

ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ

Опыт применения препарата «Мексидол®» у детей и подростков с психическими расстройствами

Ю.Ш. Васянина

ГУЗ СКПБ №1 ДЗ Краснодарского края

Анализируя показатели болезненности и заболеваемости детей и подростков Краснодарского края, в классе психических расстройств мы наблюдаем стабильно высокие показатели среди детского населения и неуклонный рост у подростков. Так, на 1 января 2010 г. наблюдается и лечится у психиатров каждый 33 ребенок и каждый 20 подросток.

В нозологической структуре психических расстройств у детей и подростков края преобладают психические расстройства непсихотического характера (69,65%), на 2-м месте умственная отсталость (29,0%), психозы составляют 1,35%.

В условиях амбулаторного приема детского психиатра наиболее часто встречаются когнитивные и психосоматические нарушения, а также расстройства тревожно-фобического спектра на резидуально-органическом фоне, что согласуется с данными, обобщенными Л.О. Бадалян, Н.Н. Заваденко, Т.Ю. Успенской [1].

Применяемые нами у детей и подростков терапевтические стратегии объединяют психотерапию и фармакотерапию. Центральным звеном лечебного воздействия являются психокоррекция и психотерапия. Фармакотерапия в детско-подростковом возрасте сопряжена с рядом трудностей: родителей сложно бывает убедить обратиться к психиатру и начать длительное медикаментозное лечение (особенно если у ребенка уже есть функциональные нарушения печени и почек и длинный список перепробованных лекарственных средств, оказавшихся неэффективными).

Общие принципы терапии, которыми мы руководствуемся в детско-подростковой практике, сочетают индивидуальность в подходе к каждому конкретному пациенту с учетом его конституциональных особенностей, длительности и выраженности нарушений, сопутствующей ситуации и комплексность (целостный подход к личности ребенка и подростка и их микросоциальному окружению). С информированного согласия родителей и законных представителей, психотерапевтическая коррекция у большинства пациентов опирается на психофармакологическую поддержку — адекватную симптомо- и синдромологическую коррекцию имеющихся ПР, с обязательным воздействием, как правило, на сопутствующий

резидуально-органический фон (ноотропы, сосудистые, дегидратационные препараты, нейрометаболики).

Отечественный препарат Мексидол® обладает биологической активностью с уникальным сочетанием проявлений. По отношению к здоровому организму он выступает в роли адаптогена, оптимизирует энергообеспечение клеток и повышает резервные возможности. При наличии патологических расстройств он проявляет высокий терапевтический эффект антигипоксанта и антиоксиданта прямого действия. Фармакокинетический профиль Мексидола® (достижение максимальной концентрации в крови через 40—50 мин после введения, формирование депо в крови и в тканях, период полного выведения препарата из организма около 4 ч, отсутствие кумулятивного эффекта) также позволяет широко использовать препарат в детской практике.

Цель данной работы — оценка эффективности и безопасности применения Мексидола® у детей и подростков с когнитивными, психосоматическими нарушениями и ПР тревожно-фобического спектра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Все пациенты обследовались и наблюдались детскими психиатрами в условиях диспансерного отделения специализированной клинической психиатрической больницы №1 Краснодарского края. Наблюдались 16 детей и подростков (9 мальчиков, 7 девочек) в возрасте 6—15 лет (средний возраст 9,9 года) с когнитивными, психосоматическими нарушениями и ПР тревожно-фобического спектра. Диагнозы устанавливались в соответствии с критериями МКБ-10 (F 06.7, F 45.3, F 93.1, F 93.2), после проведения комплексного обследования ребенка [3]. Распределение детей по нозологическим группам представлено в таблице.

Обследование включало подробный сбор анамнеза жизни и болезни, жалоб, клиническое исследование психического статуса с использованием психометрических шкал и опросников на выявление тревожно-фобических клинических проявлений (шкала депрессии Цунге, оценочная шкала тревоги Гамильтона, оценочная шкала депрессии Гамильтона, госпитальная шкала тревоги и де-

Распределение участников исследования по нозологическим группам

Нозология	Количество пациентов	
	абс.	%
Легкое КР	5	31,3
Соматоформная дисфункция ВНС	3	18,7
Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте	5	31,3
Социальное тревожное расстройство в детском возрасте	3	18,7

прессии, вегетативная анкета, проективные рисуночные тесты [2]), заключение психолога, опрос и тестирование родителей, функциональные исследования (ЭхоЭС, ЭЭГ). У всех детей и подростков в анамнезе имелась какая-либо перинатальная патология (гестоз, отеки, обострение хронического пиелонефрита у матери, анемия, угроза выкидыша, ВСД, внутриутробная гипоксия, натальная асфиксия).

У обследованных детей возрастной группы 6—11 лет преобладали тревожно-фобические симптомы, а в подростковом возрасте чаще выявлялись проблемы в когнитивной и коммуникативной сферах и психосоматическая симптоматика. У детей обследуемой группы не было выявлено снижение интеллектуального уровня, однако наблюдались нарушения внимания (сужение объема активного внимания, трудности переключения, отвлекаемость, истощение), нарушения мнестических процессов (снижение механической памяти при сохранности ассоциативной) и низкая активность мыслительных процессов. У большинства пациентов выявлялся повышенный уровень тревожности при субклинической депрессивности, фобии, возникали объективные трудности в межличностных контактах в семье и референтных группах сверстников, незрелость эмоциональных реакций с алекситимическими проявлениями и психосоматические симптомы (чаще в виде упорной головной боли). Клиническая ЭЭГ включала регистрацию фоновую ЭЭГ, стандартные функциональные пробы (ритмическая фотостимуляция, гипервентиляция в течение 3 мин). Анализ ЭЭГ включал оценку общего функционального состояния мозга, количественный и качественный анализ спектров мощности ЭЭГ, выявление разрядной активности.

Проводилось лечение Мексидолом® сначала в инъекционной форме по 2 мл внутримышечно курсом 10—20 инъекций, а затем в таблетированной — по 1 таблетке (125 мг) 2—3 раза в сутки, курсами по 4—6 нед.

В комплексной терапии невротических и неврозоподобных расстройств, когнитивных нарушений, расстройств тревожно-фобического спектра использовали также дегидратационные (глицерин), ноотропные препараты и нейрометаболики (кортексин, луветам, пикамилон, фенибут).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Курс лечения Мексидолом® закончили 16 пациентов. После лечения выраженный клинический эффект был выявлен у 9 (56,3%) человек, умеренно выраженный — у 2 (12,5%), слабо выраженный — у 4 (25%), эффект отсутствовал — у 1 (6,2%).

Мексидол® хорошо переносился детьми и подростками данной нозологической группы, побочных эффектов и нежелательных явлений зарегистрировано не было.

У пациентов отмечалось снижение уровня тревожности (в среднем на 9—10 баллов по госпитальной шкале тревоги и депрессии, и на 10—12 баллов по оценочной шкале тревоги Гамильтона). У большинства пациентов стабилизировались вегетативные реакции (снижение по объективной вегетативной анкете в среднем на 8 баллов). У всех детей и подростков снизились частота и интенсивность выявленных эмоциональных нарушений — капризности, плаксивости, обидчивости, нетерпеливости и упрямства.

По оценкам родителей и педагогов, отмечено «потепление климата» в семьях, менее отчетливая и яркая реакция на фрустрацию и улучшение взаимоотношений со сверстниками в школе, повышение познавательных интересов и, как следствие, успеваемости.

Большинство пациентов (14 из 16 человек) отмечали значительное улучшение самочувствия: отсутствие или явное снижение частоты и интенсивности головных болей, нормализацию настроения, появление значимых интересов и увлечений в жизни, приносящих удовольствие и снимающих внутреннее напряжение, что способствовало улучшению качества жизни и социальной адаптации детей и подростков.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность, хорошую переносимость и безопасность Мексидола® в комплексной терапии невротических и неврозоподобных расстройств, когнитивных нарушений, расстройств тревожно-фобического спектра у детей и подростков.

Закончить свою работу мне хотелось бы тематической сказкой, сочиненной одной из пациенток в рамках психотерапевтической работы.

Сказка про Мексидол®

В далеком-предалеком царстве, жила-была царевна Несмеяна. Целые дни напролет она сидела одна в замке. Она не любила шум и яркий солнечный свет, ей не нравились запахи цветов. Подруг у нее не было, отца она не хотела огорчать, поэтому никто не знал, почему она грустит. Царевна грустила и плакала, потому, что у нее постоянно болела голова.

Несмеяну не радовали ни теплые солнечные деньки, ни синее небо, ни радостное пение птиц, ни веселое журчание ручейка, ни прекрасные цветы в королевском саду.

Множество принцев приезжало в королевство и пыталось рассмешить царевну. Одни нанимали знаменитых музыкантов и громко пели, другие устраивали дискотеки

и плясали, третьи показывали лазерное шоу, четвертые дарили ей огромные букеты цветов...

Царевна только крепко зажмурировала глаза, закрывала уши и старалась поскорее уйти в свои комнаты, ведь никто не знал, что у нее болит голова.

Но вот однажды, мимо королевства ехал знаменитый доктор Мексидол®. Увидел он в окошке печальную царевну. Посмотрел он на Несмеяну внимательно, попросил

надеть волшебную шляпу с проводами, а потом велел своим ручным пчелкам прилетать каждый день и лечить Несмеяну. Очень больно было Несмеяне, когда ее жалили пчелы, но она терпела изо всех сил, она очень хотела снова стать веселой.

А через 10 дней царь-отец увидел Несмеяну в саду среди прекрасных цветов. Она пела, танцевала и СМЕЯЛАСЬ!!!

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю. Синдромы дефицита внимания у детей. *Обзор психиатр и мед психол* 1993; 3: 74—90.
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты. М 2002.
3. Международная классификация болезней (X пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Ст-Петербург 1994.