

followed through puberty / C. Gillberg, S. Steffenburg // J. Autism Dev. Disord. — 1987. — Vol. 17. — P. 273—287.

8. Volkmar F. R. Seizure disorders in autism / F. R. Volkmar, D. S. Nelson // J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry. — 1990. — Vol. 29(1). — P. 127—129.

9. Tuchman R. F. Regression in pervasive developmental disorders: seizures and epileptiform electroencephalogram correlates / R. F. Tuchman, I. Rapin // Pediatrics. — 1997. — Vol. 99. — P. 560—566.

10. Epilepsy in autism is associated with intellectual disability and gender: evidence from a meta-analysis [C. Amiet, I. Gourfinkel-An, A. Bouzamondo et al.] // Biol. Psychiatry. — 2008. — Vol. 64. — P. 577—582.

11. Tuchman R. Convulsing toward the pathophysiology of autism / R. Tuchman, S. L. Moshe, I. Rapin // Brain Dev. — 2009. — Vol. 31. — P. 95—103.

12. A preliminary transcranial magnetic stimulation study of cortical inhibition and excitability in high-functioning autism and Asperger disorder / [P. G. Enticott, N. J. Rinehart, B. J. Tonge et al.] // Dev. Med. Child. Neurol. — Vol. 52. — P. 179—183.

13. Psychotropic medication use among Medicaid-enrolled children with autism spectrum disorders / D. S. Mandell, K. H. Morales, S. C. Marcus et al.] // Pediatrics. — 2008. — Vol. 121. — P. 441—448.

14. Cognitive effects of long-term treatment with phenobarbital and valproic acid in school children / E. P. Calandre, R. Dominguez-Granados, M. Gomez-Rubio et al.] // Acta Neurol Scand. — 1990. — Vol. 81. — P. 504—506.

15. Kwan P. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs / P. Kwan, M. J. Brodie // Lancet. — 2001. — Vol. 357. — P. 216—222.

Надійшла до редакції 30.07.2014 р.

**МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович**, кандидат медичних наук, Головний позаштатний спеціаліст Міністерства охорони здоров'я України за спеціальністю «дитяча психіатрія», керівник відділу дитячої та підліткової психіатрії Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ; e-mail: martsenkovsky\_urisfpda@ukr.net

**MARTSENKOVSKY Igor Anatoliiovych**, MD, PhD, The Main Children's Non-staff Psychiatrist of Ministry of Health of Ukraine, Head of Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Ukrainian scientific-research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: martsenkovsky\_urisfpda@ukr.net

УДК 616.89 — 008.454-053.2/.5

*Э. А. Михайлова*  
**ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОЛИЗИНА НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ**

*E. A. Михайлова*  
**ВПЛИВ ЦЕРЕБРОЛІЗИНУ НА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ РЕКУРРЕНТНІЙ ДЕПРЕСІЇ У ДІТЕЙ**

*E. A. Mikhailova*  
**EFFECT OF CEREBROLYSIN ON NEUROPSYCHOLOGICAL IMPAIRMENT AT RECURRENT DEPRESSION IN CHILDREN**

Изучена эффективность Церebroлизина в комплексной нейропсихиатрической реабилитации при рекуррентной депрессии у детей в препубертате. Представлена характеристика нейропсихологических нарушений и их динамика у детей с рекуррентной депрессией на фоне терапевтического вмешательства с позиции нейрогенеза.

**Ключевые слова:** Церebroлизин, рекуррентная депрессия, нейрокогнитивный симптомокомплекс, дети препубертатного возраста

Вивчено ефективність Церebroлізину в комплексній нейропсихіатричній реабілітації при рекуррентній депресії у дітей в препубертаті. Подано характеристику нейропсихологічних порушень та їх динаміку у дітей з рекуррентною депресією на тлі терапевтичного втручання з позиції нейрогенеза.

**Ключові слова:** Церebroлізин, рекуррентна депресія, нейрокогнітивний симптомокомплекс, діти препубертатного віку

The efficiency of Cerebrolysin in a complex neuropsychiatric rehabilitation with recurrent depression in children was studied. The characteristic of neuropsychological disorders and their dynamics in children with recurrent depression on the background of therapeutic intervention from the perspective of neurogenesis is presented.

**Key words:** Cerebrolysin, recurrent depression, neurocognitive syndrome, prepubertal children

Проблема депрессивных расстройств является наиболее актуальной в современной психиатрии [1]. Распространенность депрессий к подростковому возрасту достигает 30 %, а средний возраст их возникновения приближается к 9 годам [2—4]. В комментариях к классификациям МКБ-10 и DSM-IV-R подчеркивается, что расстройства настроения в детском возрасте гораздо менее специфичны, чем аналогичные нарушения у взрослых, и менее ясно дифференцируются на предположительно специфические состояния. При этом отмечается, что расстройства настроения, характерные для взрослых, могут возникать также в детском возрасте. Среди признаков депрессий у детей в пубертатном возрасте [4] выделены когнитивные расстройства со специфическими нарушениями интеллектуальной деятельности,

сверхценные образования и психопатоподобное поведение при рудиментарности собственно тимического компонента депрессивного синдрома и гипотимии. Стёртая аффективная симптоматика при депрессии у детей может скрываться под «маской» препубертатных проявлений, либо соматической или поведенческой, создавая дополнительные диагностические трудности. Некоторые авторы считают, что соматические «маски» характерны для детей более раннего возраста [4—8]. В зависимости от частоты повторения депрессии (более одного эпизода) и продолжительности выделяют рекуррентную депрессию и хроническое депрессивное расстройство — дистимию. Крайне высокая частота социальной дезадаптации и суицидальных попыток у детей, угрожающий уровень завершённых суицидов обуславливают отношение к депрессии детского возраста как к жизненно опасному состоянию, требующему

неотложного профессионального вмешательства [9—18]. Всемирная ассамблея здравоохранения 2012 г. вновь призвала к принятию комплексных скоординированных мер, необходимых для диагностики и терапии депрессии.

Цель работы: разработать эффективную программу терапии и профилактики прогрессирования депрессии у детей в препубертате.

Обследованы 125 детей в препубертате (9—11 лет) с депрессией и 100 здоровых детей аналогичного возраста (группа контроля). Пациенты находились на момент обследования в отделении детской психиатрии ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины». Использовали следующие методики: шкала оценки депрессии у детей CDRS-R и Монтгомери — Асберга, тест на запоминание 10 слов А. Р. Лурия, тест определения минимальной мозговой дисфункции (ММД) Тулуз-Пьерона. Исследование внимания проводили с помощью таблицы Платонова — Шульте. Нейрофизиологический метод включал многомерное линейное и нелинейное исследование церебральной нейродинамики — динамичную энтропию Колмогорова — Синяя (ЭК). Анализ электроэнцефалограмм осуществляли с помощью программного комплекса NeuroResearcher® Innovation Suite, Швейцария (модуль NeuroResearcher®-Chaos — Multi-Dimensional Non-Linear Analysis) (Mayorov O. Yu. et al., 2003) [11, 12].

Для оценки вегетативных показателей проведен анализ вариабельности сердечного ритма (BCP) с использованием программного комплекса NeuroResearcher®-Cardio-Tension-Test® (модуль *Heart Rate Variability Analysis*) и «Схемы исследования для выявления признаков вегетативных нарушений» А. М. Вейна (2000 г.) [13]. Отбор пациентов осуществлялся на основе квалификации депрессии на момент обследования в рамках рекуррентной депрессии непсихотического уровня.

Исследованиями установлено, что для депрессий у детей в препубертате характерно определенное соотношение элементов депрессивной триады с преобладанием особых когнитивных расстройств, наличием специфичных только для этого периода идеаторных построений и типологических разновидностей депрессий, а также тенденция этих состояний к затяжному, ундулирующему течению в пределах пубертата. По тяжести депрессии превалировала умеренная (45,6 %) и выраженная (41,6 %) степень депрессии, что свидетельствует о поздней диагностике аффективного заболевания у детей в младшем школьном возрасте. Среди факторов психологической травматизации превалировали факторы школьной среды, семьи, проблемы со сверстниками, развод родителей. У детей в препубертате депрессия включает преимущественные симптомы: ухудшение успеваемости в школе, соматические жалобы, раздражительность, сниженное настроение, гиперреактивность либо гипоактивность, плаксивость, трудности с получением удовольствия, утомляемость, низкая самооценка, чувство вины, нарушение аппетита, вялость речи, суицидальное поведение. Максимальную клиническую интенсивность имели симптомы: ухудшение успеваемости в школе, цефалгии, гиперреактивность, утомляемость, плаксивость, низкая самооценка, суицидальное поведение. Клиническая феноменология рекуррентной депрессии у детей включает

эмоциональный, поведенческий, когнитивный и соматовегетативный регистры. У 100 % исследуемых детей с рекуррентной депрессией установлены эмоциональные расстройства. Так, эмоциональное состояние детей с рекуррентной депрессией характеризуется снижением фрустрационной толерантности к стрессам, снижением активности, отсутствием самоуважения, недостаточностью эмоциональных связей, отсутствием стремления к новому. Соматовегетативные нарушения зарегистрированы у 88,8 % детей с депрессией. Соматический вариант депрессии у детей в препубертате достоверно положительно коррелировал с цефалгиями ( $r = 0,644$ ,  $p < 0,001$ ). Суицидальное поведение установлено у 14,4 % исследуемых больных детей. У 78,4 % детей с депрессией установлена слабость аффективной интеграции с дезорганизацией эмоциональной регуляции поведения, высокий уровень тревоги, низкая фрустрационная толерантность.

Исследование когнитивного функционирования у детей с рекуррентной депрессией показало, что нарушение произвольного внимания установлено в 82,6 % случаев, нарушение динамики запоминания — в 62,5 % случаев, наличие дефектов селективности — в 78,4 % случаев. Причем и нарушение концентрации внимания, и снижение памяти были преимущественно по неустойчивому типу, с наличием феномена интерференции. Когнитивная дисфункция является одним из центральных проявлений аффективной патологии и мерой ее тяжести.

Анализ BCP (индексов тревоги и типа реакции тревоги в состоянии спокойного бодрствования) выявил у детей с депрессией более высокий уровень напряжения систем регуляции, недостаточность централизации управления сердечным ритмом в условиях ментальной нагрузки, наличие меньших адаптационных резервов у детей с депрессией, чем у здоровых. Сниженные адаптивные возможности к нагрузочным (умственным) тестам подтверждаются снижением показателей BCP.

Сложное переплетение аффективной симптоматики с соматовегетативными нарушениями, возрастной этап онтогенетического развития, соматоневрологическая отягощенность значительно затруднили раннюю диагностику депрессии у детей, что диктует необходимость поиска как диагностических маркеров для клинической дифференциации вариантов депрессии, так и поиска инновационных методов терапевтического вмешательства.

На основе значений дискриминантных функций нами построена территориальная карта дифференциации типологии депрессии у детей в препубертате, что позволило выделить варианты депрессии на данном этапе онтогенетического развития: поведенческий (40,8 %), соматический (39,2 %), фобический (12,0 %) и тревожный (8,0 %). Разработанная математическая модель корректно классифицирует 95,8 % всех больных с различными типологическими вариантами депрессии.

Исследование церебральной нейродинамики показало, что у детей с депрессией в препубертате выявлено снижение показателей ЭКС по сравнению с детьми группы контроля во фронтальных отведениях: F7 — ( $2,59 \pm 0,17$ ) относительно ( $3,55 \pm 0,36$ ); F3 — ( $2,11 \pm 0,24$ ) относительно ( $2,91 \pm 0,28$ ); Fz — ( $2,15 \pm 0,14$ ) относительно ( $3,10 \pm 0,42$ ) и F4 — ( $2,19 \pm 0,16$ ) относительно

( $2,99 \pm 0,19$ ). Следователно, пацієнти с депресією мали достовірно бiльшi показателі ЕКС во фронтальних отведеннях, чiм здорові дiти. Уменьшение показателі ЕКС свiдiчує про зменшення уровня хаоса и свободи — способности клеток связываться с другими клетками и формирования нейровязей. У здорових дiтей емоцiонально напружена дiяльність в виде інтелектуальної нагрузки вызиває тенденцію к збiльченню ЕКС в лобних отведеннях.

При математическому аналізі отриманих сканов були виділені два основних фактора, потенціально учасуючих в формуванні депресії. Перший фактор ( $F_1$ ) смішаний, емоцiонально-когнітивний. Даний фактор отражає функціональне состояние лiвої передньої и правої задньої височних областей ( $T3$  и  $T6$ ), правої и лiвої префронтальної кори ( $Fp1$ ,  $Fp2$ ), лiвої сенсомоторної області ( $C3$ ), которые учасують в формуванні емоцій, и в них проєцируєтьс я активність образований лимбической системи. Вторий фактор ( $F_2$ ) — когнітивний редуциований — отражає состояние областей полушарий, забезпечуючих когнітивну дiяльність: лiвої парієтальної області ( $P3$ ), правої задньої фронтальної області ( $F8$ ) (інтелект) и правої передньої височної області ( $T4$ ) (первичная слуховая область, проекция гіпокампа — пам'ять). У дiтей с депресією показателі ЕКС достовірно нижі во фронтальних отведеннях по сравнению со здоровими сверстниками. Установлено, що інтелектуальна нагрузка вызиває у дiтей с депресією зниження ЕКС, а у здорових дiтей — тенденцію к збiльченню ЕКС в лобних отведеннях. Из этого анализа можно сделать предположение, что дiти с рекуррентной депресією в условиях «спокойного бодрствования» находятся в тревожном ожидании. В условиях ментальной нагрузки наблюдается одновременное наличие нескольких ментальных процессов, что является одним из ключевых факторов развития состояния емоцiонального стресса.

Установлено, что в развитии рекуррентной депресії у дiтей в период полового созревания учасують: соматоневрологическая ослабленность, когнітивная дисфункція, инфантилизм, коморбидность депресії с тревогой, цефалгией, энурезом, нарушение взаимодействия в системе «мать — ребенок» на раннем этапе онтогенеза, неадекватное лечение на начальных этапах болезни. Терапевтическая тактика при депресії у дiтей пубертатного периода предусматривает купирование депрессивной симптоматики, первичную и вторичную профилактику прогрессирования депресії, восстановление когнітивного и социально-психологического функционирования. Частый отказ больных дiтей с депресією от длительной психофармакотерапии приводит к деструктивным поведенческим эквивалентам депресії, углублению нейрокогнітивной дефицитарности и прогрессированию депресії у подростков на последующих этапах полового созревания.

Концептуальность данного исследования заключалась в использовании Церебролизина в терапии рекуррентной депресії у дiтей. Известно, что развитие мозга, формирование его структур и организация различных форм поведения находятся под постоянным контролем регуляторных факторов. Способность нейротрофических факторов влиять на рост и дифференцировку нервных клеток, а также стимулировать синтез других

физиологически активных субстанций, лежит в основе регуляции развивающегося мозга. Нейротрофика, нейропротекция и нейропластичность — фундаментальные процессы, естественно и постоянно протекающие в нервной системе. Фармакологическое действие Церебролизина (белковый раствор, содержащий свободные аминокислоты и биологически активные пептиды), обеспечивающее эндогенную нейротрофику, нейропротекцию и нейропластичность, идентично механизмам естественных репаративных процессов, протекающих в организме [20]. Нейропластичность представляет собой совокупность различных процессов ремоделирования синаптических связей, направленных на оптимизацию функционирования нейрональных сетей [19]. Она играет решающую роль в процессах филогенеза и онтогенеза, а также при поддержании функционирования уже сформированных нейрональных сетей (первичная или естественная нейропластичность) [21]. Более того, все эти динамические процессы должны быть сбалансированы для нормального функционирования организма в целом, формируя, таким образом, гомеостатическую нейропластичность [22, 23].

Исходя из этой гипотезы, в основную группу исследования были включены 25 дiтей (первая группа) с рекуррентной депресією, с когнітивной дисфункцией и поведенческим паттерном депресії, которые получали терапию в виде Церебролизина в дозе 2 мл в/м в сутки в течение 2 недель в сочетании с когнітивно-поведенческой терапией (КПТ) (копинг поведения, моделирование новых когніций, модификация неадекватных форм поведения). Группу контроля составили 22 пациента с рекуррентной депресією (вторая группа). У всех пациентов этой группы зарегистрированы аналогичные симптомокомплексы, но в качестве терапии получали традиционную терапию — флуоксетин (1 раз в сутки из расчета 0,2 мг) в сочетании с КПТ. Терапевтическое вмешательство Церебролизином в сочетании с КПТ способствовало регрессу клинических симптомов депресії, повышению психической активности и коммуникативности, достовірному улучшению показателі когнітивного функционирования у дiтей с рекуррентной депресією.

Результаты клинического наблюдения подтверждаютс я данными психологического исследования сенсомоторной реакции, памяти, внимания. Различия в первой группе пациентов между показателями памяти до и после лечения достовірны и по сравнению с данными показателями 2 группы ( $p_1 < 0,001$  и  $p_2 < 0,001$ , соответственно). Установлено достовірное улучшение показателі нейропсихологических тестов в первой группе по сравнению с показателями второй группы. Уровень депресії (в баллах) по данным шкал CDRS-R и Монтгомери — Асберга до и после лечения достовірно снижался ( $p < 0,001$ ). Спустя 3 месяца достигнутое улучшение сохранилось лишь в 1 группе пациентов.

Полученные данные свiдiчуєтьс я о том, что использование Церебролизина воздействует на большинство звеньев патогенетического каскада депресії на данном этапе онтогенеза, решает проблему диапазона адаптационных возможностей детского организма при рекуррентной депресією путем оптимизации нейрокогнітивной, поведенческой и емоцiональной составляющих их психической дiяльности.

Применение Церебролизина в комплексной терапии признается совершенно необходимым в качестве новой патогенетической стратегии терапии рекуррентной депрессии у детей и стратегии психопрофилактики прогрессирования депрессии в юношеском возрасте.

Полученные данные согласуются с нейротрофической гипотезой депрессии. Прослежено, что на начальном этапе депрессии уязвимость к действию стрессов, соматоневрологическая ослабленность, генетическая предрасположенность к аффективному заболеванию взаимодействуют между собой и инициируют каскад нейробиологических нарушений. Вышеперечисленные факторы разрушают нормальные динамические связи в областях мозга, связанных с регуляцией настроения, когнитивности, физической и психической активности, болевых нарушений, а в дальнейшем потенцируются структурные и функциональные нарушения мозга.

Все вышесказанное доказывает необходимость терапии депрессии Церебролизин на ранних стадиях развития, что определит прогноз и течение депрессивного расстройства у подростков и в юношеском возрасте.

#### Список литературы

1. Ульев А. В. Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации / А. В. Ульев // Управление общественными и экономическими системами. — М., 2009. — № 1. — С. 1—20.
2. Иовчук Н. М. Депрессия у детей и подростков / Н. М. Иовчук, А. А. Северный. — М., 1999. — 325 с.
3. Иовчук Н. М. «Дидактогенные» депрессии у детей [Текст] / Н. М. Иовчук, А. А. Северный // Проблемы диагностики, терапии и инструментальных исследований в детской психиатрии : материалы науч.-практ. конф. — Волгоград, 2007. — С. 170—175.
4. Антропов Ю. Ф. Невротическая депрессия у детей и подростков (клиника, типология, динамика и дифференцированная терапия) / Ю. Ф. Антропов. — М.: Медпрактика, 2001. — 151 с.
5. Мазаева Н. А. Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии / Н. А. Мазаева, Н. Е. Кравченко, Е. И. Иванова // Современная терапия психических расстройств : Архив/СТПР. — 2008. — № 2. — С. 21—30.
6. Ковалев В. В. К клинической дифференциации психогенно обусловленной патологии поведения у детей и подростков в связи со школьной дезадаптацией / В. В. Ковалев // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2008. — № 2. — С. 123—125.
6. Михайлова Э. А. Депрессия / Э. А. Михайлова // Справочник участкового педиатра / под ред. Н. М. Коренева. — Киев, 2011. — С. 204—206.
7. К проблеме головной боли напряжения у детей 7—11 лет с депрессивными расстройствами / Э. А. Михайлова [и др.] // Вегетативные расстройства в клинике нервных и внутренних болезней: материалы 4 науч.-практ. конф. с междунар. уч. — М., 2011. — С. 69—70.
8. Давыдова О. Е. Некоторые аспекты клинко-эволюционного анализа психопатологии подросткового возраста / О. Е. Давыдова // Архив психіатрії. — 2004. — Т. 10, № 2 (37). — С. 108—111.
9. Sartorius N. Депрессия: всемирные аспекты проблемы [Text] / N. Sartorius // WPA Bul. on Depression. — 2003. — Vol. 6. — № 25. — P. 3—4.
10. Краснов В. Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией / В. Н. Краснов // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 152—154.
11. Майоров О. Ю. Оценка энтропии Колмогорова — Синая по ЭЭГ у здоровых мужчин с различной степенью общей тревожности / О. Ю. Майоров, Л. Н. Фрицше, М. К. Фрицше // Вестн. Нац. ун-та им. В. Н. Каразина. — 2006. — № 4. — С. 26. — (Серия Биология).
12. Mayorov O. Yu. Multidimensional approach for evaluation of system activity of the brain by EEG [Text] / O. Yu. Mayorov // Health Data in the Information Society. Proceedings of MIE. — 2002. — Vol. 90. — P. 61—65.
13. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2000. — 752 с.
14. Марута Н. А. Клинико-психопатологические и патопсихологические закономерности формирования дистимии / Н. А. Марута, Ю. Н. Завалко // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 23—25.
15. Марценковский Ю. О. Особенности диагностики та лікування депрессивних розладів у дитячому віці // Ю. О. Марценковский, Я. Б. Бікшаева, Л. Р. Бутейко // Нейро News неврология и психиатрия. — 2007. — № 3 (4). — С. 19—26.
16. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади : керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. — Львів: Вид-во Мс., 2004. — 2008 с.
17. Pine D. Adolescent depressions symptoms as predictor of adult depression moodiness or mood disorder? / D. Pine, E. Cohen, J. Brook // Am. J. Psychiatry. — 1999. — Vol. 156. — P. 133—135.
18. Suicide and Suicidal Behavior / Nock M. K., Borges G., Bromet E. J., [et al.] // Epidemiol. Rev. — 2008. — Vol. 30. — P. 133—154.
19. Аведисова А. С. Нейропластичность и патогенез депрессии: новые данные / А. С. Аведисова // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6. — № 6. — С. 312—314.
20. Tomarken A. J. Frontal brain asymmetry and depression: As regulatory perspective / A. J. Tomarken, A. D. Keener // Cognit. Emot. — 1998. — Vol. 12. — P. 387—420.
21. Hertz-Pannier L. Brain plasticity during development: Physiological bases and functional MRI approach / L. Hertz-Pannier // J. Neuroimaging. — 1999. — Vol. 26. — P. 866—874.
22. Turrigano G. Homeostatic plasticity in the developing nervous system / G. Turrigano, S. Nelson // Nat. Neurosci Rev. — 2004. — Vol. 5. — P. 97—107.
23. Stark K. D. Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and the family / Stark K. D., Rouse L. W., Livingston R. In: Child and adolescent therapy / Kendall P. C. (ed.). — NY: Guilford Press, 1991. — P. 165—206.

Надійшла до редакції 23.07.2014 р.

**МИХАЙЛОВА Эмилия Ауреловна**, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Государственного учреждения «Институт охраны здоровья детей и подростков Национальной академии медицинских наук Украины», профессор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета; г. Харьков; e-mail: emiliam2013@ukr.net

**MIKHAILOVA Emilia Aurelovna**, doctor of Medical Sciences, a leading researcher of State Institution "Institute of the health of children and adolescents of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Professor of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: emiliam2013@ukr.net