых, их способностью, даже на высоте спутанности, временами «мобилизоваться», «собраться» и давать вполне адекватные ответы на сравнительно сложные вопросы, особенно на вопросы, касающиеся анамнеза.

На фоне этой своеобразной спутанности, которую мы позволим себе, в отличие от аментивной, назвать астенической спутанностью, почти у всех наших больных выступали более или менее яркие и фантастические онейроидные переживания. Однако, в отличие от более частых картин онейроидных состояний, протекающих, как известно, на фоне резкой тревоги и ступора, онейроидные переживания наших больных выступали на фоне отсутствия каких-либо признаков эмоционального напряжения; в большинстве случаев они выявлялись на фоне своеобразной эмоциональной «разряженности» — благодушия, эйфории, бессодержательной суетливости и раскрывались не после окончания этих состояний, а в самом их разгаре.

Заслуживает быть отмеченным в связи с этим тот факт, что только у немногих из наших больных и только на ранних этапах болезни наблюдались более или менее выраженные делириозные состояния с устрашающими зрительными галлюцинациями, эмоциональным напряжением и страхом.

У части наших больных описанные состояния астенической спутанности и ониризм выступали на фоне тоскливости, растерянности и лишенной напряжения боязливости, либо на фоне эпизодически возникавших дисфории.

Таковы в основном, особенности психотических картин наших больных. В связи с яркостью и необычностью их онейроидных переживаний и бессвязностью мышления и речи картины психозов производили нередко впечатление «шизоформности». Они могли расцениваться при беглом анализе то как «острый дебют» шизофрении, то, как проявление гебефрении. В других случаях, когда на передний план выступали эмоциональные нарушения - эйфория с психомоторной расторможенностью, либо тоскливость, сопровождающаяся иногда идеями самообвинения, — заболевание могло расцениваться как маниакально-депрессивный психоз. Однако при более внимательном анализе больных без особого труда выяснялось, что ведущим проявлением болезни

является неполный охват ситуации, склонность к обильным ложным узнаваниям, повышенная истощаемость и эмоциональная неустойчивость, граничащая со слабодушием. Весь этот комплекс «экзогенной симптоматики» помогал обычно, даже помимо анамнеза и лабораторных исследований, правильно ориентироваться в диагнозе.

Обобщая и оценивая обрисованные особенности гриппозных психозов предшествующего года, нельзя не отметить, что сами картины их свидетельствуют, в известной мере, о пониженной реактивности больных, о слабости их центральных нервных аппаратов. Это последнее находится в полном соответствии с отмеченной выше слабостью их иммунобиологических реакций, выразившейся в гипергическом протекании гриппа у многих из них, в малой выраженности лейкоцитарной, температурной и других реакций. Все эти изложенные особенности как соматических, так и психических нарушений, проливают свет на причины неблагоприятного течения и исхода описанного психоза у большинства наших больных. И действительно, полностью выздоровели до сих пор лишь 6 человек, у 7 человек имеется значительное улучшение. У всех этих больных удалось добиться успеха только в результате энергичной терапии антибиотиками и особенно инсулином. Но 18 человек до сих пор не поправились вовсе, одна больная умерла на высоте психоза.

Все сказанное позволяет заключить, что у большинства наших больных речь шла не просто о гриппозном психозе, как обратимой общемозговой реакции, а о гриппозных энцефалитах, порождавших тяжелые затяжные психозы, с сомнительным в ряде случаев исходом.

Профилактика рецидивов суицидального поведения у подростков с психическими расстройствами

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ;

²ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ;

³ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Аутоагрессивное поведение, одним из проявлений которого являются суицидальные действия, в последние десятилетия значительно распространилось в большинстве стран мира, в том числе и в России, что выдвигает указанную проблему на одно из ведущих мест в современной психиатрии [4, 6, 8]. По данным ВОЗ, в 2019 году самоубийства стали третьей ведущей причиной смерти среди молодых людей 15-29 лет.

По данным Всемирной психиатрической ассоциации наиболее уязвимой в отношении самоубийства возрастной группой являются старшие подростки в возрасте от 15 до 19 лет [3]. В последние годы увеличение частоты завершенных суицидов в подростковой популяции привело к тому, что в трети развитых и развивающихся стран подростки составляют группу наиболее высокого суицидального риска [5, 9].

Целью исследования явилась разработка рекомендаций по профилактике повторных суицидальных действий у подростков с психическими расстройствами.

Материал и методы исследования. Было проведено комплексное обследование 123 подростков, которые совершили суицидальные попытки и были госпитализированы в психиатрический стационар. Исследование проводилось только среди подростков, совершивших суицидальные попытки, случаи завершенных суицидов не анализировались. Подростковым возрастом считался период 11-18 лет согласно положению Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения.

В ходе исследования осуществлялось детальное изучение суицидального анамнеза: наличие суицидального поведения у родственников, суицидальных проявлений у пациентов в прошлом, обстоятельства и характер актуальной суицидогенной ситуации, мотивы и способы суицидальной попытки, дата и время ее совершения, наличие соматических осложнений. Квалифицирование мотива суицидального поведения проводилось в соответствии с классификацией А.Г. Амбрумовой и В.А. Тихоненко [2]. Личностная оценка пациентами

совершенной попытки самоубийства проводилась в остром и в протрагированном постсуицидальном периоде. При этом оценивались сохранность суицидальных тенденций, отношение к совершенной суицидальной попытке и тип постсуицидального периода.

Комплексная оценка степени серьезности суицидальной попытки складывалась из данных суицидального анамнеза, клинико-психопатологической картины и клинико-психологических особенностей пациентов.

Клинико-психопатологический метод базировался на общепринятых подходах психиатрического обследования пациентов путем клинического интервью и наблюдения. Диагностика проводилась согласно классификации МКБ-10.

Изучались преморбидные черты личности, отражающие ее потенциальную готовность к суицидальному реагированию в условиях конфликта и состояние ее антисуицидального барьера: личностное отношение к самоубийству относительно к собственной суицидальной попытке, самооценка личностной значимости для окружающих, тип реагирования в конфликтной ситуации, ведущая сфера активности, тип направленности личности, коммуникационная сфера и ценностные ориентации [1].

Статистический анализ проводился с использованием программ «Statistica 6.0 for Windows» и «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования. По клинико-нозологическому распределению было выделено три группы пациентов. В первую группу вошли 52 подростка, которые совершили суицидальные попытки при реакциях на тяжелый стресс и нарушениях адаптации (F 43). Вторую группу обследованных составили 49 пациентов, совершивших попытку самоубийства при имеющейся психической патологии пограничного регистра (расстройства личности) и (или) зависимостях от психоактивных веществ (ПАВ) в рамках реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации, т.е. группа была представлена подростками с коморбидными расстройствами (F 43 – по основному диагнозу, F 07, F 60.30, F 10.2, F 11.2, F 19.2 – по коморбидному диагнозу). В третью группу вошли 22 подростка, которые страдали различными психическими расстройствами с имеющейся в клинической картине актуальной психотической симптоматикой (F 20.0, F 23.1, F 23.0, F 31.5, F 32.3). Во всех клинических группах подростков женского пола было практически в полтора раза больше, чем юношей ($p < 0,05$), средний возраст обследованных составил $16,41 \pm 1,12$ лет.

Результаты проведенного исследования позволили выделить три основные группы диагностических критериев суицидального риска: клинико-анамнестические, психологические и психопатологические. Все они имеют высокий коэффициент корреляции со степенью серьезности суицидальной попытки и позволяют прогнозировать вероятность совершения повторного суицида (табл. 1).

В дальнейшем выделенные критерии были использованы для выделения групп суицидального риска, дополнительным клинико-анамнестическим критерием было наличие суицидальных попыток в прошлом.

Таблица 1

**Критерии суицидального риска и коэффициенты корреляции
со степенью серьезности суицидальной попытки**

Критерии суицидального риска	Коэффициент корреляции со степенью серьезности попытки (rs)	Статистическая достоверность (p)
Клинико-анамнестические критерии		
неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни	+0,15	p<0,01
женский пол	+0,14	p<0,05
проживание в городе (поселке городского типа)	+0,22	p<0,05
неполная семья или проживание без родителей	+0,18	p<0,05
нарушение внутрисемейной коммуникации	+0,32	p<0,01
злоупотребление ПАВ	+0,16	p<0,05
наследственная отягощенность алкогольной зависимостью или эндогенной психической патологией	+0,22	p<0,05
Психологические критерии		
позитивное, амбивалентное или нейтральное отношение к самоубийству	+0,21	p<0,05
средняя либо низкая самооценка	+0,50	p<0,01
пассивно-оборонительный или неопределенный механизм реагирования в конфликтной ситуации	+0,35	p<0,01
рутинный тип личностной направленности	+0,20	p<0,05
узкая сфера социальных контактов	+0,47	p<0,05
низкие показатели качества жизни	+0,52	p<0,05
Психопатологические критерии		
наличие психотического расстройства	+0,56	p<0,05
депрессивный компонент в структуре психопатологического синдрома	+0,66	p<0,01

Для разработки алгоритма выделения групп суицидального риска был проведен дискриминантный анализ с построением линейной классификационной функции, позволяющей отнести каждого обследованного подростка к определенной группе (1-я группа – подростки с высоким риском суицидального рецидива, 2-я группа – подростки с низким риском суицидального рецидива). В результате была получена следующая дискриминантная функция:

$Y = C_0 + C_1X_1 + C_2X_2 + \dots + C_kX_k$, где Y – степень риска суицидального рецидива; k – число анализируемых критериев суицидального риска; X₀, X₁, X₂...

Xk – значения критериев суицидального риска обследованных подростков; C0, C1, C2 ... Ck – коэффициенты при показателях, которые определяются в результате применения метода дискриминантного анализа.

Были найдены коэффициенты линейной дискриминантной функции (ЛДФ) и составлены уравнения, использующие 16 анализируемых параметров (X1-X16) в соответствии с вычисленными групповыми коэффициентами:

$$\text{ЛДФ1} = -17,342 + 6,124 * X1 + 3,544 * X2 + 12,531 * X3 + 0,255 * X4 + 7,812 * X5 + 0,543 * X6 + 8,211 * X7 + 14,344 * X8 + 2,639 * X9 + 10,265 * X10 + 0,712 * X11 + 4,733 * X12 + 8,552 * X13 + 0,544 * X14 + 5,688 * X15 + 2,651 * X16$$

$$\text{ЛДФ2} = -8,672 + 3,824 * X1 + 4,611 * X2 + 10,577 * X3 + 0,814 * X4 + 3,962 * X5 + 0,912 * X6 + 11,137 * X7 + 7,155 * X8 + 0,234 * X9 + 5,788 * X10 + 3,121 * X11 + 8,398 * X12 + 4,253 * X13 + 1,355 * X14 + 7,912 * X15 + 1,321 * X16$$

Полученные формулы позволили выделить две группы риска в отношении суицидального рецидива (точность диагностики от 58,3% до 85,0%), которые отличались между собой разными конstellляциями клинико-anamнестических, психологических и психопатологических критериев. При этом в группе с высоким риском суицидального рецидива (Gr2=84,00-153,03) ведущими факторами были наличие депрессивного компонента в структуре психопатологического синдрома и суицидальные попытки в анамнезе. В группу низкого суицидального риска (Gr1=0-84,00) в основном вошли лица женского пола без психотических расстройств (табл. 2).

Таблица 2

Вероятность суицидального рецидива (Gr) в зависимости от распределения критериев суицидального риска

Низкий риск суицидального рецидива (Gr1=0-84,0012)	Высокий риск суицидального рецидива (Gr2=84,0013-153,0272)
неудовлетворительные материально-бытовые условия жизни	нарушение внутрисемейной коммуникации
женский пол	злоупотребление ПАВ
проживание в городе (поселке городского типа)	наследственная отягощенность алкогольной зависимостью или эндогенной психической патологией
неполная семья или проживание без родителей	суицидальные попытки в анамнезе
позитивное, амбивалентное или нейтральное отношение к самоубийству	пассивно-оборонительный или неопределенный механизм реагирования в конфликтной ситуации
средняя либо низкая самооценка	низкие показатели качества жизни
рутинный тип личностной направленности	наличие психотического расстройства
узкая сфера социальных контактов	депрессивный компонент в структуре психопатологического синдрома

Ориентируясь на выявленные факторы риска суицидального рецидива, были сформулированы основные направления психопрофилактической работы: психиатрического, психологического, социального, воспитательного и просветительного характера.

Предложенная система лечебно-профилактических мероприятий строилась на основе дифференцированного подхода с учетом индивидуализированных критериев суицидального риска. Она предполагала комплексное применение медикаментозной и психотерапевтической коррекции, которая осуществлялась на принципах кризисной психотерапии в соответствии с основными стадиями кризисного состояния [7]. Общий алгоритм лечебно-профилактических мероприятий в отношении подростков с суицидальным поведением представлен на рис. 1.



Рис. 1. Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий в отношении подростков с суицидальным поведением

Катамнестическое исследование обнаружило низкие показатели суицидального рецидива во всех клинических группах. При этом предложенный алгоритм показал достаточную эффективность у подростков с пограничными психическими расстройствами, среди которых суицидальный рецидив составил 13,0% случаев, и более низкую эффективность среди подростков с психотическими нарушениями (40,9% повторных суицидальных попыток на протяжении 2 лет; $p < 0,05$ по сравнению с другими группами).

Заключение. Вероятность суицидального рецидива определяется не только актуальной клинической симптоматикой, но и комплексом клинко-анамнестических факторов, обуславливающих уровень риска суицидального рецидива. Высокий риск суицидального рецидива ($Gr2=84,00-153,03$ по данным дискриминантного анализа) определяется, прежде всего, присутствием депрессивного компонента в структуре психопатологического синдрома и наличием

суицидальных попыток в анамнезе. Низкий риск суицидального рецидива ($Gr1=0-84,00$) более характерен для пациентов женского пола без психотических расстройств.

Алгоритм лечебно-профилактических мероприятий в отношении подростков с суицидальным поведением предусматривает последовательность медико-реабилитационных процедур в рамках диагностического, лечебного и профилактического этапов. При этом подростки с высоким риском суицидального рецидива нуждаются, прежде всего, в сочетанном применении психофармакологических средств и психотерапии, а для подростков с низким риском суицидального рецидива более актуальна психотерапевтическая работа в сочетании с мероприятиями социальной направленности. Катамнестическое наблюдение показывает более высокую эффективность предложенного алгоритма у подростков с пограничными психическими расстройствами (суицидальный рецидив в 13,0% случаев), чем у подростков с психотическими нарушениями (40,9% повторных суицидальных попыток на протяжении 2 лет; $p<0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова, А. Г. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте / А.Г. Амбрумова, Л. Я. Жезлова. М. I Тип. Мин. здравоохранения, 1978. 13 с.
2. Амбрумова, А.Г. Диагностика суицидального поведения: методические рекомендации / А.Г. Амбрумова, В.А. Тихоненко. М., 1980. 48 с.
3. Банников, Г.С. Кризисные состояния у подростков (пресуицидальные маркеры, особенности личности, стратегии кризисной психотерапевтической помощи) (Электронный ресурс) / Г.С. Банников, К.А. Кошкин // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2013. № 2 (19). URL: <http://medpsy.ru>.
4. Влияние деструктивного интернет-контента на аутоагрессивное поведение подростков (по материалам психиатрического стационара) / А.Г. Софронюв, Е.Ю. Абриталин, А.Е. Добровольская (и др.) // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, 2019. № 1. Т. 10. С. 13-21.
5. Попов, Ю.В. Суицидальное поведение у подростков / Ю.В. Попов, А.А. Пичиков. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. 366 с.
6. Розанов, В.А. Самоубийства среди детей и подростков - что происходит и в чем причина? / В.А. Розанов // Суицидология, 2014. №4. С.16-31.
7. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. М., 2005. 376 с.
8. Sawicka, J. Suicides among patients with mental disorders - case studies / J. Sawicka, A. Szulc, H. Bachorzewska-Gajewska // Psychiatr. Pol. 2013. V. 47. № 1. P.135-146.
9. Suicide prevention for youth – a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study / C. Wasserman, C.W. Hoven, D. Wasserman (et al.) // BMC Public Health. 2012. V. 12. P. 776.

Статистика неблагоприятных побочных реакций в детском психиатрическом стационаре

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Введение. Побочные реакции являются важным аспектом психофармакотерапии, так как могут приносить существенный вред пациенту, увеличивать стоимость лечения, снижать качество жизни [1]. Установлено, что между детским и взрослым контингентом существует разница в проявлении побочных реакций препаратов [2]. Фармаконадзор в учреждении необходим для контроля происходящих побочных реакций, что, в свою очередь помогает в составлении методик для предотвращения побочных реакций или быстрого реагирования. Методология регистрации побочных реакций закреплена на законодательном уровне [3]. Данный правовой акт обязывает медицинские учреждения на территории РФ регистрировать побочные реакции и производить отправку данных в Росздравнадзор. В г. Москве извещения также направляются в НИ-ИОЗМ ДЗМ [4]. К сожалению, на данный момент не существует ресурса на котором можно было бы получить статистику о побочных реакциях, основанную на отправленных в РФ извещениях, что создает возможности для создания статистики на базе учреждения.

Цель. Составить статистику происходящих реакций в детском психиатрическом стационаре, используя данные извещений, отправленных в Росздравнадзор.

Материалы и методы. В выборку вошли 46 пациентов 4-17 лет с выявленными побочными реакциями. Пациенты проходили лечение в стационаре в разные периоды 2020 года. Статистика составлялась на основе отправленных извещений. Обработка данных проводилась в R версии 4.0.2.

Результаты. В выборку вошли 46 пациентов, средний возраст – 13.5 лет (среднеквадратичное отклонение – 3.6). Распределение по полу: ж. – 47.8%, м. – 52.2%. Количество побочных реакций составило 50. Наибольшую долю составили экстрапирамидные расстройства в виде дистонии – 18 (36%), затруднение мочеиспускания – 6 (12%), галакторея – 4 (8%), сыпь – 4 (8%). Наибольшую долю среди препаратов, отмеченных как подозреваемые, составили галоперидол – 9 случаев НПР (14.1%) и рисперидон – 10 случаев НПР (15.6%).

Вывод. На основе полученных извещений удалось провести обобщение отправленных извещений с получением статистических данных. Данные содержат в себе информацию о пациентах, препаратах и побочных реакциях. При полученных результатах можно отметить, что самыми частыми побочными реакциями являются экстрапирамидные расстройства. Несмотря на лидирование в списке подозреваемых препаратов галоперидола и рисперидона, следует от-

метить широкий разброс в лекарственных средствах, которые были отмечены как подозреваемые. При получении дополнительных данных может появиться возможность разделения статистики по типам побочных реакций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kjellberg J., Wolf R.T., Kruse M. et al. Costs associated with adverse events among acute patients // *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):651.
2. Sagreiya H., Chen Y.R., Kumarasamy N.A., Ponnusamy K., Chen D., Das A.K. Differences in Antipsychotic-Related Adverse Events in Adult, Pediatric, and Geriatric Populations // *Cureus.* 2017;9(2): e1059.
3. Приказ Росздравнадзора от 15.02.2017 N 1071 (ред. от 16.07.2020) «Об утверждении Порядка осуществления фармаконадзора».
4. Приказ от 1 декабря 2017 г. N 836 «Об организации деятельности по мониторингу эффективности и безопасности лекарственных препаратов».

Роль родителей в возможности осуществления лечения при психических расстройствах у детей и подростков

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, Санкт-Петербург

Семья, как система, на протяжении своей жизни переживает различные этапы и, соответственно, кризисы. Очень серьезным и «незапланированным» кризисом может стать болезнь ребенка с постановкой психиатрического диагноза. Это тяжелый момент, изменяющий привычное функционирование системы семьи как во внешней среде, так и во внутренней. Семейная система вынуждена готовиться к значительным изменениям, обусловленным психологическими и социальными трудностями, вынуждена перестраивать прежние способы функционирования всех своих подсистем, что затрагивает каждого из ее членов.

Анализ консультативного опыта, опыта сопровождения семей с детьми и подростками, имеющими психиатрический диагноз, позволяет выделить важный вопрос о роли родителей (родительской фигуры) в возможности получения ребенком своевременной медицинской помощи, в возможности прохождения ребенком реабилитационных, психокоррекционных и развивающих мероприятий в полном (необходимом) объеме.

Зачастую специалисты, организующие лечебный процесс, фокусируются на индивидуальной работе с ребенком, консультировании одного из родителей (чаще матери). Личностные переживания родителей, изменения в отношениях диады мать-отец, изменения межпоколенных отношений остаются за рамками лечебного процесса. Этот внешний фон может оказывать решающее воздействие/влияние на возможность получения ребенком необходимой комплексной терапии, включающую и медикаментозное лечение.

В результате наблюдения мы выделили три группы факторов, транслируемых родительскими фигурами и оказывающих влияние на возможность осуществления лечебного процесса:

1. Психологические, личностные особенности родителей: недостаточная психологическая грамотность; приверженность искаженным представлениям о психиатрии, психотерапевтах, о способах лечения; трудности в принятии диагноза ребенка и связанных с ним последствий; личный опыт отношения со стороны родителей к своим особенностям; незнание и непонимание (недооценка) своих особенностей; переживаемые чувства – вина, гнев, стыд, несправедливость, растерянность, недоверие врачам, эмоциональное напряжение в текущей ситуации;

2. Межпоколенное взаимодействие: установки, представления и мифы о душевных болезнях; наличие родственников (предков) с психиатрическим

диагнозом; опыт встречи семьи предков с душевными болезнями; деструктивные взаимодействия между родительской и прародительской подсистемами; ценностные, идейные столкновения между родительской и прародительской системами в вопросах воспитания и лечения потомков;

3. Социокультурные: стигматизация психиатрии и психиатрических диагнозов; социальные ограничения вследствие психиатрического диагноза; стыдность ряда заболеваний (диагнозов), в том числе нервно-психических расстройств; страх отвержения семьи обществом.

Семья и ее история, передача жизненного опыта, родословная и генетика, - не просто слова. Это еще и личностное отношение, степень ответственности за влияние на жизнь потомков в свете заботы о соматическом и психическом здоровье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебчук М.А., Щедринская О.М. Семья ребенка с нарушениями в психическом здоровье и/или в развитии: задачи, принципы и мишени консультативной и психотерапевтической помощи // Вестник психотерапии, 2014. № 51(56). С.80-94

2. Грошева Е.В. Отношение родителей к психическому расстройству у ребенка: в связи с задачами психологического сопровождения семьи: автореф. дис. ...канд. психол. наук. СПб, 2009. 25 с.

3. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. СПб.: Речь, 2004. 384 с.

4. Никольская И.М. Роль межпоколенных отношений в семье при диагностике и коррекции состояния детей и подростков с расстройствами адаптации и поведения // XIII Мнухинские чтения. Расстройства личности, адаптации и поведения в детском и подростковом возрасте, 2015. С. 144-148.

Значение лекарственной терапии в психокоррекционной и логопедической работе в условиях детского стационарного отделения

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина

Комплексный подход и преемственность взаимодействия различных специалистов в процессе оказания медико-психолого-логопедической помощи пациентам психиатрического стационара являются эффективными лишь в сочетании с медикаментозной терапией из-за полиморфного характера расстройств у данной категории больных. Медикаментозное воздействие направлено на устранение серьезных нарушений и расстройств у пациентов, способствуя оптимальному развитию. Основной целью стационарного лечения является максимально возможное купирование психопатологических проявлений, а также адаптация пациента к условиям семьи или государственного учреждения.

Практика показывает, что дети с выраженными нарушениями поведения, адаптации, интеллекта и речи, находящиеся на лечении в 4 стационарном психиатрическом отделении, обнаруживают значительные сложности взаимодействия с социальной средой, неспособность адекватного реагирования на происходящие события, трудности в поведении в рамках существующих социальных норм и правил, а также нередко слабо усваивают массовые и адаптированные программы дошкольного и школьного образования.

Медико-психолого-логопедическая работа в условиях психиатрического отделения всегда начинается с комплексной диагностики, включающей:

- изучение жалоб при поступлении и анамнестических сведений;
- анализ медицинской документации, педагогической и психологической характеристик;
- сбор семейного анамнеза и получение сведений о проблемах ребенка, методах воспитания, педагогических трудностях;
- анализ результатов клинического, логопедического и экспериментально-психологического обследования.

Основными методами обследования в условиях стационара являются не только применение специальных диагностических методик, но и беседы с ребенком, а также динамическое наблюдение за ним во время коррекционно-диагностических занятий, в свободной деятельности, в процессе выполнения им режимных моментов; особую важность представляют беседы с родственниками. В ходе диагностической работы определяются структура и уровень развития интеллекта, характерологические особенности, степень выраженности речевого дефекта на фоне психических нарушений, неврологической симптоматики, семейно-педагогической запущенности, а также решается вопрос

о первичности или вторичности речевой патологии, наличии сложной структуры дефекта. Как правило, после подбора медикаментозной терапии, совместно с лечащим врачом намечается разработка индивидуальной коррекционной программы в условиях стационара.

Осуществление психокоррекционных, логопедических мероприятий в условиях стационарного отделения согласовывается и контролируется лечащим врачом-психиатром, проводится дифференцированно на фоне медикаментозной терапии с учетом принципов системности, многоэтапности и преемственности, интегративности деятельности всех специалистов. Таким образом, в условиях психиатрического стационара на практике эффективно реализуется мультидисциплинарный подход к лечению и реабилитации пациентов.

Медико-психолого-логопедическая работа осуществляется по следующим направлениям: работа с психическим, психологическим состоянием ребенка, коррекция речевых нарушений, педагогической запущенности; работа с семьей. На каждом этапе работы специалисты постоянно обсуждают результаты, гибко корректируют общие цели, задачи, методы в зависимости от эффективности проводимых лечебных и коррекционных мероприятий. Важным фактором, определяющим успешность всего лечебного процесса, в частности, результативность психокоррекционных, логопедических мероприятий, является грамотно подобранное медикаментозное лечение, сочетание баланса между терапевтическим эффектом лекарственной терапии и минимальностью побочных реакций, индивидуальный подход к дозированию, длительность применения подобранных препаратов. Кроме того, в процессе медикаментозного лечения, назначенного врачом, специалистами (логопедом, психологом) нередко осуществляется и промежуточная диагностика психического и/или речевого статуса пациентов с целью коррекции терапии в случае необходимости. Способствуя редукции негативной симптоматики, медикаментозная терапия оказывает положительное воздействие на течение и структуру психического заболевания или патологического состояния, значительно помогает в более эффективной коррекции психологических, речевых нарушений. Именно психофармакологическое воздействие разрушает патологические стереотипы и способствует становлению новых адаптивных форм поведения, ведет к формированию мотивации, интереса, активного и сознательного отношения к психокоррекционным, логопедическим мероприятиям, преодолению негативно-го отношения к занятиям, пробуждению положительных эмоций.

Таким образом, комбинированная помощь, мультидисциплинарный подход на фоне медикаментозной терапии являются эффективными уже на начальном этапе лечебного процесса.

Сбалансированность как фактор повышения эффективности терапии психосоматических расстройств у детей и подростков

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

Проблема терапии психосоматических расстройств остается актуальной и в настоящее время. С учетом роли аффективных (депрессивных) нарушений существенное повышение эффективности лечения отмечается у всё большего числа больных и вместе с тем неудовлетворительные результаты терапии достаточно частое явление.

Недостаточность эффективности антидепрессантов при лечении психосоматических расстройств все чаще квалифицируется как резистентность к терапии и рассматривается как количественная неадекватность с безуспешным повышением доз.

Вместе с тем, вегетативное обеспечение деятельности организма, обуславливается сбалансированной активностью симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы и чем слабее выраженность вегетативных нарушений, что отмечается при психосоматических расстройствах, тем труднее нормализовать гомеостаз с помощью относительно сильных психотропных средств, особенно на ранних возрастных этапах, и тем чаще развитие побочных (вегетативных) проявлений и резистентности к терапии.

Назначение психофармакотерапии при аффективной патологии обусловлено, как правило, клиническими особенностями аффективных расстройств, но использование только антидепрессантов не всегда эффективно в связи с клинической и патогенетической сложностью психопатологических состояний.

Кроме того, в качестве монотерапии при тревожной депрессии нередко используются транквилизаторы, которым приписывается роль антидепрессантов, а иногда и легкие нейролептики. При астенической депрессии считается оптимальным использование только ноотропов и антиастенических средств, тогда как при тоскливой, особенно если аффект тоски достаточно выражен, назначаются препараты с выраженным антидепрессивным действием, а при малой выраженности негативного аффекта – селективные ингибиторы реаптейка серотонина.

Применение антидепрессантов при относительно простых, тревожном, астеническом и тоскливом, вариантах депрессии позволяет чаще получать положительный эффект, тогда как сложные варианты депрессии, астено-тревожный и тревожно-тоскливый, поддаются терапии в меньшей степени, нередко утяжеляются за счет нарастания тоскливого аффекта.

Учет особенностей проявлений депрессии, с использованием соответствующих препаратов антидепрессивного, анксиолитического и нейрометаболи-

ческого действия, определяет сбалансированность антидепрессивной терапии и позволяет быстрее достичь устойчивого положительного эффекта.

В раннем детском и дошкольном возрасте это достигается, в основном, за счет использования фитопрепаратов с антидепрессивным, антиастеническим, анксиолитическим и нейрометаболическим действием, а в более старших возрастах, вплоть до юношеского, фитотерапия более эффективна при психосоматических расстройствах со слабо выраженной психогенной и соматогенной депрессией, тогда как сочетание синтетических антидепрессантов, транквилизаторов, ноотропов и редко нейролептиков более адекватно при умеренно выраженной соматизированной депрессии различного генеза.

Таким образом, сбалансированная психофармакотерапия, одновременное воздействие на симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы и аффективные (тревогу, астению, тоску) составляющие депрессивного состояния с повышением адекватности терапии, позволяет достичь устойчивой нормализации как вегетативного, так и эмоционального гомеостаза с достижением улучшения, а в части случаев и выздоровления больных с психосоматическими расстройствами.

К вопросу об особенностях терапии лиц с расстройством интеграции идентичности

*Кыргызско-Российский Славянский университет
им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан

** ОсОО Неврологический Центр «Кортекс», Бишкек, Кыргызстан

Актуальность. В своих предыдущих статьях мы уже описывали особенности протекания психических расстройств у лиц с расстройством интеграции идентичности – РИИ (ранее данную, комбинированную форму психопатологического диатеза мы называли «синдромом» или «комплексом Икара» – по наименованию, предложенному для нее Г.А. Мюрреем и Н. Виклундом [1, 8-10]). В их число входят [2]:

1. Психические расстройства, имеющие процессуальный характер и относящиеся к основным трем основным кругам психической патологии (шизофрения, эпилепсия, аффективные психозы), протекают у детей с синдромом Икара гораздо легче, чем в детской популяции в целом;

2. Для детей с синдромом Икара характерны различные расстройства личности, часто носящие смешанный характер, затрудняющий диагностику, а также разнообразные нарушения поведения. Последние включают в себя высокую вероятность возникновения многообразных химических и нехимических зависимостей, частые и при этом слабомотивированные девиантные и деликвентные поступки, а также патологические привычные действия;

3. Различные невротические расстройства представляют собой основную причину обращения к врачу.

В данной работе мы хотим отметить основные принципы терапии данных пациентов, которые зависят как от вышеперечисленных особенностей протекания у них психических расстройств, так и от собственно структуры их психики, как на феноменологическом, так и на нейрофизиологическом уровнях.

Материалы и методы. Обследование проводилось среди 67 детей с наличием синдрома Икара в возрасте от 7 до 17 лет, которых нам удалось выявить среди пациентов отделения 3/1 Республиканского Центра Психического Здоровья (РЦПЗ) г. Бишкек, среди пациентов отделения неврологии Третьей Детской клинической больницы г. Бишкек, а также среди воспитанников, курируемых РЦПЗ двух детских приютов. Обследование включало в себя опрос, сбор анамнеза, стандартную батарею экспериментального психологического обследования, введенную профессором Соложенкиным В.В. для психиатрических лечебных учреждений Кыргызской Республики, а также ЭЭГ.

Результаты. Необходимо отметить: несмотря на то, что описанные Г.А. Мюрреем и Н. Виклундом, основные признаки РИИ, такие как энурез, ин-

тенсивный катексис пламени, выраженный нарциссизм и частые сновидения с полетами, вызывают скепсис у представителей психиатрической науки, мы можем с уверенностью заявлять, что каждый из них имеет свой морфофункциональный базис. А именно: все основные признаки РИИ (синдрома Икара) обусловлены изменением трех уровней функциональной асимметрии головного мозга:

1. Нарциссизм (и сновидения с полетами) может трактоваться с точки зрения изменения функционирования ассоциативных нижнетеменных отделов головного мозга данных лиц, а также присущей им полнезависимости в рамках теории Г. Уиткина [1, 4, 6, 7, 11];

2. Энурез известен как один из основных клинических признаков, связанных со слабо дифференцированной «рукостью» или амбидекстрией [1, 5];

3. Катексис огня (“зачарованность” видом пламени) – как повышенная реактивность на отдельные базовые зрительные стимулы с точки зрения теории экологической валидности Дж. Гибсона [3].

То есть в терминах функциональной асимметрии головного мозга соответственно:

1. Снижением уровня асимметрии «кора-подкорковые отделы»;

2. Снижением уровня асимметрии «правое-левое полушарие»;

3. Снижением уровня асимметрии «фронтальные-затылочные отделы».

Дополнительно к этому необходимо помнить о комбинации в составе психопатологического диатеза данных лиц признаков, присущим основным трем «психопатологическим кругам» с добавленным нами четвертым – а именно, высоким уровнем интеллекта. Все эти свойства психической структуры данных лиц ведут к формированию особенностей терапии их при наличии манифестного психического расстройства:

1. В связи с высокой чувствительностью головного мозга лиц с РИИ к сублиминальным сигналам из внешней среды, а также в целом их более высокой реактивностью на стрессовые факторы, необходим тщательный сбор анамнеза и фиксация внимания врача на тех воздействиях, которые обычно расцениваются как несущественные и редко вызывают подобного рода расстройства у большей части детской популяции;

2. Практически обязательное присутствие минимальной мозговой дисфункции у лиц с РИИ предполагает более широкие возможности для использования в лечении препаратов психотропного ряда, общеукрепляющих средств и физиотерапии;

3. В связи с неустойчивостью психического состояния данных лиц и постоянной возможностью возникновения дисбаланса их регулирующих систем, рекомендуется практически обязательное создание для них своего рода режима с нормализацией периодов труда и отдыха с обязательными физическими нагрузками.

4. Т.к. любые хронические очаги инфекции способны создать локус наименьшего сопротивления и привести к развитию психического расстройства, требуется обязательно учитывать это в лечении пациентов;

5. Особое значение в связи с высоким интеллектуальным потенциалом респондентов и их гибкими системами регуляции приобретает психотерапия, которая должна занимать одно из первых мест в лечении;

6. Учитывая гибкость регуляции, высокий потенциал регулирующих систем и большие возможности морфофункционального субстрата психической структуры лиц с РИИ к восстановлению, психофармакотерапии (только при соблюдении всех вышеуказанных рекомендаций!) должна быть сведена к возможному минимуму воздействия – как в случае дозировок, так и длительности применения лекарственных средств.

Заключение. Описанные выше особенности терапии лиц с РИИ, несомненно, лишь малая часть того, что необходимо для лечения у них психических расстройств. Но они способны сориентировать клинициста в случае обнаружения у пациента подобного рода признаков, и призваны помочь ему в организации терапевтического воздействия. Особенно в том, что касается психофармакотерапии, т.к. в отношении последней наиболее часты злоупотребления современными возможностями использования лекарственных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалов А.А., Бровкина С.Н., Давидович М.Е., Кадырова А.Ш., Кугавский И.А., Мамадумарова З.И., Суманов Е.В., Улитина Ю.В. «Принцип химеры»: качественный анализ психофизиологического изоморфизма лиц с расстройством интеграции идентичности // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2018. № 2. С. 3-10.

2. Бадалов А.А., Бровкина С.Н., Кадырова А.Ш. Синдром Икара в клинической практике: расстройство интеграции как предиктор развития критических состояний в детской психиатрии // XVI Мнухинские чтения «Кризисные состояния в детской психиатрической практике»: научная конференция с международным участием, [22 ноября 2018 года]: посвящается памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и Людмилы Павловны Рубиной: сборник статей / под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. Санкт-Петербург: Экслибрис Принт, 2018. 192 с.

3. Гибсон Дж. Экологический подход к зрительному восприятию: Пер. с англ./общ. ред. и вступ. ст. А. Д. Логвиненко. М.: Прогресс, 1988. 464 с.: ил.; С.74

4.Каплан-Солмз К., Солмз М. Клинические исследования в нейропсихоанализе. Введение в глубинную нейропсихологию / Пер. с англ. К.А. Лемешко. Под научн. ред. докт. психол. наук, проф. А.Ш. Тхвостова. М.: Академически проект, 2016. 271 с.

5. Москвин В.А. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека / В.А. Москвин, Н.В. Москвина. М.: Смысл, 2011. 368 с.

6. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. 2-е изд. СПб.: Питер, 2004. 384 с.; ил. (Серия «Мастера психологии»)

7. Ярлыков В.Н. К вопросу о роли темных областей головного мозга в организации поведения детей с социальной дезадаптацией // XV Мнухинские чтения «Комплексный подход к терапии психических расстройств у детей»: научная конференция с международным участием, [16 ноября 2017 г.]: посвящается памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и 60-летию открытия детской психиатрической больницы (СПб, Песочная набережная, д. 4): сборник статей / под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова. Санкт-Петербург: Офсет Принт, 2017. 204 с.

8. Murray, H. A. (1938). Explorations in personality (p. 384). New York: Oxford University Press.

9. Murray H. A. American Icarus. In Clinical Studies of Personality; Burton A., Harris R. E., Eds.; Harper and Row: New York, NY, USA, 1955; Volume 3, pp. 15-41.

10. Wiklund, N. The Icarus Complex. Lund. Department of Psychology, 1978.

11. Witkin H. et al. Psychological differentiation: current status // J. person. and soc. psychol. 1979. Vol. 37. N 7. P. 1127-1145.

Психофармакотерапия в детской психиатрии: неразрешимые проблемы практической медицины

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»¹; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации², Москва

Конец XX - начало XXI века стал эрой торжества биологического подхода в медицине, когда достижения естественных наук позволили существенно продвинуться в лечении самых сложных и опасных заболеваний. В арсенале психофармакологии в этот период появились новые вещества, принципиально отличавшиеся от традиционных лекарственных средств. Введение в практику рандомизированных клинических исследований позволяло собирать широкую доказательную базу эффективности новых препаратов и отслеживать даже редкие нежелательные реакции. Хотя задержка с регистрацией новых лекарств в России и вызывала огорчение специалистов, тем не менее, подавляющее большинство новых средств достаточно быстро пополняло арсенал врачей-психиатров, существенно повышая качество жизни пациентов.

С конца 1980-х годов появились новые атипичные нейролептики. В 1988-1993 годах был создан и введен в клиническую практику рисперидон, в 1992-1996 годах — оланзапин, в 1992-1997 годах — кветиапин, в 1990-1997 годах — сертиндол, в 1993-2000 годах — zipрасидон, в 2002 г. — арипипразол и др. [1]. В клиническую практику вошли новые антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН), серотонина и норадреналина (СИОЗСиН), норадреналина и дофамина (СИОЗНиД) и другие), действие которых становилось все более избирательным, а тяжесть побочных эффектов все менее выраженной.

Совсем иначе обстояло дело в детской психиатрии. Так, из всех новых антидепрессантов и нейролептиков, появившихся на рынке в период с конца 80-х по 2020 гг для использования в детском возрасте в России, оказались разрешены только рисперидон, инвега, солиан и сертралин. Не лучше сложилась ситуация и в отношении традиционных нейролептиков и антидепрессантов, производители которых не проводили клинические исследования для относительно недорогих препаратов. Так, например, противопоказанными для применения в детском возрасте оказались не только новый кветиапин или арипипразол, но и классические сульпирид, тригексифенидил, трифлуоперазин (см. табл. 1).

Таблица 1

**Распространенные лекарственные средства,
противопоказанные для применения в детском возрасте**

МНН	ТН	Форма	Противопоказания из инструкции по применению
Амитриптилин	Амитриптилин Московский Эндокринный Завод	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения	Детский возраст до 18 лет
Арипипразол	Арипризол	Таблетки	Детский возраст до 18 лет
Галоперидол	Галоперидол-рихтер	Раствор для внутримышечного введения	Дети и подростки в возрасте до 18 лет (вследствие отсутствия данных клинических исследований)
Кветиапин	Квентиакс	Таблетки	Детский возраст до 18 лет
Кветиапин	Кветиапин Канон	Таблетки	Детский возраст до 18 лет
Кветиапин	Кветиапин сз	Таблетки	Детский возраст до 18 лет
Клозапин	Азалептин	Таблетки	Безопасность и эффективность азалептина у детей и подростков в возрасте до 18 лет не установлены
Оланзапин	Оланзапин Канон	Таблетки	Детский возраст до 18 лет
Сультририд	Сультририд органика	Таблетки 200 мг	Детский возраст до 18 лет
Тригексифенидил	Тригексифенидил органика	Таблетки	Детский возраст до 18 лет
Трифлуоперазин	Трифтазин ФК “Здоровье”	Таблетки	Детский возраст
Хлорпротиксен	Хлорпротиксен Санofi Хлорпротиксен Озон	Таблетки	По возрасту не указаны (в способах применения: противопоказан детям вследствие отсутствия данных клинических исследований)

В США и странах Европы нормативно-правовая база обязывает производителей лекарственных средств проводить клинические испытания в детской популяции, в России проведение клинических исследований в педиатрии носит рекомендательный характер [2]. В большинстве случаев фармакологические компании не стремятся к проведению таких испытаний, что связано как с высокими финансовыми и репутационными рисками, так и с трудностью получения согласия от законных представителей ребенка на участие в них.

Таким образом, складывается ситуация, когда для качественного оказания медицинской помощи своим пациентам врач вынужден назначать препараты с нарушением официально утвержденных инструкций. Это явление в зарубежной, а в последние десятилетия и в отечественной практике, описывается термином «off-label drug use», который подразумевает использование лекарственных средств по показаниям, в возрастной популяции, в дозе и путях введения, не утвержденных в соответствующих инструкциях по медицинскому применению.

Частота «off-label» назначений у детей достигает согласно ряду исследований 80% [3]. К назначениям «off-label» относятся: использование лекарственного препарата в возрасте, официально не разрешенном в инструкции, назначение препарата по незарегистрированным показаниям, использование лекарственного препарата при наличии противопоказаний к его применению, в дозах, отличных от указанных в инструкции, нарушение кратности и длительности применения, назначение неблагоприятных лекарственных комбинаций; применение по неоговоренному в инструкции пути введения ЛП [2].

В большинстве случаев, назначая препарат «of lable» врач переносит информацию, полученную на взрослых пациентах, на ребенка. Однако такая тактика представляет немалую опасность, поскольку детский организм существенно отличается от взрослого по целому ряду физиологических параметров, существенно влияющих на фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных препаратов, а также обуславливает возможность возникновения новых побочных реакций [2, 4].

Ограниченный диапазон лекарственных средств, одобренных к применению в детской психиатрии, приводит к тому, что применение препаратов «of lable» проникает даже в официальные рекомендации и стандарты помощи. Так, в утвержденных Минздравом РФ в 2020 г. клинических рекомендациях «Расстройства аутистического спектра у детей» [5] нет ни одного препарата, кроме атомоксетина, который соответствовал бы инструкции по применению (см. табл. 2).

**Психофармакотерапия в клинических рекомендациях
«Расстройства аутистического спектра у детей»**

Препарат	Клинические рекомендации	Инструкция
Рисперидон Показания	Купирование повышенной раздражительности, агрессии и самоповреждающего поведения у ребенка с РАС.	Краткосрочное (до 6 недель) симптоматическое лечение непрекращающейся агрессии в структуре расстройства поведения у детей от 5 лет с умственной отсталостью.
Рисперидон Дозировка	От 2 до 3,5 мг в зависимости от массы тела ребенка (меньше или больше 45 кг).	при массе тела равной или превосходящей 50 кг до 1,5 мг. При массе тела менее 50 кг до 0,75 мг.
Арипипразол	Детям и подростками с РАС для купирования повышенной раздражительности, агрессии и самоповреждающего поведения.	Противопоказан до 18 лет.
Мелатонин	Детям и подросткам с РАС для облегчения засыпания и увеличения продолжительности сна.	Противопоказан до 18 лет.
Флуоксетин	Детям (с 8 лет) и подросткам с РАС для лечения коморбидных симптомов ОКР.	Противопоказан до 18 лет.

Таким образом, следуя утвержденным Министерством здравоохранения клиническим рекомендациям, врач должен назначать препараты противопоказанные в детском возрасте, в отсутствии приведенных в инструкции показаний и в дозе, превосходящей рекомендованную.

В нашей стране, согласно Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» назначение лекарственных препаратов осуществляется в соответствии с инструкцией по медицинскому применению. Предусмотрено также «назначение и применение лекарственных препаратов, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии».

Таким образом, ответственность за назначения препарата «of lable» ложится на врача. Причем, как показывают исследования, подавляющее большинство родителей (70%) не знают о возможности такого назначения препаратов и считают его незаконным (73%) [6].

В 2017 г. Министерством здравоохранения РФ был предложен для открытого обсуждения проект приказа «О внесении изменений в порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов», утвержденный приказом Мини-

стерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 254н [7]. Однако уже сама формулировка проблемы, приведенная в проекте приказа: «...назначение и выписывание лекарственного препарата конкретному пациенту **по жизненным показаниям, отличным от показаний для применения, содержащихся в инструкции** по медицинскому применению лекарственного препарата» [8] концентрирует внимание лишь на одном аспекте применения «of lable», не учитывает возможность применения препарата не по возрасту и в иных дозировках, что сужает возможности назначения лекарственного средства без учета инструкции.

Таким образом, сегодня детский психиатр оказывается перед этической, профессиональной и юридической дилеммой: рискнуть и назначить современный эффективный безопасный препарат, который запрещен к применению до 18 лет, или у которого отсутствуют показания к применению при данной нозологии, или остаться в безопасности, продолжая назначать одни и те же средства из крайне узкого диапазона, к которым у больного уже давно сформировалась резистентность. Современные требования к качественному оказанию медицинской помощи, гуманистический подход к больным вступают в прямое противоречие со сложившейся ситуацией. Необходимо как совершенствование действующего законодательства, так и проведение клинических испытаний, направленных на расширение возрастных рамок и показаний, режимов дозирования и путей введения лекарственных препаратов. Только в таком случае помощь, оказываемая ребенку с психическими расстройствами, будет качественной, эффективной и безопасной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов Д.С. Классификации антипсихотических средств и их значение для выбора терапии шизофрении (к 60-летию появления нейролептиков) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. № 10. С. 91-100.
2. Титова А.Р., Асleckая И.Л., Зырянов С.К., Поливанов В.А. Нерегламентированное (off-label) применение лекарственных препаратов в педиатрической практике: нерешенные проблемы. Педиатрическая фармакология. 2015; 12 (3): 304–308. doi: 10.15690/pf.v12i3.1355)
3. Грацианская А.Н., Бологов А.А., Костылева М.Н., Постников С.С. Применение лекарственных средств off label в педиатрической практике. Опыт многопрофильного педиатрического стационара. Заместитель главного врача. 2012; 8: 46-52.
4. Тополянская С.В. Общие методологические проблемы проведения клинических исследований у детей. Педиатрическая фармакология. 2010; 5 (7): 6-10.
5. Клинические рекомендации «Расстройства аутистического спектра» (утв. Минздравом России, 2020 г.) http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_360453/ (дата обращения 01.03.2021)
6. Bang V., Mallad A., Kannan S., Bavdekar S.B., Gogtay N.J., Thatte U.M. Awareness about and views of parents on the off-label drug use in children. Int J Risk Saf Med. 2014; Jan 1; 26 (2): 61–70.

7. Приказ Минздрава России (Министерство здравоохранения РФ) от 14 января 2019 г. №4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» Опубликован на официальном интернет-портале правовой информации 27.03.19 г. URL: <https://rg.ru/2019/03/29/minzdravprikaz4site-dok.html> (дата обращения 07.05.2020)

8. Хадарцев А.А., Иванов Д.В., Хадарцева К.А. Юридические аспекты применения лекарственных средств по иному назначению (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/yuridicheskie-aspekty-primeneniya-lekarstvennyh-sredstv-po-inomu-naznacheniyu-obzor-literatury> (дата обращения: 03.03.2021).

Богдасhev А.А., Грошева Е.В.

Необычный случай использования антидепрессанта в лечении пациента с органическим эмоционально-лабильным расстройством (синдром аффективно-волевой неустойчивости)

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С.Мнухина,
Санкт-Петербург

В данной статье нам хотелось бы представить рассмотрение клинического случая, который, возможно, будет полезен коллегам в связи с распространенностью жалоб у нашего пациента, но при этом – необычностью терапевтических решений, оказавшийся эффективными.

Наш пациент – мальчик (назовем его К.), который впервые поступил в стационар ЦВЛ, когда ему было девять лет, и в девятый раз выписался почти в пятнадцать. Большая часть госпитализаций была на пятое стационарное отделение, и одно – на четвертое стационарное отделение. Также проходил лечение в ЦВЛ ПНДРС (психоневрологический дневной реабилитационный стационар), но не смог там удержаться в режиме фронтального обучения даже в таких, «смягченных» условиях. При этом интеллект не являлся препятствием для обучения, так как соответствовал средней возрастной норме.

Жалобами мамы были: возбудимость, импульсивность, двигательная расторможенность, агрессивность и конфликтность, трудности в школьном обучении и поведении в классе. Значительно позже к этим жалобам присоединились тревожность и различные страхи, несамостоятельность мальчика. Он всегда был труден в поведении, но возбудимость, конфликтность и агрессивность начали стремительно нарастать после начала школьного обучения. И дезадаптирующий характер приобрели уже к началу второго класса. Физическую агрессию чаще всего К. применял в школе, но к проявлению вербальной и косвенной агрессии был склонен и дома – кричал на мать, ругался, ломал вещи. Мальчик испытывал сильные трудности, связанные с соблюдением дисциплины, подчинением школьным и социальным требованиям.

В отделении возбудимость, агрессивность, импульсивность, двигательная расторможенность сохранялись. За все время, проведенное в отделении, ни разу не смог завести приятельских отношений в связи с крайней нетерпимостью к любому несогласию со своим мнением. Периодически, особенно в первые пять-шесть госпитализаций, имел бурные ссоры, даже драки с другими пациентами, конфликты с персоналом, которые часто вели к эпизодам психомоторного возбуждения.

Мать рассказывала, что мальчик имел трудности с проездом в общественном транспорте и при посещении общественных мест. Плохо переносил духоту, шум. При большом количестве народа становился напряженным, злился.

Если сразу не имел возможности сесть на свободное место, начинает ворчать. Потом – вслух, громко оскорблять окружающих. Периодически сильно страдал от обострений атопического дерматита, пищевой аллергии. Сам мальчик часто жаловался на плохое самочувствие – головные боли, часто – на зуд в связи с аллергодерматитом, а также общее ощущение «просто плохого самочувствия». Самочувствие крайне сильно зависело от настроения и внешней ситуации. Но гораздо больше, чем собственное самочувствие, К. всегда мешали другие дети. Среди сверстников мальчик практически никогда не имел друзей, хотя при этом была очень актуальна потребность в общении, внимании, признании. К своему состоянию критика и самоконтроль поведения всегда были очень слабыми.

При клиническом наблюдении и обследованиях выявлялась высокая тревожность, но до шестой-седьмой госпитализации мать на тревогу мальчика не жаловалась. Актуальнее были проблемы с возбудимостью, взрывчатостью. К. не удерживался при работе в классе – мог в любой момент встать, начать выкрикивать с места, ударить другого ребенка или вслух оскорбить учителя, если считал, что его обидели или «несправедливо» поставили оценку, сделали замечание. Неохотно подчинялся авторитету чужого взрослого, если считал, что этот взрослый не учитывает его интересов и «несправедлив» к нему. Возбуждения у мальчика могли проходить очень бурно, и самоконтроль эмоциональных проявлений был крайне низким – по сути, мальчик не мог себя контролировать в ситуациях сильной фрустрации.

Только к седьмой госпитализации маму стала беспокоить тревожность мальчика и связанная с ней дезадаптация. Ей (работающей женщине, одной воспитывающей сына) было очень тяжело справиться со страхами мальчика, который не мог учиться в классе, и не мог из-за несамостоятельности, тревожности и страхов оставаться дома один. Страхи были разнообразны, транзиторны. Некоторые – стандартные (страх одиночества, страх пройти одному по лестнице в подъезде), некоторые – очень необычны и вычурны (страх выключенного компьютерного монитора). Какие-то страхи проходили сами, какие-то редуцировались частично; появлялись новые. При этом, все равно на первом плане в клинической картине оставалась возбудимость, импульсивность.

В девятый раз мальчик поступил не в связи с какими-то собственными трудностями, а в связи с ухудшением состояния после смены уже выбранного лечения. Между восьмой и девятой госпитализациями был самый большой перерыв за всю «карьеру» К. как пациента – почти полтора года. Мальчик находился на диспансерном наблюдении. Его состояние было намного лучше, чем до этого – он удерживался на надомном обучении без агрессивных вспышек или эпизодов бурного психомоторного возбуждения. Но, тем не менее, сохранялась эмоциональная неустойчивость, возбудимость, импульсивность, склонность к перепадам настроения и склонность «увязать» в негативных переживаниях.

Целью лечения был подбор медикаментозной терапии, получение систе-

матической психокоррекционной и психотерапевтической помощи, а также обучение К. в школе при стационаре в связи с невозможностью учиться в условиях «обычного» класса. Оформлять надомное обучение мать до восьмой госпитализации категорически отказывалась. Объясняла это невозможностью оставить Диму дома одного и невозможностью контролировать мальчика в связи с загруженностью ее (матери) работой. Только в конце восьмой госпитализации мать решила попробовать оформить надомное обучение (с которым мальчик успешно справился).

Состояние мальчика долгое время очень слабо поддавалось медикаментозной коррекции. За девять госпитализаций наш пациент успел «познакомиться» практически со всем спектром возможного медикаментозного лечения. Препараты периодически менялись, эффект от лечения (по большей части) был незначительным. Периодически (особенно с первой по четвертую госпитализацию) летом мать отменяла лечение, т.к. в летнее время состояние оставалось неплохим, но к осени (и выходу в школу) происходила декомпенсация состояния. В девять лет начали лечение с препаратов, имеющих преимущественно противотревожное действие (атакакс, труксал), а также нейромультивит. Потом ребенок принимал адаптол, тиаприд, финлепсин (последние два – отменены в связи с плохой переносимостью, побочными эффектами), а также депакин хроно, тизерцин, тералиджен, пантогам, клопиксол (с мendifексом). Иногда получал инъекции аминазина в связи с приступами психомоторного возбуждения и агрессии. К концу шестой госпитализации был переведен на антидепрессанты: асентра (с атаксом), которые получал далее, с хорошим терапевтическим эффектом (за исключением короткого периода замены антидепрессанта вальпроатом).

Диагноз за девять госпитализаций практически не менялся. В первый раз мальчик выписывался с диагнозом: «Непсихотическое психическое расстройство смешанного генеза. Синдром эмоционально-волевой неустойчивости. Неврозоподобный синдром, компенсация». Сопутствующий диагноз: «Атопический дерматит. Пищевая аллергия. Резидуальная энцефалопатия перинатального генеза с преимущественным нарушением эмоциональной сферы и поведения. Остаточные явления лексико-грамматического недоразвития речи. НБПНПГ». Затем, со второй по девятую госпитализации, диагноз был: «Органическое эмоционально-лабильное расстройство перинатального генеза. Неврозоподобный синдром. Синдром эмоционально-волевой неустойчивости». После этого, до 15 лет, К. в стационар не поступал.

Тревога играла значимую роль в клинической картине (особенно в подростковом возрасте пациента), но в состоянии мальчика всегда резко доминировала резидуально-органическая симптоматика, что подтверждалось и результатами обследований. 27.11.2015 г. по заключению невролога: «Резидуальная энцефалопатия перинатального генеза с преимущественным нарушением эмоциональной сферы и поведения. Вялая осанка, сколиоз грудного отдела позвоночника». 10.12.2015 г. в рентгенограмме черепа: «Незначительная долихоцефа-

лия. Незначительное обызвествление швов черепа. Сосудистый рисунок слабо выражен. Турецкое седло округлой формы. Умеренно выраженные пальцевые вдавления в теменных костях». УЗДГ сосудов головного мозга (17.09.2015 г.): «Допплерографические признаки ангиодистонии по гипертоническому типу, УЗ – признаки аномалий и дисплазий магистральных сосудов не выявлены». Резидуально-органические изменения БЭА отчетливо выявлялись и на ЭЭГ. Во время лечения проводился контроль ЭЭГ, даже с депривацией сна. И эпилептической или пароксизмальной активности выявлено не было. Выявлены «умеренные нарушения БЭА головного мозга резидуально-органического характера, с дисфункцией диэнцефальных структур, со снижением функционального состояния головного мозга, диффузной ирритацией коры».

Учитывая особенности клинической картины, между восьмой и девятой госпитализациями, в ПНДО был отменен антидепрессант и назначен вальпроат. Эту терапию К. уже получал в стационаре ранее. Она была отменена в связи с крайне низкой эффективностью. Состояние мальчика быстро ухудшилось. Вернулись страхи, тревога, усилились возбудимость, агрессивность, даже двигательная расторможенность и вегетативная лабильность.

Мать просила вернуть антидепрессант, но для повторного изменения схемы лечения врач рекомендовал госпитализацию в стационар.

Необычность нашего случая, как нам видится, в том, что при такой клинической картине назначение антидепрессанта, в принципе, не показано. Понятно было и мнение врача-психиатра ПНДО, который (между восьмой и девятой госпитализациями) решил, что антидепрессант «не подходит» и изменил назначение, как более «адекватное» для данного случая.

Традиционные схемы лечения поведенческих расстройств рекомендуют при поведенческих и эмоциональных расстройствах назначать нейролептики и нормотимические средства, куда входят и антиконсультанты [6, с. 55]. В клинической картине пациента наблюдались основные параметры, которые требуются для назначения нейролептиков и нормотимиков. Рекомендации для назначения нейролептиков [5]:

- Состояния психомоторного возбуждения (очень ярко выраженные у нашего пациента).
- Стойкие поведенческие нарушения, сопровождающиеся значительной агрессией и расторможенностью в структуре расстройств личности, органических расстройств.

В этих же случаях как альтернативные рекомендованы и нормотимики (противосудорожные) которые в разные годы получал наш пациент. Антидепрессанты рекомендованы при аффективных расстройствах [6, с.57], значимость которых в клинической картине представлялась крайне незначительно по сравнению с расстройствами поведения.

Единственной группой препаратов, которая была с мальчиком от начала до конца его «терапевтического пути» – это транквилизаторы (анксиолитики). Вероятно, в связи с высочайшей значимостью тревоги в клинической картине.

Но эффект от лечения лишь анксиолитиками был недостаточным – препарат был эффективен в составе комплексной терапии. А вот подбор основного препарата занял несколько лет.

При расстройствах настроения антидепрессанты, безусловно, входят в рекомендации по лечению [6, с.57]. Но в диагнозах нашего пациента акцент делался на аффективно-волевой неустойчивости. Неврозоподобный синдром также отмечался, но как дополнительный диагноз.

Во время госпитализаций мальчик постоянно посещал индивидуальные и групповые занятия с психологом. Систематически проводилась семейная психотерапия. Безусловно, хорошая компенсация состояния ребенка в конце – это результат совместного воздействия медикаментозного и психотерапевтического лечения. И мы бы не узнали, какой именно вклад в общее состояние пациента вносит медикаментозная терапия, если бы не отмена антидепрессанта в амбулаторном отделении.

Так что же с депрессией? Логично задать этот вопрос, раз единственным эффективным средством для нашего пациента оказался антидепрессант. При клиническом осмотре депрессии у мальчика никогда выявлено не было. Хотя его эмоциональный фон также внимательно отслеживался. В детстве проходил обследование у психолога с помощью проективных методов. Обнаруживалась очень высокая тревожность, возбудимость, неуверенность в себе, лабильность настроения. Но никогда не было подозрения на депрессию. В ноябре 2017 года был обследован по методике Зунга – депрессивных тенденций на момент обследования выявлено не было. Через год, во время шестой госпитализации, впервые обследован по методике исследования детской депрессии CDI Марии Ковач – «значительно выше среднего». Общий балл = 69. Были назначены асентра и атаракс. После этого состояние значительно улучшилось, хотя и были повторные госпитализации. После этого депрессия ни разу не выявлялась ни по методике Зунга, ни по методике CDI – хотя обследования проходили регулярно. Депрессии по клиническим шкалам и опросным методам не было выявлено даже в тот период, когда пациент в девятый раз поступил после отмены антидепрессанта (амбулаторно), хотя эмоциональное состояние и было сложным.

Мысль о назначении антидепрессанта появилась в связи с тем, что к возрасту 12-13 лет, несмотря на доминирование в клинической картине признаков резидуально-органического поражения головного мозга, постепенно все большее внимание привлекали особенности психологического состояния мальчика: его высочайшая тревога, чувство неудовлетворенности собой, его переживания после собственных эпизодов психомоторного возбуждения.

Авторы статьи знакомы с понятием маскированной депрессии. И с тем, что в детском и подростковом возрасте депрессия часто может маскироваться поведенческими эквивалентами [1-3]. Характеристики депрессии в детском возрасте (6-9 лет) описаны в литературе [1-3, 5, с.185] – соматовегетативные нарушения (запоры, недержание мочи, снижение аппетита), ночные страхи,

двигательные нарушения. Утрачивается живость, страсть к играм – наш пациент обожал игры, хотя коммуникативные трудности с трудом позволяли ему участвовать в совместных играх со сверстниками. Имел хороший аппетит. Мир казался нашему пациенту крайне интересным, хотя и неизведанным, страшным, огромным. Страхи, в основном, дневные и при засыпании. В пубертате никогда не было характерных для подростковой депрессии тоскливого настроения, идей малоценности, угрюмости [1-3, 5]. Наблюдалась лабильность настроения, экзальтированность, неустойчивость самооценки, коммуникативные нарушения при очень высокой потребности в общении, признании, лидерстве. Вместо характерной для депрессивного синдрома психомоторной заторможенности наблюдалась двигательная расторможенность, несколько снизившаяся в более старшем возрасте.

Когда сейчас мы интегрируем полученные за много лет данные (зная исход), нам кажется очевидной в подобных случаях необходимость попробовать назначение антидепрессанта, учитывая неэффективность нейрорептиков и нормотимиков (антиконвульсантов).

В завершение необходимо отметить высокую значимость комплексного подхода при работе с такими сложными пациентами, а также важность взаимодействия стационарного и амбулаторного звена. Для получения стойкого положительного эффекта, помимо медикаментозного лечения, мальчик получал постоянную психотерапевтическую помощь и психологическую коррекцию – групповую, семейную, индивидуальную, а также весь объем необходимой педагогической поддержки. Для лучшего понимания состояния мальчика за все время пребывания в стационаре было проведено несколько клинических и психотерапевтических разборов его состояния разными консультантами. Все это помогло специалистам верно оценить состояние пациента, а ему самому и его матери – справляться со своими психологическими и физиологическими особенностями, а также проявлять гибкость в семейном взаимодействии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб, 2017.
2. Детская психиатрия. Учебник под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. СПб, Питер, 2005.
3. Исаев Д.Н. Детская медицинская психология. СПб, 2004.
4. Пашковский В.Э. Проблемы лекарственного обеспечения в детской психиатрической практике // XVII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития». Сборник статей: Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигашова. СПб, 2019. с.103-106.
5. Психофармакотерапия в детской психиатрии: руководство для врачей / А.Н. Бурдаков и др. М., 2017.
6. Стандарты по проведению обследования и оказанию помощи в стационаре ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия». СПб, 2008.

**Проблемы детской психофармакотерапии
и пути их решения.
Взгляд участкового психиатра.**

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Самуил Семенович Мнухин – выдающийся отечественный психиатр, который внес огромный вклад в самые разные области детско-подростковой психиатрии. Познакомившись с некоторыми его научными трудами, становится очевидной глубина и оригинальность его взглядов на изучаемые клинические вопросы. Восхищает его способность тонко подмечать своеобразие и различные оттенки проявления симптомов психических расстройств [1]. Профессиональная деятельность Самуила Семеновича пришлось на период зарождения психофармакологии в нашей стране. Несмотря на то, что Самуил Семенович не оставил научных трудов, касающихся вопросов лекарственной терапии психических расстройств, у последователей его школы есть возможность продолжать и развивать начатое учителем дело.

Для врачей, получивших базовое медицинское образование в педиатрическом высшем учебном заведении, очевидно, что ребенок – это не уменьшенная копия взрослого. Развитие всех органов и систем претерпевает определенные и закономерные изменения, как в строении, так и функционировании в процессе онтогенеза. А много ли нам известно сегодня о патологическом функционировании высшей нервной деятельности в различные возрастные периоды? Знаем ли мы о возрастных особенностях созревания рецепторов головного мозга, об обмене нейромедиаторов в различные возрастные периоды? А что нам известно о проблемах метаболизма в целом и генетического метаболизма психотропных препаратов в детском возрасте в частности? На практике эффективность психотропных препаратов, обусловленная чувствительностью рецепторов к ним, определяется эмпирически, из личного опыта врача и опыта коллег. Учитываем ли мы при выборе препарата физиологические особенности рецепторов головного мозга у детей, их отличающуюся от взрослых чувствительность к психотропным препаратам? Существует определенная проблема взаимодействия теоретической науки о мозге и возможностью практического использования достижений фундаментальных исследований.

Решение этих проблем не может сводиться только к усилению самоподготовки врача во все возрастающем потоке научной информации. Представляется целесообразным рассмотреть вопрос о включении курса по изучению возрастных особенностей высшей нервной деятельности в норме и патологии, а также курса клинической фармакологии психотропных препаратов в возрастном аспекте, в том числе и в циклы повышения квалификации врачей-психиатров.

До настоящего времени нет достоверной научной информации о механизмах развития психических расстройств на молекулярном уровне. Это в свою очередь ограничивает возможность разработки новых лекарственных препаратов с иными механизмами действия, отличающимися от уже известных блокаторов дофаминовых рецепторов, ингибиторов обратного захвата моноаминов. Общеизвестно, что психические нарушения в детском и подростковом возрасте редко бывают нозологически изолированными. На практике у подавляющего большинства пациентов обнаруживаются коморбидные состояния. В связи с этим возникают определенные трудности при выборе препарата для лечения расстройств в детско-подростковом возрасте. Возможный путь решения этой проблемы – выделение ведущего патологического синдрома и его коррекция в первую очередь.

Следует отметить, что у подавляющего большинства пациентов, курируемых детско-подростковыми психиатрами, выявляются непсихотические психические расстройства. А подавляющее большинство клинических испытаний по эффективности и безопасности препаратов проводятся с одной стороны среди взрослого контингента, с другой – у пациентов с психозами или депрессиями. Отсутствие клинических испытаний в детско-подростковом возрасте, а также отсутствие исследований по эффективности и безопасности препаратов, которые могут использоваться для коррекции непсихотических психических расстройств, вынуждает детских психиатров опираться исключительно на свой личный опыт и опыт коллег, что не всегда оказывается оптимальным при оказании специализированной помощи.

Проблема, которая неоднократно поднималась детскими психиатрами (Ю. С. Шевченко, А. А. Северный, Л. Ю. Данилова, 2001), состоит в том, что в детской психоневрологии возникла парадоксальная ситуация: имеется достаточное разнообразие новых высокоэффективных препаратов, которые не разрешены для применения в детской практике [3]. В связи с отсутствием клинических исследований эффективности и безопасности психотропных препаратов у детей, большинство новых препаратов не рекомендованы к применению в детском возрасте. На практике врач вынужден либо пользоваться «старыми», проверенными временем психотропными препаратами, которые, кстати говоря, тоже не проходили клинические испытания, но рекомендованы к применению Министерством Здравоохранения, либо пренебрегать рекомендациями по использованию препаратов. Здесь мы сталкиваемся с проблемой юридической ответственности врача.

Таким образом, назрела необходимость разработки и получения для практикующих врачей четких и своевременно обновляющихся рекомендаций по использованию психотропных препаратов у детей и подростков, страдающих психическими расстройствами. В сложившихся условиях одним из путей выхода из ситуации может служить смещение акцента терапевтической помощи в сторону психотерапии, педагогической коррекции, социального сопровождения, что требует привлечения большего количества смежных специалистов

для курации одного пациента. Имеющийся в настоящее время штат смежных специалистов, в частности в амбулаторных подразделениях детско-подростковой психиатрической службы, не позволяет оказывать комплексную помощь пациентам в полном объеме. Пути решения этой проблемы очевидны.

Другим возможным путем решения проблемы невозможности назначения современных препаратов детям становится необходимость создания законодательной базы, регулирующей проведение клинических испытаний с участием детско-подросткового контингента. Вопрос о необходимости создания при Фармакологическом комитете Комиссии по детской психофармакотерапии, возложив на нее функции проведения клинических испытаний психотропных препаратов в детской психиатрии, поднимался еще в начале XXI века Ассоциацией детских психиатров и психологов Московского НИИ психиатрии МЗ РФ, но до сегодняшнего дня этот вопрос остается открытым [2].

У подавляющего большинства пациентов детского возраста имеет место резидуально-органическое поражение головного мозга, что влияет как на увеличение нежелательных явлений лекарственных препаратов, так и на развитие парадоксальных реакций на их прием. Коррекция психических расстройств, развивающихся на поврежденном органическом фоне требует дополнительного включения в терапию препаратов, обладающих ноотропной и нейропротекторной активностью, препаратов, улучшающих мозговой кровоток, нормализующих ликвородинамику. В такой ситуации неизбежно возникает опасность полипрагмазии. Особенно остро проблема полипрагмазии стоит у пациентов, получающих базисную терапию в связи с сопутствующими заболеваниями (пульмонологическими, эндокринными, неврологическими), которую нельзя отменить. В этой ситуации перед психиатром встает вопрос о возможности лекарственной коррекции психических нарушений. В случае принятия решения в пользу назначения психотропного препарата таким пациентам, психиатр должен иметь возможность получить консультацию клинического фармаколога. Становится понятной необходимость на современном этапе, при наличии огромного количества лекарственных препаратов, квалифицированной помощи такого специалиста.

Важной особенностью детского организма является гораздо более высокая скорость выведения чужеродных веществ из организма, чем у взрослых. В связи с этим вероятность накопления психотропных препаратов, возникновение нежелательных эффектов от их применения у детей существенно ниже, чем у взрослых. Дети лучше переносят относительно более высокие (в весовом эквиваленте) дозировки многих лекарств по сравнению со взрослыми [2]. Если мы обратимся к рекомендациям Министерства Здравоохранения по допустимым дозам психотропных препаратов для детей и подростков, то увидим неоправданно низкие цифры, и их эффективность не подтверждается клиническим опытом. На базе стационарных отделений ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина использовались психотропные препараты в больших, чем рекомендуемые Минздравом дозах. Опыт такого назначения показал свою эффективность и безопасность. Но подобная практика имеет определенные этические и юридические аспекты. Врач, принимающий решение о назначении

более высоких доз психотропных препаратов, идет на риск. Очевидна необходимость правовой защищенности его действий.

Еще одной из проблем является негативное отношение родителей, законных представителей к психотропной терапии в силу существования мифа о том, что психотропные препараты тормозят развитие детей, «отравляют организм», вызывают зависимость. От врача амбулаторной сети требуется постоянная просветительская работа среди родственников пациентов об особенностях использования психотропных препаратов, возможных путях преодоления нежелательных эффектов. На практике мы сталкиваемся с такой проблемой, как выраженная седация при приеме нейролептиков в случае коррекции повышенной возбудимости пациентов или выраженной двигательной расторможенности. Нередко в амбулаторных условиях трудно оттитровать дозу препарата, чтобы наблюдать положительный клинический эффект при минимальной седации.

Существует также проблема, когда, с одной стороны, отсутствует положительный эффект от приема «мягких» нейролептиков, с другой стороны – появляется риск развития острой лекарственной дистонии при приеме плегирующих нейролептиков. В амбулаторных условиях эта проблема стоит наиболее остро, в отличие от стационара. Казалось бы, решение проблемы лежит на поверхности. Для подбора нейролептической терапии следует направлять пациентов в стационар. Но здесь амбулаторный врач часто сталкивается с отказом родителей, законных представителей от госпитализации ребенка в силу специфических условий пребывания в отделении психиатрической больницы. Одним из решений данной проблемы может быть создание на базе детской психиатрической больницы отделений или палат совместного пребывания ребенка и сопровождающего его взрослого. Подобный опыт уже есть в психиатрических стационарах в разных городах России.

Подводя итог вышесказанному, необходимо отметить, что на современном этапе использование в комплексной терапии психических расстройств в детско-подростковом возрасте психотропных препаратов занимает не последнее место. Решение проблем, связанных с использованием психотропных препаратов требует участия как профессионального сообщества психиатров, Ассоциации клинических фармакологов, Фармакологического комитета, так и специалистов смежных дисциплин (физиологов, патофизиологов), а также организаторов здравоохранения и законодателей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мнухин С.С. Хрестоматия по психиатрии детского возраста. СПб.: Издательство Р. Асланова «Юридический центр Пресс», 2008. 315 с.
2. Северный А.А., Шевченко Ю.С., Волошин В.М. Проблема эффективности и безопасности современной психофармакотерапии детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004 (4). № 2. С. 40-42
3. Шадрина И.В. Взаимодействие психофармакотерапии и психотерапии в детской психофармакологии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2004 (4). № 1. С. 41.

**Фармакотерапия при лечении детей и подростков
в клинике детской психиатрии в рамках консультативно-
диагностической работы организационно-методического
отделения ЦВЛ «Детской психиатрии» имени С.С. Мнухина
(точка зрения медицинского психолога)**

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина;
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Невозможно переоценить роль медикаментозного лечения в рамках оказания психиатрической помощи детям и подросткам с психическими заболеваниями, нарушениями психического развития, нарушениями поведения и аддикциями, суицидальными попытками, саморазрушающим поведением. Приоритетом в области охраны психического здоровья детей и подростков являются комплексные медико-социальные меры, направленные на предотвращение суицида, общественно-опасных действий, совершаемых несовершеннолетними, страдающими психической патологией, предупреждение их вовлечения в криминальную среду, алкогольную и наркотическую, информационную зависимость, а также снижение инвалидизации, формирование психосоциальной гармонизации и адаптации ребенка в социуме [1].

Особенностью охраны здоровья в детском возрасте является зависимость не только от медицинской составляющей, но и от факторов социально-психологического, социально-культурного, социально-экономического характера. Значение этих факторов подразумевает широкое включение методов социальной реабилитации, психотерапевтических и коррекционных, педагогических воздействий в процесс лечения и реабилитации детей и подростков с психической патологией. Актуальность вопросов психического здоровья в детском возрасте обусловлена социальными тенденциями, характерными для предшествующих десятилетий. В последнее десятилетие XX и первое десятилетие XXI веков социализация детей в России проходила под знаком существенного дефицита позитивных воздействий. В состоянии детей формировались устойчивые негативные тенденции: высокий показатель инвалидности, с приоритетом психических расстройств, увеличение детей с аддикцией и девиантными формами поведения (бродяжничество, ранняя алкоголизация, наркотизация, суицид и суицидоопасное поведение, агрессивное поведение, зависимость от киберпространства и компьютерных игр), ограничение в получении нормального образования из-за психического нездоровья, что в целом ведет к снижению интеллектуального потенциала нации. Поддержание в обществе оптимального уровня психического здоровья, повышение качества жизни детей и подростков возможно обеспечить комплексом медико-социальных воздействий, в которых

психофармакотерапия играет значительную роль, являясь основой для психосоциальных, педагогических и коррекционных воздействий.

Ведущую роль фармакологического лечения выделяют на первом этапе медицинской реабилитации психически больных детей, реализуемого в рамках стационарного лечения ЦВЛ «Детская психиатрия». Применение фармакологического лечения высокоэффективно на первом этапе лечения детей с: острыми психотическими расстройствами, аффективными расстройствами, требующими госпитализации; органическими расстройствами личности и поведения с существенной социальной дезадаптацией; эпилепсией с грубым органическим дефектом; умственной отсталостью с нарушениями поведения; тяжелыми поведенческими нарушениями и реактивными расстройствами с выраженными эмоциональными и поведенческими нарушениями [1]. Медикаментозное лечение проводится в комплексе с другими коррекционными методами.

Организационно-методическое консультативное отделение является одним из подразделений, оказывающих консультативно-лечебную помощь в рамках амбулаторного лечения детей и подростков с различными нарушениями психического развития и психической патологией. Надо отметить, что в рамках консультативно-диагностической работы наблюдается значительное число детей и подростков, получающих фармакологическое лечение с хорошим эффектом. К ним относятся:

- дети дошкольного возраста с эпилепсией и тяжелыми органическими расстройствами с выраженными нарушениями поведения, снижением психической продуктивности и социальной активности;
- дети с умеренной и легкой умственной отсталостью разных возрастов с нарушениями поведения;
- часть детей дошкольного возраста с атипичным аутизмом и умственной отсталостью с аутистическим синдромом, стойкой семейной и социальной дезадаптацией и нарушениями поведения, грубыми стереотипиями, навязчивыми ритуалами;
- подростки затажными тревожными и депрессивными расстройствами;
- подростки в психотическом состоянии, шизотипическим расстройством в состоянии декомпенсации;
- подростки с неврозоподобными нарушениями, тиками, гиперкинезами;
- подростки с тяжелыми формами анорексии;
- подростки с риском и эпизодами суицидального, самоповреждающего, саморазрушающего поведения.

Все наблюдаемые дети и подростки получают терапию с согласия родителей и под наблюдением и контролем со стороны районных детских психиатров. Как правило, адекватная медикаментозная терапия дает эффект в виде улучшения состояния и поведения детей (нормализуются витальные функции, ребенок становится более спокойным, доступным для контакта с родителями и педагогами, в части случаев, получает возможность посещать дошкольное или школьное коррекционное образовательное учреждение, становится более

усидчивым и восприимчивым к учебной программе). Можно отметить, что родители, сотрудничающие с врачом, выполняющие все его рекомендации, не занимающиеся поиском альтернативных сомнительных форм лечения, не испытывают разочарования от полученных результатов. Особый эффект в реабилитации тяжелых форм заболеваний имеет прохождение лечения в стационаре или посещения дневного стационара. При работе на отделении есть возможность наблюдать динамику ребенка – большинство детей, вовремя обратившихся за наблюдением к психиатру, прошедших рекомендованные курсы лечения, в том числе медикаментозного, выбравших подходящий образовательный маршрут – отличаются лучшим психическим состоянием, более высоким уровнем социальной адаптации и спектром практических и бытовых навыков, что в конечном счете говорит об уровне их лучшего психического здоровья и качества жизни.

Выводы. Исторически открытие психофармакотерапии явилось большим прорывом в лечении психических расстройств. Медикаментозное лечение позволило облегчить страдания больных в остром состоянии и при длительных хронических заболеваниях. Детская фармакотерапия имеет значительную историю и большой клинический опыт в достижении существенного эффекта при медикаментозном лечении детей и подростков с психической патологией. Большинство современных авторов отмечают большие успехи в развитии психофармакологии, опыт в разработке и применении широкого спектра препаратов, применяемых в клинике детской психиатрии с высоким эффектом и минимизированными побочными явлениями [2, 3]. Таким образом, можно сделать вывод – фармакотерапия, при соблюдении правил применения [2], существенно расширяет возможности лечения и реабилитации, позволяет проводить лечение резистентных к другим формам лечения заболеваний, избегать рецидивов и существенно повысить качество жизни детей и подростков с психической патологией, в ряде ситуаций позволяет избежать серьезной инвалидизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макушкин Е.В, Фесенко Ю.А., Шигащов Д.Ю., Бебчук М.А. Детская психиатрическая служба страны» СПб.: ЮРАЙТ, 2020.
2. Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В. Психофармакотерапия в детской психиатрии: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-медиа, 2017. 304 с
3. Lorberg B., Davico C., Martsenkovskyi D. & Vitiello B. PRINCIPLES IN USING PSYCHOTROPIC MEDICATION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS, 2019 edition

Значение медикаментозной терапии в комплексном лечении психических расстройств у детей и подростков

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Наблюдение за развитием детской психофармакологии на протяжении последних десятилетий и преодоление череды вызовов, которые бросает данная область изучения – это extraordinary личный и профессиональный опыт. Первоначально общественное мнение было настроено против использования лекарств у детей с психическими расстройствами.

В настоящее время успехи фармакотерапии психических расстройств у детей и подростков достаточно очевидны. С помощью медикаментозного лечения хорошо снимается острая симптоматика при возникновении или обострении нервно-психических расстройств. Но часто многие пациенты вновь испытывают ухудшение состояния, поскольку либо нарушают режим приема лекарств, либо плохо справляются с жизненными ситуациями и нагрузками. Поэтому важно не только снятие острой симптоматики, но и улучшение качества жизни пациента, его близких, участвующих в реабилитации.

Медикаментозная терапия проводится с учетом индивидуального психического состояния ребенка. Купирование выраженных психических и поведенческих расстройств позволяет облегчить работу специалистов по психолого-педагогической коррекции, что улучшает дальнейшую социальную адаптацию детей с психическими нарушениями.

Немедикаментозное лечение главным образом осуществляется психологами, психотерапевтами, логопедами, дефектологами, социальными работниками и консультантами.

Психолого-педагогическая коррекция осуществляется по индивидуальным обучающим программам, направленным на развитие моторики, речи, мотивации к общению, программам по коррекции агрессии и аутоагрессии.

Назначение лечения – это лишь одна сторона терапии. Как выполнены назначения и как они восприняты и приняты ребенком и (или) семьей – другая сторона, гораздо больше влияющая на эффективность лечения. Важно учитывать специфику соматических и психических реакций ребенка, его индивидуальные особенности, отношение семьи к лечению и т. д.

При использовании лекарств приходится считаться с тем, что многие родители относятся к ним настороженно. Поэтому каждое назначение требует особо тщательного объяснения роли медикамента в лечебном процессе, предупреждения о возможном изменении самочувствия в процессе лечения. В этом опосредовано участвуют не только врачи, но и специалисты, работающие с ребёнком и его семьёй (психологи, психотерапевты, логопеды, педагоги, специалисты по социальной работе).

Любое лечение – это не только медикаментозное воздействие на болезнь или больного, а процесс отношений специалиста и ребенка, его семьи.

Комплексный подход в лечении учитывает особую роль, которую играет семья в жизни ребенка, формировании его личности и физического развития, а также в происхождении психических и психосоматических расстройств.

В этиологии и патогенезе большинства заболеваний участвуют и психические, и соматические факторы. Необходимо сочетание медикаментозной терапии и психотерапии, коррекционной работы в разных соотношениях на разных этапах лечения.

Терапия детей и подростков с расстройствами психики определяется не только необходимостью разрешения трудных жизненных обстоятельств, лежащих в основе развившегося заболевания, но и этапами психического развития. Она строится на применении взаимодополняющих медикаментозных, психотерапевтических, коррекционно-педагогических методов.

В возрасте 2,5-4 лет, то есть в периоде самоутверждения, становления личности, формирования самооценки и системы отношений, выбор метода обусловлен основными психологическими проблемами ребенка, участвующими в их патогенезе. Помимо лечебно-педагогической коррекции неправильного стиля семейного воспитания применяются методы игровой психотерапии, логопедические занятия, обеспечивающие оптимизацию взаимоотношений со сверстниками.

В возрасте застенчивости (4-7 лет) круг вмешательств расширяется. Ребенка с психическим расстройством включают в логокоррекционную работу, семейную и индивидуальную (разъясняющую) психотерапию, в групповую психотерапию. Задача последней — эмоциональное отреагирование конфликтной ситуации в группе и десенсибилизация угрожающих образов в сознании посредством их успешного изображения и преодоления в игре.

В 7-8 лет, во время адаптации в общеобразовательной или коррекционной школе, терапия ребенка, страдающего психическим расстройством, направлена на преодоление коммуникативных, речевых и языковых нарушений, трудностей в овладении элементарными школьными навыками и знаниями. В этом возрасте наряду с семейной и индивидуальной психотерапией используют поведенческую психотерапию: контактную десенсибилизацию, эмотивное воображение, парадоксальную интенцию, тренинг самоутверждения. Групповую психотерапию по возможности сочетают с семейной психотерапией.

В подростковом возрасте при психических расстройствах параллельно с медикаментозным лечением наибольшую пользу могут принести методы личностно-ориентированной психотерапии, семейной и групповой, коррекционная педагогическая помощь.

Семью всегда необходимо включать в систему оказания помощи ребёнку. Здоровье семьи как социального организма и здоровье ее взрослых членов оказывает оздоравливающее влияние на ребенка.

Медикаментозное вмешательство в некоторых случаях даже при своей эффективности оказывается недостаточным. Самым главным запросом семьи

является помощь в приспособлении ребенка с отклонениями в развитии к условиям, в которых он живет. Специалисты оказывают поддержку в восстановлении адаптации к коллективу сверстников, школьным обязанностям, самообслуживанию и т. д. в зависимости от формы патологии, возраста ребенка и места его проживания (семья, коррекционное или какое-то другое учреждение), обучая законных представителей детей учитывать как сильные, так и слабые стороны личности ребенка в процессе адаптации.

1. Коммуникация — понимание и выражение информации посредством символического поведения (жестов, мимики и речи).

2. Самообслуживание — пользование туалетом, умение правильно есть, одеться, раздеться, опрятно носить одежду.

3. Возможность жить в домашних условиях — вести хозяйство, бережно относиться к собственности, умение готовить, планировать и вести бюджет (тратить карманные деньги), соблюдать правила безопасности в доме (например, уметь пользоваться электрическими приборами, газовой плитой).

4. Социальные — навыки взаимодействия с окружающими, предполагающие умение вступать в беседу, адекватно реагировать на замечания, чувствовать настроение собеседника, регулировать свое поведение.

5. Умение жить в микросреде — умение передвигаться по микрорайону, делать покупки, пользоваться услугами различных служб (медицинской), пользоваться общественным транспортом и местами общественного пользования: школой, библиотекой, парками.

6. Самонаправленность личности — уметь делать выбор, учиться планировать свои действия, следовать плану, инициировать виды деятельности, адекватные месту, условиям, искать и находить в случае необходимости помощь у близких или незнакомых людей (в том числе у милиционера, пожарного).

7. Здоровье и безопасность — включают умения, связанные с охраной здоровья: правильно питаться, своевременно распознать наступление болезни, грамотно, в соответствии с указаниями принимать лекарство.

8. Функциональная успеваемость — интеллектуальные способности и навыки, связанные с обучением, имеющие отношение к жизни: письмо, чтение, основные математические понятия, естественноведческие знания.

9. Проведение досуга — умение разнообразить досуг самостоятельно и совместно с другими детьми, предложить сверстникам игры и занятия, отражающие личные предпочтения.

10. Работа — навыки, связанные с возможностью работать полный или неполный день, в том числе и по дому.

Изучение причин, вызывающих отклонение от психического здоровья, показывает, что у 98% детей наблюдается дисгармония в семейных отношениях. Патология супружеских отношений продуцирует широкий спектр аномалий, и при том весьма серьезных, как в психике, так и в поведении личности. Очень часто ссоры между родителями воспринимаются ребенком как тревожное событие, ситуация опасности. Такие конфликты вызывают у детей постоянное

чувство беспокойства, неуверенности в себе, эмоциональное напряжение. Особенно тяжелыми бывают последствия, когда взрослые вовлекают ребенка в свои сложные взаимоотношения и длительные конфликты. Либо родители просто живут рядом, не испытывая друг к другу позитивных чувств и эмоций. Дети, находясь в таких условиях, вынуждены принимать позицию матери или отца. Поэтому для их психики создается невыносимая ситуация, приводящая к появлению симптома (тревога, депрессия, самоповреждение, социальная дезадаптация, агрессия, ассоциальное поведение и т.д.), который является признаком нарушения семейной системы, где ребенок становится идентифицированным пациентом. И в случаях обращения семьи с таким ребёнком, необходимо вовлекать в работу всю семью.

Л.Б. Шнейдер пишет: «Гармоничное развитие личности ребенка возможно при сохранении и укреплении его здоровья, определяемого как состояние физического, психического и социального благополучия. Психическое здоровье включает в себя благополучие ребенка в эмоциональной и познавательной сфере, развитие характера и формирование личности. Ребенок берет от семьи все, что необходимо для его роста и развития. В свою очередь и семья получает от ребенка все, что необходимо для ее роста и развития». Ребенок является частью семьи. Наблюдается определенная взаимозависимость и взаимовлияние, идущие в обоих направлениях, от ребенка к семье и обратно.

Семья для ребенка — это основная среда, где он познает тот образ жизни, который становится для него определяющим.

Влияние семьи осуществляется и проявляется следующим образом:

1. Семья обеспечивает базисное чувство безопасности, гарантируя безопасность ребенку при взаимодействии с внешним миром, освоении новых способов его исследования и реагирования.

2. Дети учатся у родителей определенным способам поведения, усваивая определенные готовые модели поведения.

3. Родители являются источником необходимого жизненного опыта.

4. Родители влияют на поведение ребенка, поощряя или осуждая определенный тип поведения, а также применяя наказания или допуская приемлемую для себя степень свободы в поведении ребенка.

5. Общение в семье позволяет ребенку вырабатывать собственные взгляды, нормы, установки и идеи. Развитие ребенка будет зависеть от того, насколько хорошие условия для общения предоставлены ему в семье; развитие также зависит от четкости и ясности общения в семье.

6. Семья создает личность или разрушает ее, во власти семьи укрепить или подорвать психическое здоровье индивида. Процесс семейного взаимодействия избирательно контролирует проявление эмоций, поддерживая одни каналы разрядки эмоций и подавляя другие. Семья поощряет одни личностные влечения, одновременно препятствует другим, удовлетворяет или пресекает

личностные потребности. Опыт отношений внутри семьи играет для ребенка важную роль в формировании его личности, определенных схем поведения и взаимодействия с окружающими.

Например, за помощью в 6 ПНДО ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина обратилась семья с жалобами на школьную и социальную дезадаптацию подростка. В ходе обследования были выявлены высокий уровень депрессии, неконтролируемые вспышки агрессии. При встрече с полным составом семьи (мать, отчим, идентифицированный пациент, младшая сестра) удалось узнать, что мальчик с раннего детского возраста часто был вынужден брать на себя роль «спасителя семьи». В ходе работы со взрослой частью семьи оказалось, что после расставания родителей ребенок периодически проживал с одним из них, а иногда и в семьях дедушек и бабушек, выполняя разные роли. Позже выяснилось, со слов подростка, что он жил с теми, «кому хуже всего» (как ему казалось) и при этом нигде не чувствовал себя как дома и не чувствовал себя нужным. Благодаря снижению острой симптоматики на фоне приёма медикаментозной терапии у подростка удалось в процессе психокоррекционной работы со всей семьёй прояснить причины и механизмы формирования симптома, сместить фокус проблемы с идентифицированного пациента на проблемы всей семьи, на взаимоотношения в супружеской паре, сформировать новые правила и коммуникативные навыки в семье и школе, найти ресурсы – что привело к оптимальному функционированию семейной структуры и значительному снижению степени проявления симптома.

На этом и многих других примерах в своей практике в работе с семьями детей с различными психическими нарушениями мы видим, как важно придерживаться комплексного подхода в лечении.

В связи с изменением классической картины и течения психических заболеваний большая часть таких больных встречается в амбулаторной и соматической практике, куда в настоящее время переносится основная тяжесть лечебного процесса. Поэтому важнейшим условием его успеха стало рациональное сочетание фармакотерапии с социореабилитационными, коррекционно-педагогическими и психотерапевтическими мероприятиями, включая психообразовательную работу с активным вовлечением пациента и его родственников в лечебный процесс.

Таким образом, нарушения психического здоровья детей и подростков и их последствия – одна из важнейших проблем в любом обществе. Проблемы в этой сфере могут иметь для детей и подростков необратимый характер, приводить к всё большему аномалиям психики и поведения. Поэтому так важно своевременное выявление причин и оказание комплексной помощи ребенку и семье в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков. М.: Академический проект; Трикта, 2005. С.20.

Психофармакология как одно из звеньев биопсихосоциальной модели терапии психических расстройств у детей

Психиатрическая больница г. Сумгаита (Азербайджан)

Если в прошлом столетии психофармакотерапия занимала ведущую роль, в наши дни она является лишь одним из направлений психиатрической помощи детям. За 25 лет практической деятельности наибольшую эффективность мы видим в комплексном подходе к лечению психических расстройств у детей – биопсихосоциальной модели. Психотропные препараты чаще уходят на второе или третье место, служат фоном, поддержкой при ведущей роли психотерапии.

По статистическим данным за 2020 г. в г. Сумгаите (Азербайджан) из 527 учетных больных (3-16 лет) – 43% – с умственной отсталостью разной степени тяжести; 37% являются дети с расстройствами психологического развития (из них 35% детей с расстройствами аутистического спектра, преимущественно, детским аутизмом); 8% – с психическими расстройствами органического происхождения (последствия энцефалопатий различного генеза, эпилепсии), 8% – с эмоциональными и поведенческими расстройствами, начинающимися в детском возрасте (тикозное расстройство, заикание, гиперкинетическое расстройство, патологически привычные действия, бродяжничество), 4% – с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР).

Психофармакотерапию мы применяем в патогенетическом лечении умственной отсталости, психических расстройств органического происхождения; симптоматически – для коррекции агрессии, возбуждения, нарушений сна, снятия тревожности.

Ведущей группой препаратов в психофармакотерапии детей являются ноотропные средства, улучшающие работу мозга. Их применяют при лечении всех видов умственной отсталости. Основанием для приема ноотропов в лечении неврозов, эмоциональных и поведенческих расстройств у детей служат физикальные методы исследования, в первую очередь, ЭЭГ. При выявлении резидуально-органической патологии, энцефалопатий различного генеза курсовое применение ноотропов дает хороший эффект.

Патогенетическое лечение психических нарушений органического происхождения (внутричерепная гипертензия, эпилепсия, черепно-мозговая травма, инфекционно-вирусные поражения мозга), кроме ноотропов, включает применение средств, улучшающих мозговое кровообращение, рассасывающую терапию, диуретики, антибактериальные средства, иммуномодуляторы.

При проведении симптоматической терапии мы назначаем седативные средства, дневные транквилизаторы, малые нейролептики для снятия агрессии, возбуждения, тревожности, нормализации сна.

Дозы препаратов зависят от возраста и психического состояния ребенка.

У детей с невротическими расстройствами, эмоциональными и поведенческими нарушениями неорганической этиологии, такими нарушениями психологического развития, как специфические расстройства развития учебных навыков, синдром Аспергера, – психофармакотерапия не показана. В лечении этих патологий мы применяем такие виды психотерапии, как арт-терапия, игровая, песочная, музыкотерапия, танцтерапия, телесно-ориентированная, когнитивно-поведенческая терапия.

Психотерапия, индивидуальные и групповые занятия с психологом, работа с родителями, педагогами и воспитателями проводится при всех видах психических нарушений детей наряду с применением лекарственной терапии или как самостоятельный вид помощи.

Такой комплексный подход дает хорошие результаты.

Выводы:

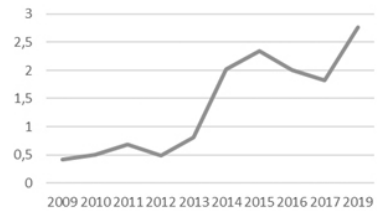
1. Лечение психотропными препаратами является одним из звеньев биопсихосоциальной модели терапии психических расстройств у детей.
2. Ведущей группой препаратов в детской психофармакотерапии являются ноотропы.
3. Эффективность терапии возможно достичь только при комплексном подходе к лечению ребенка в цепочке врач – психолог – родители – педагог/воспитатель.

Комплексная терапия нервной анорексии у детей и подростков

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина

Распространенность нервной анорексии по данным российских и зарубежных авторов, колеблется от 0,3 до 5%, однако объективная оценка заболеваемости нервной анорексии затруднена, т.к. за помощью обращаются, как правило, при выраженных клинических проявлениях [3]. Затрудняет выявить подлинные цифры распространения нервной анорексии и то, что зачастую диагноз кодируется как синдром в рамках иных нозологических форм (психопатии, расстройств адаптации, расстройств шизофренического спектра), без кодировки в качестве сопутствующего диагноза. Несмотря на данные факторы в течении последних 10 лет выявляется устойчивый рост заболеваемости.

Процент заболеваемости нервной анорексией в Санкт-Петербурге на основании данных отделения медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия» от количества обратившихся в 2009-2019 гг.



Летальность при нервной анорексии наиболее высокая среди психических заболеваний подросткового возраста и составляет 5-6% (по некоторым данным, до 15%) и обусловлена нарушениями сердечной деятельности и суицидальным поведением [2].

В настоящее время госпитализация в связи с нервной анорексией бывает двух видов: 1 – госпитализация для стабилизации острой соматической патологии, связанной с недоеданием и потерей веса, 2 – госпитализация в психиатрический стационар в целях коррекции поведения.

Навыки управления поведением, полученные во время стационарного лечения, зачастую используются пациентками как инструмент социализации в искусственной больничной среде. В привычной же обстановке вновь включаются патологические паттерны поведения, что приводит к частым повторным госпитализациям [5]. Та же информация, полученная амбулаторно и примененная в быту, может сыграть значительную роль на пути к выздоровлению. В рекомендациях специалистов из Германии и Франции также упоминаются психосоциальные риски стационарного лечения, такие как социальная изоляция и семейный кризис.

Таким образом, при отсутствии непосредственного риска для жизни целесообразно амбулаторное лечение, сочетающее симптоматическую психофармакотерапию и психотерапию.

В литературе нет четких рекомендаций по медикаментозному лечению нервной анорексии у детей и подростков. Главным образом используются антипсихотики (сульпирид и галоперидол) [1] и антидепрессанты группы СИ-ОЗС (флуоксетин, сертралин, флувоксамин). В зарубежных источниках упоминается о эффективности арипипразола в дозировке 5 мг/сутки [4]. Ведущим способом лечения является психотерапия: семейная и индивидуальная, а после стабилизации состояния и групповая [1].

Из-за стойкого характера заболевания и частых рецидивов психотерапевтическое лечение требуется в течение как минимум одного года. В руководстве Великобритании даются конкретные сроки продолжительности лечения, например, указывается, что когнитивно-поведенческая терапия расстройств пищевого поведения должна состоять из 40 сеансов в течение 40 недель [6]. Французское руководство говорит о продолжительности лечения не менее одного года после значительного клинического улучшения, а немецкое руководство сообщает, что после успешного амбулаторного лечения пациенты должны регулярно встречаться с терапевтом минимум один год [4].

ЛИТЕРАТУРА

1. Дементьев В.В. Диагностика и терапия нервной анорексии, коморбидной с другими психическими заболеваниями у девочек-подростков и их социальная адаптация: Методические рекомендации / В. В. Дементьев, А. А. Василенко, Ю.В. Попов. СПб, 2012. 16 с.
2. Сорвачева Т.Н. Протокол (алгоритм) ведения пациентов с нервной анорексией в условиях стационара / Т.Н.Сорвачева, Е.А.Пырьева, И.Е. Колтунов, Е.Е. Пестряйкина, Е.Л. Усачева, Е.А. Гордеева. М.: ООО «КСТИИнтерфорум», 2015. 16 с.
3. Шубина С.Н. Нервная анорексия: обзор и клинический случай // Медицинский журнал / Шубина С.Н., Скугаревский О.А. // Белорусский государственный медицинский университет; Республиканский научно-практический центр психического здоровья; Минск №1 (71). С. 53-59.
4. Gaby Resmark. Treatment of Anorexia Nervosa-New Evidence-Based Guidelines / Gaby Resmark, Stephan Herpertz, Beate Herpertz-Dahlmann, Almut Zeeck // J Clin Med., 2019.
5. James Lock. Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa // Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Child Adolesc Psychiatric Clin N Am 28 (2019). P. 523-535.
6. National Guideline Alliance (UK). Eating Disorders: Recognition and Treatment. Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/> (accessed on 1 October 2018).

Лекарственная терапия при психотравмах у детей и подростков

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Ситуации, связанные с переживанием психологической травмы, являются одними из наиболее частых случаев обращений в Отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с Телефоном Доверия ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина. К данным ситуациям относятся: смерть – потеря близкого человека, развод родителей, дорожно-транспортное происшествие, ограбление, нападение на ребенка, стихийное бедствие, публичное унижение, провалы на экзаменах или получение неожиданно низкой оценки, вынужденная смена места жительства, ребенок – жертва или свидетель физического, эмоционального, сексуального насилия. В целом, это те ситуации, которые затрагивают жизненно важные, значимые стороны существования ребенка или подростка и приводящие к глубоким негативным эмоциональным переживаниям [5].

Последствия перенесенных психотравм – психореактивные расстройства – могут проявляться как в форме психозов, так и в виде непсихотических реакций. В детском и подростковом возрасте преобладают непсихотические реакции, которые в МКБ-10 шифруются под рубрикой F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Психотравма может быть острой (недавнее однократное психотравмирующее событие) и хронической (многократные повторяющиеся психотравмирующие обстоятельства) [4].

При острых аффективно-шоковых реакциях, возникающих под влиянием внезапного сильного аффекта страха, отчетливо преобладает аффектогенный механизм, при подострых и затяжных реактивных состояниях – психогенный.

Аффективные расстройства при психическом шоке (аффектогенный механизм) выражаются в диффузных нарушениях аффективности (страх, ужас), психомоторики (речедвигательное возбуждение или, напротив, ступорозное состояние) и в нарушениях сознания. Глубина этих нарушений различна. Чем менее интенсивен стресс, тем отчетливее личностный характер этого аффекта (гнев, злоба, отчаяние), личностный характер самой реакции (вплоть до характерологических психопатических реакций).

К хроническим психотравмам относятся ситуации, когда ребенок или подросток постоянно и длительное время находится в травмирующем окружении. Например, домашние насилие, постоянные конфликты в семье, длительный процесс развода родителей с вовлечением ребенка в отношения родителей, школьная травля и другие ситуации.

Чем более продолжительно действует психотравмирующая ситуация, тем значительнее удельный вес психогенного механизма, тем сложнее клиниче-

ские картины психореактивных состояний. При пролонгированной травматизации может происходить «отрыв» динамики болезненных расстройств от вызвавшей их причины. Примером могут служить психогенные развития личности, при которых оба механизма (аффектогенный и психогенный) продолжают действовать с переменной силой длительный период, определяя частоту возникновения острых тяжелых аффективных реакций на фоне развернутых психогенных симптомокомплексов (вплоть до сверхценных или бредовых идей). В этих случаях психогенные заболевания становятся как бы автономными, приобретают известную самостоятельность («саморазвитие» по О.В. Кербикову), то есть формируются психогенные развития личности [1].

Отдельно следует упомянуть состояние, диагностируемое как посттравматическое стрессовое расстройство – отсроченная реакция на психотравму жизнеугрожающего характера. Она развивается как результат истощения адаптационных резервов организма. Случайное взаимодействие с триггером (фрагментом пережитой психотравмирующей ситуации) сопровождается эмоциональным приступом, проявляющимся тревогой, возбуждением, паникой, плачем, неадекватными импульсивными поступками. Переживания актуализируются, трансформируясь в навязчивые воспоминания, кошмарные сны, напряжение, тревожность, депрессию. Дети, подвергшиеся нападению, физическому насилию, становятся агрессивными – провоцируют конфликты, первыми начинают драку. Поведение детей, страдающих посттравматическим синдромом, направлено на избегание ситуаций, актуализирующих воспоминания пережитой психотравмы [2].

Симптомы психологической травмы могут проявляться на соматическом, эмоциональном и поведенческом уровне. Для детей дошкольного возраста наиболее характерны усиление тревоги и появление многочисленных страхов, плаксивость или наоборот, агрессивность и непослушание, нарушение сна, проигрышание в играх эпизодов травмы, стереотипии различного рода, нервные тики, психосоматические нарушения (энурез, логоневроз, нейродермиты и др.). Частым проявлением психологической травмы является регресс в поведении [1].

У детей младшего школьного и подросткового возраста переживание психологической травмы может проявляться в проблемах с учебой, снижении памяти, концентрации внимания, возможен отказ посещать школу или другие занятия, снижение социальной активности (дети стараются больше проводить время в одиночестве или с родителями). На эмоциональном уровне характерны частые и резкие перепады настроения, подавленность, безразличие, апатия, возможны аффективные вспышки и чрезмерная импульсивность. Отмечается панический страх остаться в одиночестве, тяжелые и мрачные мысли, сниженная самооценка, чрезмерная чувствительность к критике, склонность ругать себя за все, сильное чувство стыда. Для подростков также характерно появление суицидальных тенденций и самоповреждающего поведения. При психогенных депрессивных расстройствах подросткового возраста отмечается

малая выраженность, незавершенность клинической картины, неустойчивость и волнообразность течения, полиморфизм симптоматики. Пубертатный криз при развитии психогений усложняет клиническую картину за счет инфантилизма, определяющего своеобразие поведения, волевые и критические особенности личности. В генезе инфантилизма у подростков отмечается сочетание резидуально-органических и психологических факторов [1].

На соматическом уровне у детей любого возраста психологическая травма может проявляться в резком снижении иммунитета, и, как следствие, появление частых простудных и инфекционных заболеваний, возможны резкие изменения артериального давления, головные боли, кожные заболевания, аллергические реакции, обострение любых имеющихся хронических заболеваний, судорожные проявления, изменения в пищевом поведении [1].

Как показывает наш опыт, при оказании экстренной помощи наиболее эффективным является сочетание психотерапевтических мероприятий и медикаментозного лечения. Песочная терапия, различные виды арт-терапии (изотерапия, сказкатерапия) для детей дошкольного и младшего школьного возраста помогают в безопасной форме отреагировать негативные эмоциональные переживания, связанные с перенесенной психотравмирующей ситуацией. В ситуациях с подростками возможно сочетание арт-терапевтических техник с элементами личностно-ориентированной терапии. Также необходимо применение техник семейной психотерапии для создания безопасной и поддерживающей атмосферы внутри семьи для ребенка, гармонизации внутрисемейных отношений.

Выбор назначаемых лекарственных средств должен осуществляться с учетом соответствующих клинических характеристик. При кратковременных (до 3 месяцев) адаптационных расстройствах, клиническая картина которых в основном определяется легко и/или умеренно выраженной тревожностью и астено-психовегетативной симптоматикой, психотерапию можно дополнить применением анксиолитических средств. Из числа фитотранквилизаторов показаны препараты валерианы, пустырника. Хорошо зарекомендовали себя фенибут – препарат с ноотропным, седативным и анксиолитическим действием и анксиолитик небензодиазепинового ряда гидроксизин. Однако зачастую в клинической практике при острой и сильно выраженной тревоге небензодиазепиновые анксиолитики могут быть недостаточно эффективными. В этом случае с целью купирования острой тревоги показано кратковременное применение анксиолитиков бензодиазепиновой группы (диазепам, феназепам, клоназепам, альпразолам) [3].

При лечении последствий психотравм необходимо соблюдать принцип динамического наблюдения за состоянием пациента и присоединять антидепрессанты в случае появления или усиления депрессивных проявлений. Основным показанием к назначению антидепрессантов является преобладание в клинической картине адаптационного расстройства собственно депрессивной симптоматики, затяжное течение адаптационного расстройства с депрес-

сивной симптоматикой; углубление депрессивной симптоматики с появлением в клинической картине аутохтонной гипотимии, явлений соматизации аффекта, усилением мотивационно-волевых и аффектогенных когнитивных нарушений. Наиболее часто используются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин, флувоксамин, сертралин). Появление в клинической картине психореактивных состояний синдромокомплексов психотического регистра является показанием для назначения нейролептиков и лечения в стационарных условиях [3].

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурьева В.А. Психогенные расстройства у детей и подростков. М.: Крон-пресс, 1996.
2. Дмитриева Т.Б., Воложин А.И. Социальный стресс и психическое здоровье/ Под ред. академика РАМН проф. Т.Б. Дмитриевой и проф. А.И. Воложина. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001.
3. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011.
4. Международная Классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств (Клинические описания и указания по диагностике). ВОЗ, 1994.
5. Менделевич В.Д. Клиническая (медицинская) психология: Учебник. М.: Медицина, 1995.

Проблемы исследования комплаенса в детской психиатрии

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» МЗ РФ, Санкт-Петербург

Оказание эффективной психиатрической помощи детскому населению невозможно без создания рабочего альянса в коллегиальной модели отношений «врач-пациент», обеспечивающего комплаентное поведение пациента. Данная модель предполагает свободу выбора пациентом тактики лечения и выполнения назначений, наделяя пациента субъектностью, побуждая его к активной роли в лечебном процессе. Именно субъект-субъектные отношения обеспечивают комплаенс в терапии.

Исследованию комплаентности и ее формированию во взрослой психиатрии и наркологии посвящено множество работ, однако в детской психиатрии этот вопрос остается «белым пятном» [3, 11]. Обращение к современным исследованиям последнего десятилетия показало рост интереса к изучению комплаентности в педиатрии [4, 9, 13, 16], что послужило для нас отправной точкой для постановки проблемы исследования данного феномена в практике детского психиатра, психотерапевта, медицинского психолога.

Как подчеркивают В.П. Чемяков, и А.В. Шашелева взаимодействие врача с педиатрическим пациентом есть общение в триаде «врач–родитель–ребенок», где роли ребенка и родителя с возрастом ребенка меняются — увеличивается роль одного и уменьшается роль другого. Появляется понятие – «комплексный пациент», под которым подразумевается альянс ребенка и родителя, в котором ребенок с возрастом приобретает все большую субъектность. Следуя содержанию понятия субъектности пациента, авторы выделяют четыре ситуации во взаимодействии врача с комплексным пациентом: 1) выяснение жалобы и (запрос на консультацию); 2) выяснение картины болезни (постановка диагноза); 3) сообщение пациенту разъяснений о заболевании и лечении; 4) формирование комплаенса (формирование у пациента приверженности лечению, мотивированного и ответственного соблюдения назначений). Безусловно, в разные возрастные периоды ребенка его состоятельность и участие при решении основных задач медицинской консультации проявляются по-разному. У ребенка с возрастом постепенно формируется способность формулировать запрос, воспринимать и описывать внутреннюю картину болезни, понимать разъяснения врача, формировать комплаенс [17].

До 3-летнего возраста ребенка пациентом выступает диада родитель-ребенок (чаще мать-ребенок). В период от 3 до 11 лет роль ребенка в модели «комплексный пациент» становится все заметнее: он способен указать локализацию боли, сообщить о своем самочувствии, понять значение процедур. Пациенты

старше 12 лет могут самостоятельно сформулировать запрос, описать внутреннюю картину болезни, понять разъяснения, а также соблюдать назначения. В этом периоде, особенно в старшем подростковом возрасте (15–17 лет), роль ребенка максимальна, хотя родитель все же оказывает на него влияние, усиливая или ослабляя контроль над выполнением врачебных предписаний. Следует отметить, что для пациентов с психиатрическим диагнозом возрастной рост субъектности имеет свои особенности определяемый нозологической симптоматикой и дефицитом развития психических функций, обуславливающих рассматриваемую способность воспринимать, рефлексировать, понимать и анализировать информацию.

В литературе мало обсуждаются особенности взаимоотношения врача с ребенком без родителя, а также комплайенса с пациентом в педиатрии, субъектом которого выступает сам ребенок [4, 17]. Работы, посвященные комплайенсу, представлены в большей степени в практике его формирования к АРВТ у детей и подростков с ВИЧ инфекцией [1, 5]. Критическим периодом падения комплаентности является подростковый возраст, когда субъектность подростка в комплексном пациенте проявляется максимально [17]. Это обусловлено множеством причин: склонностью подростков принижать тяжесть симптоматики [9], стремлением к обретению независимости и праву распоряжаться своим телом, временем, жизнью. Разрешение возрастного криза нередко связано с привнесением протестного поведения и в отношении к своему здоровью, меняя внутреннюю картину болезни подростка. В практике подростковой психиатрии кризис этого периода нередко является точкой обострения или эксацербации болезненного процесса, сопровождающийся яркими реакциями подросткового возраста: эмансипации, группирования, хобби, имитации, компенсации и гиперкомпенсации. Совокупность этих факторов несомненно, влияет на комплаенс, а значит и на течение болезни.

Психиатрический диагноз у ребенка является тяжелой жизненной ситуацией для родителя, что может быть сопоставимо с ситуациями тяжелого инвалидизирующего хронического заболевания, онкологической патологии. Именно поэтому мы обратились к исследованиям некомплаентного поведения родителей, сопровождающих детей в процессе лечения жизнеугрожающих (онкологических / гематологических / иммунологических) заболеваний. Н.В. Клипинина и С.Н. Ениколопов в своей работе выделили 8 групп факторов некомплаентного поведения родителей: социально-экономические; связанные с особенностями заболевания и лечения; социально-культурные; связанные с особенностями внутренней картины болезни и лечения; связанные с социально-психологическими и личностными особенностями родителей; группа факторов, отражающих особенности взаимодействия родителя с ребенком; особенности взаимодействия/коммуникации врач-родитель; особенности формирования родителей и усваивания ими информации [10]. Все выделенные группы имеют свои особенности в приложении к родителям и их детям с психиатрическим диагнозом, что позволяет рассмотреть их более подробно.

Социально-экономические факторы подразумевают степень доступности и уровень оказания психиатрической помощи детскому населению. Только один факт – отсутствие специальности детская психиатрия, закрытие кафедр с подобным названием, говорит о существующих проблемах в этой области.

Факторы, связанные с особенностями заболевания и лечения определяют сам темп течения психиатрического заболевания, его продуктивной и негативной симптоматикой, приемом психотропных препаратов и их побочным действием. Нередко комплаентность рассматривается в узком понятии — как следование врачебным предписаниям в приеме лекарственных средств, однако мы неоднократно подчеркивали динамичность этого процесса и его более широкое понимание – комплаенс к системе лечебно-профилактических мероприятий в целом, без которых невозможно представить оказание эффективной помощи в практике детского врача-психиатра [5, 8].

Особенности социально-культурных факторов сопряжены с явлениями стигматизации, дискриминации и самостигматизации в отношении больных с психиатрической патологией. Боязнь родителей за своего ребенка, страх перед отвержением обществом и дискриминацией затрудняет формирование адекватной внутренней картины болезни ребенка у родителя и препятствует принятию диагноза, а значит и комплаенсу в терапии.

Особенности внутренней картины болезни у ребенка с психиатрическим диагнозом требуют изучения, исходя из биопсихосоциального подхода в ее рассмотрении, а значит с учетом всех составляющих в их взаимодействии и динамике. Отсутствие подобных работ открывает перспективное направление для исследователей.

Факторы, связанные с социально-психологическими и личностными особенностями родителей, не только могут определять комплаентность или ее отсутствие, но и являться этиопатогенетическими механизмами в возникновении, развитии и течении заболевания у ребенка. Так, например, группа исследователей В.В. Мрыхина, В.А. Солдаткин и В.В. Мрыхин с соавторами показали, что параметры взаимодействия матери и ребенка, уровень их взаимной эмпатии, может иметь важное значение для формирования комплаенса при лечении шизофрении. Ими показано, что уровень психического здоровья матери является важным ресурсом для поддержания жизнеспособности всей семейной системы и необходимым условием для организации адекватной терапии больного шизофренией ребёнка [12]. Мы поддерживаем сделанный авторами вывод о необходимости изучения вопросов взаимовлияния больного шизофренией и его матери, в том числе, и разработки способов коррекции возникающих при этом проблем, влияющих на комплаенс.

Данный вывод согласуется и с необходимостью учитывать группу факторов, отражающих особенности взаимодействия родителя с ребенком, как в становлении, так и в формировании не только заболевания, но и в способах совладания с ним, в формировании внутренней картины болезни. Как указывают О.В. Александрова, А.Е. Ткаченко и И.В. Кушнарёва, изучавшие пси-

хологические особенности детей и подростков в восприятии ими болезни на разных этапах ее течения: «ребенок нуждается в уверенности людей, от которых он зависит. Ему жизненно необходимо чувствовать, что все старания медицинского персонала, родственников и других значимых для него людей совершаются на должном уровне и в его пользу, направлены ему во благо... психологически правильный настрой родственников будет являться для ребенка мощным ресурсом, неким ориентиром, поддерживающим его на пути к выздоровлению, а в случае неизлечимой болезни — помогать в преодолении трудностей, диктуемых данной ситуацией, и, вопреки обстоятельствам, максимально использовать собственные резервы организма, укреплять жизнестойкость. Все это придаст опоры ребенку и будет способствовать формированию адекватных представлений о собственном здоровье, позволит прочувствовать важность соблюдения предписаний врачей, содействовать согласованному и эффективному сотрудничеству между всеми участниками лечебного процесса: медицинским персоналом, ребенком и членами его семьи» [1, с.126].

Мы вводим понятие внутренняя картина болезни ребенка у родителя. К важности изучения процесса принятия диагноза ребенка разными членами семьи, принятие заболевания самим ребенком мы обращались в наших прошлых публикациях [6].

Исследованию группы факторов, связанных с особенностями взаимодействия/коммуникации врач-родитель, а также особенности информирования родителей и усваивания ими информации в формировании комплаентного поведения посвящено немало исследований в педиатрии. О необходимости налаживания межличностных взаимоотношений в системе «врач – пациент – родители», работы с родителями, направленной на разъяснение сути заболевания, механизмов ее формирования, последствий болезни, тактики лечения пишут исследователи уровня родительской комплаентности и влияющих на него факторов в лечении детей с синдромом раздраженного кишечника [14, 15]. Особое значение уделяется анализу связи некомплаентности родителей, с особенностями коммуникации и информирования родителей медицинским персоналом в процессе лечения детей с жизнеугрожающими (онкологических/гематологических/иммунологических) заболеваниями. С точки зрения родителей важным оказывается получать информацию от врачей своевременно, регулярно, согласованно, доходчиво, однако поэтапно, дозировано, в условиях приватности и поддержки [10, 16]. В свою очередь, мы обращались к теме экологического информирования родителей о диагнозе ребенка, что позволяет профилактировать ятрогении и обеспечивает необходимые условия для процесса принятия диагноза ребенка и тех ограничений, которое неизбежно приносит заболевание, а также теме сопровождения родителей на разных этапах принятия психиатрического диагноза ребенка [7, 8].

Перечисленные факторы лежат в основе формирования и поддержания комплаенса и требуют дальнейшего изучения и необходимой коррекции для обеспечения детского и подросткового населения качественной и эффективной психиатрической помощью.

Заключение. Вопросы комплаентности в детской и подростковой психиатрии остаются малоизученной областью, что определяет необходимость исследований в следующих направлениях:

1. Внутренняя картина болезни ребенка и подростка, страдающего психическим заболеванием;
2. Особенности развития субъектности ребенка», страдающего психическим расстройством в «комплексном пациенте»;
3. Взаимодействие врач-ребенок, обеспечивающее формирование комплаентного поведения с учетом роста его субъектности;
4. Становление и динамика внутренней картины болезни ребенка у родителя;
5. Исследование факторов, поддерживающих комплаенс «комплексного пациента».

По нашему мнению, необходимость таких исследований определяется критерием эффективности лечения – качеством жизни ребенка, подростка, семьи. Данная субъективная интегральная характеристика является не только критерием, но и целью эффективного лечения на основе созданного рабочего альянса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова О.В., Ткаченко А.Е., Кушнарёва И.В. Психологические особенности детей и подростков в восприятии ими болезни на разных этапах ее течения // Педиатр, 2018. Т. 9. № 3. С. 124-127.
2. Афонина Л.Ю., Воронин Е.Е. Приверженность антиретровирусной терапии в разрезе био-медицинской сферы // Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции». Материалы конференции. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2019. С.16-35.
3. Бабин С.М., Шлафер А.М., Сергеева Н.А. Комплаенс-терапия больных шизофренией. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 08.10.2020).
4. Брюнеткин В.Ю., Апенченко Ю.С., Седова А.А. Особенности взаимодействия врач-пациент в педиатрической практике. / 5-я международная научно-практическая и образовательная конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики»; Апрель 14, 2017; Тверь, 2017. С. 24–27.
5. Городнова М.Ю. Подростки и ВИЧ. Школа приверженности // В сборнике: Дети. Общество. Будущее. Сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Москва, 2020. С. 215-217.
6. Городнова М.Ю. Психотерапия семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2017 (17). №2. С. 67-74.
7. Городнова М.Ю. Сообщение родителям о тяжелом психиатрическом диагнозе ребенка как кризисная ситуация // XVI Мнухинские чтения «Кризисные состояния детской психиатрической практике»: научная конференция с меж-

дународным участием [22 ноября 2018 года]: посвящается памяти профессора Самуила Семеновича Мнухина и Людмилы Павловны Рубинной: сборник статей / под общей редакцией Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. Санкт-Петербург: Экслибрис Принт, 2018. С. 35-38.

8. Городнова М.Ю. Тренинг родительской компетенции как метод психопрофилактики и психопросвещения в работе детской психиатрической службы / XVII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития», 7 ноября 2019. Сборник статей: под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. СПб: ЭкслибрисПринт, 2019. С.45-49.

9. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб, 1996. 453 с.

10. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Некомплаентное поведение родителей в процессе лечения детей с жизнеугрожающими (онкологическими / гематологическими / иммунологическими) заболеваниями: обзор исследований и подходов по профилактике // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование», 2018. № 2 (12). С. 28-44.

11. Козин В.А., Агибалова Т.В. Применение комплаенс-психотерапии в комплексном лечении больных алкогольной зависимостью. Вопросы наркологии, 2013. №. 3. С. 60-69.

12. Мрыхина В.В., Солдаткин В.А., Мрыхин В.В., Перехов А.Я., Ковалев А.И., Крючкова М.Н., Бухановская О.А., Хмарук И.Н. Матери больных шизофренией: медицинские и психологические аспекты проблемы // Медицинский вестник Юга России Medical Herald of the South of Russia, 2019. 10(3). С. 6-17.

13. Набойченко Е. С. Соотношение комплаенса и личностных особенностей и потребностей родителей, имеющих детей с двигательными нарушениями / Е. С. Набойченко // Вестник Курганского государственного университета, 2019. № 3 (54). С. 52–54.

14. Налётов А.В., Барина А.С., Горшков О.Г. Оценка эффективности лечения язвенной болезни у детей в зависимости от уровня родительского комплаенса // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация, 2018. Том 41. № 3. С. 464-472.

15. Налетов А.В., Вьюниченко Ю.С., Масюта Д.И. Родительская комплаентность и влияющие на нее факторы при лечении детей с синдромом раздраженного кишечника // Педиатр, 2018. Т. 9. № 2. С. 67-70.

16. Хаин А.Е., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А., Клипинина Н.В. Информационные потребности пациентов подросткового возраста и их родителей на стационарном этапе лечения в детской онкологии-гематологии // Российский журнал детской гематологии и онкологии, 2015. Т.2. С 58-64.

17. Чемяков В. П., Шашелева А. В. Пациент в педиатрии: ребенок, взрослый или оба? Вопросы современной педиатрии, 2018. 17 (5). С. 408-412.

Фармакологическая коррекция нарушений психического развития у детей раннего возраста

Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования (ФГБОУ ДПО РМАНПО) МЗ РФ, г. Москва

Исследования последнего десятилетия в области психопатологии раннего детства показали, что распространенность психических расстройств у детей первых трех лет жизни сопоставима с таковой у старших детей и составляет около 14% [9, 10, 11]. Не только выявляемость, но и лечение психических расстройств у детей раннего возраста вызывает большой интерес и становится актуальной проблемой психиатрии [2-5, 12, 14]. К настоящему времени в детской практике прочно укоренилось положение о том, что детей раннего возраста курируют и лечат педиатры и детские неврологи, которые нередко назначают и психотропные препараты. Основную группу их пациентов составляют дети с т.н. *residua* церебральных расстройств, являющихся последствиями перинатальных поражений ЦНС. Клинически эта патология проявляется вегетативно-висцеральными дисфункциями, повышением нервно-рефлекторной возбудимости, различными пароксизмальными состояниями, синдромами двигательных нарушений, задержкой моторного и психо-речевого развития [1, 10]. Вместе с тем необходимо учитывать, что многие нервно-психические нарушения, синдромально неотличимые от вышеуказанных, и принимаемые у детей раннего возраста за последствия перинатальной патологии, могут быть проявлением психических заболеваний: депривациогенные, сомато-вегетативные расстройства, расстройства эмоций и поведения, аутистические синдромы и задержки психоречевого развития сочетанного генеза. У детей раннего возраста также возможны острые психозы (экзо- и эндогенной природы), ведущие к приостановке или регрессу психического и физического развития с появлением астении, задержки/недоразвития когнитивных функций, аффективной неустойчивости и отклоняющихся форм поведения и взаимодействия с окружающими. Часто специалисты, работающие с малышами, наблюдают дисгармоничное патологическое развитие в сочетании со стойкими или транзиторными расстройствами моторной, аффективной и идеаторной сфер (кататоноподобные нарушения, тики, стереотипии, нелепые фобии, сверхценные игры и др.), но ошибочно расценивают их как проявление последствий перинатального или другого экзогенного поражения ЦНС. Однако подобная клиническая картина может быть ранним проявлением шизотипического формирования личности или доманифестного этапа, раннего непсихотического начала или даже «просмотренного» постприступного развития шизофрении. Такая патология в первые годы жизни ребенка чаще всего интерпретируется неверно и остается вне поля зрения психиатра и, соответственно, без адекватного лечения.

Как известно, дебют и развитие психических заболеваний обусловлены сложным сочетанием генетических, экзогенных и социальных причинных факторов и предрасположенностей. Особенно это значимо для пациентов раннего возраста, у которых соматическая патология приводит к задержке и физического, и психического развития с нарушением формирования речи, коммуникативных и социальных навыков. Ранние психотические эпизоды также могут приводить к дезинтеграции психической деятельности и/или деменции с формированием стойкого олигофреноподобного дефекта. Одновременно наличие эндогенной психической патологии приостанавливает/искажает развитие будущей личности и видоизменяет образ жизни ребенка и его семьи, формирует аномальные привычки и стереотипы поведения, питания, взаимодействия ребенка и его родных. Это, в свою очередь, может приводить к соматическому неблагополучию (нарушение пищевого поведения – к изменениям микробиоты; компенсаторная гиперопека или хроническая усталость родителей – к отставанию/искажению моторного развития, риску хронических инфекций и травматизации ребенка, включая черепномозговые травмы).

Крайне важно, чтобы лечение психических расстройств у детей раннего возраста было комплексным с использованием препаратов, направленных на терапию как соматических, так и психических нарушений, в сочетании с психотерапевтическими и психолого-педагогическими методами коррекции [1, 3]. Последние занимают ведущее место в терапии психических нарушений у малышей, но они заслуживают отдельного обсуждения.

Психофармакотерапия назначается в качестве патогенетического лечения при инфекционном, метаболическом, травматическом генезе резидуальной психоневрологической патологии для снижения частоты и степени выраженности последствий. Также как патогенетическое лечение, ПФТ назначается для купирования депрессии, детской тревожности, фобий, кататонических/кататоноподобных расстройств, и как симптоматическое лечение – для коррекции аномального поведения.

Важным фактором, стимулирующим интерес специалистов к использованию психотропных средств при психической патологии в раннем детстве, послужили успехи психофармакологии. Появление новых высоко эффективных и малотоксичных психотропных препаратов привело к попыткам переноса опыта их использования в детскую практику. Существуют строгие юридические и этические ограничения к прямому назначению новых препаратов детям. Однако сохраняющаяся и вынужденная в результате ряда причин тенденция к использованию препаратов off label (вне назначений) в научных исследованиях и клинической практике, показала положительные результаты. Для отдельных психотропных средств возрастная граница от 18 лет была сдвинута к более младшему возрасту. К настоящему времени амисульприд разрешен детям с 15 лет, палиперидон – с 12 лет, рисперидон – с 5 лет, арипипразол – с 2,5 лет [5-8, 13, 14].

В настоящей работе мы представляем психофармакотерапевтические подходы к лечению психических расстройств у детей раннего и младшего дошкольного возраста, основанные на собственном многолетнем опыте клинико-динамического наблюдения и лечения 312 детей в возрасте 1-6 лет. При обследовании малышей были диагностированы: последствия органического поражения ЦНС, включая интеллектуальное недоразвитие (52 человека), общие и/или специфические нарушения развития (195 человек; из них аутизм эндогенного генеза – 42 человека), расстройства эмоций и поведения детского возраста (31 человек), расстройства речи (26 человек), наследственные синдромы (8 человек). В большинстве случаев (234 человека – 75%) выявлялись расстройства непсихотического уровня. Психотический уровень нарушений диагностирован у 78 человек (25%).

Вследствие изоморфизма симптоматики психических расстройств у детей фасадные нарушения в клинической картине определялись не столько природой болезни, сколько возрастным этапом развития ребенка. У большинства детей выявлялись типичные для раннего возраста симптомы и синдромы соматовегетативных расстройств, нарушений циркадных ритмов сна и принятия пищи, недостаточность или извращение инстинктивной деятельности, перманентное или скачкообразное нарушение/регресс в формировании речевых и двигательных навыков. Эти расстройства не имели нозологической специфичности и могли быть проявлением всего спектра психических расстройств от психогенной депривационной депрессии до эндогенного процесса. Тяжесть болезненного состояния (психотический/непсихотический уровень) определялась при первых же консультациях специалиста, но нозологический диагноз нередко требовал длительного периода наблюдения (год и более). Вне зависимости от нозологии, авторы всегда прибегали к комплексной терапии, уделяя большое внимание психотерапии как самого ребенка, так и диады мать-дитя, лечебной педагогике и соматической терапии. Вместе с тем, уже при первых консультациях назначали психофармакотерапию как важнейший и необходимый компонент лечения.

Известно, что подбор дозы лекарственного средства коррелирует с возрастом/массой тела ребенка. Однако лишь в редких случаях в справочниках, научных и экспериментальных работах имеются указания о дозировании ПФТ-препарата в расчете на кг массы тела или м² площади кожных покровов ребенка. На сегодняшний день общей практикой стало назначение лекарственного средства в эмпирически найденной пропорции, рассчитываемой от терапевтической дозы взрослой практики. Для детей раннего возраста она соответствует 1/8 – 1/4 суточной дозы взрослого.

У большинства детей раннего возраста с психическими нарушениями выявлялось изначальное или приобретенное (как следствие болезни) отставание/асинхрония формирования и созревания психических функций и навыков, недостаточная интеграция/дезинтеграция деятельности отдельных сфер психики (моторика, мышление, воля, речь) или всей психической жизни. Вследствие

этого, основу ПФТ малышей с психическими нарушениями составляли препараты нейропротекторного типа, способные стимулировать обменные процессы в нервной ткани, нейрогенез и синаптогенез, а также снижать последствия патологических воздействий (ишемии, интоксикаций, в/у инфекций, ч/м травм). Для достижения этой цели использовали несколько групп препаратов, улучшающих функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма тканей и улучшения церебрального кровотока.

Для улучшения нейрометаболизма мы использовали: а) аминокислоты и нейропептиды (глицин, биотредин, – с 1 года, глиатилин, когитум и семакс – с 3 лет); б) полипептиды и органические композиты (кортексин, церебролизин, церебрамин – с 1 года, тенотен детский – с 3 лет).

Практически почти всем детям назначали ноотропные препараты, позитивно влияющие на высшие интегративные функции мозга, обладающие способностью улучшать нейрогенез и нейропластичность головного мозга, кортико-субкортикальные связи, повышающие устойчивость мозга к повреждающим факторам (гипоксии, интоксикации), улучшающие мнестические/когнитивные функции. Предпочтение отдавали рацетамам (пирацетам – с 1 года, пикамилон – с 3 лет), а также пептидному нейропротектору семаксу – с 3 лет и аминокислотной кислоте (фенибут – с 3 лет); последняя обладает дополнительным седативным радикалом действия. С осторожностью, из-за риска перевозбуждения, назначали другие производные ГАМК (аминалон, энцефабол), а также гопантеновую кислоту (пантогам), назначение которых возможно с 1 года.

При наличии в анамнезе указаний на перинатальную патологию, церебральную ишемию дети получали цереброваскулярные препараты (циннаризин/стугерон – с 5 лет, винпоцетин/кавинтон – с 1 года), улучшающие микроциркуляцию и обладающие антиагрегантным и антигипоксическим действием. У детей с последствиями гипоксии и ишемии мозга, интоксикаций и черепно-мозговыми травмами уже после первых курсов терапии наблюдался хороший клинический эффект.

В качестве общеукрепляющего лечения использовались витамины и витаминоподобные средства с нейротропной активностью (магне-В6 и другие витамины группы В, биотредин – с 1 года, левокарнитин – с 2 лет).

Нейропротективные препараты мы назначали на 1-3 месяца курсами 2-3 раза в год, при этом нейрометаболики и ноотропы применялись в сочетании с цереброваскулярными средствами и витаминами.

При выявлении у детей раннего возраста более глубоких (психотических) или специфических психических расстройств нельзя было обойтись без назначения других групп психотропных препаратов. Проявлениями психоза в этом возрасте обычно являются комплекс аутистических/аутистикоподобных феноменов психотической глубины, сверхценная манипулятивная игровая деятельность, стойкие страхи с нарушением контактов, кататонические/кататоноподобные нарушения моторики и речи, немотивированная или стереотипная ауто-и гетероагрессия.

Для седативного эффекта и купирования выраженного возбуждения на первом этапе мы использовали средства растительного происхождения (валерианахель – с 2 лет, нервохель и нотта – с 3 лет). При отсутствии седации быстро переходили на нейропротекторы с седативным действием (тенотен детский и фенибут) или же использовали гидроксизин/атаракс (с 1 года). Назначение этих препаратов способствовало исчезновению/ослаблению тревожности, беспокойства, напряженности ребенка, позволяло нормализовать сон и стабилизировать вегетативный статус. В случае и их малой эффективности необходимо было вводить собственно нейролептики, при этом вначале предпочтение отдавалось малым нейролептикам (алимемазин/тералиджен – с 1 года, метоклопрамид/церукал – с 2 лет, перициазин/неулептил – с 3 лет, тиоридазин/сонапакс – с 4 лет). Лишь и при их неэффективности, тяжести и стойкости психотических проявлений вынужденно переходили к назначению больших нейролептиков: хлорпромазин/аминазин (с 1 года), галоперидол (с 3 лет), рисперидон/рисполепт (с 3 лет). Детям раннего и младшего дошкольного возраста мы предпочитали назначать препараты в жидкой форме (капли), что позволяло медленно и аккуратно наращивать дозировки (титрование дозы), снижало риск побочных явлений.

При депрессивных состояниях антидепрессанты малышам мы не назначали, ограничивая лечение различными видами психотерапии. Для седации при тревожности и психомоторном беспокойстве использовали средства растительного происхождения (валерианахель, нервохель, нотта и др.) и ноотропы с седативным/анксиолитическим компонентом (тенотен детский, фенибут).

Значительное место в терапии психических расстройств раннего возраста принадлежало карбамазепину/финлепсину и вальпроатам (с 1 года), которые использовали для купирования широкого спектра нарушений. Мы наблюдали их высокую эффективность при функциональных дизритмиях, депрессиях, дисфориях, психопатоподобных нарушениях поведения с ауто- и гетероагрессией. Побочные эффекты этих препаратов были незначительны и быстро редуцировались при снижении дозы,

В заключение следует отметить, что лечение психических нарушений у детей раннего и младшего дошкольного возраста все еще остается мало изученной областью психиатрии, а научные знания находятся на начальных этапах формирования. Сам спектр психотропных средств, применяемых для маленьких пациентов, крайне скуден. Можно говорить, что выбор медикаментозных средств идет на уровне синдромальной диагностики. Подбор дозы все еще происходит эмпирически и определяется возрастом ребенка и остротой/тяжестью состояния. Задачей будущего является разработка научной программы и проведение клинических исследований по онтогенетически ориентированной психофармакотерапии с использованием накопленных к настоящему времени результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев: «Здоров'я», 1980. С.525.
2. Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В. Психотерапия в детской психиатрии: руководство для врачей. СПб.: ГЭОТАР-Медия, 2017.
3. Горюнова А.В., Шевченко Ю.С., Данилова Л.Ю. Психотерапевтические подходы к лечению детей раннего возраста с психическими расстройствами // Вопросы психического здоровья детей и подростков. М., 2017 (17). № 2. С. 63-64.
4. Горюнова А.В. Нейрометаболическая терапия психических заболеваний у детей. Аутизм и расстройства аутистического спектра у детей // В кн.: Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. проф. Ю.С. Шевченко. 2-е изд. М. «МИА», 2017. СС. 392-419, 891-909.
5. Данилова Л.Ю. Основы психотерапии психических заболеваний // Там же – С. 836-891.
6. Данилова Л.Ю., Киреева И.П. Психотропные препараты, рекомендованные к применению у детей и подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. М., 2012. № 1. С. 109-123.
7. Инструкция по применению лекарственного препарата Инвега®, согласованная с Минздравом России 09.04.2013 г., регистрационный номер ЛСР – 001646/07.
8. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е. Опыт применения rispoleпта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. М., 2006(6). № 2. С. 56-62.
9. Козловская Г.В., Скобло Г.В. Состояние психического здоровья детей раннего возраста. (Клинико-эпидемиологическое исследование) // Журн. неврологии и психиатрии им. Корсакова. М., 1989. №8. С. 58-84.
10. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М., 2012. 560 с.
11. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая. // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2019. № 2. С. 80-84.
12. Шевченко Ю.С., Северный А.А., Данилова Л.Ю. Нерешенные (нерешаемые) проблемы диагностики и терапии в детской психиатрии // Российский психиатрический журнал. 2006, № 4. С. 35-40
13. Marcus R.N., Owen R., Kamen L. et al. A placebo-controlled, fixed-dose study of aripiprazole in children and adolescents with irritability associated with autistic disorder // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2009. Nov.; 48(11): 1110-9.
14. Rapoport J.L. Детская психотерапевтика: слишком много или слишком мало? // World Psychiatry. – 2013. No 12 (2). С. 111-116.

Фармакотерпия vs (или et?) психотерапия в лечении психических расстройств у детей

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Спор об отношениях психотерапии и фармакотерапии в лечении психических расстройств так же стар, как и сама наука о психических расстройствах. Способы «исцеления духа» как с помощью бесед и ритуалов, так и с помощью приема различных (более или менее эффективных) веществ существуют с тех пор, как человечество накопило достаточно избыточного продукта, чтобы избежать необходимости каждую секунду бороться за физическое выживание. Тогда у людей появилось свободное время для размышления об окружающем мире и своем месте в нем. И как следствие – возможность осознать неудовлетворенность и другие негативные переживания без того, чтобы быстро погибнуть вследствие перерыва в своей примитивной трудовой деятельности.

Поэтому хочется избавить читателя от своих рассуждений о том, настолько важны оба компонента в комплексном подходе к лечению психических расстройств. Особенно у детей. Уже давно общепринятой точкой зрения является необходимость комплексного, био-психо-социального подхода, куда входят как фармакотерапия и психотерапия, так и различные социальные воздействия, которые по мере усложнения общественной жизни становятся все более значимыми [1, 2].

Хотя иногда до сих пор приходится сталкиваться с упрощенным пониманием модели лечения психических расстройств. Например, некоторые (отдельные) психологи продолжают активно отрицать пользу фармакотерапии вообще. И настраивают своих клиентов против медикаментозного лечения. К счастью, преимущественно это не медицинские психологи, и чаще всего – господа не слишком хорошо образованные. Хотя есть и просто ортодоксальные приверженцы «антибиологического подхода», лечащие психокоррекцией псевдогаллюцинации и другую тяжелую психопатологическую симптоматику (не шучу, автору приходилось встречаться с такой коллегой) – чаще всего до попадания пациента в психиатрический стационар. Но, к счастью, таких «специалистов» среди дипломированных психологов становится все меньше.

Есть у проблемы и другая сторона – убежденность некоторых врачей-психиатров в неэффективности психотерапевтического воздействия и уверенность в том, что психическое расстройство, даже из спектра «малой психиатрии», можно полностью исцелить лишь фармакологическими методами. Хотя такая «крайняя» позиция менее распространена. Такие «ортодоксы от медицины», хоть часто и пренебрежительно относятся к специалистам других «помогающих» профессий, все же уверены, что психотерапевтическое воздействие, проводимое параллельно медикаментозному, как минимум, не повредит. И не возражают против дополнительных психотерапевтических вмешательств.

Практика показала, что пациенты тоже очень по-разному относятся к значению медикаментозного лечения. В своей работе мы неоднократно сталкивались с ситуацией, когда родители пациентов с психозами требовали, чтобы детей лечили психотерапией и массажами. Но интересно, что некоторые пациенты (скорее, речь идет о взрослых) мечтают о том, чтобы психические расстройства полностью излечивались медикаментозно. Наряду с «фармакодиссидентами», отказывающимися даже от «легких» лекарственных препаратов, есть и «фармакоприверженцы», которые стремятся избегать психотерапии. Такое отношение к лечению встречалось нам и у пациентов с невротическими и психосоматическими расстройствами, часто – сопряженными с трудностями в семейной ситуации. Например, когда изменения, которые может вызвать психотерапия, слишком сильно их пугают. Или на психотерапию нет времени и денег – не секрет, что психотерапия действует не быстро и стоит весьма дорого.

Как медицинский психолог, я могу лишь проиллюстрировать на отдельных примерах значимость комплексного подхода. И первая диагностическая категория, о которой хотелось бы поговорить - это пациенты (точнее, пациентки) с анорексией. Состояние, с которым очень сложно справиться амбулаторно. По крайней мере, так может показаться психологу психиатрического стационара. Так как таких пациенток на женском отделении детского психиатрического стационара становится все больше (особенно - по сравнению с периодом десятилетней давности).

У нас были отдельные пациентки, которые начинали есть почти сразу после попадания в стационар, с минимальными психотерапевтическим и медикаментозным воздействием. Хотя, наверное, таких пациенток сложно назвать даже собственно «пациентами с анорексией», несмотря даже на выраженный дефицит веса, аменореею и т.д. Ведь анорексия – это не только отказ от приема пищи, это еще и обширный комплекс переживаний, с приемом пищи связанный. Более того, при анорексии прием пищи, вес, внешность «вписываются» в центр глобальной системы ценностей. Причем в форме, противоположной биологически продуктивной. Даже установочное поведение, связанное с тем, чтобы просто начать есть и выписаться быстрее для них представляется крайне тягостным, в начале лечения – даже невозможным. Чаще всего девочки продолжают терять вес и отказываются от еды даже после начала лечения в стационаре. Зачастую в тяжелых случаях приходится длительно назначать высокие дозы антипсихотических препаратов, пока появится хоть какой-то заметный эффект: снижение тревоги, связанной с приемом пищи, общее «смягчение» состояния, уход от категоричности суждений в отношении ценностей, из которых доминирующими у пациенток с анорексией является все, что связано с весом, пищей и внешностью. До этого момента психотерапия, как правило, является крайне малоэффективной. Минимально можно контролировать какие-то аспекты эмоциональной жизни девочек. Но основное заболевание, анорексия, как правило, без массивной медикаментозной терапии крайне слабо поддается лечению. И в тот момент, когда пациент(ка) «смягчается»

и начинает есть, очень важно вводить психотерапию и психокоррекцию – семейную, индивидуальную, групповую. Без этого у пациенток, как правило, резко повышается тревога. Часто анорексия переходит в обжорство, усиливается эмоциональная лабильность, дополнительно появляются невротические расстройства. Психотерапия на этом этапе словно учит пациенту заново жить с самой собой на новом этапе. Девушки словно теряют все ориентиры и границы во взаимоотношениях с едой, собственным телом, и даже основными жизненными ценностями. И их приходится выстраивать заново, переструктурировать.

Казалось бы – вот ответ, как можно справиться с ситуацией амбулаторно. В начале – интенсивная медикаментозная терапия с последующим присоединением психотерапии. Но без социального воздействия – отрыва от привычного социума и, увы, ограничения свободы (в данном случае – свободы уморить себя голодом) данный рецепт... тоже не работает.

Безусловно, при работе с разными психическими расстройствами значимость каждого из компонентов био-психо-социального подхода меняется. Понятно, при работе с психозами основным средством лечения является фармакотерапия. А психологические и социальные воздействия эффективны в определенной мере только на стадии реабилитации и ресоциализации. А вот с невротическими расстройствами, даже в детском возрасте, соотношение несколько иное. Но даже в этом случае гораздо проще осуществлять психотерапевтическое и психокоррекционное воздействие после начала медикаментозного лечения. Пациенту гораздо проще воспринять психотерапевтическое воздействие, если его не мучает тягостная протопатическая тревога. И даже пациенту с ЗПП и СДВГ проще усваивать результаты психокоррекционных и дефектологических воздействий, если они могут сосредоточить внимание и просидеть на занятии относительно спокойно полчаса, не вскакивая каждую минуту.

Почти каждый «вспомогательный» специалист знает, как важно адекватное медикаментозное лечение пациентов. Многие вспомогательные специалисты (психолог, логопед), работающие в области психиатрии более 15-20 лет еще помнят те времена, когда серьезной проблемой были побочные эффекты медикаментозной терапии – заторможенность, слюнотечение, даже двигательные расстройства. И, к сожалению, в «былые» времена во многих случаях полностью устранить эти побочные эффекты было очень сложно. Ситуация с лекарственным обеспечением меняется постепенно, «хорошим тоном» являются жалобы на малое количество доступных в детской практике препаратов. Но ведь сейчас в отделениях практически нет сильно заторможенных пациентов с повышенным мышечным тонусом, нарушенной дикцией, постоянно сглатывающих слюны – по крайней мере, автору уже много лет не доводилось с этим сталкиваться. Такое состояние, если возникает, является необычной, почти чрезвычайной ситуацией, требующей немедленной коррекции. А еще многие помнят то время, когда ситуация, если у пациента «закатились глаза»

и «свело шею» являлось просто признаком того, что надо просто чуть откорректировать терапию (не далее, чем начало-середина 2000-х). Таким образом, если вспомнить еще относительно недавнее прошлое, то видно, что ситуация с лекарственным обеспечением улучшается. Хотя и медленнее, чем хотелось бы.

Конечно, очень важно, чтобы в детскую фармакотерапевтическую практику вводилось больше новых препаратов [3]. Особенно это касается лечения состояний, в которых биологический компонент преобладает над психосоциальным. Эффективная медикаментозная терапия является залогом эффективности последующей психотерапевтической и психокоррекционной работы. Поэтому хочется закончить пожеланием от всех специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья: «Побольше лекарств, хороших и разных!».

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронков Б.В. Психиатрия детей и подростков. СПб, 2017.
2. Детская психиатрия. Учебник под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. СПб.: Питер, 2005.
3. Пашковский В.Э. Проблемы лекарственного обеспечения в детской психиатрической практике // XVII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития». Сборник статей: Под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. СПб, 2019. С.103-106.

Использование рисперидона в лечении аутистических расстройств у детей дошкольного возраста.

Клинические случаи.

*(Светлой памяти любимого учителя
Демьянова Юрия Генриховича)*

СПб ГКУЗ «ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина»

В психоневрологическом детском дневном стационаре (ПНДДС) среди пациентов всегда есть дети, страдающие аутистическими расстройствами. Нами накоплен большой практический опыт помощи детям с такой патологией. В разработанной нами программе принимает участие несколько высококвалифицированных специалистов: психиатры, медицинский психолог, логопеды-дефектологи, воспитатели (коррекционные педагоги), педиатр, невролог. Осуществляется индивидуальный подход к каждому ребенку. Активно привлекаются родители, с ними проводится разъяснительная работа, обучение методикам взаимодействия с ребенком. Комплексный подход включает в себя применение как немедикаментозных, так и медикаментозных методов терапии.

К сожалению, пока эффективных методик лечения аутизма не найдено. Основным рекомендованным методом является интенсивная поведенческая терапия, позволяющая добиться относительных положительных результатов. В ряде случаев без использования нейрорептиков успеха достичь не удастся. Препаратом выбора в нашем случае был рисперидон. Подбор лекарственного препарата происходит с учетом возраста детей. Поскольку в нашем дневном стационаре находятся дети от 3,5 до 7 лет включительно, то выбор препаратов сильно ограничен. При этом необходимо учитывать соматическое состояние ребенка и наличие симптоматики, определяющей клиническую картину заболевания, а также риски возникновения побочных действий (чаще всего это увеличение веса и седация). Одним из основных показателей терапии является ее безопасность. Эффективность оценивается по смягчению аутистической симптоматики и стойкости ремиссии.

Индивидуальный ответ на медикаментозную терапию предсказать заранее сложно. Нередко родители относятся с большим опасением к назначению рисперидона, считая его опасным и токсичным, поэтому стремятся к альтернативным методам помощи: диета с исключением глютена и казеина, анималотерапия и другие. Часто реализуются трудоемкие, но подчас неэффективные и дорогие методики, отнимающие время родителя и создающие иллюзию помощи.

Приводим выдержки из историй болезни двух пациенток, госпитализированных в ПНДДС в 2019-2020 гг., которым был установлен диагноз из рубрики

F84 в международной классификации болезней 10 пересмотра: Аутизм.

Первая пациентка: девочка 6-ти лет, впервые поступившая в ПНДДС по направлению участкового психиатра с жалобами родителей на неконтактность, отставание в психическом и речевом развитии. К моменту поступления посещала коррекционный детский сад для детей с легкой умственной отсталостью. Из анамнеза известно, что ребенок воспитывается в полной благополучной семье, наследственность явно психической патологией неотягощена, но оба родителя мало контактные, эмоционально и мимически невыразительные. Данных о выраженной перинатальной патологии в раннем анамнезе не получено, отмечалась лишь легкая гипоксия при рождении. Своеобразие в развитии появилось на первом году жизни: девочка была пассивна, не вступала во взаимодействие с родителями, на руках висела «мешком», не поддерживая зрительный контакт, крутила волосы у взрослых, подолгу была бездеятельна, сосала пальцы. Попытки мамы развивать и обучать девочку были безуспешными. Образовательный путь ребенка напоминал лестницу вниз: с 2-х до 3-х лет посещала частный детский сад, с 3-х до 5-ти – группу для детей с ЗПР, с 5-ти лет – группу 8 вида. Ни в одном из учреждений девочка не вовлекалась в продуктивную деятельность и не общалась со взрослыми и детьми. Была крайне избирательна в еде, не жевала твердую пищу, пила из рожка, в быту полностью обслуживалась родителями. Однако в комфортной домашней обстановке могла играть со страшим братом в компьютерные игры, а собственная игра была у нее сюжетной (проигрывала сюжеты из мультфильмов).

При поступлении в ПНДДС очень долго адаптировалась. В группе была отгорожена, одинока, прятала лицо за длинными волосами, часами сидела у стола в скорбной позе, не реагировала на происходящее в группе, была двигателью заторможена, амимична, не вовлекалась в игры и занятия. Была крайне малопродуктивна, негативна при индивидуальных занятиях, не интересовалась заданиями, оставалась равнодушна к неудаче, не реагировала на похвалу. В связи с отсутствием положительных изменений в течение длительного времени, нами было принято решение назначить рisperидон. Начали с минимальной дозы и постепенно нарастили до 0,35 мг (6 капель 0,1% раствора для перорального применения) в сутки, что дало терапевтический эффект: поведение девочки значительно изменилось. Она начала взаимодействовать невербально с логопедом, затем начала вовлекаться в безречевые занятия в группе (рисование, лепка, настольные игры). Несколько позднее стала пользоваться речью дома и в стационаре – в речи использовала отдельные слова, преимущественно глаголы в 3 лице. Голос при этом был низкий, недостаточно модулированный и своеобразный. Стал очевиден тяжелый характер патологии импрессионной речи: девочка плохо понимала обращенную речь. При этом относительно сохранными были способности к математике и выполнению логических заданий, не требующих понимания речевых инструкций (шифровки, кубики Кооса, выделение лишнего). Помимо рisperидона в терапии использовались нейропротекторы, индивидуальные психокоррекционные занятия, элементы музыкотерапии.

рапии, психологическое сопровождение и активная работа с семьей. К концу первого года пребывания стало возможным обследовать девочку с помощью методики Векслера (детский вариант). Были получены следующие результаты: НИП-97, ВИП-55, ОИП-72. По решению родителей, девочка получила отсрочку от школьного обучения и повторно была госпитализирована в ПНДДС.

В течение второго года посещения сумела адаптироваться в подготовительной к школе группе. Значительно смягчились проявления аутистической симптоматики. Стала возможна совместная игра с хорошо знакомым взрослым, потом с 1-2 спокойными сверстниками, с которыми у нее сформировались дружеские отношения. К этому времени девочка стала чаще пользовалась речью для общения, могла отвечать на вопросы, обращаться с редкими просьбами. Специалистами ПНДДС продолжалась массивная психокоррекционная работа с девочкой, а также ее родителями, семья дополнительно начала заниматься в центре «Отцы и дети». За 4 месяца совместной работы аутистическая симптоматика практически редуцировалась, что позволило лечащему врачу постепенно снизить, и в итоге отменить рисперидон. Девочка не дала негативной реакции на отмену препарата. Она продолжала продвигаться в психическом развитии, стала участвовать в детских праздниках, затем и в групповых занятиях и утренниках. Постепенно смягчался речевой негативизм. Девочка стала использовать речь для общения, научилась читать. К концу второго года пребывания результаты обследования по тесту Векслера выявили отчетливую положительную динамику: НИП-110, ВИП-55, ОИП-79. Комиссией ТПМПК девочка была зачислена в школу 7 вида и начала обучение с 8 лет. По данным катамнеза, девочка справляется с программой и продолжает учиться в классе.

Вторая пациентка: девочка 5-ти лет, впервые поступила в ПНДДС по направлению участкового психиатра с жалобами родителей на неконтактность, резко выраженный негативизм, бурные протестные аффекты при любой попытке организовать ее деятельность, непонимание речи и отсутствие экспрессивной речи.

В анамнезе выраженная патология в перинатальном периоде, роды 1-е, срочные. Девочка развивалась моторно по возрасту, к году появились звукоподражания, первые слоги. Однако, с 1,5 года девочка замкнулась, перестала общаться и поддерживать зрительный контакт, реагировать на обращение и откликаться на имя, обращаться с просьбами. С 2-х лет девочку стали обследовать, показывать различным специалистам города, начали заниматься с логопедом. С 3-х лет речь появилась, но в виде цитат, фраз-штампов, с просьбами не обращалась, на вопросы не отвечала, была крайне прессыщаема. Детские дошкольные учреждения не посещала.

Адаптация в средней группе (дети 4-5 лет) проходила сложно. Девочка была отгорожена, аутична, не шла на контакт ни со сверстниками, ни со взрослыми, стереотипно кругами бегала по комнате, забиралась на мебель и прыгала оттуда, отмечались речевые стереотипии: эхолалии, цитаты, фразы-штампы. При попытках вовлечь ее в более продуктивную деятельность давала бурные

протестные реакции с разрушительными действиями, падала на пол, визжала. Могла проявить агрессию к ребенку или взрослому. Не вовлекалась в совместные игры и общие занятия. Продуктивность на индивидуальных логопедических занятиях была нестабильна и низка, девочка отказывалась выполнять предложенные задания, не удерживала внимание, не проявляла познавательного интереса. После комиссионного осмотра было принято решение к терапии добавить рисперидон, на что родители дали согласие. На фоне приема препарата в дозировке 0,35 мг/сутки девочка значительно изменилась в поведении, стал доступен зрительный и тактильный контакт с ней, она начала односложно отвечать на простые вопросы, выполнять бытовые просьбы, участвовать в групповых занятиях, с удовольствием рисовать. Однако, протестные аффекты, хоть и стали реже и короче, сохранялись и носили стойкий, часто беспричинный характер. При этом сочетание низких доз рисперидона, нейропротекторов, систематических лого-коррекционных занятий, психологического сопровождения и музыкотерапии позволили девочке продвигаться в психическом развитии. Постепенно улучшалось понимание речи и коммуникативные навыки. Появилась экспрессивная речь сначала в виде слов, а затем и в виде самостоятельных фраз.

Своеобразием данного случая является стойкость аффективных нарушений и невозможность отмены рисперидона в течение 2-х последующих лет. При попытках отмены препарата, снижении дозировки аффекты учащались и усиливались. В результате проводимых мероприятий девочка была подготовлена к школе и успешно учится в коррекционном классе по программе 7 вида в сопровождении тьютора. По катamnестическим данным, принимала респондент в течение первого полугодия учебы. Также следует отметить отсутствие патологического набора веса.

Таким образом, на примере этих двух клинических случаев можно сделать вывод, что применение рисперидона у детей с проявлениями аутистической симптоматики эффективно. Считаем вполне оправданным дополнительные разъясняющие беседы с родителями с целью устранения их опасений по поводу лечения нейрореплетиками.

Когерентный анализ ЭЭГ у детей с последствиями тяжелой черепно-мозговой травмы, получавших цитофлафин в восстановительном периоде (предварительные результаты исследования)

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Исследование электрической активности является признанным методом диагностики при нервных и психических заболеваниях. Многие работы свидетельствуют, что наиболее важными показателями, характеризующими степень функциональной зрелости мозга детей, являются системные характеристики пространственно-временной организации ЭЭГ [5, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15]. Предполагается, что становление межцентральных отношений биопотенциалов мозга у детей является определяющим в развитии функциональных взаимодействий проекционных и ассоциативных корковых областей, и может являться нейрофизиологической основой процессов восприятия и реагирования ребенка [5, 9].

Среди очевидных преимуществ метода количественной (математической) электроэнцефалографии являются многократное воспроизведение записи ЭЭГ с разным усилением и разной временной разверткой при ЭЭГ-обследовании пациентов детского возраста; анализ низкоамплитудных видов ЭЭГ-активности и узких частотных полос внутри традиционных частотных диапазонов ЭЭГ, количественной оценки сходства и различия активности в разных отведениях (межполушарной асимметрии, корреляции амплитуд, когерентности), что было практически недоступно при визуальном анализе ЭЭГ [6, 7, 11].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей биоэлектрической активности мозга методом когерентного анализа ЭЭГ при тяжелой черепно-мозговой травме (ЧМТ) у детей, получавших лечение цитофлавином.

Материал и методы.

В исследовании приняли участие 10 пациентов в возрасте 10-17 лет с последствиями ЧМТ в сроки от 21 до 180 дней. Пациенты получали цитофлафин соответственно возрасту в течение 25 дней. Запись ЭЭГ производилась до и после курса лечения цитофлавином.

Регистрация ЭЭГ производилась на компьютерном энцефалографе «Телепат-104». Запись осуществлялась в положении сидя. Использовали 16 стандартных монополярных отведений согласно Международной системе «10-20» с референтным объединенным электродом на мочках ушей: Fp1, F3, F7, C3, T3, T5, P3, O1, Fp2, F4, F8, C4, T4, T6, P4, O2. Запись проводилась в состоянии покоя, а также во время спонтанной гипервентиляции в течение 2 минут.

Оценка записи биоэлектрической активности головного мозга проводилась следующим образом: визуальным, при помощи специальной компьютерной программы когерентного анализа ЭЭГ.

При вычислении функции когерентности выбирались 30-секундные отрезки безартефактной записи ЭЭГ. Усреднение проводилось по 4 секундным эпохам без наложения. Функция когерентности вычислялись при помощи программ анализа ЭЭГ для дельта (1,5 – 3,75 Гц), тета (4 – 7,25 Гц), альфа 1 (7,5 – 9,75 Гц), альфа 2 (10 – 13,75 Гц), бета 1 (14 – 19,75 Гц) и бета 2 (20 – 29,75 Гц) диапазонов частот.

Результаты.

Проведенный нейрофизиологический анализ выявил ряд общих черт, присущих всем исследованным с тяжелой ЧМТ. Общим для них является отличие от нормы показателей биоэлектрической активности. Характерным паттерном ЭЭГ было наличие гиперинтеграции связей в дельта-альфа диапазонах с коэффициентом корреляции выше 0,7 в височных отведениях внутри полушарий, в прецентральных, центральных и теменных отведениях межполушарно (рис.1). После лечения отмечено уменьшение гиперинтеграционных патологических связей между полушариями преимущественно в дельта-тета диапазоне (рис.2), что, по-видимому, свидетельствует об уменьшении вовлеченности срединных структур в патологический процесс при ЧМТ. Подобные изменения могут также характеризовать изменение ирритации мезенцефальных структур в динамике ЧМТ, гиперинтеграция височных отделов остается. Известно, что именно височные отделы становятся местом формирования очагов патологической активности и симптоматических эпилепсий в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы.

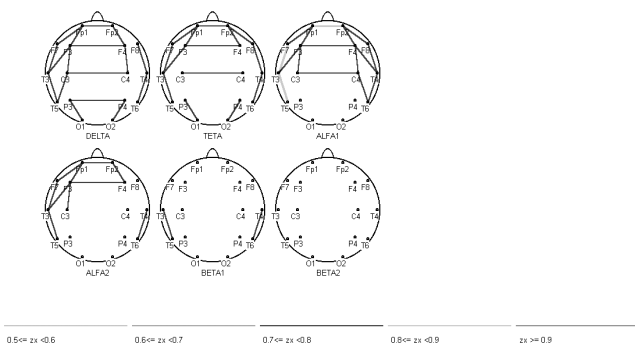


Рис. 1. Значимо отличные от нормы связи при ЧМТ у детей до лечения цитофлавином. Карты когерентности ЭЭГ по диапазонам при пороге = 0,7. Усредненные данные по 10 обследуемым

Основу современных взглядов на когерентный анализ ЭЭГ составляют представления о среднем уровне когерентности биопотенциалов, который

является важной характеристикой функционального состояния мозга. Этот показатель отражает тонус коры и характеризует интракортикальные и корково-подкорковые отношения [2, 7]. Считается, что различные регуляторные структуры мозга вносят свой вклад в формирование когерентности ЭЭГ. Так, в ряде исследований показано, что уровень межполушарной когерентности связан с функциональной активностью ретикулярных стволовых и диэнцефальных образований мозга, а уровни внутриволновой связанности биопотенциалов отражают особенности интракортикальных и таламо-кортикальных взаимодействий [1, 3]. Также существует мнение, что уровень альфа-Ког более подвержен влияниям таламических структур, тета-Ког – гипоталамических и лимбических образований, а характеристики дельта-Ког – влияниям нижнестволовых систем [1, 3, 7]. Кроме того, межцентральные отношения в норме характеризуются высокой стабильностью и малой изменчивостью средних уровней когерентности в диапазонах дельта и тета, а их снижение или повышение в фоновой ЭЭГ может являться признаком патологических изменений функций мозга [1, 4, 7]. Вместе с тем, характеристики альфа- и бета- Ког менее стабильны и в большей степени зависят от особенностей текущего функционального состояния индивида [7].

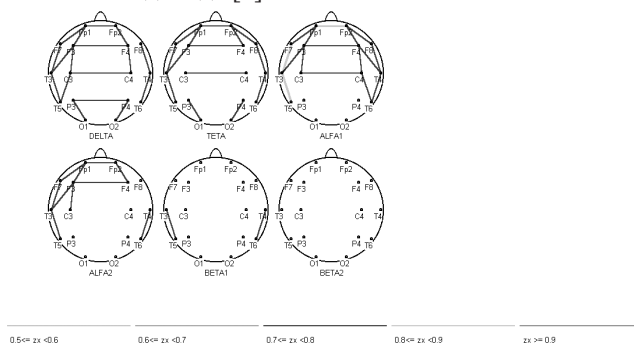


Рис. 2. Значимо отличные от нормы связи при ЧМТ у детей после лечения цитофлавином. Карты когерентности ЭЭГ по диапазонам при пороге = 0,7. Усредненные данные по 10 обследуемым.

Таким образом, результаты нашего исследования показали, что у детей с тяжелой ЧМТ после лечения цитофлавином отмечается изменение межцентральных связей коры, что, по-видимому, свидетельствует об уменьшении ирритации срединных структур на фоне лечения цитофлавином.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырева Г.Н. Электрическая активность мозга человека при поражении диэнцефальных и лимбических структур. М.: Наука, МАИК «Наука/Интерпериодика», 2000. 181 с.

2. Болдырева Г.Н., Жаворонкова Л.А. Характеристика межполушарных взаимоотношений ЭЭГ в оценке функциональных состояний мозга человека // Журн. высш. нервн. деят., 1989. Т. 39. В. 2. С. 215.
3. Болдырева Г.Н., Шарова У.В., Добронравова И.С. Роль регуляторных структур мозга в формировании ЭЭГ человека // Физиол. человека, 2000. Т. 26. № 5. С. 19-34.
4. Гриндель О.М. Оптимальный уровень когерентности ЭЭГ и его значение в оценке функционального состояния мозга человека // Журн. высш. нервн. деят., 1980. Т. 30. В. 1. С. 62.
5. Ливанов М.Н. Пространственная организация процессов головного мозга. М.: Наука, 1972. 181с.
6. Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. Интерпретация электроэнцефалографии у детей раннего возраста // Эпилепсия и пароксизмальные состояния. 2020; 12 (1): 9-25. (На рус.) <https://doi.org/10.17749/2077-8333.2020.12.1.9-25>
7. Русинов В.С., Гриндель О.М., Болдырева Г.Н. Биопотенциалы мозга человека. Математический анализ / Под ред. В.С. Русинова. АМН СССР М.: Медицина. 1987. 256 с.
8. Фарбер Д.А., Дубровинская Н.В. Структурно-функциональное созревание мозга ребенка. В кн. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). / Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М., 2000. С. 5-28.
9. Хризман Т.П. Развитие функций мозга ребенка. Электроэнцефалографическое исследование. Л.: Наука. 1978. 128 с.
10. Шеповальников А.Н., Цицерошин М.Н., Апанасионок В.С. Формирование Биопотенциального поля мозга человека. Л.: Наука. 1979. 163 с.
11. Koshchavtsev A.G., Grechany S.V. Pediatric electroencephalography (Literature review). // East European Scientific Journal, 11 (27), 2017. Part 2. P.26-34.
12. Scher M.S., Stepe D.A., Banks D.L. et al. Maturation trends of EEG – sleep measures in the healthy preterm neonate // *Pediatr. Neurol.* 1995. V.12. N 4. P.314 – 322.
13. Thatcher R.W. Cyclic cortical reorganization during early childhood // *Brain Cogn.* 1992. V. 20. N 1. P. 24.
14. Thatcher R.W. Maturation of the human frontal lobes; physiological evidence for staging // *Develop. Neurophysioljgy*, 1991. V. 7. N 3. P. 397.
15. Thatcher R.W., Krause P. J., Hrybyk M. Cortico–cortical associations and EEG coherence: a two–compartmental model // *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.*, 1986. V. 64. N. 2. P. 123.

**«Расти всегда непросто» - новая книга в помощь
специалистам для работы с детьми и родителями»**

ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,
Санкт-Петербург

20 октября 2020 года вышла в свет новая книга «Расти всегда непросто» под редакцией В.Л. Кокоренко (издательский дом Городец, серия «Библиотека Союза охраны психического здоровья») [1].

В книге обсуждаются особенности развития и проблемы взросления детей младшего школьного и подросткового возраста, темы, которыми наполнена каждодневная жизнь детей и их родителей: школа, уроки, оценки, отношения с учителями и отношения со сверстниками, болезни и здоровье, трудные жизненные ситуации, с которыми может столкнуться взрослеющий человек (болезнь, аддикции, школьный буллинг), т.е. то, что является предметом переживаний детей и подростков, определяет их поведение, создает трудности и составляет содержание конфликтного взаимодействия с родителями и педагогами, сверстниками в классе и других группах общения.

Адаптация к школе, появление мотива «я должен», входящего в противоречие с привычным «я хочу», необходимость выполнения постоянных обязанностей – школьных и домашних, по-разному складывающиеся отношения со сверстниками, закономерно заявляющие о себе телесные, психические и личностные изменения, поиск идентичности, переход от детских самооценок, сформированных под влиянием значимых взрослых к системе самооценки, развивающейся на основе реальных собственных достижений, мнения сверстников и референтной группы общения, неожиданные и непонятные для взрослых современные формы инициации и самоутверждения – сложные испытания, каждое из которых может стать трудной жизненной ситуацией для ребенка, в которой состояния неудовлетворенности, тоски, подавленности, страдания, тревоги, беспокойства, неуверенности, эмоциональной напряженности создают угрозу для психического здоровья.

В трудных жизненных ситуациях каждый человек – ребенок и взрослый – нуждается в понимании и принятии, в бережном отношении, в поддержке. Авторы верят, что эта книга может поддержать детей и взрослых, стать собеседником для тех, кто не претендует на исчерпывающие знания, но хочет найти собственные ответы на вопросы, поставленные жизнью.

Коллектив авторов – петербургские психологи и психотерапевты, единомышленники – при написании книги стремились не поучать, а разговаривать, привлекать внимание к тем или иным аспектам психологии детей, приводить примеры, не только предлагать, как целесообразно поступить в конкретной ситуации, но и объяснять, почему именно так. В этом – человеческая и профес-

сиональная позиция: *если разговаривать – тебя услышат*. Эта книга написана не для того, чтоб сказать нечто принципиально новое, а для того, *чтобы это услышали*. Всякий раз, на консультативном приеме, в процессе оказания психологической помощи, в психотерапевтической работе с проблемами здоровья, общения и поведения, с кризисными состояниями, с трудностями принятия решений и жизненного выбора, везде, где появляются непонимание и неприятие в детско-родительских отношениях, специалисты видят, как родители своим словом и действием идут не к ребенку, а от него, искренне желая противоположного.

Родители современных детей – люди информированные и нет нужды говорить «прописные истины» о детях или о том, как их воспитывать. Но есть принципиальное отличие информации от знания: наличие или получение информации само по себе не приводит к изменению сознания человека, его способов общения и взаимодействия. Чтобы человек стал использовать то, что получил, необходима осознанная работа мышления, информация может стать знанием тогда, когда она встраивается в систему уже существующих знаний, установок, ценностей, находит свое место в структуре личности, не противоречит системе отношений человека с самим собой, другими людьми и окружающей действительностью, становится частью повседневной жизни, реализуясь в событиях и ситуациях. Такую осознанную работу мышления по отношению к своим детям человек может сделать только сам – *вырастить себя как родителя*. Книга «Расти всегда непросто» – не только для родителей, но и о родителях, которым приходится расти вместе со своими детьми. Расти, вспоминая и проживая заново все радости и трудности возраста. Расти в компетенциях родителя и в собственных глазах, справляясь неидеально, но достойно с множеством сложных задач. Как специалисты – авторы понимают, насколько сложной задачей является «вырастить себя как родителя» и своей книгой поддерживают родителей на этом трудном пути.

В стремлении поддержать родителей позиция специалистов – авторов этой книги – в том, что даже если сегодняшняя куча проблем родителей во взаимоотношениях с ребенком уже трудновыносима – это изменится. *Для изменений нужно время*. Чтобы ребенок мог что-то понять, освоить, совершенствовать свои умения, развить волевую регуляцию поведения и деятельности, совершать выбор, сообразуясь не только с собой, но и ценностями семьи и общества, нужно время. Жизненная мудрость родительства – дать время себе и своему ребенку.

Дать время, проявить терпение, уметь ждать – это не значит «не обращать внимания, сидеть и ничего не делать». Чувствовать, что происходит, замечать сигналы неудовлетворенности, неблагополучия, тревоги (не дожидаясь пока они достигнут «градуса кипения»), интересоваться происходящим, разговаривать и уточнять, слушать и слышать, думать и разбираться, реагировать чувствами (сопереживать), словом и действием (что я могу сделать для тебя прямо сейчас?) – этим *наполняется время*. Дать время себе и своему ребенку – это не ждать мгновенных изменений и не требовать немедленных результатов.

Если возникают ситуации и состояния «не понимаю, что происходит...», «все понимаю, но сделать ничего не могу...», «...надо с этим что-то делать», «если сейчас так, то что же будет дальше...», «как сделать так...», но при этом не...», «мы хотим (надо), чтобы он...» и т.д. – разумно получить консультацию специалиста и при необходимости обращаться за психологической помощью. *Обращаться, но не уповать на них.* Не рассчитывать, что психолог, психотерапевт «снимет проблему», «исправит», «сделает так, чтобы ребенок...». Специалист в диалоге с родителем (и с ребенком) может понять и объяснить причины и/или последствия действий, поступков, решений; увидеть, как та или иная проблема связана с многообразием жизненных ситуаций, отношений, событий; оценить степень трудностей, меру риска и ресурсы к совладанию, преодолению и научению; обсудить возможные варианты «что делать», в том числе те, которые по разным причинам самими родителями и детьми как варианты не рассматриваются; разделить с родителем и с ребенком «трудные» чувства и состояния (боль, гнев, вину, обиду, злость, стыд, страх, тревогу); утешить и поддержать в переживании трудных жизненных ситуаций и кризисных периодов; способствовать осознанию реально существующих (но малоприятных для самого человека) сложившихся в опыте особенностей личности, поведения и взаимодействия; стимулировать активность и поддержать в принятии решений, в поиске и апробировании нового; быть искренним заинтересованным собеседником в формировании новых смыслов, дающих силы жить.

Но никто не может за другого прожить его жизнь. *Делать, чтобы что-то изменилось к лучшему приходится самим.*

Неожиданной (и ресурсной) для многих родителей может оказаться мысль, что иногда «психологом» может быть их собственный ребенок. В сложных ситуациях дети часто говорят очень важные вещи и предлагают умные решения. Увы, спросить у ребенка «по-взрослому» взрослым часто вообще не приходит в голову. Мешают «родительский фокус восприятия» своего ребенка и представления «мы сами разобраться не можем, что он-то может сказать», «что можно у ребенка спрашивать, если проблема как раз его и касается». Ответ ребенка на заданный вопрос, высказанное собственное суждение неожиданно для родителей может изменить их мнение (как о ситуации, так и о ребенке). Задать вопрос и поинтересоваться мнением ребенка можно не только прямо, но и опосредованно: например, «Моя знакомая спрашивала совета об отношениях с сыном/дочерью... Рассказывала, что... Я слушала и мне как-то вообще ничего в голову не пришло, затрудняюсь ей что-то посоветовать. А как тебе кажется?» или «Родительская группа в сети обсуждает... А я вдруг подумала – а что по этому поводу думают сами дети? Ты, например, что думаешь?».

С общеизвестным «люди (и дети тоже) по-разному воспринимают и думают» все легко соглашались, но жить с «этим разным» весьма непросто. Авторам книги представляется важным формировать у родителей представление о том, как по-разному дети и взрослые живут в реалиях постоянно меняющейся жизни. Взрослые воспринимают изменения сквозь призму сформированных

опытом умений, взглядов, интересов и ценностей, социальных ролей, восприятия ожиданий общества и соответствия им. Дети и подростки в жизненных изменениях живут, ощущая не изменения, а движение; отражая динамику жизни напрямую – *собой*. Дети – наше зеркало, всматриваясь в которое взрослые часто занимают настороженно-оценивающую позицию «Сейчас такие дети... Мы такими не были». И это правда.

Традиционно, книги о возрастных особенностях развития детей предназначены взрослым. Книга «Расти всегда непросто» необычна тем, что читать ее могут не только заинтересованные взрослые (родители и специалисты), но и сами дети. В книге для них представлены приложения «7+» – психологические рассказы для младших школьников, которые родители могут прочитать и обсудить вместе со своими детьми, и «15+» – приложение для подростков, которое родители могут предложить своим взрослеющим детям к самостоятельному прочтению при их интересе и желании.

Специалисты ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина» могут использовать новую книгу «Расти всегда непросто» для реализации задач работы с родителями в целях сохранения и поддержания детского здоровья, а также обеспечения психологического благополучия детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Расти всегда непросто / под редакцией В.Л. Кокоренко. М.: ИД «Городец», 2021. 240 с.

Клинические, гендерные различия и особенности терапии депрессий у подростков

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Расстройства депрессивного круга – одна из самых серьезных проблем современной психиатрии. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) во всем мире от нее страдает более 264 миллионов человек из всех возрастных групп [5].

Современным трендом подростковой психиатрии является рост заболеваемости расстройствами депрессивного круга. К 2019 году депрессия занимает пятое место среди причин глобального бремени болезней (*DALY's*) у лиц молодого возраста, причем тревожность, головные боли и расстройства депрессивного спектра составляют триаду основных причин нетрудоспособности среди женщин в возрастной группе от 10 до 24 лет [6]. Распространенность депрессии среди детей низкая (<1% в большинстве исследований), однако она значительно возрастает в подростковом возрасте. Средняя распространенность депрессий в подростковом возрасте достигает приблизительно 5%, при этом совокупная вероятность депрессии возрастает с 5% в раннем подростковом возрасте до 20% к концу этого периода [8]. Например, в США, согласно B.D. Waslick и соавт. [11], на протяжении жизни хотя бы один эпизод большой депрессии имеет место у 20-25% подростков старшего возраста, а дистимическое расстройство – еще у 3%. Наблюдается рост распространенности депрессии среди подростков каждое десятилетие: с 8,7% в 2005 году до 11,3% в 2014 году. В Норвегии к 2010 году распространенность депрессивных расстройств среди подростков составляла 13,4% среди девочек и 5,5% среди мальчиков, выявлен незначительный рост заболеваемости с 2002 года по 2010 год, т.е., в среднем, на 2% [10]. В Финляндии заболеваемость расстройствами депрессивного спектра за десятилетний период с 2000 года по 2011 года повысилась у мальчиков с 6,5% до 12,8%, и у девочек с 6,4% до 11,4% [9]. Впрочем, уверенно говорить об эпидемии депрессии нельзя: в мета-анализе британских ученых не выявлено серьезного увеличения заболеваемости депрессиями за последние 30 лет (5,6%) [4]. Оценки распространенности депрессивных расстройств среди населения значительно отличаются в разных исследованиях и в разных странах, возможно, из-за методологических различий. В России так же отмечается прирост заболеваемости аффективными расстройствами: по данным сравнительного анализа детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах, показатель общей заболеваемости непсихотическими аффективными расстройствами, значительную часть из которых составляют депрессии, вырос за прошедший

период на 54,7% [3].

Депрессия и сопряженное с ней суицидальное поведение представляют серьезную проблему для общества, ассоциирующуюся с высоким уровнем morbidity и смертности. Частота суицидальных попыток, достигающая при депрессиях в подростковом возрасте 40-55%, а также угрожающий уровень среди них завершенных суицидов, обуславливают отношение к данным состояниям как к жизненно опасным, требующим неотложного профессионального вмешательства [2].

Современный подход к терапии расстройств депрессивного спектра у детей и подростков заключается в комплексном применении антидепрессантов и психотерапевтических методик. Особое значение при выборе терапии юношеских депрессий приобретают антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые по своей клинической эффективности близки к трициклическим антидепрессантам (ТАД), а иногда и превосходят их, но при этом лишены целого ряда недостатков, присущих ТАД [1].

Обширный мета-анализ 71 исследования эффективности различных видов терапии депрессии у 9510 детей продемонстрировал доказанную эффективность лечения флуоксетином в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией [12].

В клинических рекомендациях за 2019 год, составленных АРА (Американская психологическая ассоциация), как терапия первого этапа рекомендованы когнитивно-поведенческая терапия или интерперсональная психотерапия для подростков в сочетании с флуоксетином. В качестве альтернативы предлагаются следующие антидепрессанты разных групп: пароксетин, венлафаксин, мirtазапин, кломипрамин и мirtазапин. Данные, полученные в ходе исследования эффективности терапии депрессий препаратами из группы СИОЗС у лиц 16-25 лет, проведенного на базе ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского», подтверждают высокую эффективность антидепрессантов данного типа. Обнаружено, что лекарственный ответ у больных депрессиями юношеского возраста на психофармакологические препараты из группы СИОЗС имеет специфические возрастные особенности, обнаруживая четкую взаимосвязь терапевтического эффекта с типологическими разновидностями юношеских депрессивных состояний, их нозологической принадлежностью и доминирующем в их картине компонентом депрессивного аффекта. Оценивалась эффективность действия таких препаратов как флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, циталопрам и сертралин [1].

Однако вопрос терапевтических подходов к лечению подростковых депрессий остается дискуссионным. Hetrick S. и соавт. [7] в своем систематизированном обзоре 19 исследований с выборкой более чем 3000 человек определяют клиническую эффективность СИОЗС при лечении депрессии у детей и подростков как невысокую и сравнимую с плацебо эффектом. Неоднозначность выводов иностранных и отечественных публикаций оставляет актуаль-

ными вопросы, касающиеся основных клинических особенностей расстройств депрессивного спектра у подростков, гендерных отличий, эффективности современной комплексной терапии этих состояний, и подчеркивает значимость исследований в данном направлении.

Цель исследования: Сравнительный анализ клинических особенностей, гендерных различий при патологии депрессивного спектра у подростков, оценка эффективности и длительности проводимой терапии для подбора оптимальных вариантов лечения и реабилитации.

Материалы и методы: в исследование вошли 57 подростков в возрасте 15-18 лет с депрессивной патологией, находившихся под наблюдением психиатра в 2020-2021 гг. Гендерная пропорция составила 3:1 с выраженным превалированием девочек в группе исследования (75%). Критериями включения явились подростковый возраст, наличие депрессивных расстройств разной степени тяжести (оценка выраженности синдрома проводилась согласно рубрикам МКБ-10), возможность получения катamnестических данных. Критерии исключения: диагностированные процессуальные расстройства, умственная отсталость, тяжелые интеркуррентные болезни. В исследовании использовались клинико-психопатологический и клинико-катamnестический методы, данные медицинской документации.

Результаты и их обсуждение.

Анализ структуры патологии подросткового контингента психоневрологического диспансерного отделения (882 подростков в возрасте 15-18 лет) позволяет отметить, что наибольшее количество (50%) составляли больные с органическими непсихотическими расстройствами (F06), 24% подростков наблюдаются по поводу умственной отсталости (F7). Поведенческие и эмоциональные нарушения с началом в детском и подростковом возрасте (F9) занимают третью позицию и составляют 8,2%; далее следуют невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) - 8%; 3% подростков наблюдаются по поводу патологии шизофренического спектра, у 3% пациентов выставлен диагноз «детский аутизм». На последнем месте по частоте оказались расстройства настроения и расстройства пищевого поведения (F3 и F5).

В дальнейшем нами были выделены 57 (6,5%) подростков, страдающих аффективной патологией и наблюдающихся с такими диагнозами, как депрессивный эпизод и расстройство адаптации с депрессивным синдромом (F32 и F43) (основная группа). Средний возраст первичного обращения к психиатру составил 15 лет. В клинической картине преобладали жалобы на сниженный фон настроения, чувства апатии, подавленности, упадок сил и утрату прежних интересов к учебе и социальной активности. У 13,5% девочек выявлены симптомы патологии пищевого поведения: ограничения в питании, потеря веса, эпизоды переедания. Все обозначенные проявления носили транзиторный характер, не формируя полноценную картину нервной анорексии или булимии. 19% детей попали в поле зрения психиатра до достижения подросткового возраста, причем клиническая картина патологии депрессивного спектра, впер-

вые проявившейся в возрасте 10-12 лет, характеризовалась преимущественно нарушениями поведения, отказом от посещения школы и тревожно-фобическими расстройствами. Симптомы, присущие депрессии, удавалось выявить при комплексном клинико-психологическом обследовании ребенка, зачастую в стационарных условиях. В среднем, у 38% пациентов, вне зависимости от пола, выявлена склонность к самоповреждениям: подростки наносили себе поверхностные порезы, царапали и кололи кожу. Большинство пациентов сообщало об атактических мотивах действий, и также выявлены демонстративно-шантажные мотивы. Последствия самоповреждающих действий всегда стремились скрыть, однако самостоятельно не могли контролировать аутоагрессивное поведение. Именно наличие самоповреждений являлось причиной обращения к врачу-психиатру при активной стимуляции со стороны родителей и близких родственников. 68% пациентов проходили стационарное лечение в отделениях ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина и в СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница №3 им. И.И. Скворцова-Степанова». Практически все госпитализации подростков от 15 до 17 лет были связаны с выявлением высокого суицидального риска. Средняя продолжительность лечения в стационаре составляла 1,5 месяца. 75% подростков, находящихся под наблюдением психиатра в связи с патологией аффективного спектра, получали терапию антидепрессантами. В 100% случаев препаратом первого выбора являлся антидепрессант из группы СИОЗС. В 6% случаев проводили смену терапии в связи с неэффективностью лечения препаратами группы СИОЗС: 2 пациента получали amitriptyline, 2 пациента – clomipramine с положительной динамикой состояния. Препаратом выбора в группе СИОЗС являлся сертралин, 58% подростков получали терапию сертралином в дозе 100 мг в сутки на протяжении 3-4 месяцев с отчетливой положительной динамикой в виде выравнивания фона настроения, редуцирования чувства апатии, ангедонии, улучшения успеваемости в учебных заведениях, возвращения к прежней социальной активности. Ни у одного из пациентов, получавших терапию сертралином, не отмечено усиления суицидальных мыслей. 10 пациентов из группы исследования получали монотерапию ноотропными препаратами, лекарственными средствами с противотревожным эффектом: teralidgen, adaptol, fenibut. В 10% случаев были назначены типичные нейролептики, а именно хлорпроксен и сульпирид. Необходимость назначения «корректоров поведения» возникла при терапии подростков мужского пола с проявлениями делинквентного поведения, бурных реакций эмансипации, повышенной конфликтности и возбудимости как атипичных симптомов депрессивного расстройства. Препарат сульпирид был включен в схему терапии в случае выявления симптомов нарушения пищевого поведения в сочетании со сниженным фоном настроения.

45% подростков проходили психотерапию, посещали индивидуальные и групповые занятия. Устойчивая положительная динамика, в среднем, отмечалась через 2,5 месяца от начала лечения. Более длительные сроки формирования ремиссии, от 6 до 12 месяцев, были связаны с отказом от терапии антидепрессантами и от работы с психотерапевтом.

В 3 случаях из 57 после госпитализации в стационар диагноз был изменен на «Шизотипическое расстройство» с последующим переводом пациентов на терапию атипичными нейролептиками: кветиапин, палиперидон.

68% подростков обследованы психологом при помощи тестовых методик: шкала Цунга, опросник на выявление депрессии у детей и подростков CDI. Средний показатель по шкале Цунга составил 64 балла, что говорит об умеренной степени снижения настроения. В 16% случаев по результатам психологического обследования не выявлено признаков депрессии, что совпадает с количеством подростков, не получавших терапию антидепрессантами. У данной группы пациентов можно предположить развитие субсиндромальных депрессивных состояний.

У 13% пациентов отмечалась низкая комплаентность, что традиционно коррелировало с низкой приверженностью к терапии у родителей подростков и ближнего окружения. Лишь в нескольких случаях низкая комплаентность была связана с проявлением побочных эффектов лекарственных препаратов. Основными причинами отказа от медикаментозной терапии и пропусков приема у врача были конфликты в семье, негативное отношение родителей к лечению, недостаточная осведомленность близких о важности длительной, комплексной терапии депрессии.

Заключение. Таким образом, в структуре подросткового контингента, находящегося под наблюдением в психоневрологическом диспансере, пациенты с аффективной патологией депрессивного спектра составляют 6%. Более 70% из них – девочки. 3/4 пациентов с установленным диагнозом «депрессивный эпизод» и «расстройство адаптации» получали терапию антидепрессантами. В 100% случаев на первом этапе терапии подросткам назначался препарат из группы СИОЗС. Актуальными и эффективными средствами для поддерживающей терапии в подростковой психиатрии остаются ноотропные лекарственные препараты. Назначение нейролептиков обусловлено атипичными симптомами заболеваний депрессивного спектра, свойственными в подростковом возрасте: поведенческие расстройства и нарушения пищевого поведения.

Наиболее эффективным методом терапии и социальной адаптации является использование антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в сочетании с психотерапевтическими методиками. Высокий уровень комплаенса у больных и эффективная их реабилитация напрямую связаны с положительным восприятием лечения со стороны родителей и близких подростка, что определяет безусловную необходимость тесного контакта и психообразовательной работы с семьей каждого пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюх В.В. Место антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в терапии юношеских депрессий (клинико-терапевтические корреляции и возрастные особенности): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. М., 2005. 235 с.

2. Мазаева Н.А. Подростковые депрессии: взгляд на проблему (по данным зарубежных публикаций) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. № 19 (3). С. 25-34.
3. Макушкин Е.В., Демчева Н.К. Динамика и сравнительный анализ детской и подростковой заболеваемости психическими расстройствами в Российской Федерации в 2000-2018 годах// Российский психиатрический журнал. 2019. №4. С.4–5.
4. Costello E.J., Erkanli A., Angold A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? // J Child Psychol Psychiatry. 2006. №47. P. 1263-1271.
5. GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 // Lancet. 2018. №392. P. 1789-858.
6. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // Lancet. 2020. Vol. 396. P. 1204-1222.
7. Hetrick S.E., McKenzie J.E., Cox G.R., Simmons M.B., Merry S.N. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012. №11.doi: 10.1002/14651858.CD004851.pub3
8. Thapar A., Collishaw S., Pine D.S., Thapar A.K. Depression in adolescence // Lancet. 2012. №379(9820). P. 1056-1067.
9. Torikka A., Kaltiala-Heino R., Rimpelä A., Marttunen M., Luukkaala T., Rimpelä M. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents – repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011 // BMC Public Health. 2014. № 14. P. 408.
10. von Soest T., Wichstrøm L. Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010 // Abnorm Child Psychol. 2014. №42. P. 403-415.
11. Waslick B.D., Kandel R., Kakouros A. Depression in children and psychiatry / The manyfaces of depression in children and adolescents. Eds: D. Shaffer, B.D. Waslick. Washington. DC, London. England: American Psychiatric Publishing. 2002. Chapter 1. P. 1-26.
12. Zhou X., Teng T., Zhang Y. et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis // Lancet Psychiatry. 2020. №7. P. 581-601.

Интеграция системного семейного подхода в дополнение к биологической терапии поведенческих нарушений у детей дошкольного возраста на примере клинического случая

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Как известно, существуют разнообразные взгляды на природу возникновения заболеваний, что в свою очередь порождает большую вариативность подходов к терапии. Одним из вариантов является сугубо биологический подход, рассматривающий болезнь как следствие нарушения анатомических или физиологических особенностей организма. Чаще эти методы полностью или частично редуцируют клинические проявления психической патологии (симптоматическое лечение), реже – влияют на этиологию и патогенетические механизмы психических расстройств (этиологическая и патогенетическая терапия). Биологические методы лечения психических расстройств разнообразны. К ним относятся и психофармакотерапия, занимающая наибольшее значение в лечении: применение противосудорожных средств, препаратов, подавляющих влечение к наркотическим веществам, антибиотиков при прогрессирующем параличе, а также шоковые методы (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), фототерапия (светолечение) депрессий, терапия депривацией (лишением) сна. Также используются различные методы, заимствованные из других областей медицины: лазерная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, лечение гормональными препаратами, иммунокорректорами, витаминами. Как правило, эти методы самостоятельного значения не имеют и используются в качестве дополнительных.

Также существует системный подход, рассматривающий человека как часть различных систем, таких как семья, социум и т.д. В рамках этого подхода зародилась семейная системная психотерапия. Многие отечественные и зарубежные исследования подтверждают правомерность этого подхода (Эйдемиллер Э.Г., Варга А.Я., Черников А.В., Добряков И.В., Бебчук М.А., М. Боуэн, В. Сатир, С. Минухин, Дж. Хейли, П. Вацлавик, Стив де Шазер, М. Сельвини Палаццоли). Такой подход означает, что в семье все взаимосвязано, она есть единое целое – единый биологический и психологический организм, состоящий из частей, которые в нее входят. Объектами влияния терапии в таком случае считаются не отдельные элементы, а вся семья в целом. Система как целое, больше, чем сумма ее частей. Что-то из вне, затрагивающее систему в целом, влияет на каждый отдельный элемент внутри нее, а все элементы и процессы, происходящие внутри семьи, взаимно влияют друг на друга. Соответственно, изменения, которые происходят в отдельном элементе системы,

могут вторично обуславливать изменения в других частях системы или в системе в целом.

Семья как система подчиняется двум основным законам: закону гомеостаза и закону развития, которые сосуществуют и действуют одновременно. Благодаря закону гомеостаза любая система стремится сохранить существующее положение любым путем. Причем этот закон относится как к функциональным семьям, так и к дисфункциональным. Любые перемены пугают семью. Она считает, что перемены хуже, чем существующее положение дел. Закон гомеостаза делает понятным, почему в семье многие годы могут сохраняться проблемы. Закон развития объясняет стремление семьи развиваться, двигаться вперед и пройти свой путь от ноля до завершения, прожить свой жизненный цикл, который представляет собой последовательную смену основных событий или стадий [1, 2].

В системном семейном подходе болезнь выступает как способ разрешения определенных сбоев и противоречий, возникающих в системе. В рамках этого подхода семейная психотерапия, направленная на исправление внутрисемейной ситуации, выходит на первый план.

Казалось бы, эти два подхода: биологический и системный противоречат друг другу и можно спорить о том, как именно вести лечение. Однако наш опыт показывает, что лучших результатов удастся достичь при сочетании как медикаментозной терапии, так и семейной психотерапии.

Иллюстрацией может служить случай мальчика Б., 6 лет, пациента психоневрологического детского дневного стационара (ПНДДС) нашего Центра. Мама обратилась к психиатру в связи с жалобами на «трудное» поведение у сына: неуправляем, агрессивен, конфликтен, отказывается заниматься с воспитателями и логопедом в детском саду, на этом фоне стала проявляться и усугубляться задержка психоречевого развития, в связи с чем мальчик был переведен в группу ЗПР. Мама была в отчаянии и просила «что-то сделать с ребенком», подобрать ему «успокоительные лекарства». В стационаре с первого дня мальчик показал себя возбудимым, задиристым, конфликтным, проявлял агрессию в адрес других детей, хамил персоналу, не реагировал на просьбы и замечания взрослых, вел себя вызывающе и протестно. Начался подбор седативного препарата – «корректора поведения». Помимо этого, с ребенком стал индивидуально работать медицинский психолог, а семья была приглашена для консультации к семейному психотерапевту. После уточнения анамнестических данных, наблюдения за ребенком в динамике, выяснилось, что семья год назад переехала в Санкт-Петербург из другого города, мама на данный момент не работает, а отец смог трудоустроиться только на низкооплачиваемую работу. Изменился уровень жизни и доходов семьи. В ней чаще стали возникать конфликты и ссоры на финансовой почве, упреки по отношению друг к другу. Мальчик все чаще становился свидетелем размолвок взрослых, с ним все реже занимались и все меньше уделяли ему внимания и любви. Полученные данные позволили изменить подход к терапии этого ребенка. Был сделан дополнительный акцент

на семейную системную терапию, что позволило проработать супружеские и родительские аспекты взрослых, улучшило взаимоотношение между ними, позволило безопасно высказать накопленное недовольство. Ряд встреч был посвящен детско-родительским отношениям. Индивидуальная психокоррекционная работа психолога с ребенком была направлена на отреагирование и прорабатывание внутренней агрессии путем рисования, элементов музыкотерапии, физических упражнений и методов релаксации. Ребенка учили понимать собственные чувства, проявлять злость и обиду в социально приемлемых формах.

Таким образом, сочетание разных подходов к терапии позволяет выстраивать наиболее оптимальные стратегии лечения и реабилитации пациентов. А применив комплексный полипрофессиональный подход к данному клиническому случаю, удалось получить прекрасный результат и достичь длительно существующей устойчивой ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Варга А.Я., Драбкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. 144 с.
2. Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкий В. Семейная психотерапия: хрестоматия. СПб.: Питер, 2000. 506 с.

**Практика применения комплексного подхода
к лечению эпилепсии с применением широкого спектра
фармакологических препаратов у детей и подростков
на организационно-методическом отделении
ЦВЛ «Детская психиатрия»**

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина;
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, Санкт-Петербург

Введение. Одной из актуальных проблем современной эпилептологии является выбор оптимального, максимально эффективного лечения эпилепсии при различных формах заболевания в детском возрасте [2]. Наличие эпилепсии у детей и подростков является прямым показанием проведению фармакологического лечения, комплексного с другими видами терапии. Особенностью заболевания является широкий спектр воздействий основного заболевания на психику ребенка, отражение эпилептических приступов на его развитии, поведении и социальной адаптации. Признаки органического поражения головного мозга выявляются примерно у 70% детей и подростков, страдающих эпилепсией [1]. Поражения церебральных структур представляют собой законченный патологический процесс, который обуславливает нарушения нормального функционирования психических функций ребенка. Эпилепсия, таким образом, является причиной возникновения наиболее тяжелых психических расстройств детского возраста. Эффективность лечения складывается из ряда факторов, реализуемых в рамках работы врача-психиатра, эпилептолога. Первым из них можно выделить своевременную диагностику с использованием современных методов исследования, доступных в краткие сроки больным детям. В числе методов, позволяющих максимально визуализировать морфологически-органические изменения головного мозга – электроэнцефалография (в том числе с различными видами функциональных нагрузок), компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, магнитно-резонансная томография головного мозга. Дополнительно к клиническому исследованию на отделении проводится обследование у невролога, логопеда-дефектолога, медицинского психолога с целью уточнения клинической картины, определения степени воздействия заболевания на психическое и психологическое состояние ребенка, оценка потенциала его когнитивного, речевого, психологического развития.

Благодаря существенному расширению возможностей диагностики в настоящее время выявляется значительное многообразие форм эпилепсии, в том числе симптоматического характера. Дети, проходящие лечение и наблюдаемые специалистами отделения в возрасте от 3 до 18 лет, в том числе, приезжа-

ющие из других регионов, имеющих большие трудности с диагностическими исследованиями и доступу к препаратам. Вторым фактором эффективности лечения является применение наряду со стандартными схемами лечения, использование новых противоэпилептических препаратов (ПЭП) широкого спектра – руфинамид, зонисомид, файкомпа, назначаемых в монотерапии и комбинации с вальпроатами, левоцетамом для максимально эффективного контроля над приступами.

Зонисамид – ПЭП нового поколения с широким спектром действия является синтетическим производным сульфонида (бензизоксазола) и применяется в странах ЕС с 2005 года.

Файкомпа (перанпамел) – первый в своем классе ПЭП в форме таблеток для приема один раз в сутки (разработан «Эйсай», Цукуба, Япония) представляет собой высокоселективный антагонист АМРА-рецепторов, снижающих гипервозбуждение нейронов, связанное с эпилептическими приступами, за счет подавления активности глутамата на уровне АМРА-рецепторов на пост-синаптических мембранах [3].

Оба препарата рекомендованы для применения у детей и показали достаточную эффективность в купировании приступов. Применение новых препаратов и помощь в доступе родителям для их рецептурного получения расширяют возможности в лечении резистентных форм эпилепсии консервативным лечением.

При терапии детей с эпилепсией большое значение имеет оценка психического и психологического состояния ребенка, учет образовательных возможностей, семейных и социальных, экономических факторов. Часто дети с эпилепсией рождаются в многодетных семьях, малообеспеченных с ограниченными возможностями для самостоятельного лечения ребенка, покупки препаратов, реабилитации. В данном случае помогает оформление инвалидности, направление на комиссию медико-социальной экспертизы с заключением специалистов отделения.

Помимо этиологического лечения доказан хороший эффект от применения сопутствующей терапии ноотропами, при необходимости противотревожными препаратами, СИОЗС. Дополнительно проводится клиническое обследование психиатром психического состояния ребенка, оценка коморбидных заболеваний, интеллектуального состояния, поведения, коммуникации. Логопед-дефектолог оценивает уровень развития речевых функций, школьных навыков, выдает соответствующие рекомендации по формированию образовательного маршрута. Медицинский психолог оценивает уровень и структуру интеллекта, функции памяти и внимания, наиболее часто страдающие при эпилепсии, нарушения восприятия, синтеза, праксиса, зрительно-моторной координации, эмоциональное состояние и личностные особенности, симптомы тревожности, агрессивности, депрессии.

Наиболее часто при эпилепсии страдает когнитивная сфера, что проявляется в снижении уровня интеллекта, формировании неравномерности его

структуры, выпадении отдельных функций, снижении параметров памяти и внимания, общей работоспособности и продуктивности, уровня психической напряженности, формированию симптомов повышенной утомляемости и истощаемости, что требует особенно бережного и внимательного подхода к формированию учебной программы, использованию индивидуального подхода в обучении и социализации ребенка. Эпилепсия часто дает тяжелый дефект не только в когнитивной сфере, отражается на всей психике ребенка, его способностях к коммуникации и общению, снижает уровень социальной адаптации, влияет на появление нарушений поведения, может вызывать повышенную тревожность, депрессивные переживания, низкий уровень резистентности к стрессу. Что требует дополнительной работы специалистов по коррекции и психотерапии данных нарушений, подбора оптимальных воздействий с учетом основного заболевания.

Выводы: Комплексный подход к диагностике и терапии эпилепсии в детском возрасте отвечает современным требованиям к оказанию психиатрической помощи в области охраны детского здоровья, позволяет снизить инвалидизацию детей, облегчить жизнь семье с больным ребенком, а в ряде случаев, вернуть ребенка в здоровую жизнь. В клинике эпилепсии: адекватное фармакологическое лечение – является фундаментом для других форм помощи и терапевтических воздействий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Макаров И.В., Зайцев Д.Е., Семенова С.В. Психические и речевые расстройства при эпилепсии у детей. СПбНИИ ПНИ им. Бехтерева, 2006.
2. Бурдаков А.Н., Макаров И.В., Фесенко Ю.А., Бурдакова Е.В. Психофармакотерапия в детской психиатрии: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-медиа, 2017. 304 с
3. Ben Renfroe J. et. al. Adjunctive Peramppanel Oral Suspension in Pediatric Patients from 2 to 12 Yaers of Age With Epilepsy: Pharmacokinetics, Safety, Tolerability and Efficacy J Child Neurol. 2019 Apr.

Применение пантогама при лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — это стойкое, возникающее в раннем детстве психическое расстройство с распространенностью 5% у детей в возрасте 4-17 лет [5]. Расстройство особенно актуально в современном обществе, поскольку СДВГ один из наиболее распространенных диагнозов в образовательных учреждениях и детских учреждениях психического здоровья. Более того, многие дети, у которых диагностировано это расстройство, продолжают иметь проблемы, связанные с образованием, социальным функционированием в подростковом и молодом возрасте. Таким образом, расстройство связано с высокими индивидуальными и общественными издержками для населения.

В некоторых странах, например, в США, за последнее десятилетие значительно изменилась практика в пользу фармакологического лечения очень маленьких детей, несмотря на существующие принципы, рекомендующие немедикаментозную терапию в качестве основного метода лечения. В 2007 г. соотношение в пользу отказа от лекарств составило 2:1, а в 2011 г. — 3:1 в пользу их приема [6]. Некоторые методы лечения СДВГ различаются как по клиническим, так и по статистическим аспектам. По данным метаанализа [7] поведенческая терапия (отдельно или в комбинации со стимуляторами), стимуляторы и нестимуляторы оказались значительно более эффективными, чем плацебо; стимуляторы оказались эффективнее поведенческой терапии, когнитивных тренировок и нестимуляторов, а поведенческая терапия в сочетании со стимуляторами оказалась лучше монотерапии стимуляторами или нестимуляторами.

Среди отдельных лекарственных средств: метилфенидат, амфетамин, атомоксетин, гуанфацин, клонидин и модафинил казались значительно более эффективными, чем плацебо (даже несмотря на то, что с клонидином и модафинилом достоверность менее очевидна). Метилфенидат и амфетамин оказались более эффективными, чем атомоксетин и гуанфацин. Что касается приемлемости, поведенческая терапия и стимуляторы (и их комбинация) показали лучший профиль приемлемости, что привело к значительно меньшему количеству прекращений приема, по сравнению с плацебо. Метилфенидат и клонидин, по-видимому, превосходили плацебо, тогда как метилфенидат и клонидин казались более приемлемыми, чем атомоксетин (даже несмотря на ограниченные доказательства для клонидина). Большинство эффективных фармакологических методов лечения (особенно стимуляторов) были связаны с анорексией, потерей веса и бессонницей.

В Российской Федерации метилфенидат и амфетамин запрещены. Детские психиатры традиционно используют ноотропы. Наиболее популярна гопантевая кислота (пантогам) — ноотропный препарат смешанного типа с широким спектром клинического применения, созданный в 1969 г. в России В.М. Копелевичем и В.И. Гунаром.

Спектр действия пантогама связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Механизм действия обусловлен прямым влиянием пантогама на ГАМКБ – рецептор-канальный комплекс. Препарат обладает ноотропным и противосудорожным действием. Пантогам повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, уменьшает моторную возбудимость, активирует умственную и физическую работоспособность. Улучшает метаболизм ГАМК при хронической алкогольной интоксикации и после отмены этанола. Способен ингибировать реакции ацетилирования, участвующие в механизмах инактивации новокаина и сульфаниламидов, благодаря чему достигается пролонгирование действия последних. Вызывает торможение патологически повышенного пузырного рефлекса и тонуса детрузора.

В эксперименте было выявлено, что пантогам обладает седативными свойствами, снижает спонтанную двигательную активность животных, ослабляет агрессивные реакции, оказывает противосудорожное действие, повышает устойчивость к гипоксии, проникает через гемато-энцефалический барьер. На этих экспериментальных данных основано его клиническое применение [3].

Спектр клинического применения пантогама у детей включает: 1) когнитивные нарушения, в том числе задержку психо-речевого развития, речевые расстройства, включая постинсультные, а также раннюю послеоперационную когнитивную дисфункцию; 2) двигательные нарушения, задержку моторного развития; гиперкинезы (он может применяться в виде длительной монотерапии до 4 мес., а также в составе комплексной терапии с тиапридалом), коррекцию экстрапирамидных побочных эффектов нейролептической терапии; 3) эпилепсию (в составе комплексной терапии, поскольку пантогам обладает противосудорожным действием, не вызывает снижения порога судорожной готовности); 4) невротические и неврозоподобные расстройства, эмоциональные и поведенческие нарушения; 5) астенический синдром, снижение умственной и физической работоспособности (особенно на фоне длительной реабилитации); 6) синдром вегетативной дисфункции, в том числе нарушения сна; 7) болевой синдром (в составе комплексной терапии цервикалгии и цефалгии) [1].

Пантогам может быть рассмотрен как один из вариантов стратегии аугментации в лечении детей с гиперкинетическими расстройствами поведения. Значимым является его мягкое седативное действие в определенном (часто индивидуальном) диапазоне доз и относительная редкость гиперстимулирующего эффекта. Важным для данного препарата является также позитивное воздействие на избыточную двигательную активность, нарушение внимания,

импульсивность и коморбидные состояния (энурез, заикание, тревожные расстройства) К спектру терапевтического действия пантогама относится повышение общего адаптационного потенциала и расширение диапазона адаптационных возможностей путем оптимизации соматовегетативных, когнитивных и эмоциональных составляющих психической деятельности детей, улучшение обучаемости, понижение уровня восприимчивости к стрессам [4].

Наряду с положительным действием пантогама на основные симптомы СДВГ, подтверждено благоприятное влияние его длительного применения на характерные для детей с СДВГ нарушения адаптации и функционирования в различных областях, в том числе на трудности поведения в семье и обществе, учебу в школе, снижение самооценки, несформированность базовых жизненных навыков. Однако в отличие от регресса основных симптомов СДВГ для преодоления нарушений адаптации и социально-психологического функционирования необходимы более продолжительные сроки лечения: значимое улучшение самооценки, общения с окружающими и социальной активности наблюдалось по результатам анкетирования родителей через 4 мес., а достоверное улучшение показателей поведения и учебы в школе, базовых жизненных навыков наряду с существенным регрессом поведения, сопряженного с риском, — через 6 мес. приема пантогама.

Таким образом, в процессе коррекционной работы с детьми с СДВГ специалистам важно учитывать необходимость продолжительной лекарственной терапии и оценивать в динамике не только выраженность основных симптомов данного расстройства, но также показатели качества жизни и социально-психологического функционирования пациентов. Вместе с тем следует отметить необходимость новых исследований, в том числе плацебоконтролируемых, для уточнения оптимальных сроков и режимов дозирования лекарственных препаратов ноотропного ряда в ходе длительной терапии [2].

Пантогам применяется внутрь, через 15-30 мин. после еды. Разовая доза для взрослых обычно составляет 2,5-15 мл (0,25-1,5 г), для детей – 1-15 мл (0,1-1,5 г). Суточная доза для взрослых – 5-30 мл (0,5-3 г), для детей – 1-30 мл (0,1-3 г). Курс лечения – 1-4 месяца, иногда до 6 месяцев. Через 3-6 месяцев возможно проведение повторного курса лечения.

Материал подготовлен при поддержке компании «ПИК-фарма»

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронина Т.А., Литвинова С.А. Фармакологические эффекты и клиническое применение препаратов пантогам и пантогам актив. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 8. С. 132-139.
2. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111. № 10. С. 28-32.
3. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. Волгоград. Ниж.-Волж.кн.изд.-во.1990.

4. Та К., Корень Е.В. Современные подходы к лечению гиперкинетического расстройства поведения. Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2018. Т. 18. № 2. С. 35-41.
5. Matthews M, Nigg JT, Fair DA. Attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Top Behav Neurosci*. 2014; 16:235-66. doi: 10.1007/7854_2013_249. PMID: 24214656; PMCID: PMC4079001.
6. Panther SG, Knotts AM, Odom-Maryon T, Daratha K, Woo T, Klein TA. Off-label Prescribing Trends for ADHD Medications in Very Young Children. *J Pediatr Pharmacol Ther*. 2017 Nov-Dec;22(6):423-429. doi: 10.5863/1551-6776-22.6.423. PMID: 29290742; PMCID: PMC5736254.
7. Catalá-López F, Hutton B, Núñez-Beltrán A, Page MJ, Ridao M, Macías Saint-Gerons D, Catalá MA, Tabarés-Seisdedos R, Moher D. The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*. 2017 Jul 12;12(7): e0180355. doi: 10.1371/journal.pone.0180355. PMID: 28700715; PMCID: PMC5507500.

Антипсихотики в детской психиатрии

Санкт-Петербургский государственный университет

Перечень зарегистрированных показаний для назначения антипсихотиков ограничен шизофренией, бредовыми и биполярными расстройствами у подростков, агрессивными, в том числе аутоагрессивными, импульсивными поведенческими реакциями в контексте психического расстройства и/или расстройства аутистического спектра у детей [6]. В последние годы антипсихотики стали чаще назначать детям по ряду причин: сдвиг в понимании психиатрической болезни в направлении его биологической основы; раннее начало терапии для возможного улучшения прогноза. В целом, детям обычно назначают антипсихотики второго поколения. Директивы Управления по контролю над качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) предписывают жесткие ограничения для применения антипсихотиков второй генерации у детей и подростков. Пациентам детского возраста часто назначают рисперидон (53%) и кветиапин (33%) [3]. 41,3% пациентов не имеют диагноза психического расстройства, для которого назначение атипичных антипсихотиков было бы рекомендовано FDA. Наиболее высок уровень назначения в режиме off label арипипразола (77,1%). Частые причины необоснованного назначения детям антипсихотиков второго поколения в США: расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью (СДВГ), депрессия, нарушения поведения, расстройства адаптации.

В Американской академии детской и подростковой психиатрии существует список из 19 рекомендаций “наилучшей практики”. Среди них, например, использование не более одного препарата, избегание назначения фармакотерапии очень маленьким детям, мониторинг побочных эффектов и применение сначала иных видов терапии при СДВГ и агрессивном поведении. Примерно половина назначений приходится на педиатров и семейных врачей из системы первичной помощи. В 42% случаев врач, продолжающий антипсихотическую терапию, - не тот врач, который ее назначил. Наиболее распространенной причиной несоответствия стандартам “наилучшей практики” было отсутствие лабораторного сопровождения терапии, например, мониторинга уровня глюкозы. Антипсихотики сравнительно редко назначались для лечения малых поведенческих проблем – детских “истерик” (англ. temper tantrums). Более чем в 90% случаев антипсихотики назначались после отсутствия эффекта от других интервенций, включая психотерапию. В случаях использования антипсихотиков не по официально одобренным показаниям, например, в случаях физической агрессии, назначения опирались на научные доказательства [9].

В педиатрической практике предпочтительны постепенное наращивание доз, отмена или замена атипичного антипсихотика при плохой переносимо-

сти. При отмене антипсихотика FDA рекомендует ежемесячно снижать дозу на 25%. К перечню наиболее важных побочных явлений из числа тех, которые должны учитываться при назначении атипичных антипсихотиков детям, относятся седация, когнитивные нарушения, экстрапирамидные побочные явления. Дети и подростки, по-видимому, имеют меньший риск развития поздней дискинезии, чем взрослые [1].

Для лечения биполярного расстройства у детей FDA одобрено несколько фармакологических препаратов, связанных с нежелательными явлениями, например, оланзапин, рисперидон, кветиапин и азенапин – с метаболическими нарушениями и прибавкой в весе [12]. Большинство исследований посвящено применению лития, противосудорожных препаратов и антипсихотиков второго поколения при лечении острых маниакальных или депрессивных фаз, а также поддержанию адекватного ответа после эпизода у детей с биполярным расстройством, однако данные противоречивы [11]. Клозапин не рекомендуется ни FDA, ни рекомендацией производителя к применению в педиатрической популяции, при этом мета-анализ публикаций в базах данных PubMed, ClinicalKey, PsycINFO и MEDLINE выявил эффективность клозапина для лечения резистентных психотических и непсихотических симптомов в педиатрической популяции. К сожалению, эти исследования, как правило, невелики и расходятся по длительности наблюдения и характеру назначения клозапина. Необходимы более крупные исследования, чтобы обеспечить большую статистическую силу и определить четкие рекомендации по применению, риску побочных эффектов [8].

Дети и подростки, страдающие шизофренией, являются особенно уязвимой группой. Анализ всех 28 рандомизированных контролируемых исследований с 3003 уникальными участниками (58% мужчин; средний возраст 14,41 лет), опубликованных в период с 1967 по 2017 год путем сетевого мета-анализа и парного мета-анализа с использованием модели случайных эффектов установил, что клозапин был более эффективным, чем другие анализируемые антипсихотики. Зипрасидон не показал эффективности по сравнению с плацебо. С точки зрения предотвращения увеличения веса преимущества обнаружили луразидон и зипрасидон. Наибольшая прибавка веса была обнаружена при терапии клозапином, кветиапином и оланзапином. Рисперидон, галоперидол, палиперидон и оланзапин ассоциировались с повышением уровня пролактина. Большинство сравнений, к сожалению, основаны на одном исследовании или на косвенных доказательствах. Тем не менее, имеющиеся прямые и косвенные данные показали, что лечебные эффекты у детей и подростков аналогичны результатам у взрослых пациентов с шизофренией [4].

С целью определить сравнительную эффективность и безопасность антипсихотиков (исключая клозапин) для детей и подростков с ранней стадией шизофрении с помощью сетевого мета-анализа был проведен систематический поиск в MEDLINE, библиотеке Кокрейна, и было обнаружено 12 6-12-недельных исследований (n=2158; 8-19 лет; 61% мальчиков) с применением 8 ан-

типсихотиков (арипипразол, азенапин, палиперидон, рисперидон, кветиапин, оланзапин, молиндон и зипрасидон). Общее изменение симптомов PANSS было сравнимо между антипсихотиками (доказательства низкого и среднего качества), за исключением зипрасидона (доказательства очень низкого и низкого качества), и все антипсихотики были лучше, чем плацебо (доказательства низкого и высокого качества), за исключением зипрасидона и азенапина (доказательства низкого и среднего качества). Положительные изменения PANSS и дополнительные результаты эффективности были сопоставимы между антипсихотическими препаратами. Повышение веса было в основном связано с оланзапином; экстрапирамидные симптомы и акатизия ассоциировались с молиндоном; повышение пролактина – с рисперидоном, палиперидоном и оланзапином. Прекращение лечения, гиперседация, бессонница или изменение триглицеридов не отличались у антипсихотиков. Этот сетевой мета-анализ показал сравнимую эффективность антипсихотиков при ранней шизофрении, за исключением того, что эффективность оказалась ниже у зипрасидона и неясной у азенапина. Профили неблагоприятных реакций существенно варьировали и во многом соответствовали таковым у взрослых [7].

Оценка эффективности антипсихотиков при расстройстве аутистического спектра (РАС) и деструктивном поведении выявила данные, подтверждающие кратковременную эффективность рисперидона и аripипразола для раздражительности при РАС, а также кратковременную эффективность рисперидона для агрессивного и деструктивного поведения при расстройстве деструктивного поведения, хотя преимущества препаратов нивелируются риском метаболических, гормональных и экстрапирамидных побочных эффектов. Применение антипсихотиков у детей с этими расстройствами возможно в резистентных случаях и при постоянном и серьезном риске причинения вреда себе или другим. Антипсихотические препараты должны рассматриваться как краткосрочная стратегия, в то время как психосоциальная и поведенческая терапия применяется постоянно [10].

Доказательства эффективности и переносимости антипсихотических препаратов при психических расстройствах у детей и подростков за последние годы расширились [5]. Применение атипичных антипсихотиков у детей и подростков должно опираться на принципы доказательной медицины, и основанием для их назначения являются доказательства их эффективности и безопасности, полученные в ходе международных контролируемых испытаний при участии детей. Данные, полученные на взрослых пациентах, не могут быть экстраполированы на детскую популяцию.

Обращает на себя внимание рандомизированное, двойное-слепое, плацебо-контролируемое исследование с фиксированными дозами для оценки безопасности и эффективности недавно появившегося на отечественном рынке антипсихотика луразидона у подростков 13-17 лет с шизофренией [2]. Луразидон в дозах 40 мг/сут и 80 мг/сут продемонстрировал статистически достоверное и клинически значимое улучшение в сравнении с группой плацебо в течение

6-ти недельного наблюдения. Отмечена хорошая переносимость препарата с минимальным увеличением массы тела, изменением уровня липидов и глюкозы в обеих группах пациентов. Незначительное повышение пролактина наблюдалось у девушек, принимавших 80 мг/сут луразидона. Продолженное, открытое исследование с фиксированными дозами луразидона у детей и подростков 6-17 лет с шизофренией, биполярной депрессии и аутизмом продемонстрировало, что в течение 2-х лет открытой фазы лечения была отмечена достоверная эффективность при применении луразидона у подростков с шизофренией. В течение 104 недель исследования, луразидон продемонстрировал хорошую переносимость и безопасность, с минимальным влиянием на вес и метаболические параметры [2].

ЛИТЕРАТУРА

1. Findling R.L., Nyilas M., Forbes R.A. et al. Acute treatment of pediatric bipolar I disorder, manic or mixed episode, with aripiprazole: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *J Clin Psychiatry*. 2009. Vol.70, №10. P. 1441-51. doi: 10.4088/JCP.09m05164yel. Goldman R., Loebel A., Cucchiaro J. et al. Efficacy and Safety of Lurasidone in Adolescents with Schizophrenia: A 6-Week, Randomized Placebo-Controlled Study//*J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017. Vol. 27. №6. P. 516-525.
2. Halloran D.R., Swindle J., Takemoto S.K. et al. Multiple psychiatric diagnoses common in privately insured children on atypical antipsychotics// *Clin Pediatr (Phila)*. 2010. Vol. 49, №5. P. 485-90.
3. Krause M., Zhu Y., Huhn M. et al. Efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in children and adolescents with schizophrenia: A network meta-analysis// *European Neuropsychopharmacology*. 2018. Vol.28, №6. P. 659-674 <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.03.008>
4. Lee E.S., Vidal C., Findling R.L. A Focused Review on the Treatment of Pediatric Patients with Atypical Antipsychotics // *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018. №28(9). P. 582-605. doi: 10.1089/cap.2018.0037.
5. Lehmkühl G., Schubert I. Psychotropic Medication in Children and Adolescents // *Dtsch Arztebl Int*. 2014. Vol. 111, №3. P. 23-24.
6. Pagsberg A.K., Tarp S., Glintborg D. et al. Acute Antipsychotic Treatment of Children and Adolescents With Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Systematic Review and Network Meta-Analysis // *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2017. Vol. 56. №3. P.191-202. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.12.013>
7. Rachamalla V., Elberson B.W., Vutam E., Aligeti M. Off-Label Use of Clozapine in Children and Adolescents-A Literature Review//*Am J Ther*. 2019. №26(3). P. 406-416. doi: 10.1097/MJT.0000000000000894.
8. Rettew D. Are doctors following best practice when prescribing antipsychotic meds to kids? Internet (theconversation.com).

9. Shafiq S., Pringsheim T. Using antipsychotics for behavioral problems in children // *Expert Opin Pharmacother.* 2018. № 9(13). P. 1475-1488. doi:10.1080/14656566.2018.1509069.
10. Stepanova E., Findling R.L. Psychopharmacology of Bipolar Disorders in Children and Adolescents // *Pediatr Clin North Am.* 2017. №64(6). P. 1209-1222. doi: 10.1016/j.pcl.2017.08.002.
11. Sun A.Y., Woods S., Findling R.L., Stepanova E. Safety considerations in the psychopharmacology of pediatric bipolar disorder // *Expert Opin Drug Saf.* 2019. №18(9). P. 777-794. doi: 10.1080/14740338.2019.1637416

Эффективность комплексного подхода в терапии детей с речевыми расстройствами

¹ФГБОУ ВО СПб ГПМУ Минздрава России

²ГБДОУ детский сад №93 Выборгского р-на г. Санкт-Петербург.

Распространенность речевых расстройств у дошкольников и младших школьников в разных регионах нашей страны колеблется от 30,7% до 92,6% от общего числа детей, отмечается увеличение частоты случаев отклонения в речевом развитии у детей в среднем на 34-44,3%. По собственным данным, при осмотре детей с 2010 по 2019 гг., распространенность речевых нарушений увеличилась с 10% до 29,8%. Речевая функция является крайне важной для развития когнитивных способностей ребенка. Способность вначале понимать, а затем и воспроизводить информацию становится фундаментом для успешного развития ребенка, становления интеллекта, мышления и, как следствие, успешной школьной успеваемости.

Целью нашей работы было оценить эффективность комплексного подхода при работе с детьми с речевыми расстройствами. Материалом исследования послужило 98 детей воспитанников детского сада №93 Выборгского района, в возрасте от 5 до 7 лет, средний возраст 5,2. Мальчиков 53 человека (54%), девочек – 45 (46%) человек. Нозологическая специфичность речевых расстройств была следующая: F80.0 – 45 детей, F80.1 – 40 детей, F80.2 – 5 детей, F80.8 – 8 детей. Дети были разделены на 3 подгруппы: 1 подгруппа – 40 детей, посещали только логопедические занятия. 2 подгруппа – 30 детей, посещали логопедические занятия, бассейн и проходили курсы логопедического массажа. 3 подгруппа – 28 детей, посещали логопедические занятия, бассейн и проходили курсы логопедического массажа, а также получали медикаментозную терапию (ноотропы, церебропротекторы, сосудистые препараты).

Методами исследования были: анализ анамнестических данных, оценка слухового и зрительного восприятия, мышления, строение артикуляционного аппарата ребенка, оценка общей и мелкой моторики. Для оценки развития речи определялся пассивный словарь (понимание форм словоизменения, предложений и связной речи, фонематического восприятия), активный словарь ребенка, состояние грамматического строя речи, слоговая структура речи, звукопроизношение. Результаты исследования: 55 (56,1%) от первой, 37 (37,8%) от второй и 6 (6,1%) детей от 3 беременности. У 74 (75,5%) отмечался токсикоз первой половины, у (20,4%) токсикоз 2 половины беременности. У 30 (31%) роды протекали с осложнениями. В послеродовый период: у 74 детей (75,5%) срыгивание, у 19 (19,3%) срыгивание «фонтаном». У 28 (28,5%) инверсия сна-бодрствования. У 45 (45,9%) наблюдался гипертонус, у 27 (27,3%) гипотонус. 9 (9,3%) отмечали фебрильные судороги.

Все дети в течение 2 лет находились на занятиях у логопеда. Занятия проводились 4-5 раз в неделю в подгруппе и индивидуально. Часть детей получали медикаментозную терапию, логопедический массаж и посещали бассейн.

Результаты исследования: в первой подгруппе из 40 детей нарушения речи сохранились у 11 человек (27,5%), во второй подгруппе из 30 детей нарушения речи сохранились у 6 человек (20%), в третьей подгруппе из 28 детей нарушения речи сохранились у 2 детей (7,1%). Применение комплексного подхода к коррекции нарушений речи, включающий ноотропную терапию, дает достоверно более благоприятные результаты ($p < 0,05$). Дети третьей подгруппы давали самый быстрый и заметный отклик на логопедическую работу. Медикаментозная терапия речевых расстройств, включающая дегидратацию, средства, влияющие на мозговой метаболизм (ноотропы, церебропротекторы), улучшающие мозговое кровообращение (сосудистые препараты), является крайне важным компонентом комплексного подхода в работе с речевыми расстройствами.

Особенности несуицидного самоповреждающего поведения у девушек-подростков при психических расстройствах

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

В последнее время отмечается увеличение числа случаев несуицидного самоповреждающего поведения (НССП). Распространенность НССП колеблется в пределах от 40% до 80%. Несуицидное самоповреждающее поведение определяется как поведение, направленное на физическое повреждение тканей и органов собственного тела без суицидной направленности. В настоящее время проблема самоповреждения является предметом мультидисциплинарного изучения физиологов, психологов, социологов, врачей-психиатров.

Возраст начала НССП в среднем составляет 12-14 лет, а его клинические симптомы в среднем наблюдаются в течение 2 лет. НССП обладают следующими признаками: преднамеренность, повторяемость, целенаправленность, социальная неприемлемость, отсутствие суицидного намерения, чувство напряжения или тревоги, предшествующие акту, чувство облегчения или беспокойства после акта самоповреждения. По способам механического повреждения выделяют следующие виды НССП: самопорезы, сопровождающиеся болевыми ощущениями и повреждениями; перфорация частей тела с помещением в отверстие инородных предметов; уколы (булавками, гвоздями, проволокой, пером ручки, и др.); нанесенные себе ожоги (чаще сигаретой); неполное самоудушение; татуировки, пирсинг (модификация тела как социальное санкционированная форма СП). Несуицидное самоповреждение включено в рубрику DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013). В DSM-V описаны наиболее распространенные способы СП: порезы ножом, бритвой, иглой или другим острым предметом. Повреждения кожи представляют собой ряд поверхностных параллельных порезов, примерно на расстоянии одного-двух сантиметров друг от друга, нанесенных на видимой или доступной области тела. НССП наблюдаются при различных нозологиях: расстройства поведения у подростков, аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения, пограничное расстройство личности, шизофрения.

Цель исследования: изучение клинико-психопатологических особенностей и психологических характеристик детей и подростков с НССП.

Материал и методы: в исследовании приняли участие 75 девушек-подростков. Критериями отбора послужило наличие НССП в клинике психических нарушений. Исследование проводилось с помощью традиционного клинико-психопатологического, личностно-психологического метода. Клинико-психопатологический метод включил в себя анализ психического состояния обследуемых в процессе диагностической беседы, анализ характера повреждений, подробный сбор анамнестических данных. Личностно-психологический

метод включил в себя следующие методики: ISAS; шкала импульсивности Баррата, проективная методика «Человек под дождем». Результаты и выводы: средний возраст дебюта самоповреждающих действий составил 13 лет. Типы самоповреждений: у 60 пациенток (80%) были порезы, укусы (7 чел., 9,3%), самоушибы (15 чел., 20%), и др. 60 обследованных (80%) при нанесении самоповреждений испытывали физическую боль, 10 (13,3%) - лишь иногда, 5 (6,7%) боли при этом не испытывали. В 72 случаях (88,5%) делали это в одиночестве.

НССП не являются нозоспецифичными, встречаются при следующих психических расстройствах: расстройством адаптации (F43.25), аффективные расстройства (F32.11, F31.11), расстройство личности (F07.0), расстройства поведения (F91), шизофренические расстройства (F20) и при расстройствах пищевого поведения (F 50). В зависимости от нозологической принадлежности выявляются различные виды самоповреждений: первая группа – девушки-подростки, страдающие расстройствами адаптации и расстройствами личности. Для этой группы наиболее характерны неглубокие, поверхностные порезы. Вторая группа – НССП при расстройствах поведения: порезы также поверхностные, но несут функцию снятия напряжения, улучшения настроения. Третья группа – НССП при аффективных расстройствах: самоповреждения грубые, глубокие, сопровождающиеся суицидными мыслями. Четвертая группа – НССП при шизофренических расстройствах: порезы вычурные, с паралоогической мотивацией самоповреждения.

По данным проективной методики «Человек под дождем» личность этих подростков характеризуется агрессивностью, импульсивностью, высоким внутренним напряжением и тревогой, потребностью в защите, поддержке, помощи и общении, и сниженной адаптацией в социуме. Суммарное значение шкалы Баррата всей выборки составило $70,08 \pm 2,423$ баллов, что указывает на патологический уровень импульсивности. Значимые корреляционные связи между общим баллом по Барретту и мотивами аффективной регуляции выявлены у пациенток с расстройствами адаптации, личности и поведения. При этом мотивы аффективной регуляции у них обратно коррелировали с таким компонентом импульсивности, как неустойчивое внимание. В группе больных шизофренией и шизотипического расстройства внимательный компонент импульсивности прямо высоко коррелировал с мотивами аффективной регуляции, как и показатель способности к планированию действий.

При коррекции НССП наиболее эффективным на сегодняшний день считается комплексный подход, включающий в себя медикаментозные и психотерапевтические методы, учитывающие специфику индивидуально-личностных особенностей, поведенческих или аффективных расстройств и нарушений психического развития. При коррекции НССП первой группы применялись психотерапевтические методы и анксиолитическая терапия; вторая группа также включала в себя психотерапевтическую поддержку, анксиолитическую и нормотимическую терапию; третья группа – к вышеописанным методикам присоединялась антидепрессивная терапия, в тяжелых случаях – нейрорепитивная терапия; подростки четвертой группы получали нейрорепитивную терапию.

**Опыт применения адаптола при терапии
тревожных расстройств
в условиях психоневрологического дневного
реабилитационного стационара**

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина»

Адаптол является препаратом анксиолитического ряда и близким по химической структуре к естественным метаболитам организма. Его молекула состоит из двух метилизированных фрагментов мочевины, входящих в состав бициклической структуры. Действующее вещество препарата – тераметилте-тразабициклооктандион.

Адаптол действует на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс, на эмоциогенные зоны гипоталамуса, оказывает действие на 4 основные нейромедиаторные системы: ГАВА-, холин-, серотонин- и адренергическую, способствует их сбалансированности и интеграции, но без адрен-ноблокирующего действия.

Целью данного исследования являлось определение эффективности и переносимости терапии адаптолом у пациентов психоневрологического дневного реабилитационного стационара ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина с тревожными расстройствами различной этиологии и интенсивности, а также определение качества терапевтического сотрудничества (комплаенса).

Материал и методы.

В исследование вошли 77 пациентов ПНДРС, поступивших в отделение впервые и повторно – первичная и повторная госпитализация за период с 2018 по 2020 год. Период пребывания в отделении при включении их в исследование составлял не менее двух месяцев. Критериями включения в исследование было наличие тревожных расстройств, эмоционального напряжения, раздражительности, вегетативных нарушений, суточных колебаний настроения с состояниями подавленности и угнетённости. При этом тревожные расстройства имели различную диагностическую значимость и могли быть самостоятельным заболеванием, присутствовать в структуре синдрома как осложнения основного заболевания или встречаться в рамках реакции преморбидной личности на средовые условия. Были созданы две группы – основная и контрольная.

По диагностическим критериям в соответствии с МКБ-10 диагнозы пациентов распределились следующим образом: органическое эмоционально-лабильное расстройство F 06.6 – 25 человек, органическое тревожное расстройство в связи со смешанными заболеваниями F 06.48. – 16 человек, неврастения F 48.0 – 8 человек, смешанное тревожное и депрессивное расстройство F 41.2

– 11 человек, непсихотическое психическое расстройство в связи с травмой головного мозга F 06.82 – 17 человек.

Из них в возрастной группе 12-14 лет было 25 пациентов, в возрастной группе 15-17 лет было 52 пациента.

При анализе синдрома в структуре основного заболевания выявлялись следующие виды: тревожно-фобический в 8 случаях, тревожно-депрессивный в 13 случаях, тревожно-ипохондрический синдром в 4 случаях.

По гендерному различию пациенты разделялись следующим образом: 18 пациентов – девочки, 59 пациентов – мальчики.

В исследовании применялся клинико-психологический метод с тестированием пациентов по следующим методикам: шкале общего клинического впечатления CGI, шкале ситуативной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, шкале самооценки тревоги Д.В.Шихана – ShARS. Шкала общего клинического впечатления CGI разделялась на 3 подшкалы: тяжесть заболевания CGI-S, степень улучшения CGI-I, индекс эффективности CGI-E. Статистический метод использовался в исследовании с использованием критерия Стьюдента для проведения оценки достоверности различий в группах.

Все пациенты, включённые в исследование, были распределены в 2 группы: контрольную и основную. Пациенты контрольной группы не получали фармакотерапию, проходили только групповую и индивидуальную психотерапию, тогда как пациенты основной группы получали в терапии адаптол в течение 56 дней терапии. Результаты терапии оценивались в начале терапии, на 7, 14, 28 и 56 день терапии. В основной группе пациентов препарат назначался в суточной дозировке до 1000 мг/сутки в монотерапии.

Безопасность и переносимость лечения оценивались по наличию или отсутствию субъективно выраженного ощущения сонливости, седативному эффекту, вялости, общей слабости, оказывающих негативное влияние на состояние пациентов, контроля параметров артериального давления и пульса, появления аллергических реакций на фоне терапии.

Комплаенс терапии определялся регулярностью приёма препарата пациентами, включёнными в основную группу в отделении, а также взаимодействием с законными представителями пациентов и контролем с их стороны за регулярностью приёма адаптола в режиме домашних отпусков у пациентов основной группы.

Результаты и обсуждение.

У 42 пациентов основной группы до начала терапии преобладали тревожные проявления ситуационного и личностного характера, усиливающиеся в состоянии фрустрации и, в ряде случаев, внезапные приступы тревоги с вегетативными проявлениями – затруднением дыхания на вдохе, учащением пульса и сердцебиением, тошнотой и неприятными ощущениями в области живота. Кроме этого, в 12 случаях отмечались эмоциональная напряжённость

в течение дня, головные боли напряжения, раздражительность и конфликты со сверстниками, колебания настроения. Имели место страхи социального характера – общения, выступления перед классом в школе, потери самообладания и приближённого к этому страха оказаться нелепым и смешным в коллективе сверстников.

При тестировании по шкале ситуативной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина отмечалась высокая личностная и ситуационная тревожность. У большей части пациентов основной группы были выраженные межличностные трудности в отношениях со сверстниками, не удовлетворялась полностью потребность в принадлежности к группе и непосредственном эмоциональном общении со сверстниками. Недифференцированный уровень притязаний отражал неудовлетворенность собой, что создавало дополнительный фон для тревожных переживаний. Несколько отдельно выступали неглубокие субдепрессивные переживания, идеи собственной неполноценности, низкая или неустойчивая самооценка. Характерны были инсомнические проявления – трудности при засыпании, ранние пробуждения утром.

При начале терапии адаптолом и на 7 день терапии выраженных изменений по шкале общего клинического впечатления не отмечалось, однако при тестировании пациентов по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS отмечалось снижение тревожных проявлений в среднем на 2 балла с исходных значений тревоги 8-10 баллов. При этом на 14 и 28 день отмечались выраженные изменения по критерию оценки степени тяжести и по критерию улучшения по шкале общего клинического впечатления CGI. На 56 день терапии у пациентов основной группы отмечалось выраженная редукция тревожных проявлений, что подтверждалось тестированием по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS и снижением уровня тревоги по данной шкале до 1-2 баллов. По шкале общего клинического впечатления CGI на 56 день терапии адаптолом отмечалось снижение ситуационной тревоги с $2,3 \pm 0,7$ до $0,1 \pm 0,2$, постоянной недифференцированной тревоги с $1,6 \pm 0,8$ до $0,1 \pm 0,3$, страхов социального характера со значений $2,5 \pm 0,7$ до значения $0,8 \pm 0,9$. Кроме этого, так же на 56 день терапии по данной шкале уменьшилась ситуационная гиперактивность и общее двигательное беспокойство со значений $1,8 \pm 0,3$ до $0,6 \pm 0,1$.

Вегетативные проявления тревоги, наблюдаемые у пациентов до терапии адаптолом, так же значительно уменьшились по интенсивности и по шкале общего клинического впечатления CGI на 56 день терапии находились на значении $0,6 \pm 0,1$ с исходных значений $2,3 \pm 0,1$.

Стоит отметить, что суточные колебания настроения и состояния подавленности, общей угнетённости по шкале общего клинического впечатления CGI изменились незначительно, на 56 день терапии со значений $1,9 \pm 0,5$ до $1,2 \pm 0,4$. Это позволяет сделать вывод, что адаптол не обладает первичным действием на субдепрессивные проявления и колебания настроения, но при редукции тревоги в психическом состоянии пациентов меняется и эмоциональный фон, улучшается настроение.

По шкале самооценки тревоги Д.В.Шихана – ShARS начальный уровень тревожных проявлений до терапии адаптолом был в значении 80-90 баллов, что оценивалось как высокий уровень клинически выраженной тревоги. При приёме адаптола на 7 и 14 день отмечалось снижение этого значения в среднем на 8-12 баллов, на 28 день терапии снижение значения составило 5-8 баллов в среднем значении. На 56 день терапии отмечалось снижение уровня тревоги в среднем значении до 20-30 баллов у пациентов основной группы, что оценивалась как выраженная динамика на фоне приема препарата.

Переносимость препарата у пациентов основной группы была хорошей. У 2 пациентов – 4,76 % случаев отмечалась некоторая сонливость и сниженная работоспособность при начале терапии, что потребовало коррекции суточной дозировки с 1000 мг/сутки до 500 мг/сутки. У 3 пациентов – 7,14 % случаев отмечалось снижение артериального давления до значений 90/80 мм рт. ст. и состояние общей утомляемости, что через несколько дней прошло самостоятельно и не требовало отмены препарата.

При окончании терапии адаптолом не отмечалось синдрома отмены препарата. Compliance терапии у пациентов основной группы оценивался как высокий, пациенты регулярно принимали препарат в отделении, при этом родители пациентов регулярно получали препарат в домашний отпуск на выходные и праздничные дни.

В контрольной группе у 35 пациентов отмечались средние значения тревожных проявлений с тенденцией к высокому уровню – при тестировании по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS уровень тревожных проявлений находился в среднем значении 12 баллов. По шкале самооценки тревоги Д.В.Шихана – ShARS начальный уровень тревожных проявлений находился на уровне 80-90 баллов. Трудности в отношении с педагогами в школе и страх оказаться несостоятельным при проведении контрольной работы или при необходимости ответа отмечались у всех пациентов контрольной группы. Вегетативные реакции и инсомнические проявления имели место быть, однако были нестойкими и быстро проходящими. Нарушения сна скорее связывались с нарушением режима бодрствования-сна пациентов, чем, собственно с тревожными проявлениями.

По шкале общего клинического впечатления пациенты контрольной группы демонстрировали высокий уровень эмоционального напряжения в ситуации фрустрации, но менее выраженные показатели по наличию социальных страхов, проявлений двигательного беспокойства и ситуационной гиперактивности.

В сравнении с пациентами основной группы, все показатели тревожных проявлений пациентов контрольной группы находились на том же уровне, кроме проявлений тревоги при тестировании по шкале самооценки тревоги Д.В. Шихана – ShARS. В этом случае, при тестировании пациентов контрольной группы по данной шкале уровень тревоги снижался с уровня 80-90 баллов на 15-22 балла. Это объяснялось включением данной группы пациентов в психотерапевтическую работу в отделении и появлению новых копинг-механизмов совладания с тревогой в дальнейшем.

Оценка достоверности различий с использованием критерия Стьюдента продемонстрировала достоверность снижения показателей тревоги в основной группе, различия двух групп по показателю тревоги оказалось достоверным ($p \leq 0,05$).

В ходе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Пациенты основной группы на фоне терапии адаптолом показали более низкие показатели тревожных проявлений в сравнении с пациентами контрольной группы; снижение тревоги по интенсивности отчётливо было видно на 14 и 28 день терапии, достигая наибольшей редукции к 56 дню терапии.

2. Препарат имеет хорошую переносимость и в связи с небольшим количеством побочных явлений комплаенс от терапии оценивался как высокий.

3. Адаптол влияет на тревожные проявления в психическом состоянии и поведении пациентов, независимо от того, является ли тревога проявлением психического заболевания, частью синдрома в структуре основного заболевания или личностными реакциями пациента с преморбидными чертами в ситуации фрустрации. При этом адаптол не действует первично на депрессивные или субдепрессивные проявления, а купируя тревожные проявления, улучшает эмоциональное состояние пациентов в целом.

4. Синдрома отмены после окончания терапии адаптолом не отмечалось у всех пациентов основной группы.

5. Адаптол может использоваться в качестве монотерапии при лечении тревожных расстройств у пациентов с 12 до 18 лет с контролем параметров артериального давления и пульса в начале, в продолжении и при окончании терапии.

**Кризисная психофармакотерапия в период пандемии
и online консультирование подростков в деятельности
Всероссийской общественной организации скорой
психологической помощи «Мы рядом 2020»**

ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ;
Всероссийская общественная организация скорой психологической помощи
«Мы рядом 2020», Санкт-Петербург

Пандемия Covid 19, начавшаяся в 2020 году, изменила реальность людей всего мира: выросли неопределенность, напряженность, тревога в связи с опасностью заражения и вынужденным ограничением социальных контактов. Возросла потребность в специализированной психиатрической и психологической помощи.

В кризисном консультировании подростков на амбулаторном врачебном приеме часто приходилось использовать психофармакологическую терапию (с учетом соответствующих возрастных ограничений): при синдроме утраты – сульпирид и антидепрессанты, при различных видах тревоги – в зависимости от ее клинического профиля: при тревоге с выраженной вегетативной дисфункцией – бензодиазепины, алимемазин или тенотен, при фенаминовой тревоге с желанием немедленно что-то сделать – гидроксизин или гопантеновую кислоту, при тревоге с расстройствами сна или тиками – аминофенилмасляную кислоту.

В марте 2020 года был создан Всероссийский волонтерский проект скорой психологической помощи «Мы Рядом 2020», в рамках которого 250 специалистов оказывают всем обратившимся бесплатную квалифицированную психологическую помощь. При обращении человек имеет право выбрать вариант формы работы: общение через чат WhatsApp, видеозвонок, электронная почта, голосовые сообщения, смешанная форма.

С момента начала работы проекта было выполнено более 3000 консультаций, из них 217 – детям и 433 – подросткам. Самым популярным запросом на формат работы у подростков стала консультация в чате WhatsApp. Подростки лишились возможности общения со сверстниками – деятельности, без которой их развитие затруднено. Личное взаимодействие в жизни было заменено на виртуальное общение: переписку, видеочаты в интернете. Этот переход в виртуальное пространство естественным образом привел к спросу на консультации online.

Проблематика психологической помощи online известна давно и представлена рядом теоретических работ Д. Ласло, Г. Истерман, А. Барак, Н. Шапира, В.Ю. Меновщикова и др. Она нашла отражение в прикладных исследованиях общих особенностей интернет-консультирования [2].

В.Ю. Меновщиков указывает на момент зарождения интернет консультирования в связи с упоминанием первой психологической консультации при помощи новых технологий между Стэнфордским и Калифорнийским университетами в октябре 1972 года [2]. В России история online консультирования относится к 1999 году, когда начал формироваться Международный проект «Психотерапия и консультирование» [5].

К 1995 году существовало двенадцать практик «е-терапии» в интернете. С началом пандемии психологическое консультирование и психотерапия отчасти перешли в online, как и многие иные сферы деятельности. Сейчас популярно множество форматов консультирования online: синхронный и асинхронный, аудиосообщение, консультирование через видеозвонок, аудиозвонок, чат WhatsApp, переписка по mail, посты и ответы на форуме и в блогах, с одним клиентом или с группой и т.д.

Консультативная переписка (скриботерапия), обмен письмами или сообщениями между пациентом и консультантом – техника, достаточно распространенная. Пандемия сделала легитимной телемедицину. По определению М.Е. Бурно консультативная переписка отражает как воздействие консультанта на пациента, так и вербальное и невербальное самовыражения клиента [1]. Эту форму работы использовали в зарубежной и отечественной практике D.D. Burns, J.W. Pennebaker, М.Е. Бурно, Е. Емельянов, В. Леви, Ю. Меновщиков [8].

Процесс консультирования подростков по переписке в проекте скорой психологической помощи населению «Мы Рядом 2020» включал диагностику и консультирование.

Формат консультирования в переписке довольно долго не признавался специалистами, как полноценный из-за многих ограничений: трудностей диагностики психического состояния, обманов и розыгрышей со стороны подростков (искажение идентичности) и т.д. Мы были вынуждены использовать этот паллиативный формат online переписки, т.к. из-за пандемии альтернативным вариантом часто было – «никакой помощи».

Опыт online работы в проекте «Мы Рядом 2020», показал, что диагностику с подростками провести можно, дав ссылку на online-методику или прислав бланк самого теста. Даже самый алекситимичный подросток был способен отвечать на вопросы консультанта об актуальном состоянии. Работая с подростком, консультанты сталкивались с обманом или изменением сетевой идентичности, (также, как и на телефоне доверия), но обратившийся человек был готов к диалогу, а значит, можно было выяснить его истинную причину обращения.

По итогам консультативной деятельности в переписке в период пандемии, бывало очевидно, что возможность обращения с помощью обычных аудио-средств ограничена в связи с акустикой или возможностью нарушения конфиденциальности. Особенно ярко это звучало в обращениях непосредственно из больничных палат. Многим подросткам (заинтересованным в полной анонимности своей личности) оказалось удобнее (менее стыдно) написать, чем рассказать о проблеме. Если у подростка и в жизни бывали трудности в уста-

новлении личных контактов, то online формат вызывал в нем меньше тревоги, чем непосредственный контакт с психологом или психотерапевтом.

В формате переписки сложнее всего было работать с подростками в возрасте до 14 лет, имеющими алекситимию, определять их эмоциональное состояние. Наибольшее трудной частью консультации было эмпатическое слияние с подростком. Психологу никогда не следует работать с подростком самостоятельно (без психиатра или психотерапевта), если у подростка имеется верифицированный психиатрический диагноз или признаки острого психопатологического расстройства. В этом случае следует немедленно переориентировать и замотивировать подростка на общение с психиатром, предоставив телефоны местных соответствующих служб, включая 112.

По нашим наблюдениям, консультируя в письменном формате целесообразно помнить следующие принципы:

1. Желательно, чтобы консультант применял интегративный подход в своей работе, а не отдельную методику.

2. Прописать правила письменного общения в начале первой консультации.

3. Установить временные рамки консультации при синхронной работе или договориться о формате асинхронной работы.

4. Обращать внимание на противоречащие друг другу и фразы в сообщении подростка.

5. Настойчиво и корректно уточнять и прояснять с каким запросом подросток обращается.

6. Работать четко по запросу, о котором подросток написал.

7. В чате WhatsApp можно задавать краткие точные вопросы, есть время остановиться и перечитать, исправить, прежде чем отправить.

8. Работа строится только на основании письменно выраженного сообщения.

9. Вопросы подростку нужно задавать предельно тактично и точно. 10. Понимать и использовать сленг подростков, для установления доверительного контакта

11. Консультанту, в формате переписки, проще держать паузы.

12. Фразы подростка консультанту нет необходимости запоминать, они уже написаны.

13. Обязательно в конце сессии выделить 3-5 минут на подведение итога и прощание.

14. Времени на консультацию по переписке требуется больше, чем для аудио или видео формата общения.

15. Работа по интернету близка к технологии коучинга: она помогает подростку самостоятельно справиться с трудностями под руководством профессионала.

16. Самое важное – это личность психотерапевта (чуткость, отзывчивость, профессионализм и т.д.)

Для формата консультирования по переписки существуют ограничения и у консультанта (психолога, психотерапевта): алекситимия, отсутствие креативности, профессионализма и опыта, неумение ясно и доступно излагать свои мысли письменно.

Мы прекрасно понимаем, что письменный формат работы крайне ограничивает возможности консультанта, тем не менее, в последние полгода – это наиболее популярная форма связи в проекте «Мы рядом 2020». 90% подростков запрашивают именно такой способ психологической поддержки.

Выводы: Письменное консультирование допустимо в кризисных ситуациях, когда другой формат невозможен.

Разумеется, любое online консультирование, особенно письменное – это некий способ суррогатного общения. В условиях пандемии Covid19 общение и личные контакты рекомендовалось и рекомендуется максимально сократить. Лишь сняв ограничения в общении и расширяя контакты с внешним миром, можно оптимизировать и эмоциональное состояние, и отношение подростков к себе, и к значимым ситуациям в жизни, и к другим людям [8]. Но подростки ищут альтернативный формат реализации своей потребности быть услышанным и принятым, а также получить квалифицированную психологическую помощь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурно М.Е. Письма пациентам. М.: РОМЛ, 1994. 48с.
2. Виллюжанина Т.А. Особенности психологического консультирования онлайн // Вестник ДонНУ. Сер. Д: Филология и психология, 2020. № 1. С. 123-132
3. Зураева А.М., Джелиева З.Т. Психологическая помощь в онлайн-консультировании // Мир науки. Педагогика и психология, 2020 №1, <https://mir-nauki.com/PDF/31PSMN120.pdf> (доступ свободный).
4. Меновщиков В. Ю. Консультирование и терапия в интернете: «за» и «против» // Психологический журнал, 2010. том 31. № 3. С. 102-108
5. Меновщиков В.Ю. Состояние и перспективы исследований консультирования и психотерапии в интернете. Сибирский психологический журнал, 2009. № 33. С. 57-62.
6. Меновщиков В.Ю. Интернет-консультирование и психотерапия: современное состояние проблемы // Интернет-консультирование и психотерапия в России, 2013. № 1. С. 6-15.
7. Меновщиков В.Ю. Консультирование онлайн. Русские мифы о дистантном консультировании <https://psy.su/feed/8655/>
8. Морозова Л.Б. Консультативная переписка как альтернативный метод психологической помощи подросткам воспитательной колонии //Проблемы современного педагогического образования, 2016. №53-8. С. 214-221.
9. Полянский А.И., Быковская Л.И. Актуальность психологической помощи в сети интернет // Высшее образование для XXI века: роль гуманитарного образования в контексте технологических и социокультурных изменений. XV Международная научная конференция. Доклады и материалы, 2019.С. 368-374.

«Интернет-гейминговая» зависимость и ее особенности у лиц, призываемых на военную службу

Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России»*;
ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина»**, Москва

Актуальность проблемы. В последнее время получает широкое распространение проблемное поведение при использовании компьютерных и телекоммуникационных технологий. Оно представляет собой достаточно новую и актуальную тему, как для научного сообщества, так и для человечества в целом, по причине стремительного развития данного вида технологий и все более широким охватом всех сфер жизни человека компьютерной техникой. Скорость развития данных технологий создает и определенную проблему для людей, которые пытаются классифицировать проблемное поведение, связанное с этими средствами, по той причине, что изменяются как сами средства и программные продукты, так и социальный слой, которой ими пользуется.

Современные принципы диагностики «Интернет-гейминговой зависимости».

С точки зрения принятой в настоящее время в России РФ Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), данные расстройства можно классифицировать как гиперкинетические расстройства (F90), расстройства поведения (F91), эмоциональные расстройства детского возраста (F93), расстройства привязанностей (F94.1 и F94.2) и другие расстройства. С более широким распространением в клинической практике феноменов геймерства, интернет серфинга (бесцельного чтения и просмотра информации), увлеченности социальными сетями все чаще звучат высказывания о том, что собственно поведенческие составляющие данного феномена более соответствуют критериям расстройств привычек и влечений. Так имели место быть даже случаи со своего рода «передозировкой» с летальным исходом, случаи проституции в обмен на «игровое золото и артефакты», смерть малолетних детей родителей геймеров, которые были увлечены игрой и не кормили ребёнка [4, 7, 12].

В 2013 году в американской национальной диагностической классификации DSM-5 была введена диагностическая категория под названием «Интернет-гейминговая зависимость», но лишь в качестве категории, требующей дополнительных уточнений, которая в будущем может быть пересмотрена [9]

Диагностические критерии геймингового расстройства (по DSM-5):

1. Избыточная увлеченность играми.
2. Симптоматика отмены, когда нет возможности играть.

3. Повышение толерантности, проявляемое в увеличении количества времени, проводимом в играх.

4. Безуспешные попытки контролировать участие в играх.

5. Потеря интереса к предыдущим хобби и развлечениям, за исключением компьютерных игр.

6. Продолжающиеся чрезмерное использование игра, несмотря на понимание того, что это вызывает психосоциальные проблемы.

7. Сознательное введение в заблуждение членов семьи, терапевта и других, касательно количества времени, проведенного в игре.

8. Использование компьютерных игр, с целью избегания плохого настроения или снятия его.

9. Возникновение опасности потерять или потеря значимых отношений, работы, образование или возможность карьерного роста из-за участия в играх [3, 9].

В МКБ-11, которая на данный момент находится в проекте (с данным проектом можно ознакомиться на сайте Российского общества психиатров), вошли новые диагностические рубрики. В частности, появилось новое аддиктивное расстройство – игровое расстройство (6C51), описывающее патологическую зависимость от компьютерных игр. В проекте МКБ-11 перечисляется значительно меньше критериев зависимости от компьютерных игр, чем в DSM-5 [3, 5, 9] Игровую зависимость предлагается именовать «гейминговым расстройством» (дословный перевод), без указания слова «интернет», т.к. определяется данная зависимость и при офлайн играх. Игровая зависимость определяется в проекте МКБ-11 как образец стойкого или рецидивирующее онлайн - и/или офлайн-игрового поведения, проявляющееся тремя основными диагностическими критериями:

1. Утратой контроля над временем, проводимым в играх

2. Повышение приоритетности компьютерным играм, в ущерб иным жизненным интересам и делам;

3. Продолжение игрового процесса, несмотря на негативные последствия, вызванные им [5, 11].

Более того, зависимость от компьютерных игр следует диагностировать по критериям, изложенным в МКБ - 11, только тогда, когда модель поведения имеет достаточную степень тяжести, чтобы привести к значительным нарушениям в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важные области функционирования. В этом контексте, диагноз должен быть поставлен, только если паттерн игрового поведения должен при непрерывным или эпизодическом и рецидивирующем течение, и игровое поведение, и связанные с ним особенности должны быть обычно очевидны в течение как минимум 12 месяцев. Тем не менее, требуемая продолжительность диагностики может быть сокращается, если выполняются все диагностические требования и симптомы являются тяжелыми [11].

Однако, и именно этот факт ставит под вопрос сам факт выделения в отдельную диагностическую категорию данное расстройство, возможно, что

подобная вредоносная увлеченность компьютерными играми является просто одним из симптомов иной психической/наркологической патологии. Так же возможно, что не столько сами компьютерные игры способны вызвать зависимость, сколько, скорее всего генетическая и предрасположенность и возможно, проблемное воспитание, в совокупности с психологическими проблемами. Но этот вопрос изучен в современной науке недостаточно. В этом плане достаточно интересным является изучение людей, для которых компьютерные игры являются профессией- «профи-геймеры» (например, есть образовательные программы в рамках спортивных образовательных учреждений в таких странах, как Южная Корея) и их сравнение с людьми, зависимыми от компьютерных игр. В рамках исследования, проведенного в Южной Корее между подростками с диагностированным гейминговым расстройством и «профи-геймерами» было выявлено следующие [6]:

В то время как «профи-геймеры» играют в соответствии с определенными жизненными привычками, уделяя время и другим делам, по запланированному учебным заведением графикам, то подростки с игровым расстройством (Internet Gaming Disorder /IGD) демонстрируют нерегулярный образ жизни и нерегулируемое импульсивное игровое поведение. Участие в исследовании приняли четырнадцать подростков с игровым расстройством и 12 «профи-геймеров». Период наблюдения составил один год, оценивались демографические данные, производилось тестирования, с помощью Child Behavior Checklist / CBCL, оценивалось депрессивное настроение, тревожность, сделана была функциональная магнитно-резонансная томография в состоянии покоя. В течение года подростки с игровой зависимостью (не получали лечения или психотерапии) играли в игры по своему обычному расписанию, чаще всего так и когда хотели, в то время как студенты - «профи-геймеры» играли по запланированному графику, готовясь к чемпионатам. Через год показатели «профи-геймеров» снизились в таких показателях, как: общее проблемное поведение, импульсивность и агрессия, депрессия и тревога, по сравнению с показателями подростков с игровой зависимостью, чьи показатели остались неизменными. Обе группы демонстрировали повышенную мозговую активность в теменной доле коры головного мозга (активное внимание). Но по сравнению с «профи-геймерами», подростки с зависимостью от игр демонстрировали большую активность в левой орбитофронтальной коре. По мнению учёных из Республики Корея, полученные данные могут указывать на то, что компьютерные игры развивают внимание, но только хорошо организованная игровая деятельность дает положительные результаты. Проще говоря – разница, как между ядом и лекарством: в дозе и времени приема. Однако, стоит учитывать и изначальное различие между подростками, которые способны поступить по конкурсу в специализированное учебное заведение, и подростками, которые бесцельно проводят время [6].

Говоря о том, какие именно жанры компьютерных игр являются наиболее опасными в плане развития игрового расстройства, стоит отметить прежде

всего жанр «Массовая многопользовательская онлайн-игра» (англ. Massively Multiplayer Online Game, MMO, MMOG) [4, 13] — компьютерная онлайн-игра, в которой большое количество игроков взаимодействует друг с другом в «постоянном» игровом мире, расположенном на удалённом сервере. Функционирование таких игр осуществляется только и исключительно через интернет и их развития не было возможно до того, как массово стал распространяться высоко скоростной интернет. До массового распространения высоко скоростного интернета, кон1990-х – начало 2000-х годов, многие многопользовательские игры находились в пространстве локальных сетей. RPG – жанр ролевых игр, в котором игрок отождествляет себя с выбранным персонажем, его навыками, параметрами характеристиками. Существует определённая система получения нового уровня с течением времени – улучшение этих характеристик за выполнение заданий. Популярными являются также варгеймы (от англ. «wargame» — рус. «военная игра») — разновидность стратегических игр, в частности, настольных и компьютерных. Варгеймы призваны имитировать в виде игры военные конфликты: как реальные, так и вымышленные. Определённую популярность в киберспорте имеет и жанр «экшн» или так называемые «стрелялки». В ряде игр можно не вносить деньги реальные, а оплачивать «достижения» посредством выигрыша и проведённого на серверах игры времени, другие же игры заточены на то, чтобы игрок постоянно платил деньги реальные.

Клинический интерес представляют игры в стиле «гатя» (англоязычная транскрипция японского термина: Gacha game), также известные как «гача» (русифицированное произношение с японского различия) — это жанр компьютерных игр с внедрением механики гати (капсульного торгового автомата) [1, 8]. Чаще всего, повторяя своих механических предшественников эти программные продукты направлены на то, чтобы игроки тратили реальные деньги, чтобы получить виртуальный игровой предмет. Большинство примеров гатя-игр приходится на бесплатные для скачивания мобильные игры, в которых гатя выступает стимулом к трате реальной валюты. Законодательно «гатя» не считаются азартными играми, так же как не считается игровой автомат, для хвата крючком игрушек слот-машиной, что и дало им популярность в таких странах, как Япония и Южная Корея, где «классические» азартные игры находятся, по большей части, под юридическим и социальным запретом. Нередки случаи, когда разработчики игр в стиле «гатя» создают различные онлайн-казино и сайты для ставок на спорт, в рамках мобильных платформ. С точки зрения МКБ-11 не до конца ясно, как классифицировать игры, если они привели к реальным финансовым проблемам и игрок продолжает бесконтрольные финансовые вливания не только времени, но и реальных денег в игру – как зависимость от компьютерных игр или же как «классический» гемблинг (лудоманию)?

Современные принципы фармако- и психотерапии «Интернет-гейминговой зависимости».

Говоря о терапии данной зависимости, следует отметить, что модели терапии зависимости от компьютерных игр, так и других Интернет зависимостей,

строятся на основе адаптированных подходов к лечению зависимостей от ПАВ и патологического гемблинга. Описаны следующие предлагаемые методы лечения интернет-зависимости [1, 2]:

Фармакологическое лечение

- Антидепрессанты (СИОЗС, венлафаксин и др.).
- Стабилизаторы настроения (литий, габапентин, дивалпрокс).
- Комбинация антидепрессанта и стабилизатора настроения.
- Анксиолитики.
- Налтрексон.

Нефармакологические методы

- Когнитивно-поведенческая терапия.
- Семейная терапия.
- Группы поддержки.
- Программы «на полпути домой».

Польские исследователи предполагают, что из фармакологических средств интерес могут представлять также антипсихотики второго поколения и антагонисты глутаматных рецепторов [10]. Фармакологическое лечение зависимости от компьютерных игр остается проблемой. Как справедливо замечают японские авторы [8], в отношении фармакотерапии зависимости от компьютерных игр никогда не проводились доказательные клинические исследования, нет стандартов лечения и профилактических мероприятий. Предполагается, что эффективная терапия требует индивидуального подхода, и наилучшие результаты можно ожидать при сочетании психологических и фармакологических методов лечения. Однако, в настоящее время существует мало доказательств, подтверждающих предположение о том, что опробованные терапевтические методы для лечения игровой зависимости дают хороший долгосрочный клинический прогноз. Прежде всего это связано с тем, что изученных исследований, отвечающих современным принципам доказательности, до настоящего времени немного [1, 5]

Существует еще один весьма актуальный для России аспект проблемы. Как известно, компьютерные технологии являются неотъемлемой частью функционирования Вооруженных сил. При отборе призывников на военную службу учитываются операторские качества, умения и навыки работы, связанные с компьютерными технологиями. Вместе с тем, на практике, при призыве граждан на военную службу, не уделяется внимания таким расстройствам психического здоровья, как пристрастие к азартным играм (лудомания) и «Интернет-гейминговая зависимость». Отметим, что на настоящее время в РФ действует запрет на пользование военнослужащими срочной службы персональных мобильных телефонов (закон от 06.03.2019 № 19-ФЗ «О статусе военнослужащих» от 27.05.1998 № 76-ФЗ; далее — закон № 76-ФЗ), который вступил в силу 17.03.2019 г. Согласно этому закону, под запрет попадают смартфоны, коммуникаторы, ноутбуки, планшеты, фото и видеокамеры, видеорегистраторы, «умные» часы, фитнес браслеты, модемы, диктофоны в связи с тем, что

они имеют расширенные мультимедийные возможности. Доступ военнослужащих к персональным компьютерам, особенно в развлекательных целях, таких как компьютерные игры, тоже весьма ограничен или же полностью отсутствует. Таким образом, молодой человек с зависимостью от компьютерных игр, попадая в жесткие условия военной службы, подвергается воздействию дополнительных факторов дистресса, связанного с отсутствием возможности удовлетворить свои потребности в компьютерной игре или пользоваться персональным компьютером и иными электронными устройствами. Это может сказаться отрицательно на психическом здоровье данного военнослужащего. При этом диагностические и скрининговые методы выявления данной проблемы не разработаны для рутинной практики медицинских специалистов военкоматов и военных врачей.

Следовательно, для адекватной работы психиатров военно-врачебных комиссий требуется совершенствование диагностики «Интернет-гейминговой зависимости», вкупе с другими «нехимическими» аддикциями. Учитывая стрессовое состояние призываемых на военную службу, данные явления могут являться факторами риска совершения суицида, так и просто сами по себе быть дистрессовыми состояниями, мешающими прохождению военной службы. Введение мер по профилактике и реабилитации подростков и молодежи допризывного и призывного возраста с данными проблемами является актуальным практико-ориентированным направлением научно-исследовательской деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров А. Ю., Солдаткин В.А. Интернет-зависимость: клинико-диагностические маркеры и подходы к терапии: учебное пособие. М.: РУСАЙНС, 2020. 254 с.
2. Chakraborty K., Basu D., Vijayakumar K.G. Internet addiction: consensus, controversies, and the way ahead // East Asian Arch Psychiatry. 2010. Vol. 20(3). P. 123-32. PMID: 22348866.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). — Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p. — doi:10.1176/appi.books.9780890425596.
4. Filippo L. D. MMOG as locally realized worlds of action // World Building Transmedia Fans Industries. 2017. P. 231-250. doi:10.1017/9789048525317.014.
5. King D.L., Delfabbro P.H. Internet gaming disorder treatment: a review of definitions of diagnosis and treatment outcome // J Clin Psychol. - 2014. Vol. 70(10). P. 942-55. doi: 10.1002/jclp.22097. Epub. 2014 Apr 19. PMID: 24752874.
6. Kwak K.H., Hwang H.C., Kim S.M., Han D.H. Comparison of Behavioral Changes and Brain Activity between Adolescents with Internet Gaming Disorder and Student Pro-Gamers // Int J Environ Res Public Health. 2020 Vol. 17(2). P. 441. doi: 10.3390/ijerph17020441. PMID: 31936471; PMCID: PMC7014075.
7. Murano, G. 10 most bizarre Gaming Incidents. Retrieved February 27, 2021, from https://www.oddee.com/item_96657.aspx

8. Nakayama H., Mihara S., Higuchi S. Treatment and risk factors of Internet use disorders. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2017 Jul; 71(7): 492-505. doi: 10.1111/pcn.12493. Epub. 2017 Feb 10. PMID: 27987253.
9. Petry N.M., Rehbein F., Ko C.H., O'Brien C.P. Internet Gaming Disorder in the DSM-5 // *Curr Psychiatry Rep.* 2015. Vol. 17(9). P. 72. doi: 10.1007/s11920-015-0610-0. PMID: 26216590.
10. Przepiorka, A.M., Blachnio, A., Miziak, B. [et al.] Clinical approaches to treatment of Internet addiction // *Pharmacol. Rep.* 2014. Vol. 66. P. 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.pharep.2013.10.001>
11. Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, [et al.] Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective // *J. Behav. Addict.* 2018. Vol. 7(3): 556-561. doi: 10.1556/2006.7.2018.59. Epub. 2018 Jul 16. PMID: 30010410; PMCID: PMC6426367.
12. Scott, M.R. Psychosocial variables as predictors of gaming behaviors and gaming addiction in the massively multiplayer online game world of Warcraft. *PsycEXTRA Dataset*, 2014. doi:10.1037/e512142015-682
13. Stavropoulos V., Kuss D.J., Griffiths M.D., Wilson P., Motti-Stefanidi F. MMORPG gaming and hostility predict Internet Addiction symptoms in adolescents: An empirical multilevel longitudinal study // *Addict Behav.* 2017. Vol. 64. P. 294-300. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.09.001.

*Строев Ю.И. *, Липская И.Л. *,
Гончарова Е.С. **, Крук Л.П. ***, Чурилов Л.П. **

Патофизиология булимии или, когда пищевой центр страдает бессоницей

*Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург
**Санкт-Петербургская городская поликлиника № 98 ГБУЗ Санкт-Петербург
***ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва

Ощущение потребности в еде – чувство голода – относится к основным биологическим мотивациям, обеспечивающим сохранение дальнейшего существования жизни как отдельного организма, так и вида в целом. По сути, это – вегетативное ощущение, формируемое при участии гипоталамуса и всей лимбической системы и отрицательно эмоционально окрашенное. К чувствам мощнее голода по силе и непреодолимости можно отнести, по-видимому, только жажду, удушье и боль. Голод в здоровом организме возникает при длительном отсутствии пищи в результате возбуждения пищевого центра – латеральных ядер гипоталамуса, что связано с поступлением нервных импульсов с от различных периферических рецепторов, в частности, от рецепторов пищеварительного тракта, а также с действием гуморальных стимулов, определяемых составом крови, но в особенности зависящих от уровня глюкозы и инсулина [27].

В 1935 г. И. П. Чукичев разработал теорию «голодной крови», суть которой подтверждалась тем, что при переливании крови голодного животного сытому даже у сытого возникает пищедобывающее поведение (и наоборот – оно подавляется у голодного сытой кровью). Очевидно, «голодная кровь» способна активировать нейроны гипоталамуса за счет низких уровней глюкозы, ряда аминокислот, жирных кислот, гормонов и т. д. [18].

Пищевой рефлекс, как и оборонительный, половой, как рефлексы, связанные с одышкой, – относится к безусловным, элементам постоянной и врожденной естественной реакции организма на определенные воздействия внешнего мира [1].

Булимия (bulimia, греч. bu[s] бык + limos голод) – патологически повышенное чувство голода со слабостью и нередко с болевыми ощущениями в подложечной области. Она, может сочетаться со снижением чувства насыщения (акорией), что приводит к потреблению чрезмерных количеств пищи (полифагия). Резко выраженная постоянная булимия является наряду с полифагией проявлением, главным образом, органических поражений ЦНС [1]. В основе же непостоянной булимии чаще лежат дисрегуляторные расстройства: гиперинсулинизм и гипогликемия различного происхождения. Булимия в таких случаях – закономерный ответ на гипогликемию, объяснимый с точки зрения патофизиологии

Однако термином «булимия» в широкой врачебной, в том числе – психиатрической практике именуют также психическое заболевание, представляющее собой расстройство пищевого поведения, при котором больные бесконтрольно употребляют большие количества пищи, а потом избавляются от нее с помощью искусственной рвоты, слабительных, клизм, диуретиков, так как озабочены преимущественно массой своего тела. Поэтому давно отмечено, что лица с такой формой булимии практически не страдают ожирением – для них характерен, как правило, нормальный вес [3].

Хотя первые описания нервной булимии фактически принадлежат еще античным источникам (в частности, у римских императоров Клавдия и Вителлия) [35], но определение булимии как синдрома расстройств приёма пищи стало использоваться лишь с 1940-х гг., причем вначале в литературе о нервной анорексии, где булимия рассматривалась в качестве ее синдрома [25]. Основные диагностические критерии нервной булимии окончательно определил Джеральд Рассел [31]. В 1992 г. МКБ-10 включила нервную булимию в список психических расстройств. Распознать нервную булимию как психическое заболевание трудно. Для этого предложен ряд тестов, в частности, EAT-26 (Eating Attitudes Test) из 26 вопросов, разработанный David M. Garner в Институте психиатрии Кларка (Канада) [24].

Надо иметь в виду, что термин «психическое» не означает — «не имеющее нейроэндокринной основы». Напротив, поскольку поведение человека метаболически и гормонально обусловлено, современная патофизиология придает большое значение роли ряда нейрогормонов и нейротрансмиттеров и особенностям их рецепции в патогенезе психического заболевания. Так, литературные данные свидетельствуют о том, что уровни норадреналина и серотонина у лиц с нервной булимией ниже, чем у здоровых людей. Уровни дофамина – такие же или ниже, чем в контрольной группе. После ремиссии данного расстройства норадренергическая функция возвращается к норме, тогда как дофаминергическая и серотонинергическая функции восстанавливаются до уровней, превышающих свойственные здоровым испытуемым. Среди нейропептидов отмечены изменения в уровнях нейропептида Y, пептида YY, бета-эндорфина, кортиколиберина (повышение в крови и спинномозговой жидкости), соматостатина, холецистокинина и вазопрессина (недостаточный ответ при насыщении), которые свойственны симптоматической фазе нервной булимии, с возвратом к уровням, наблюдаемым в контрольной группе, после ремиссии в картине этого расстройства [22]. Отмечаются снижение активности моноаминоксидазы, нейтрализующей катехоламина, а также избыточное метилирование (молекулярно-биологический эквивалент репрессии) генов дофаминовых рецепторов и рецептора мозгового нейротрофического фактора (связанных с насыщением), а также разнонаправленные изменения метилирования генов глюкокортикоидных рецепторов [28].

Ожирение (ОЖ), тесно связанное с перееданием, превратилось ныне во всемирную социально-экономическую проблему [2]. Любое ОЖ так или ина-

че связано с дисфункцией гипоталамо-гипофизарной области. Главные эндокриноциты аденогипофиза – кортиколипотропоциты. Ряд их продуктов имеют самое прямое отношение к регуляции массы тела и пищевого поведения. Так, адrenокортикотропин (АКТГ) является мощным стимулятором продукции глюкокортикоидов (гормонов стресса) в надпочечниках, способствуя в то же время синтезу инсулина в островках Лангерганса. Распространено ошибочное мнение о том, что стрессы приводят к исхуданию. В действительности же хронический стресс за счёт гипер-АКТГ-емии и гиперинсулинемии служит важным фактором риска ОЖ [11, 17, 22, 32].

Известно, что ОЖ может развиваться под влиянием психических факторов. Психогенное ожирение имеет также нейроэндокринную основу, и трудно отличить от ОЖ после различных операций (аппендэктомия, тонзиллэктомия, гинекологические операции), а также от ОЖ во время беременности, сразу после родов или позже. Как писал выдающийся венгерский клиницист Имре Мадьяр (1910—1984), пристрастие к еде развивается особенно тогда, когда другие радости жизни истощаются, а наслаждение едой не имеет границ. Некоторые люди пытаются едой заглушить горе, они бесконтрольно едят именно в период траура, несчастья, плохого настроения. К этой же группе относится ОЖ, развивающееся после климактерического периода, у вдов, у брошенных невест [14]. Так, в известном стихотворении в прозе И.С. Тургенева «Щи» находим явное подтверждение сказанному.

«У бабы-вдовы умер её единственный сын, первый на селе работник.

Барыня, помещица того самого села, узнав о горе бабы, пошла навестить её в самый день похорон. Она застала её дома.

Стоя посреди избы, перед столом, она неспеша, ровным движением правой руки (левая висела плетью) черпала пустые щи со дна закопчённого горшка и глотала ложку за ложкой <...>.

«Господи! – подумала барыня. – Она может есть в такую минуту... Какое, однако, у них у всех грубые чувства!» <...> А баба продолжала хлебать щи. Барыня не вытерпела наконец.

– Татьяна! – промолвила она. – Помилуй! Я удивляюсь! Неужели ты своего сына не любила? Как это у тебя не пропал аппетит? Как можешь ты есть эти щи?

– Вася мой помер, – тихо проговорила баба, и наболевшие слёзы снова побежали по её впалым щекам. – Значит, и мой пришёл конец: с живой с меня сняли голову. А щам не пропадать же: ведь они посоленные <...>».

Примером трудной дифференциальной диагностики симптоматической и нейрогенной булимии может быть самое частое в подростковом периоде нейроэндокринное заболевание — ожирение с розовыми стриями (ОРС), для которого типична выраженная булимия. ОРС – яркий пример истощенной стрессорной адаптации, дистресс-ассоциированное расстройство. Такие состояния развиваются обычно после длительных или повторных стрессов с продленной фазой резистентности и исходом в дистресс.

Карл Маркс определил болезнь как жизнь, стесненную в своей свободе [19]. В.М. Левин и Э.С. Рутенбург рассматривали подростков как самую угнетённую касту человечества: хронические стрессы провоцируются у них соответствующими бытовыми запретами, погрёками, нудными нравоучениями, несоответствием темпов физического и социального созревания, ломкой детских стереотипов, обретением целей и страстей, переменой жизненных установок в связи с началом студенческой жизни и работы, наконец, военной службой [8, 12, 14]. Не будем забывать, что в армию и на флот по призыву в современной России и многих других странах идут лица, относящиеся по классификации ВОЗ к подросткам, причем в нем они пребывают до конца срочной службы! К слову, в царскую армию, по закону от 1874 г., призывали юношей только после выхода из подросткового возраста – по достижении 21 года [36].

Между тем, подростковый период в онтогенезе системы нейроэндокринной регуляции человека — постнатальный критически-сенситивный. Именно такое определение было впервые предложено нами в 2004 году [12, 17].

Хроническое воздействие мощных стрессоров на формирующийся нейроэндокринный аппарат подростка вызывает срыв адаптации и кушингоидный статус с обязательными: гиперкортицизмом; висцеральным ожирением; инсулинорезистентностью и гиперинсулинемией; тенденцией к снижению толерантности к глюкозе; тревожно-меланхолическими расстройствами настроения; вызывающим эгоцентрическим поведением; признаками метаболической депривации мезенхимальных тканей [22, 34].

Психосоциальная среда подростка — фактор риска эндокринопатий [12, 17, 34]. Греческий эндокринолог Георгиос Крусос прямо охарактеризовал ОРС подростков как стресс-ассоциированное заболевание перенапряженной адаптации [23].

Существование ОРС как особого синдрома стали признавать в середине прошлого века. В 1951 г. британский эндокринолог Сэмьюэл Леонард Симпсон (1900—1983) впервые выделил как отдельный синдром ювенильное заболевание, при котором отмечалась триада симптомов: резкое увеличение массы тела и роста, артериальную гипертензию (АГ) и багровые полосы на коже. Он обозначил синдром у девушек как «адипозогинизм», а у юношей — как «адипозогинандризм» и высказал мнение о патогенетической роли при этом синдроме избыточной функции гипофиза и коры надпочечников и компенсаторном гиперинсулинизме, а также проследил судьбу некоторых подобных подростков во взрослой жизни, подчеркнув, что данные симптомы могут быть преходящими [33].

В классических руководствах по эндокринологии ОРС получило эпонимическое название «синдром Симпсона—Пейджа», так как в 1937 г. британский педиатр Альфред Патрик Мензиес Пейдж (1907—1979) с соавт. привлекли внимание к этому синдрому, описав у страдавшей им пациентки со стриями увеличение щитовидной железы (ЩЖ) с кистой, отеки и вторичное бесплодие. По-видимому, это было первое описание классического случая сочетания ОРС с гипотирозом (микседемой) в исходе аутоиммунного тиреоидита (АИТ), который тогда был еще малоизвестен [28].

Розовые стрии при ОРС имеют стандартную билатеральную локализацию: на внутренней поверхности плеч и бедер, животе, молочных железах, пояснице, ягодицах, реже — на спине, поперечно («тигровая спина»). Стрии — поверхностные, цвет их — от бледно-розовых до красно-лиловых. На ранних стадиях они не атрофичны, слегка приподняты над уровнем кожи, не имеют экстравазатов и внутрикожных геморрагий (Рис. 1). Этим они отличаются от стрий при болезни и синдроме Иценко—Кушинга [14]. Стрии могут существовать на коже месяцами и даже годами.



Рис. 1. Внешний вид розовых стрий (наблюдения Ю.И. Строева)

С открытием глюкокортикоидов и их роли в организме стрии стали объяснять воздействием кортизола. Его избыток усиливает глюконеогенез, субстраты которого (глюкогенные аминокислоты) организм под влиянием кортизола черпает из инсулинзависимых соединительнотканых структур, представленных в самой мобильной подкожно-жировой клетчатке, что приводит к ее локальной утрате и к просвечиванию через истонченную кожу участков измененного в результате такой депривации подкожного апоневроза, богатого кровеносными сосудами.

Примером может служить наше наблюдение (Рис. 2).



Рис. 2. Пациент Б-ов Д.А., 24 г., и/б № 1598. Страдал зудящим дерматитом. Занимался самолечением частыми инъекциями глюкокортикоидов (дипроспан). Наблюдение Ю.И. Строева.

До сих пор большинство врачей считает ОРС преходящим функциональным расстройством гипоталамо-гипофизарной области подросткового периода и ограничивается в его лечении лишь избыточными наставлениями и разными диетами, которыми подростки в силу их возрастных амбиций, как правило, вообще пренебрегают, тем более на фоне свойственного ОРС гиперинсулиниз-

ма со страстной закономерной булимией. Однако строгое деление болезней на органические и функциональные теоретически не оправдано, что подчеркивал еще выдающийся патофизиолог П.Н. Веселкин (1904—1984). Почему, собственно, при ОРС эти «функциональные расстройства» столь торпидны, что практически не поддаются диетической и седативной терапии, с трудом регрессируют с возрастом, а с годами могут переходить в ранний метаболический синдром (МС) с АГ, сахарным диабетом СД 2-го типа, подагрой и гипотирозом [12–15]? Опасность представляет именно АГ, которую некоторые врачи до сих пор наивно расценивают у подростков как отсутствующую в МКБ-10 «вегетососудистую дистонию». В настоящее время отношение к вегетативным расстройствам пересматривается, открывается их нейроиммуноэндокринная сторона, и даже формируется новое понятие – «аутоиммунная дизавтономия» [32].

Подростки с ОРС отличаются повышенной продукцией лептина, АКТГ и кортикостероидов всех трёх групп (глюкокортикоидов, минералокортикоидов и половых гормонов), а также пролактина и инсулина [8, 12, 14, 15]. Гиперинсулинизм приводит к падению уровня глюкозы в крови и ее доступности, прежде всего, для нейронов. Этим при ОРС объясняются приступы неконтролируемого, инстинктивного волчьего аппетита (булимии), тяга к сладкому и характерные для гипогликемии поведенческие особенности вплоть до делинквентных противоправных действий. Более подробно взаимосвязь гипогликемии с нервно-психическими расстройствами была рассмотрена нами в статье «Глюкоза и психика» [9].

Наши наблюдения показали, что булимия у таких пациентов возникает, как правило, ближе к ночи. Известно, что продукция инсулина стимулируется вагальными механизмами, а *n. vagus* «царствует» именно в это время. Поэтому лиц с ОЖ в вечерний и в ночной периоды посещают приступы гипогликемии с булимией, тахикардией, проливными потами, раздражительностью и нередко — повышением АГ. По утрам такие подростки обычно едят мало, некоторые вообще не завтракают, но к вечеру у них вновь развивается волчий аппетит, и они тайком заглядывают в холодильник по ночам и даже способны воровать хлеб и спрятанные от них в доме сладости. Поведение человека, генерирующего вспышки раздражения на голодный желудок, знакомо каждому. Не случайно к такому поведению склонны жертвы хронического стресса, провоцирующего инсулинорезистентность и висцеральное ОЖ при наличии латентного гипопитуитаризма [10]. Кстати, практически никто из наблюдавшихся нами пациентов не прибегал к искусственной рвоте с целью избавления от лишнего веса. Единицы из них наблюдались психоневрологами и получали седативные средства и даже антидепрессанты.

С этой точки зрения представляется, что АГ при ОРС — следствие патофизиологического стрессорного ответа организма на гипогликемию, которая сама по себе является сильнейшим стрессором. Это сопровождается повышением продукции и приведением в действие гормонов, способных повышать

уровень глюкозы. Единственным гормоном, понижающим уровень глюкозы в крови, остается инсулин. Но практически все антагонисты инсулина способны повышать АД, что при гипогликемии как раз и наблюдается. Таким образом, гиперинсулинемия запускает целый каскад реакций, приводящих к АГ [10, 14, 15], которую мы наблюдали у 70% подростков с ОРС [14].

С 2010 по 2019 гг. к нам обратилось 867 пациентов различного возраста с ОРС или имевших его в юности. У всех изучен анамнез, в том числе репродуктивный и генетический. У них было отмечено раннее половое созревание (менархе у девочек чаще всего наступало в 9—11 лет). При осмотре исследовалась локализация кожных стрий, их цвет, выраженность и возраст их манифестации. Измерялись рост, масса тела, окружность талии. Вычислялся ИМТ по А. Кетле. АД измерялось по Н.С. Короткову.

Выяснилось, что ОРС у них чаще манифестировало в препубертатном или раннем пубертатном периодах, на фоне начинающегося полового созревания (в 11—15 лет). Все пациенты имели разную степень ОЖ и выраженности стрий. Ведущими жалобами при поступлении, особенно у девушек, были жалобы на именно на ожирение, а потом уже — на булимию.

Изучая гормонально-метаболические особенности пациентов с ОРС, мы практически в каждом случае выявляли солидный набор стигм недифференцированной дисплазии соединительной ткани марфаноподобного фенотипа (ДСТМФ): способность с раннего детства садиться на шпагат (гуттаперчевость), сочетавшаяся как правило со спонтанной тягой к гимнастике, фигурному катанию, танцам, балету [20], сколиозы, грыжи Шморля, добавочные шейные позвонки и ребра, плоскостопие, гипермобильность суставов, ventральные грыжи, нефроптоз, удвоение почек, деформации желчного пузыря (дискинезии), пролапс митрального клапана, ложные хорды желудочков сердца, аномалии сосудов головного мозга, патологический рост зубов, ношение брекетов, гастродуоденит, рефлюкс-эзофагит, варикоцеле у юношей, миопия, анизометропия, астигматизм, кисты разной локализации и др. [5, 8, 15].

Были изучены результаты инструментальных данных: ЭКГ, УЗИ щитовидной железы (ЩЖ), МРТ гипофиза с контрастированием. Исследовались глюкоза, ТТГ, св. Т3, св. Т4, АТ к ТПО, АТ к ТГ, пролактин (ПРЛ), кортизол (КЗ), инсулин и, по необходимости, другие гормоны. Определялся индекс инсулинорезистентности – НОМА-IR, который в норме не должен превышать 2,7. Состоятельность защитно-приспособительных механизмов определялась индексом КЗ/ПРЛ [21]. Полученные данные обработаны с помощью программы IBM SPSS Statistics.

Средняя масса тела мужчин составила $106,64 \pm 2,23$ кг (ИМТ — $32,54 \pm 0,59$), средняя масса тела женщин — $82,27 \pm 1,08$ кг (ИМТ — $29,95 \pm 0,38$). У большинства (90,72%) обнаружены АТ к ТПО и АТ к ТГ, что свидетельствовало о наличии у них аутоиммунного тиреоидита (АИТ) Хасимото и подтверждалось типичной картиной УЗИ ЩЖ и снижением уровней св. Т3/св. Т4. Эти данные, наряду с типичной клиникой (сонливость днем и плохой сон ночью, зябкость,

сухость кожи и ее гиперкератоз различной степени в области локтей, коленей и стоп, генерализованная отечность, прибавка веса, характерная пастозность лица – «хабитус не выпавшегося человека», прикусы отечных щек (симптом Ю.И. Строева) [8, 12] и языка, быстрая утомляемость, запоры, выпадение волос, снижение памяти, лень, депрессия, различные интеллектуально-мнестические расстройства вплоть до фобий и даже слабоумия давали основание для диагноза гипотироза в исходе АИТ. Известно, что и сам гипотироз, помимо гиперинсулинизма, способен вызывать серьезные расстройства психики, что в настоящее время связывают с аутоиммунной энцефалопатией Хасимото [7].

В последние годы возник интерес к изучению гипофиза как источника ПРЛ, биорегулятора-участника патогенеза всех аутоиммуннопатий. Появился термин «аутоиммунный гипофизит». Это – патология гипофиза с его лимфоцитарной инфильтрацией, неомогенной МРТ-структурой и расстройствами функций с развитием различных эндокринопатий и аутоиммунных болезней. В гипофизе формируется продуктивное аутоиммунное воспаление. Аутоиммунный гипофизит коморбиден с различной аутоиммунной патологией: АИТ, аддисоновой болезнью, СД 1-го типа, СКВ, синдромом Шёгрена и др. Продукция ПРЛ, в отличие от других гормонов гипофиза, регулируется гипоталамусом по принципу подавления активности лактотрофов пролактостатическими влияниями через ножку гипофиза. Поэтому при разрыве или сдавлении стебля гипофиза (в силу любого, даже неспецифического его воспаления и отека) продукция ПРЛ растормаживается, а не снижается, как ряда других гипофизарных гормонов. На фоне лимфоцитарного АИГ это может расширять спектр аутоиммунитета. При этом нередко возникает типичная для АИГ гиперпролактинемия (ГПРЛ), а хроническая гиперфункция и гиперплазия лактотрофов гипофиза повышает риск образования микро- и макроаденом (пролактином) [4, 26, 27].

Корреляционный анализ между уровнями ПРЛ и КЗ (Рис. 3) у лиц обоего пола с ОРС и АИТ с помощью коэффициента корреляции Спирмена показал наличие положительной средней силы ($r=0,67$) связи ($p = 0,548$) ПРЛ и КЗ у женщин, но более значимой у мужчин – $r = 0,374$, $p = 0,35$ (Рис. 3).

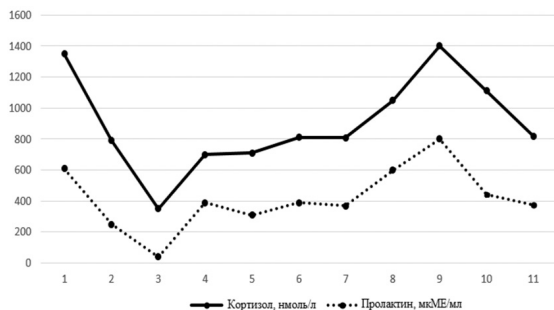


Рис. 3. Положительная статистически значимая корреляционная связь между ПРЛ и КЗ ($r = 0,374$, $p = 0,35$) в группе мужчин с ОРС и АИТ

Мы изучили состояние гипофиза с помощью МРТ с контрастированием у 107 подростков и молодых лиц обоего пола, страдающих ОРС и АИТ. МРТ выявила аденому гипофиза у 46,7 % пациентов. Неоднородная его структура как признак лимфоцитарного гипопизита была в 33,6% случаев. Синдром «пустого турецкого седла» — был у 2, киста кармана Ратке — у 6 пациентов. Лишь у 13 лиц (12,1%) МРТ-картина гипофиза оказалась нормальной (Рис. 4).

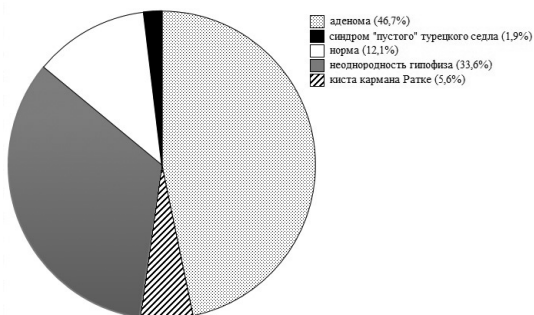


Рис. 4. Структура МРТ-патологии гипофиза у лиц с ОРС и АИТ

Обнаруженная серьезная патология гипофиза позволяла говорить не о функциональной, а об органической природе ОРС и о его прямом отношении к аутоиммунным заболеваниям.

Анализ результатов определения НОМА-IR-теста продемонстрировал отчетливую связь инсулинорезистентности с ИМТ (Рис. 5).

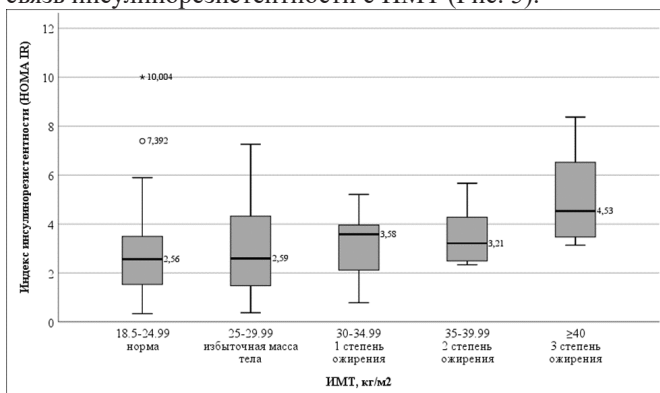


Рис. 5. Взаимосвязь ИМТ и НОМА IR при ОРС с АИТ

127 женщин и 48 мужчин с ОРС были повторно исследованы через 3–6 мес. лечения диетой № 9 (по Певзнеру) адекватными дозами левотироксина (эутирокса) в сочетании с бигуанидами (метформин, сиофор, глюкофаж). Оценивались их самочувствие, масса тела, ИМТ, окружность талии, уровни ТТГ, св. Т3 и св. Т4, АТ к ТГ и АТ к ТПО, ПРЛ и КЗ. Более выраженная положительная динамика показателей было у лиц женского пола (Табл. 1).

Таблица 1

Основные показатели у женщин с ОРС и АИТ до и после лечения

Показатель	До лечения (n=127)	После лечения (n=127)	Значимость различий, p
Масса тела, кг	86,48±1,73	84,63±1,69	<0,001
ИМТ	31,37±0,58	30,76±0,63	<0,001
Окружность талии, см	91,15±1,06	90,19±1,07	>0,05
ТТГ, мкМЕ/мл	2,32±0,26	1,23±0,11	<0,05
Св.Т4, пМ/л	13,99±0,39	16,52±0,60	<0,001
Св. Т3, пМ/л	3,83±0,15	4,10±0,14	>0,05
АТ к ТПО, Ед/мл	66,76 ±22,75	74,52±35,94	>0,05
АТ к ТГ, Ед/мл	23,40 ±10,28	51,23±29,36	>0,05
Кортизол, нмоль/л	459,56±42,79	431,42±32,84	>0,05
Пролактин, мкМЕ/мл	379,33±32,86	354,14±34,05	>0,05
КЗ/ПРЛ	2,06±0,48	1,74±0,46	>0,05

После лечения эутироксом наряду с регрессом гипотироза и явным улучшением самочувствия у пациентов впервые за годы страдания ОРС была отмечена четкая положительная динамика в отношении функции ЩЖ и лишней массы тела. После лечения индекс КЗ/ПРЛ имел тенденция к снижению, что свидетельствует о тенденции к нормализации их защитно-приспособительных механизмов. Снижение массы тела и заметное побледнение («выцветание») розовых стрий весьма положительно сказывалось на психоэмоциональном фоне пациентов. Сохранялась их репродуктивность (Рис. 9).

У них исчезала вечерняя булимия, у большинства аппетит становился вполне контролируемым. Они в подавляющем большинстве добровольно отказывались от приема психоневрологических препаратов. Нормализовывались сон и циркадианный ритм, у большинства подростков заметно улучшились память и школьная успеваемость.

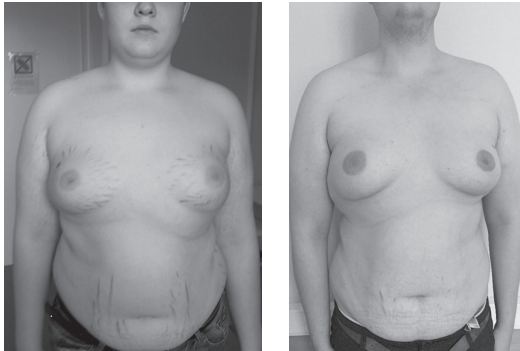


Рис. 6. Пациент С-ев М.С. Динамика розовых стрий в процессе лечения.

Слева: до лечения эутироксом. 2011 г. (ТТГ – 2, 2 мкЕД/мл, св. Т4 – 13,2 нМ/л, АТ к ТПО – 10,0 Ед/мл, АТ к ТГ – 184,8 Ед/мл). Справа: через 9 лет постоянного приема эутирокса. 2020 г. Женат, имеет сына. (ТТГ – 1, 67 мкЕД/мл, св. Т4 – 18,8 нМ/л, АТ к ТПО – 11,0 Ед/мл, АТ к ТГ – 19,42 Ед/мл). Наблюдение Ю.И. Строева

Заключение

В соответствии с нашими динамическими наблюдениями за большой когортой подростков и лиц молодого возраста (867 чел.), страдающих ОРС (синдром Симпсона—Пейджа), можно утверждать, что практически все они имеют ДСТМФ с различными стигмами. Это способствует у них возникновению и прогрессивному развитию АИТ Хасимото, гипотироза, вторичного (дизгормонального) ожирения с формированием раннего МС [8, 10—15]. У подавляющего большинства (90,72%) обследованных пациентов с ОРС были обнаружены в диагностически значимых титрах АТ к ТПО и АТ к ТГ, что, вкупе с особенностями экоструктуры ЩЖ (неоднородность, наличие узлов), было доказательством наличия АИТ.

Таким образом, настало время изменить мнение об ОРС как о временной, преходящей, функциональной патологии подростков, подлежащей коррекции нелекарственными методами. Это — органическая, хроническая, по-видимому вовлекающая аутоиммунные звенья патология гипоталамо-гипофизарного аппарата, связанная с ГПРЛ (последняя типична для гипотироза, даже компенсированного). В связи с этим ОРС чревато высоким риском развития аденом гипофиза. Возможно, ОРС — это разновидность аутоиммунной дизавтономии, понимаемой широко как иммунонейроэндокринное, а не чисто нервное расстройство. Продукция КЗ как антагониста ПРЛ и иммуносупрессора при этом компенсаторно прогрессивно нарастает. Гиперкортицизм приводит в конце концов к нарушению индивидуальной толерантности к уровню КЗ с развитием симптомов гиперкортицизма с ответной гиперинсулинемией — то есть к выстраиванию гормональной основы ОРС.

Практически у всех пациентов с ОРС выявляются инсулинорезистентность и гиперинсулинизм, что порождает у них физиологическую булимию и прибавку массы тела, которая пополняется так называемым «гипотиройдным ожирением».

После лечения эутироксом наряду с исчезновением объективных признаков гипотироза и явным улучшением самочувствия у больных ОРС, помимо нормализации показателей функции ЩЖ, отмечалась положительная динамика в отношении веса и ИМТ, но преимущественно у лиц женского пола, которые обычно несравненно больше обеспокоены своей внешностью, чем пола мужского, и пытаются по возможности следовать врачебным предписаниям.

Высокая частота МРТ-патологии гипофиза, обнаруженная у лиц, страдающих ОРС, позволяет предположить, что в основе органических изменений гипофиза при этой патологии лежат полиорганные аутоиммунные процессы. Способствует этому компенсаторный тиролиберино-пролактолибериновый

ответ гипоталамуса на гипотироз, неизбежно развивающийся в подавляющем большинстве случаев АИТ.

При ОРС требуется пожизненная терапия АИТ тиреоидными гормонами, а также бигуанидами, устраняющими резистентность тканей к инсулину, вторичный гиперинсулинизм и, соответственно, — булимию, а ГПРЛ — агонистами дофамина в целях предупреждения формирования аденом гипофиза.

Полное голодание таким пациентом строго противопоказано — оно провоцирует стресс и ухудшает течение ОРС. Подростка с ОРС следует постепенно приучать к субкалорийной диете, чтобы ограничения в еде, которые формируют его депрессивный фон, не были слишком тягостными. В семье необходимо наложить «табу» на выпечку и сладости. Все члены семьи тоже не должны их употреблять, по крайней мере, в присутствии подростка. Чрезмерное использование овощей и фруктов, как и применение фруктовых разгрузочных дней, обманчиво и недопустимо, так как фрукты содержат большое количество легкоусвояемых углеводов, стимулирующих еще большую продукцию инсулина с булимией [8, 12, 14, 16].

Подростки при ОРС обычно одиноки, так представляют собой постоянный объект для насмешек окружающих, особенно сверстников, что наносит им психические травмы и вызывает невротизацию. Психологически подростки с ОРС отличаются замкнутостью, они обычно одиноки, плаксивы, страдают головными болями, избегают общения со сверстниками, инертны, ленивы, забывчивы, с плохой успеваемостью. Часты — вспыльчивость, грубость из-за колких выпадов досужих окружающих, гордых на обидные прозвища из-за их чрезмерного аппетита, ОЖ, наличия розовых стрий, гинекомастии. У них возможны выраженные депрессии и даже суициды.

Так как им бывает трудно выполнять обычные физические упражнения, рекомендуются танцы, упражнения на полу, лечебное плавание в бассейне и особенно водная аэробика. Категорически запрещаются силовые виды спорта, влекущие за собой травмы (бокс, футбол, штанга, акробатика, спортивная борьба и др.). Изнуряющие физические нагрузки, особенно — соревнования, способствуют развитию ацидоза, что может усугубить гормональные нарушения. Больных с ОРС необходимо освобождать от уроков по физкультуре во всех учебных заведениях с организацией для них занятий по лечебной физкультуре.

При явно диабетических нарушениях углеводного обмена (нарушении толерантности к углеводам или СД 2-го типа) показаны диета № 9 и пероральные сахароснижающие препараты. Особенно показаны в адекватных дозах не пролонгированные бигуаниды (метформин, глиформин, адебит и др.). С их помощью у подростков с ОРС удаётся снизить продукцию инсулина и инсулинорезистентность и таким образом уменьшить или даже ликвидировать свойственную им булимию в вечернее и ночное время. К сахароснижающим сульфаниламидам в отсутствие явного СД 2-го типа следует прибегать весьма редко. Показания для назначения инсулинотерапии в большинстве случаев вообще отсутствуют, так как среди них СД 1-го типа практически не встречается.

Обучение в средних и высших учебных заведениях не противопоказано. Однако экзамены как стрессоры могут приводить к обострению течения заболевания. По нашим впечатлениям, у школьников после ЕГЭ и экзаменационных сессий в высших учебных заведениях, ОРС нередко впервые манифестирует, или обостряется, что проявляется, как правило, быстрым появлением новых, исчезавших до этого розовых стрий. Поэтому подростков с ОРС необходимо освобождать от переводных и выпускных экзаменов в школе. При ОРС III и IV ст. юноши должны получать отсрочку от призыва на военную службу до стойкой ремиссии заболевания.

Полученные нами данные об ожирении с розовыми стриями дают полное право именовать его аутоиммунным гиперпролактинемическим тироидно-гипофизарным синдромом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анохин П.К., Сулаков К.В. Нейрофизиологическая теория голода, аппетита и насыщения. Успехи физиол. наук. 1971; Том 2 (1): 3.
2. Вербовой А.Ф., Шаронова Л.А. Ожирение: эпидемиологические и социально-экономические аспекты, профилактика. Эндокринология: новости, мнения, обучение. 2019; Т.8 (3): 87-97.
3. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ. Киев: Сфера, 1999.
4. Гончарова Е.С., Строев Ю.И. Аутоиммунный гипопизит и его роль в патологии. Рациональная фармакотерапия «Золотая осень»: Сб. матер. XV междунар. научн. конгресса. СПб.: Изд-во СПбГЭУ; 2020: 35-37.
5. Крук Л.П., Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Функциональное состояние щитовидной железы при гипоталамическом синдроме пубертатного периода. Здоровье – основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2018; 13(1): 297-304.
6. Рябкова В.А., Чурилов Л.П., Шенфельд И. Гиперстимуляция иммунной системы как причина аутоиммунных заболеваний. Вест. Росс. Акад. медиц. наук. 2020; 75 (3): 204-213.
7. Соболевская П.А., Андреев Б.В., Гвоздецкий А.Н., Долина А.А., Степочкина А.М., Строев Ю.И., Утехин В.И., Федоткина Т.В., Чурилов Л.П. Взаимосвязь психоневрологических нарушений и эндокринных параметров при аутоиммунном тироидите Хасимото. Педиатр. 2020. Т. 11 (4): 55-68.
8. Строев Ю. И., Чурилов Л. П., ред. Системная патология соединительной ткани. Руководство для врачей. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2014.
9. Строев Ю.И., Фесенко Ю.А., Чурилов Л.П. Глюкоза и психика. X Мнухинские чтения. Конференция, посвященная памяти профессора С.С. Мнухина. СПб.; 201: 237-243.
10. Строев Ю.И., Цой М.В., Чурилов Л.П., Шишкин А.Н. Классические и современные представления о метаболическом синдроме. II. Патогенез. Вест. СПбГУ. Сер. 11. Медицина. 2007; 4: 3-15.

11. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Ожирение с розовыми стриями как стресс-опосредованное иммунонейроэндокринное расстройство. Владикавказ. меди-ко-биологич. вест. 2007; 8 (13): 315-316.

12. Строев Ю.И., Чурилов Л.П. Эндокринология подростков. СПб.: ЭЛБИ-СПб; 2004.

13. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю. О возможности трансформации гипоталамического синдрома пубертатного периода в метаболический кардиоваскулярный X-синдром. Трансляц. медицина 2004; 2(1): 229.

14. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Бельгов А.Ю., Чернова Л.А. Ожирение у подростков. 2-е изд. СПб.: ЭЛБИ-СПб.; 2006.

15. Строев Ю.И., Чурилов Л.П., Кононова Ю.А., Муджикина О.М., Садов С.А., Сердюк И.Ю., Агапов М.М. Клиническая патофизиология ювенильного метаболического синдрома: роль юношеского диспитуитаризма, дисплазии соединительной ткани и аутоиммунного тиреоидита. Патол. физиол. и эксперим. терапия. 2011; 3 (3): 3-15.

16. Терещенко И.В. Роль семьи в лечении и реабилитации больных пубертатно-юношеским диспитуитаризмом. Пробл. эндокр. 1994; 3: 37—39.

17. Фесенко, Ю. А., Чурилов, Л. П., Худик, В. А., Строев, Ю. И., Даниленко, О. В., Соболевская, П.А. Неврозы и стресс. СПб.: Фолиант; 2018.

18. Чукичев И. П. Проблема белка в физиологии. (Очерки). М.: «Сельхозгиз»; 1935.

19. Чурилов Л.П., Строев Ю.И. Здоровье как свобода. Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения. 2007; 2: 228-235.

20. Чурилов Л.П., Строев Ю.И., Варзин С.А. Дисплазия соединительной ткани в контексте спортивных тренировок, лечебной физкультуры и врачебного контроля. Теория и практика физической культуры. 2014; 7: 56-58.

21. Шикаева Ф.В., Ефименко Н.Ф., Плотникова В.Н., Зварич Л.И. Уровень пролактина и кортизола у девочек-подростков как показатель адаптационных возможностей организма. Вест. Запорожского национального универ. 2002; 3: 140-42.

22. Brambilla F. Aetiopathogenesis and pathophysiology of bulimia nervosa: biological bases and implications for treatment. CNS Drugs. 2001;15(2):119-36. doi: 10.2165/00023210-200115020-00004.

23. Chrousos G.P. The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes. Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. 2000; 24 (2): 50-5.

24. Garner David M. et al. The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine. 1982; 12: 871-878.

25. Gordon Richard A. The History of Bulimia Nervosa: The Wiley Handbook of Eating Disorders. 2015:25-38.

Gubbi S., Hannah-Shmouni F., Verbalis J.G., Koch C.A. Hypophysitis: An update on the novel forms, diagnosis and management of disorders of pituitary

26. inflammation. Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. 2019; 33(6):101371.

27. Honegger J., Schläpfer S., Menzel C., Droste M., Werner S., Elbelt U. et al. Diagnosis of primary hypophysitis in Germany. *J. Clin. Endocrinol. Metab.* 2015; 10: 3841-3849.
28. McDonald S. Understanding the genetics and epigenetics of bulimia nervosa/bulimia spectrum disorder and comorbid borderline personality disorder (BN/BSDBPD): a systematic review. *Eat Weight Disord.* 2019; 24(5):799-814. doi: 0.1007/s40519-019-00688-7.
29. Oomura Y. Central mechanism of feeding. *Advanc. Biophys.* 1973; V. 5: 65.
30. Page A. P. M., Roberts L. V., Biggart J. H.: Cushing's syndrome in mulatto, with histological report. *Lancet* 1937; 230 (5850): 625-627.
31. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. (англ.) // *Psychological Medicine.* 1979; V. 9 (3): 429-448.
32. Shoenfeld Y., Ryabkova V.A., Scheibenbogen C., Brinth L., Martinez-Lavin M., Ikeda S., Heidecke H., Watad A., Bragazzi N.L., Chapman J., Churilov L.P., Amital H. Complex syndromes of chronic pain, fatigue and cognitive impairment linked to autoimmune dysautonomia and small fiber neuropathy. *Clin Immunol.* 2020 May; 214:108384. doi: 10.1016/j.clim.2020.108384.
33. Simpson S. L. Adipose Gynandrisism and Gynism. *Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of Endocrinology.* 1951; 44 (6): 453-459.
34. Tsigos C., Kyrou I., Chrousos G.P. Stress, Visceral Obesity, and Metabolic Complications. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 2006; V.1083: 77-110.
35. Ziolk H.-U. Bulimia: a historical outline. *Int J Eat Disord.* 1996 Dec;20(4):345-58. doi: 10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<345:AIDEAT2>3.0.CO;2-N.
36. URL: <https://ria.ru/20130401/929178353.html> [Интернет-ресурс, дата доступа 7.03.2021]

***Работа поддержана грантом Правительства РФ
(договор № 4.W03.31.0009 от 13.02.2017 г.).***

*Фесенко Ю.А.^{1,2}, Реус В.И.¹, Семичова И.Л.¹,
Краснов Б.Ю.¹, Никитин Е.Н.¹*

Лекарственное обеспечение детей с психическими расстройствами по программе обеспечения льготных категорий жителей Санкт-Петербурга

СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина¹;
Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет, Россия²

Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями отдельных категорий граждан, проживающих на территории Санкт-Петербурга и имеющих право на получение государственной социальной помощи при оказании им амбулаторно-поликлинической помощи, определено федеральным законодательством и законодательством Санкт-Петербурга.

Это следующие нормативные документы:

Федеральный закон от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи»;

Закон Санкт-Петербурга от 22.11.2011 № 728-132 «Социальный кодекс Санкт-Петербурга» (глава 17);

Постановление Правительства Санкт-Петербурга № 563 от 09.07.2015 г.:

Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 245-р от 04.08.2017 г.;

Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 113-р от 06.03.2018 г.;

Постановление Правительства Российской Федерации от 26.11.2018 № 1416;

Распоряжение Правительства РФ № 3053-р от 31.12.2018 г.;

Приказ Минздрава России от 14.01.2019 № 4н;

Распоряжение Правительства РФ № 2406-р от 12.10.2019 г.

Льготное лекарственное обеспечение осуществляется за счет федерального бюджета (ОНЛС, ФЗ № 178 «О государственной социальной помощи» – по инвалидности, а также обеспечением льготных категорий граждан за счет регионального бюджета (Постановление Правительства РФ № 890) – отдельных групп населения или при отдельных заболеваниях).

По федеральной программе льготного лекарственного обеспечения (ОНЛС) финансирование программы осуществляется за счет целевых переводов из федерального бюджета в региональный. При этом пациент должен быть включен в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи.

Согласно Постановлению Правительства РФ № 890, отдельные группы населения, а также при отдельных заболеваниях обеспечение лекарствами воз-

лагается на региональную власть: дети до 3 лет; дети до 6 лет из многодетных семей; дети-инвалиды, инвалиды 1 группы, неработающие инвалиды 2 группы; пациенты с гематологическими заболеваниями, нуждающиеся в иммунокорректорах, антибиотиках и других препаратах.

Список препаратов, предусмотренных для региональных льготников, содержится в приложении к Территориальной программе региона на каждый год и плановый период.

Специалисты СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина производят все установленные законодательными актами действия по проведению врачебных комиссий, предоставлению в Комитет по здравоохранению сведений о детях, нуждающихся в льготном лекарственном обеспечении, а также принимают участие в Комиссии (в качестве членов комиссии) по лекарственному обеспечению льготных категорий жителей Санкт-Петербурга, на которой рассматриваются все поданные заявки.

Заявка на следующий календарный год готовится к середине текущего года. Каждый заявляемый СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина лекарственный препарат имеет адресность (для конкретного ребенка), обосновано его количество и дозировка. Если заявляемый препарат относится к дорогостоящим или для лечения требуется оригинальное лекарственное средство, проводится дополнительное заседание врачебной комиссии (ВК), на котором составляется протокол ВК для обращения к начальнику управления по организации работы фармацевтических учреждений и предприятий Комитета по здравоохранению, с обоснованной просьбой о закупке необходимого лекарственного препарата.

Для примера приведем выписку из протокола ВК (заявка на 2021 год): «Просим закупить препарат Зонисамид (Зонегран) - 29 пациентам, препарат Руфинамид (Иновелон) - 5 пациентам и препарат Леветирацетам (Кеппра – оригинальная форма) - 4 пациентам, наблюдающимся в СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» с диагнозами: Психические расстройства в результате эпилепсии, симптоматическая эпилепсия и другие пароксизмальные состояния по жизненным показаниям на 2021 г.».

В сводной заявке обязательно указываются:

- МНН препарата;
- торговое наименование лекарственного средства / Дозировка / Фасовка /;
- количество пациентов, нуждающихся в данном препарате на 2021 год, имеющих заболевание (региональные льготники);
- количество упаковок лекарственного препарата и медицинского изделия для пациентов, имеющих заболевание (региональные льготники);
- анализ сведений о сравнительной клинической эффективности и безопасности лекарственного средства, оценка экономических последствий применения лекарственного средства (применение приводит к снижению/к увеличению затрат, к незначительному изменению затрат);

- результаты анализа отношения ожидаемой пользы к возможному риску применения лекарственных препаратов;
- результаты оценки дополнительной терапевтической ценности лекарственного препарата;
- иные сведения, в том числе данные международного опыта применения лекарственных средств (Всемирной Организации здравоохранения, Европейского агентства по лекарственным средствам и управления по контролю за обращением пищевых продуктов и лекарственных средств и т.д.) и результаты опубликованных научных исследований (при наличии);
- стоимость курса лечения одного пациента, количество курсов, стоимость лечения на год;
- обоснование заявляемого количества лекарственных препаратов и медицинских изделий согласно данным регистров пациентов по конкретным нозологиям;
- характеристика и численность целевых популяций пациентов, которым предполагается применение лекарственного препарата/медицинского изделия;
- результаты сравнения между предполагаемым лекарственным препаратом и препаратом сравнения (при наличии нескольких альтернативных препаратов в рамках анатомо-терапевтическо-химических групп, а также на основании показаний к применению, стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций (протоколов лечения) и наличие воспроизведенных лекарственных препаратов (в том числе российских);
- результат оптимизации затрат.

Для примера приведем все параметры препарата в соответствии с формой заявки:

Хлорпротиксен.

Труксал, Хлорпротексен 25 мг, №30, таблетки; 429 чел.; 7000 упак.;

Труксал, Хлорпротексен 50 мг, №50, таблетки; 88 чел.; 1200 упак.;

Нейролептик активно использующийся у пациентов любого возраста, широкого спектра действия: от купирования психомоторного возбуждения (действие наступает через 20 мин.) до депрессивного состояния, при психосоматических расстройствах. В детской психиатрии препарат используется при психотических, психосоматических и тревожно-невротических расстройствах, нарушениях поведения у детей;

Применение лекарственного средства способствует снижению затрат на терапию эндогенных психозов, реактивных психических расстройств;

Ожидаемая польза превышает риск от применения лекарственного средства при соблюдении показаний и противопоказаний к применению препарата;

В детской психиатрии используется при психосоматических, тревожно-фобических, невротических расстройствах. При нарушении поведения у детей и подростков;

Уровень убедительности доказательств А;

Примерная стоимость лечения 1-го пациента в год – 5924 руб.;

Препарат применяется при психических расстройствах и расстройствах поведения (в настоящее время находятся под диспансерным наблюдением – 13626 чел., получают консультативно-лечебную помощь – 13561 чел.);

Обладает высоким профилем эффективности и безопасности;

Приводит к повышению эффективности и безопасности терапии психических расстройств.

Таким образом, из всего вышеперечисленного следует, что приоритетом для назначения терапии пациентам с психическими расстройствами является, прежде всего, адресное распределение медикаментов с учетом особенностей каждого больного. Другим важным аспектом в эффективном и рациональном функционировании системы лекарственного обеспечения является осуществление принципа преемственности между оказанием стационарной и амбулаторной видами помощи, что требует создания дополнительных алгоритмов коммуникаций между отдельными департаментами нашей службы. Еще одним важным аспектом при выборе и назначении лечения является неукоснительное соблюдение основных принципов рациональной фармакотерапии: «Эффективность-Безопасность», «Риск-Польза», репортирование случаев обнаружения нежелательных явлений при использовании психофармакологических препаратов на фоне внедрения мероприятий по фармакологическому надзору и контролю назначений «Off label».

Значение эмоционально-стрессовой психотерапии при декомпенсации оппозиционно-вызывающего расстройства у детей и подростков, проявляющейся психосоматическими симптомами

Санкт-Петербургский Педиатрический Медицинский Университет

Ключевые слова: эмоционально-стрессовая психотерапия; ЭСП; оппозиционно-вызывающее расстройство; декомпенсация ОВР; психосоматический протест

Актуальность. Оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) может не ограничиваться рамками нарушений собственно поведения, проявляясь совершенно иными симптомами [1, 5, 6]. Самым важным нам [1, 6], как и В.В. Ковалёву [2], представляется факт, что значительная часть реакций пассивного протеста должна быть расценена не как истинные (основанные на таких сверхценных переживаниях ребенка, как обида, ущемленное самолюбие, страх, желание отомстить), а как примитивные истерические реакции, закрепившиеся в связи с их «условной желательностью» как средство освобождения от трудной для ребенка ситуации [2]. Трудность эта носит исключительно субъективный характер, а значит может быть любой [1, 6].

Цель и задачи. Изучение эффективности ЭСП в практике врача-психотерапевта при лечении детей и подростков с декомпенсацией ОВР.

Материалы и методы. Дети и подростки, получавшие консультативную помощь по поводу психосоматических протестных реакций в КДЦ СПб ГПМУ. ЭСП, применяемая – совместно с рациональной, поведенческой, семейной, суггестивной, игровой терапией – избирательно с учетом анамнеза и клиники на фоне базовой фармакотерапии препаратами гопантевой кислоты.

Результаты и обсуждение. основоположник эмоционально-стрессовой психотерапии (ЭСП) В.Е. Рожнов [3] формулируя основные теоретические принципы ЭСП, говорил о возможности её применения при возрастных нарушениях психики в их начальных формах [3, 4]. Интенсивность эмоционально-стрессового воздействия может варьироваться в зависимости от степени эго-дистонности ребенка в плане лечения, его пола, возраста и увлечений. Предложенные ребёнку – после проведения ЭСП – в качестве альтернативы рекомендации в структуре поведенческой терапии срабатывают эффективнее и быстрее, чем данный без эмоционально-стрессовой подготовки.

Выводы. Врач-психотерапевт, избирательно используя конкретные методики ЭСП, может значительно повысить результативность своей работы с детьми с выраженной декомпенсацией оппозиционно-вызывающего расстройства, проявляющейся в форме психосоматического протеста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шишков В.В. Психотерапия функциональных расстройств. Карманный справочник врача и психолога. СПб.: Скифия, 2013. 496 с.
2. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 560 с.
3. Рожнов В.Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия. Руководство по психотерапии / В.Е. Рожнов. – 3-е изд., доп. и перераб. Т.: Медицина, 1985. 719 с.
4. Станишевский М. Анализ эффективности эмоционально-стрессовой групповой психотерапии на примере пациентов, страдающих от межличностной зависимости // *Studia Humanitatis. International Scientific Research Journal*. 2017. №4. - ISSN 2308-8079
5. Shishkov V.V. Rational pharmacotherapy and integrative psychotherapy of different forms of encopesis in children and adolescents // *J. Psychiatria Danubina*. 2019. Т. 31. № S4. P. 698.
6. Кокурenkova П.А., Шишков В.В. Применение эмоционально-стрессовой терапии при декомпенсации оппозиционно-вызывающего расстройства, проявляющейся протестным или инфантильным энкопрезом. *Studia Humanitatis*. 2020. № 4. С. 11.

Инвалидность при нервной анорексии в детском и подростковом возрасте

Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»,
г.Минск, Республика Беларусь

Нервная анорексия (НА) — заболевание, возникающее в подростковом и юношеском возрасте, которое развивается чаще у лиц женского пола и выражается в сознательном отказе от еды с целью похудения [1].

Актуальность проблемы достаточно высока в связи с тем, что ни одно психическое расстройство не сопровождается такими тяжелыми физиологическими нарушениями и таким числом случаев преждевременной смерти среди молодых людей, как нервная анорексия [2].

Снижение веса при НА часто происходит до 50% от первоначального с последующим развитием брадикардии и снижением АД, нарушением работы желудочно-кишечного тракта, кахексии [2].

Согласно статистическим данным специализированной МРЭК №4 (специализированная психоневрологическая медико-реабилитационная экспертная комиссия г.Минска), за последние 12 лет работы данной комиссии пациенты с диагнозами нервная анорексия и нервная булимия врачами-психиатрами-наркологами направлялись для проведения медико-социальной экспертизы (МСЭ) всего лишь 2 раза, среди них 1 ребенок, инвалидность не была установлена [3]. При этом, на фоне проводимого лечения флуоксетином, групповой, индивидуальной и семейной психотерапии упорядочилось поведение, выровнялся фон настроения, нормализовался сон и аппетит, уменьшился контроль массы тела. После выписки, как правило, для улучшения клинического прогноза и снижения риска инвалидности рекомендуется наблюдение гинеколога, терапевта, эндокринолога, психиатра по месту жительства (в случае необходимости фармакотерапия служит дополнением к остальному лечению), рациональное питание, занятия физкультурой, дальнейшая групповая, индивидуальная, семейная психотерапия.

В период выраженной потери массы тела пациенты с нервной анорексией практически нетрудоспособны, хотя в силу присущей им активности стараются продолжать учебу или работу, выявляя при этом заметное снижение продуктивности. При склонности заболевания к длительному хронически рецидивирующему течению больные, снижаясь в своей профессиональной деятельности, тем не менее в инвалидности нуждаются далеко не всегда. Установление инвалидности возможно только в случае тяжелого течения заболевания и резко выраженных, не дающих обратной динамики психических и соматоэндокринных нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюхин А.Е., Артемьева М.С., Сологуб М.Б. Случай тяжелой vomитомании у больной нервной анорексией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2004. № 9. С. 59-61.
2. Захарова Л.И. Нервная анорексия: распространенность, критерии диагностики и психосоматические соотношения (обзор) // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5. № 1. С. 108-121.
3. Шубина С.Н. Нервная анорексия и инвалидность / С.Н. Шубина, О.А. Скугаревский // Военная медицина. 2019. №2 (51). С.127-135.

СПИСОК АВТОРОВ

1. Абриталин Е.Ю., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург
2. Агранович З.Е., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
3. Айсин Ф.Р., ГБУЗ «Научно-практический центр Психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗМ г. Москвы
4. Александрова Н.В., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ
5. Алексеева А.М., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
6. Алыко Т.Н., «Белорусский государственный медицинский университет» г.Минск, Республика Беларусь
7. Антропов Ю.Ф., ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва
8. Ахматчина Т.В., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ
9. Бадалов А.А., Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Кыргызстан
10. Басова А.А., ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы»; Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва
11. Бебчук М.А., ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой Департамента здравоохранения города Москвы», Москва
12. Богдашев А.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
13. Бурдакова Е.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
14. Бычковский Д.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
15. Ващенко Н.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
16. Вейц А.Э., Сумгаитская психиатрическая больница, г. Сумгаит, Азербайджан
17. Воронкова В.Б., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
18. Галицина Е.Ю., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ

19. Голубева В.Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
20. Голубкова Н.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
29. Гончарова Е.С., ГБУЗ «Городская поликлиника № 98», Санкт-Петербург
21. Городнова М.Ю., ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург
22. Горюнова А.В., Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
23. Григорьева Н.К., «Белорусский государственный медицинский университет» г.Минск, Республика Беларусь
24. Гречаный С.В., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ
25. Грошева Е.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
26. Данилова Л.Ю., Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва
27. Заневская Е.Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
28. Зуева Н.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
29. Игумнов С.А., Национальный научный центр наркологии – филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского Минздрава России»;
30. Кадырова А.Ш., ОсОО Неврологический Центр «Кортекс», Бишкек, Кыргызстан
31. Кашавцев А.Г., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ
32. Кокоренко В.Л., ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург
33. Кокуренкова П.А., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ
34. Кравченко Е.Г., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
35. Краснов Б.Ю., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
36. Крук Л.П., ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, Москва
37. Летинова Н.Г., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
38. Липская И.Л., ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»
39. Лютянская Н.Л., ГБДОУ детский сад № 93 Выборгского р-на г. Санкт-Петербург

40. Никитин Е.Н., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
41. Обидейко Ю.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
42. Павлова Л.Н., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
43. Панюкова Т.Е., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
44. Пашковский В.Э., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург
45. Петрова Н.Н., ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»
46. Поздняк В.В., ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный педиатрический медицинский университет»
47. Резаков А.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
48. Реус В.И., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
49. Решетова Т.В., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ; Всероссийская общественная организация скорой психологической помощи «Мы рядом 2020», Санкт-Петербург
50. Романов А.М., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
51. Рухлова Т.А., ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны РФ
52. Сафьян Н.В., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ; Всероссийская общественная организация скорой психологической помощи «Мы рядом 2020», Санкт-Петербург
53. Семичова И.Л., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
54. Соболев Н.А., ГБУ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина», Москва
55. Строев Ю.И., ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»
56. Тадтаева З.Г., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ
57. Тихонов С.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург
58. Уллубиева Н.С., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава РФ; Всероссийская

общественная организация скорой психологической помощи «Мы рядом 2020», Санкт-Петербург

59. Фесенко Ю.А., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ; Санкт-Петербург

60. Хуторянская Ю.В., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ; Санкт-Петербург

61. Чурилов Л.П., ФБГОУ ВПО «Санкт-Петербургский Государственный Университет»

62. Шевченко Ю.С., Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

63. Шишкин И.В., ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина», Санкт-Петербург

64. Шишков В.В., ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» МЗ РФ

65. Шубина С.Н., «Белорусский государственный медицинский университет» г. Минск, Республика Беларусь



Латуда®

(луразидон) таблетки
20 мг | 40 мг | 80 мг



СОБИРАЯ ЖИЗНЬ ЗАНОВО

**Предсказуемая эффективность
при шизофрении и биполярной
депрессии^{1,2}**

1. Беккер Р.А., Билол Ю.В. Эффективность и безопасность антипсихотиков III поколения луразидона (Латуда) при шизофрении и биполярных депрессиях (обзор литературы с комментариями). Психиатрия и психофармакотерапия. 2019; 4: 20-33.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Латуда®

Материал предназначен только для медицинских и фармацевтических работников. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению

100
ANGELINI
IN THE FUTURE SINCE 1919

LAT-НСР-11/2019-112 Р/Л/М П/003394



Производитель: Пик-Фарма, Россия
Действующее вещество: Гопантеная кислота

Спектр действия Пантогама® связан с наличием в его структуре гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Механизм действия обусловлен прямым влиянием препарата на ГАМКБ-рецептор-канальный комплекс. Обладает ноотропным и противосудорожным действием. Повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, уменьшает моторную возбудимость, активирует умственную и физическую работоспособность.

Показания к применению:

- когнитивные нарушения при органических поражениях головного мозга (в т.ч. последствия нейроинфекций и ЧМТ) и невротических расстройствах;
- лечение и профилактика экстрапирамидного синдрома (гиперкинетический и акинетический), вызванного приемом нейролептиков;
- эпилепсия с замедленностью психических процессов в комплексной терапии с противосудорожными средствами;
- психоэмоциональные перегрузки;
- снижение умственной и физической работоспособности, для улучшения концентрации внимания и запоминания;
- нейрогенные расстройства мочеиспускания (поллакиурия, императивные позывы, императивное недержание мочи, энурез).
- у детей с перинатальной энцефалопатией;
- умственная отсталость различной степени выраженности у детей;
- задержка развития (психического, речевого, моторного или их сочетание) у детей;
- различные формы детского церебрального паралича;
- гиперкинетические расстройства (синдром гиперактивности с дефицитом внимания) у детей;
- неврозоподобные состояния (при заикании, преимущественно в клопической форме, тиках) у детей.

