

О.П. Мостовая, к.м.н., Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

# XIX Международный конгресс по детской психиатрии

(2-6 июня 2010 г., Пекин, Китай)

Конгресс проходил в большом Национальном центре рядом с Олимпийским комплексом. Делегация из Украины состояла из трех человек: главный детский психиатр Украины И.А. Марценковский, сотрудница Института судебной и социальной психиатрии Я.Б. Бикшаева и сотрудница Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова О.П. Мостовая. Лекции начинались в 8 часов. Первая называлась ключевой, вторая – оригинальной, затем – симпозиумы, лекции во время ланча, устные выступления.

## Основные темы

Президент Международной ассоциации детской и подростковой психиатрии А.А. Риделиус рассказал о том, как обстоят дела в детской и подростковой психиатрии, история существования которой насчитывает более 100 лет. В некоторых странах она относится к психиатрии, в остальных – к педиатрии.

В 1910-1920 гг. в Центральной Европе и Скандинавских странах было заложено и развивалось учение о влиянии воспитания на ментальное здоровье. Позже возникла генетическая парадигма. Особенно интенсивно развивалось генетическое направление после Второй мировой войны, что привело к концепции «генетически-средовой интеракции». Современные исследования направлены на изучение уязвимости растущего мозга и его защиты. Пренебрежение и насилие, применяемые к ребенку, формируют негативные последствия тяжелого социального стресса. Первое фундаментальное исследование в области психогенетики принадлежит перу сэра Фрэнсиса Гальтона. Он впервые в научном трактате поставил рядом такие понятия, как «nature» (природа) и «nurture» (воспитание, среда, образ жизни). Ему хотелось понять, что делает людей столь различными – их биологические задатки (наследственность) или особенности среды, в которой они развивались.

Современная концепция «nature and nurture» («природа и воспитание») призвана объяснить, почему у одних детей хорошее ментальное здоровье, а у других – нет. Одинаковые симптомы возникают у ребенка, который родился изначально здоровым, но перенес психологические и биологические стрессы, превышающие порог переносимости: эмоциональную депривацию, тяжелые соматические заболевания, и у того, который родился с органическим поражением нервной системы и растет в очень благоприятных условиях. Этот подход предусматривает и соответствующие подходы к лечению. Nature – биологические способы воздействия: фармакотерапия, диеты, оперативные вмешательства; nurture – психологическая работа с детьми и их семьями.

В противовес вышесказанному прозвучал доклад представителя конкурирующей организации – International Association for child and adolescent psychiatry and allied professions (IACAPAP) Р. Паргу (Австралия) о парадигме детской и юношеской психиатрии. Он отметил, что DSM-IV больше описывает номенклатуру, чем является валидной классификацией болезней. Исторически классификация начала закладываться при Э. Крепелине, когда был применен феноменологический подход. Затем были работы А. Меуер по изучению ментальных расстройств. Революционную роль сыграли психоаналитические подходы в понимании психических проблем. Направление, предложенное Л. Eisenberg, – это понимание

психиатрических проблем как сочетания повреждения мозга и нарушения ментальной смысловой стороны, мышления. Все большее значение обретает теория привязанности Джона Боулби. В рамках теории предпринимается попытка описать и объяснить межличностные человеческие отношения. Важной потребностью младенца является установление уверенных отношений с заботящимися о нем взрослыми людьми, и без образования такой связи невозможно нормальное социальное и эмоциональное развитие. Яркой иллюстрацией к этой теории служит документальный фильм Рона Фрике «Барака» (Baraka, 1992) о невербальном воздействии на бессознательное. Это очень важно для понимания детей, которые являются «разными».

Эти категории жизненного понимания в детской психиатрии идут вразрез с доказательной медициной. Так, Р. Паргу приводит пример, когда потребность фармацевтических компаний в продвижении препаратов влечет за собой создание новых синдромов и нозологий. Он связывает рост выявления биполярного аффективного расстройства у детей, частота которого, например, в США за последние 20 лет увеличилась в 120 раз, именно с такой политикой фармпроизводителей. Подобным образом выглядит возникновение болезни Аспергера в Австралии. Она привела к увеличению штата различного рода специалистов: психологов, социальных работников, логопедов, педагогов, которые занимаются такими больными. Дети с диагнозом болезни Аспергера изолированы от детских коллективов. Им и их семьям назначают пособие. Оправданы ли эти расходы?

Ряд психиатров пришли к пониманию того, что в основе классификации должна лежать биопсихосоциально-экологическая модель. При изучении нозологии предлагают использовать следующие критерии:

- определение расстройства;
- его масштаб;
- поведение;
- анамнез жизни.

Р. Паргу сравнил программу нынешнего конгресса с темами на 162-м ежегодном заседании Американского общества специалистов в психиатрии детей и подростков в Сан-Франциско в 2009 г., где рассматривались такие основные темы, как привязанность и травма, важное значение ранних интервенций, развитие и повреждение височных долей мозга, привязанность и культура в развитии хорошей эмоциональной регуляции, психотерапевтические подходы в лечении эмоциональной дисрегуляции, которые гораздо ближе к реальной жизни. Выступление Р. Паргу оказалось достаточно острым и во многом шло вразрез с основными темами конгресса.

А темы были разные. Философские – о сложности формирования ребенка, появлении симптомов расстройств, влиянии культур, обстоятельств жизни.

О драмах и потерях, о «политике одного ребенка в Китае», о переживании детьми войн и стихийных бедствий, о классификации, условности стремления подвести все проблемы развития под определенные симптомы или расстройства, о несовершенстве классификации DSM-IV (которую в Украине не применяют, так как для удобства статистики пользуются МКБ-10). DSM-IV не удобна для понимания сути происходящего с ребенком. Следует упомянуть о том, что готовящийся в настоящее время новый вариант классификации DSM-V при постановке диагноза предусматривает учет биологических, средовых и психологических влияний на развитие ребенка.

Ключевые темы были представлены лекторами из США. Это были сообщения, которые базируются на результатах работы больших научных коллективов.

В докладе M.L. Belfer (США) коснулся вопроса о консолидации усилий государственных органов управления и специалистов. В сообщении Charles H. Zeanah (США) «Важное значение раннего ответа» обсуждались вопросы глубинной психологии развития. Какой период жизни является наиболее важным: первые 3 года жизни, последующие 3 года? Может ли негативный опыт раннего возраста быть изменен? Клинический опыт показывает базовую важность благополучного переживания раннего периода. Привлекла внимание лекция Ellen Leibenluft «Биполярное расстройство у детей в сравнении с тяжелой дисрегуляцией настроения (severe mood dysregulation, SMD)». Биполярное расстройство в детском возрасте – тема достаточно сложная, и многие специалисты сомневаются в его существовании. Подробнее об этом далее, в блоке «Биполярное расстройство и SMD».

Из тем, которые обсуждались на конгрессе, следует отметить: синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), расстройства спектра аутизма, биполярное аффективное расстройство и SMD, расстройства способности к обучению, суициды, расстройства сна, нарушения поведения, медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Ряд более мелких, специфических тем включал: влияние компьютерных игр и телевизионных передач на формирование аддиктивного поведения, привязанность, приюты и фостерные (приемные) семьи.

## СДВГ

СДВГ – наверное, самое изученное расстройство детского возраста. Сегодня не вызывает сомнений эффективность метилфенидата и атомоксетина. Остается только выяснить, какую лекарственную форму метилфенидата выбрать, так как их продолжают совершенствовать.



О.П. Мостовая

Синдром дефицита внимания может сочетаться и с тиком, и с тревогой, и с расстройствами поведения оппозиционного спектра, и с нарушениями сна и т.п. Особенно тяжелые варианты наблюдаются при сочетании с деструктивными формами поведения. Выявление тревоги у детей является очень актуальным, так как 1/3 пациентов с СДВГ имеют тревожные расстройства. Скрининг тревожных расстройств при СДВГ достаточно сложен, так как присутствие импульсивности и двигательного беспокойства создает сходство с проявлениями тревоги. Для сочетанной тревожности характерны расстройства сна, плохое настроение и самочувствие, болевой синдром, поэтому к традиционному лечению СДВГ психостимуляторами (метилфенидат) и атомоксетином присоединяются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), когнитивно-бихевиоральная терапия, в более тяжелых случаях – клонидин. Возникает вопрос о том, является ли тревога ответом на психостимуляторы их побочным эффектом? Результаты исследований показывают, что развитие тревожных расстройств не зависит от приема психостимуляторов. В то же время при любых сочетаниях СДВГ с обсессивно-компульсивным расстройством и с расстройствами поведения метилфенидат эффективен. Одним из лучших препаратов группы СИОЗС для лечения тревоги при СДВГ у детей считают флувоксамин.

Интересной является тема продолжения СДВГ во взрослом периоде жизни. D. Coghill (США) представил анализ результатов медикаментозного лечения СДВГ. По его данным, на метилфенидат и амфетамины отвечают 70% пациентов, на атомоксетин – 29%. 40% пациентов, не отвечающих на психостимуляторы, отвечают на атомоксетин. Перед изменением лечения при необходимости проводят анализ – как проходила титрация, были ли использованы максимальные дозы, как работал препарат в течение дня, какие сведения поступали из школы? Возможны сочетания психостимуляторов и атомоксетина.

Ph. Hazell (Австралия) проанализировал возрастные трансформации СДВГ. Частота назначения психостимуляторов с 1987 по 1996 г. детям в возрасте 6-14 лет выросла в 250 раз; пациентам 15-18 лет – в 950 раз. Главным фактором успеха стала высокая эффективность препаратов. У взрослых, кроме того, – улучшение когнитивных возможностей, коррекция поведенческих

и эмоциональных проблем плюс удобство применения, действие в нужное время, отсутствие влияния на скорость реакции (возможность вождения автомобиля). Эффективность метилфенидата у взрослых и у детей продолжают сравнивать, так как взрослые имеют другие симптомы.

Исследования атомоксетина у подростков с СДВГ и депрессией показали, что эффект препарата превышал эффект плацебо, но, возможно, был недостаточен для предупреждения суицидов. Применение метилфенидата и бупропиона у подростков, зависимых от кокаина, не имело высокого эффекта. Психостимуляторы активно изучаются у взрослых при лечении дисфории, депрессии, биполярного расстройства, психозов, коррекции антисоциального поведения у подростков. В то же время по мере взросления пациентов с СДВГ существует стойкая тенденция к прекращению лечения в связи с ремиссией, побочным действием препаратов, негативным отношением к лечению в семье.

### Биполярное расстройство и SMD

Следующей большой темой из представленных на конгрессе было биполярное расстройство (БР) и SMD (доклад **В. Birmaner** из США). Распространенность БР в возрасте до 20 лет составляет 64%, до 13 лет – 18%. У родителей детей с БР отмечается высокая частота психиатрических проблем: психозы выявляют у 50%, расстройства настроения – у 20%, тревожные расстройства – у 25%, СДВГ – у 25%. Первые маниакальные эпизоды возникают в среднем в 5 лет. Большая депрессия и дистимия, как правило, развиваются в возрасте 10 лет. У родственников

первой линии БР диагностируется с частотой 30%, большая депрессия – 28%.

Основные симптомы БР у детей: аффективные проявления – агрессивность, идеи грандиозности, гиперсексуальность, повышение речевой активности. Характерна флуктуация симптомов, коморбидность со всевозможными расстройствами, в том числе с психозами, суицидальностью, нарушениями формирования личности.

Очень информативным был доклад **Ellen Leibenluft** (США), озаглавленный «Расстройство настроения и тревоги. Программы Национального института ментального здоровья». Она показала, насколько БР похоже на СДВГ. Похожими являются повышение речевой активности, скачка мыслей, неустойчивость идей, психомоторная ажитация. Особый интерес представляет SMD, которая характеризуется хроническим монотонным течением, сниженным настроением, недовольством, реактивным проявлением эмоций.

Проводилось много исследований, чтобы выяснить, являются ли БР и SMD однородным расстройством или это разные нозологии. Например, изучалась функция миндалевидного тела при помощи нового метода регистрации спонтанной и вызванной суммарной электромагнитной активности мозга – магнитоэнцефалографии. При этом для пациентов создавались фрустрирующие ситуации. У больных БР, как и у здоровых лиц контрольной группы, функция миндалевидного тела после фрустрации быстро восстанавливалась, а при SMD оставалась сниженной. Это доказывает, что БР и SMD являются разными расстройствами, причем SMD значительно более тяжелым, что подтверждается клинически.

Сообщение **D. Cohen** (Франция) было посвящено переходу БР в шизофрению. Основной вывод: при раннем БР характерны исходы в шизофрению или депрессию, при тяжелой дисрегуляции настроения – формирование пограничного расстройства личности или благоприятный исход.

### Суициды и безопасность лечения

Отдельные выступления были посвящены проблеме суицида. В Китае в возрастной группе населения 15-24 лет суицид является ведущей причиной смерти. Среди суицидентов мужчины составляют 24,7%, женщины – 13%. Статистически факторами риска суицида являются большие психиатрические синдромы: депрессия, БР, дистимия, шизофрения, тревога, а также пищевые, антисоциальные расстройства, алкоголизм. Показано, что под влиянием стрессов раннего периода жизни риск суицидов значительно возрастает, особенно после психических, сексуальных насильств над ребенком.

В докладе «Суицидальное поведение в контексте тяжелой дисрегуляции настроения» **J. Renaud** (Канада) подтвердил данные о клинической тяжести SMD, ригидности и трудностях его коррекции. SMD присуща стойкая склонность к суицидальным мыслям, а при стрессовых ситуациях – к суицидальным действиям.

Обращает на себя внимание тот факт, что у детей применение психотропных препаратов ограничено из-за того, что они не проходят соответствующего исследования по экономическим или этическим соображениям. В рамках конгресса прозвучало сообщение **L. Greenhill** (США) о риске применения препаратов.

Повышают ли психостимуляторы риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в частности внезапной сердечной смерти? Нужно ли обследовать сердечно-сосудистую систему ребенка перед назначением ему метилфенидата? Автор считает эти страхи преувеличенными, и нет оснований к проведению ЭКГ у всех детей при назначении психостимуляторов. Повышается ли риск суицидов при применении антидепрессантов? Ответ также отрицательный. Обычно суициды на фоне лечения антидепрессантами вызваны самой депрессией, а не препаратом. А проблема метаболического синдрома на фоне лечения атипичными нейрореплетиками существует и требует соответствующего сервиса – мониторинга гликемии, липидного спектра крови, соблюдения диеты.

Хочется отметить доклады наших соотечественников **И.А. Марценковского** и **Я.Б. Бикшаевой** о комплексном лечении детей с аутизмом.

Конгресс проходил очень насыщенно. Напряженная работа, интерес участников, старание лекторов, безукоризненная организация – все способствовало успеху форума.

Все лучшее – детям! Предположительно, под таким девизом будут проходить ближайшие международные форумы по детской психиатрии: 3-й Международный конгресс по СДВГ (25-28 мая 2011 г., Берлин, Германия), 14-й Международный конгресс Европейской ассоциации детской и подростковой психиатрии (European Association for child and adolescent psychiatry, ESCAP) (11-15 июня 2011 г., Хельсинки, Финляндия), 20-й Всемирный конгресс IACAPAP (21-25 июля 2012 г., Париж, Франция).

## Анкета читателя

Здоров'я України  
МЕДИЧНА ГАЗЕТА

Для получения тематического номера газеты заполните анкету и отправьте по адресу:

«Медична газета «Здоров'я України»,  
03151, г. Киев, ул. Народного ополчения, 1.

Укажите сведения, необходимые для отправки тематического номера «Неврология. Психиатрия. Психотерапия»

Фамилия, имя, отчество .....

Специальность, место работы .....

Индекс .....

город .....

село .....

район ..... область .....

улица ..... дом .....

корпус ..... квартира .....

Телефон: дом .....

раб. ....

моб. ....

E-mail: .....

## Нам важно знать Ваше мнение!

Понравился ли вам тематический номер «Неврология. Психиатрия. Психотерапия»? .....

Назовите три лучших материала номера .....

1. ....

2. ....

3. ....

Какие темы, на ваш взгляд, можно поднять в следующих номерах? .....

Публикации каких авторов вам хотелось бы видеть? .....

Хотели бы вы стать автором статьи для тематического номера «Неврология. Психиатрия. Психотерапия»? .....

На какую тему? .....

Является ли для вас наше издание эффективным в повышении врачебной квалификации? .....