



УДК 616.895.4-06-053.6:616.89-008.441.44

РИМША С.В., ПИПА Л.В., СВИСТІЛЬНИК Р.В., ЛИСИЦЯ Ю.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

ДЕПРЕСІЯ Й ПОВ'ЯЗАНА З НЕЮ СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА В ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ І СТАН ПРОБЛЕМИ Частина 2

Резюме. Проведено аналітичний огляд світової літератури, у якій висвітлено епідеміологію, етіологію, сучасні погляди на патогенез, клініку, діагностичні критерії депресивного розладу в дітей та підлітків, а також пов'язану з ним суїцидальну поведінку та соціальне значення цього захворювання і його наслідків. Розглянуті ключові рекомендації з лікування й профілактики депресії в дітей та підлітків згідно з останніми європейськими та американськими рекомендаціями, що ґрунтуються на позиції доказової медицини.

Ключові слова: депресія, суїцид, діти, лікування.

Діагностика

Діагностичні критерії великого депресивного розладу (ВДР) і дистимічного розладу (ДР) в дітей, як і в дорослих, сформульовані в Діагностичному й статистичному керівництві психічних розладів 4-го випуску (DSM-IV-TR) [10].

Діагностичні критерії депресивного розладу за DSM-IV-TR

Щонайменше 2 тижні зниженого/роздратованого настрою^а і щонайменше 4 з таких симптомів:

- порушення сну: безсоння або гіперсомнія;
- відсутність або зниження інтересу до повсякденної діяльності^а;
- відчуття провини або інші думки із самозвинувачуванням чи зниженою самооцінкою;
- швидка втомлюваність і зниження працездатності;
- зниження концентрації уваги та можливість приймати рішення^а;
- зниження апетиту або втрата ваги (або вага не набирається);
- психомоторна загальмованість^б;
- суїцидальні думки, плани або дії.

Примітка: ^а — є повідомлення або спостерігається іншими; ^б — має спостерігатися іншими.

Модифікації в діагностичних критеріях для ВДР і ДР, що встановлені для дорослих, залежать від віку хворого. Наприклад, при ВДР або ДР дитина може бути роздратованою, а не сумною. У дітей при ВДР втрата ваги може не спостерігатися, однак вона

може не набиратися. Для діагнозу ДР у дорослих тривалість хвороби повинна становити щонайменше 2 роки, для дітей і підлітків — лише 1 рік [10].

Критерії діагностики депресії згідно з МКХ-10 включають 10 діагностичних критеріїв: 3 основні й 7 додаткових [8, 28].

Критерії діагностики депресії згідно з МКХ-10

I. Основні:

- знижений або сумний настрій;
- втрата інтересів і здатності отримувати задоволення;
- підвищена втомлюваність.

II. Додаткові:

- порушення концентрації уваги;
- занижена самооцінка й відсутність впевненості в собі;
- ідеї вини й самоприпинення;
- песимістичне бачення майбутнього;
- суїцидальні думки або дії;
- порушення сну з раннім пробудженням;
- порушення апетиту.

Згідно з МКХ-10 ВДР за тяжкістю перебігу поділяють на субдепресію, або дистимію (менше 4 симп-

Адреса для листування з авторами:

Пипа Лариса Володимирівна
E-mail: Pipa_1_v@ukr.net

© Римша С.В., Пипа Л.В., Свистільник Р.В.,
Лисиця Ю.М., 2014

© «Здоров'я дитини», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

томів), ВДР легкого ступеня (наявність 2 основних і 2 додаткових симптомів), ВДР середнього ступеня (наявність 2 основних і 3 додаткових симптомів), ВДР тяжкого ступеня (наявність 3 основних і ≥ 4 додаткових симптомів із психотичними симптомами й без них). Симптоми повинні бути присутніми протягом щонайменше 2 тижнів, і кожен симптом повинен бути присутнім протягом більшої половини дня [8, 28].

Дистимічний розлад, або дистимія, описується як хронічний розлад настрою в дітей підліткового віку й характеризується тривалим пригніченням настрою, дисфорією, заниженою самооцінкою, відчуттям безнадійності, що триває щонайменше 1 рік, при цьому всі симптоми недостатньо тяжкі, а періоди погіршення симптоматики недостатньо тривалі, щоб діагностувати рекурентну депресію. При ДР присутні високі показники дратівливості й гніву в повсякденному житті, зустрічається гіперемційна реакція на соціальні проблеми. При ДР можуть домінувати соматовегетативні порушення (кардіальний, гіпервентиляційний синдроми, абдоміналії, гіпергідроз), порушення сну, псевдовестибулярні розлади. У міру еволюції стану зростають явища астенії, іпохондричні нашарування [8, 28].

Біполярна депресія може бути діагностована, коли стан хворого відповідає критеріям ВДР, а в анамнезі були епізоди манії або гіпоманії [36].

У діагностиці ВДР на сучасному етапі використовують різноманітні шкали й питальники, завдяки яким можна швидко визначити наявність депресії та її тяжкість, у тому числі в дітей.

Найбільш часто вживаними у світі діагностичними методиками для виявлення депресії в дорослих є шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory), шкала депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression) та ін. Однак невідомо, чи ефективні ці шкали для використання в дітей. Найбільш часто в дітей для діагностики ВДР використовують юнацьку шкалу депресії Рейнольдса (Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)), специфічну для підліткового віку 13–18 років, шкалу депресії Центру епідеміологічних досліджень (Center for Epidemiological Studies — Depression Scale (CES-DS)), що використовувалась у соціологічних дослідженнях дорослих, а надалі почала використовуватися в підлітків, Колумбійську шкалу депресії (Columbia DISC Depression Scale) для підлітків з 11 років. На стадії дослідження знаходиться юнацька шкала депресії Кетчера (Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)), що демонструє добру надійність, багатообіцяючу чутливість і специфічність (AUC 0.89) [23, 28].

Однак однією з найпоширеніших методик діагностики депресії в підлітків і дітей є шкала депресії CDI (Children Depression's Inventory (M. Kovacs)). Методика CDI, розроблена M. Kovacs в 1977 році й опублікована в 1992 році, являє собою бланкову форму самоопитування для дітей і підлітків, направлену на самооцінку присутності й ступеня ви-

раженості депресивних симптомів. Повний варіант опитувальника складається з 27 пунктів і може використовуватися в дітей віком 6–17 років. Шкала дозволяє оцінити афективні й когнітивні симптоми депресії, соматичні скарги, соціальні проблеми й проблеми поведінки. Шкала CDI також була апробована й рекомендована до використання як валідний інструмент вивчення вираженості депресії в російськомовних дітей та підлітків [1].

Керівні принципи лікування підліткової депресії й невідкладної допомоги США (GLAD-PC) рекомендують лікарям оцінювати депресивну симптоматику на підставі критеріїв DSM-IV або МКХ 10-го перегляду (рівень В, надійність рекомендацій: дуже сильна), і вони повинні використовувати стандартизовані методи для дослідження депресії (рівень А, надійність рекомендацій: дуже сильна). Методи дослідження депресії повинні включати пряму співбесіду з хворим і його сім'єю (рівень В, надійність рекомендацій: дуже сильна), дослідження патології з боку інших систем організму (рівень В, надійність рекомендацій: дуже сильна) та інші розлади з боку психіки (рівень В, надійність рекомендацій: дуже сильна) [23].

Лікування

Британським національним інститутом здоров'я й клінічної кваліфікації (NICE) були розроблені рекомендації з позиції доказової медицини щодо ведення дітей та підлітків, хворих на ДР і ВДР, що використовуються в більшості європейських країн і подані нижче, вони доповнені рекомендаціями GLAD-PC (Керівними принципами лікування підліткової депресії й невідкладної допомоги США) [23, 24, 28].

Більшість дітей і підлітків із депресією повинні лікуватися амбулаторно (рівень С) [28].

Супутні захворювання, соціальні та освітні проблеми мають бути оцінені з подальшим вирішенням та лікуванням паралельно з лікуванням депресії (рівень В) [28].

Дистимія. Лікування антидепресантами не повинно використовуватися в дітей та підлітків як початкова терапія дистимії та депресії легкого ступеня (рівень В) [28]. Початковим вибором лікування дистимії та депресії легкого ступеня при збереженні симптомів і за відсутності коморбідної патології та суїцидальної поведінки після 4 тижнів спостереження повинна бути когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) протягом 2–3 місяців (рівень В) [24, 28]. Остання є ефективною в 60–70 % хворих. Сімейна психотерапія може бути такою ж ефективною, як і антидепресанти, для лікування дистимії чи помірною депресивного розладу [16].

Елементи КПТ включають збільшення радісних подій (поведінкова активація), зменшення негативних думок (пізнавальне реструктурування), формування навиків впевненості й вирішення проблем для зменшення відчуття безнадійності. КПТ для підлітків може включати процедури з батьками [24].

Міжособистісні проблеми можуть викликати й підсилювати депресивну симптоматику. Міжособистісна психотерапія направлена на ідентифікацію проблеми, вироблення навиків для вирішення таких проблем, зміни структури комунікації [24].

Лікування помірної або тяжкої депресії. Першим етапом лікування дітей та підлітків із помірною або тяжкою депресією має бути психотерапія (КПТ, міжособистісна психотерапія, сімейна психотерапія) протягом щонайменше 3 місяців (рівень В) [28].

Якщо дитина або підліток з депресією не відповідає на психотерапію внаслідок додаткових факторів, таких як коморбідна патологія, збереження психосоціальних факторів ризику (сімейні конфлікти), можлива додаткова психотерапія для батьків чи інших членів сім'ї або альтернативна психотерапія для пацієнта (рівень С) [28].

Якщо депресивна симптоматика в підлітків (12–18 років) стійка до психотерапії після 4–6 сеансів, необхідно додати антидепресант із групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) флуоксетин (рівень В) [28].

Відповідну тактику використання психотерапії рекомендує також American Academy of Child and Adolescent Psychiatry та GLAD-PC [10, 24].

Якщо депресивна симптоматика в дітей (5–11 років) стійка до психотерапії після 4–6 сеансів, додавання флуоксетину має бути розглянуто, хоча його ефективність у даній віковій групі не встановлена (рівень С) [28].

Якщо антидепресант приписується дитині або підлітку з помірною або тяжкою депресією, то це має бути СІЗЗС флуоксетин, оскільки це єдиний антидепресант, для якого клінічні дослідження показали, що його переваги перевищують ризики (рівень А). Стартова доза флуоксетину не повинна перевищувати 10 мг і через тиждень може бути збільшена до 20 мг. Є невеликі ознаки того, що більші дози можуть бути більш ефективними, але їх використання слід розглядати в дітей старшого віку [24, 28, 29].

У двох плацебо-контрольованих дослідженнях ефективність флуоксетину була значно вищою порівняно з плацебо (56 проти 33 % і 41 проти 20 %). Помірні побічні ефекти при використанні флуоксетину виникають у 10 % дітей у вигляді порушення сну, рідше головного болю й болю в животі, ще рідше може виникнути гіпоманіакальний стан [16].

У 2004 році Управлінням з контролю якості продуктів і ліків США (FDA), а у 2005 році Європейським агентством з оцінки лікарських препаратів (ЕМЕА) флуоксетин був схвалений для лікування депресії в дітей [20, 29].

Комбінація флуоксетину й КПТ є більш ефективною, ніж використання їх поодиночі, що було доведено в контрольованих дослідженнях [16].

Якщо дитина або підліток піддається лікуванню флуоксетином, лікування повинно бути продовжене щонайменше на 6 місяців після ремісії (визначена як відсутність симптомів щонайменше упродовж

8 тижнів), тобто ще 6 місяців після 8-тижневого періоду ремісії (рівень С) [28].

Лікування депресії в дітей та підлітків СІЗЗС може бути пов'язане з невеликим збільшенням ризику суїцидальної поведінки, тому лікування ними потребує постійного спостереження (щотижнево), особливо протягом першого місяця лікування (рівень В) [28].

Флуоксетин — єдиний з антидепресантів, схвалений FDA для лікування ВДР у дітей [24]. У 2004 році FDA, а у 2005 році ЕМЕА зобов'язали виробників СІЗЗС вказати на можливість ризику суїциду при використанні цих засобів і необхідність клінічного контролю за хворими, які приймають ці засоби [16, 19, 28, 31].

Передумовами до цього стали декілька досліджень. Так, в одному з досліджень ефективність лікування депресії в підлітків флуоксетином у комбінації з КПТ становила 71 % проти 35 % з плацебо. Лікування антидепресантом призводило до 1–2% зростання ризику суїциду порівняно з плацебо, однак результат не був статистично значимим [32].

Метааналіз 24 плацебо-контрольованих досліджень використання антидепресантів серед 4400 дітей та підлітків виявив двократне (4 проти 2 %) збільшення ризику суїцидальної поведінки при використанні СІЗЗС порівняно з плацебо, завершених суїцидів не спостерігалось. Однак ефективність використання антидепресантів була більшою, ніж ризик виникнення суїцидальної поведінки [11].

Якщо лікування флуоксетином неефективне або не переноситься через побічну дію, необхідно використати інший антидепресант. Як препарати другої лінії рекомендуються інші СІЗЗС — сертралін або циталопрам (рівень В). При ефективності сертраліну або циталопраму лікування повинно бути продовжене щонайменше на 6 місяців також після 8-тижневого періоду ремісії (рівень С) [28]. Лікування може бути продовжене до 12 місяців, а деяким підліткам — 2 роки і більше для запобігання рецидиву [24, 29].

Сертралін схвалений FDA до використання в дітей з 6 років для лікування obsесивно-компульсивного розладу. Порівняно з флуоксетином і флуоксаміном він має значно нижчий ризик взаємодії з іншими ліками [16]. Крім того, у високих дозах він також блокує зворотний захват дофаміну [2]. Ефективність сертраліну при депресії у дітей ще не зовсім вивчена. Об'єднані дані двох досліджень порівняння сертраліну 50–200 мг з плацебо протягом 10 тижнів при депресії в дітей показали ефективність сертраліну в 69 % дітей проти 59 % з плацебо. Те ж саме стосується циталопраму, хоча одне дослідження показало його значну перевагу над плацебо [16].

СІЗЗС пароксетин і селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) венлафаксин не повинні використовуватися для лікування депресії в дітей та підлітків (рівень А).

Таблиця 1. Препарати для лікування депресії

Клас антидепресантів	Діюча речовина	Доза (на добу)	Вік ^а (років)
ТЦА	Іміпрамін	1–2,5 мг/кг	≥ 18
	Нортриптилін	1–2,0 мг/кг	≥ 18
	Амітриптилін	1–2,5 мг/кг	≥ 18
	Доксепін	1–2,5 мг/кг	≥ 12
ІМАО	Ізокарбоксазид	5–40 мг	≥ 16
	Фенелзин	7,5–45 мг	≥ 16
	Селегелін	6, 9 або 12 мг ^б	≥ 18
СІЗЗС	Флуоксетин	5–60 мг (0,25–1 мг/кг)	≥ 8
	Флувоксамін	25–200 мг	≥ 8
	Пароксетин	5–40 мг (0,25–1 мг/кг)	≥ 18
	Сертралін	12,5–200 мг (1,5–3 мг/кг)	≥ 6
	Циталопрам	5–40 мг	≥ 12
	Есциталопрам	5–20 мг	≥ 12
СІЗЗСН	Венлафаксин	37,5–225 мг (1–3 мг/кг)	≥ 18
	Дулоксетин	20–40 мг	≥ 18
Інші	Тразодон	25–300 мг (2–5 мг/кг)	≥ 6
	Нефазодон	25–300 мг	≥ 18
	Бупропіон	75–300 мг (3–6 мг/кг)	≥ 18
	Міртазапін	7,5–45 мг	≥ 18

Примітка: ^а – вік, схвалений FDA для використання антидепресантів; ^б – ефективний протягом 24 годин.

Відміна антидепресанта після лікування повинна бути проведена поступово протягом 6–12 тижнів (рівень С) [28].

Лікування психотичної депресії в дітей та підлітків повинно проводитися додаванням до антидепресанту атипичного нейролептика, хоча оптимальна доза та тривалість лікування ним невідомі (рівень С) [28].

З атипичних нейролептиків при депресивному епізоді перевагу слід віддавати оланзапіну (рівень В), кветіапіну (рівень В), рисперидону (рівень С) [36].

Стационарного лікування потребують діти та підлітки, які мають високий ризик самогубства та аутоагресивних дій, і/або коли є необхідність інтенсивного лікування або спостереження за хворою дитиною (рівень С) [28].

На підставі сучасних рекомендацій щодо лікування депресії був запропонований поетапний алгоритм медикаментозного лікування депресії в дітей (рис. 1) [10].

За рекомендаціями GLAD-PC, якщо покращення стану дитини в процесі лікування не відбувається

протягом 6–8 тижнів, діагноз і методи лікування слід переглянути (рівень В, надійність рекомендацій: дуже сильна) [24].

Прогноз

Близько 10 % дітей і підлітків із депресією виліковуються спонтанно протягом 3 місяців. Протягом першого року виліковуються інші 40 % дітей, в останніх 50 % продовжують виявлятися депресивні симптоми. Через 2 роки депресивна симптоматика залишається у 20–30 % дітей. Приблизно в 30 % випадків виникають рецидиви протягом наступних 5 років, і в багатьох із них депресія виникає в дорослому житті [28].

Список літератури

1. *Адаптация русскоязычной версии опросника депрессивности детей (CDI) / Е.З. Сабирова, Ф.И. Барский, А.П. Белова, С.Б. Мальных // Вестник КРСУ. — 2011. — Т. 11, № 8. — С. 7-17.*
2. *Быков Ю.В. Депрессии и резистентность / Быков Ю.В., Беккер Р.А., Резников М.К. — М.: РИОР; ИНФРА-М, 2013. — 374 с.*
3. *Головина А.Г. Фармакологические подходы к ведению подростков с фобическими расстройствами / А.Г. Головина // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2012. — № 3. — С. 13-17.*
4. *Кравченко Н.Е. Психические расстройства у девушек, экстренно госпитализированных по поводу суицидального поведения / Н.Е. Кравченко, С.А. Зикеев // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2012. — № 3. — С. 5-8.*
5. *Кравченко Н.Е. Депрессивные расстройства настроения у наблюдающихся в ПНД девушек-подростков / Н.Е. Кравченко // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2012. — № 1. — С. 21-24.*
6. *Олейчик И.В. Особенности суицидального поведения при различных типах юношеских эндогенных депрессий / И.В. Олейчик, Г.И. Копейко, П.А. Баранов // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2013. — № 1. — С. 5-11.*
7. *Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.*
8. *Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В.Н. Штока, О.С. Левина. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 520 с.*

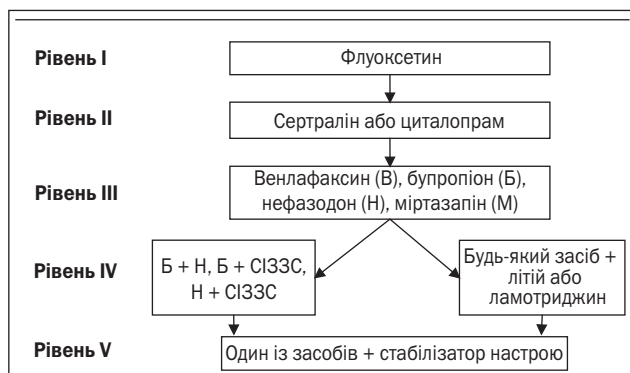


Рисунок 1. Алгоритм медикаментозного лікування ВДР у дітей [7]

9. Burroughs S. Depression and anxiety: Role of mitochondria / S. Burroughs, D. French // *Current Anaesthesia & Critical Care*. — 2007. — Vol. 18. — P. 34-41.
10. Calles J.L. Depression in Children and Adolescents / J.L. Calles // *Prim. Care Clin. Office Pract.* — 2007. — Vol. 34. — P. 243-258.
11. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials / J.A. Bridge, S. Iyengar, C.B. Salary [et al.] // *JAMA*. — 2007. — Vol. 297(15). — P. 1683-1696.
12. Cox G.R., Callahan P., Churchill R. [et al.]. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2012. — Issue 11: CD008324.
13. Cowen P.J. Serotonin and depression: pathophysiological mechanism or marketing myth? / P.J. Cowen // *Trends in Pharmacological Sciences*. — 2008. — Vol. 29, № 9. — P. 433-436.
14. Depression pathogenesis and treatment: what can we learn from blood mRNA expression? / N. Hepgul, A. Cattaneo, P.A. Zunszain, C.M. Pariante // *BMC Medicine*. — 2013. — Vol. 11, № 28. — P. 13.
15. Depression research: where are we now? / S. Lee, J. Jeong, Y. Kwak, S. Ki Park // *Molecular Brain*. — 2010. — Vol. 3, № 8. — P. 10.
16. Dopheide J.A. Recognizing and treating depression in children and adolescents / J.A. Dopheide // *Am. J. Health-Syst. Pharm.* — 2006. — Vol. 63. — P. 233-243.
17. Dunlop B.W. The Role of Dopamine in the Pathophysiology of Depression / B.W. Dunlop, C.B. Nemeroff // *Arch. Gen. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 64. — P. 327-337.
18. Egger H.L. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology / H.L. Egger, A.J. Angold // *Child. Psychol. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 47. — P. 313-337.
19. European Medicines Agency. European Medicines Agency finalises review of antidepressants in children and adolescents. — London: EMEA European Medicines Agency Press office, 2005 [citado 19 jun 2008]. <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/12891805en.pdf>
20. European Medicines Agency. European Medicines Agency adopts a positive opinion for the use of Prozac in the treatment of children and adolescents suffering from depression. — London: EMEA European Medicines Agency Press office, 2006 [citado 18 jun 2008]. <http://www.emea.europa.eu/pdfs/human/press/pr/20255406en.pdf>
21. Garber J. Depression in Children and Adolescents Linking Risk Research and Prevention / J. Garber // *Am. J. Prev. Med.* — 2006. — Vol. 31. — P. 104-125.
22. Ge X. Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families // X. Ge, M.N. Natsuaki, R.D. Conger // *Dev. Psychopathol.* — 2006. — Vol. 18. — P. 253-273.
23. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, Assessment, and Initial Management / R.A. Zuckerbrot, A.H. Cheung, P.S. Jensen [et al.] // *Pediatrics*. — 2007. — Vol. 120(5). — P. 1299-1312.
24. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and Ongoing Management / A.H. Cheung, R.A. Zuckerbrot, P.S. Jensen [et al.] // *Pediatrics*. — 2007. — Vol. 120(5). — P. 1313-1326.
25. Hasler G. Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? / G. Hasler // *World Psychiatry*. — 2010. — Vol. 9. — P. 155-161.
26. Krishnan V. The molecular neurobiology of depression / V. Krishnan, E. J. Nestler // *Nature*. — 2008. — Vol. 455. — P. 894-902.
27. Meghan N. 1 in 12 teens have attempted suicide: report // *New York Daily News*. — 2012. — June 9. <http://www.nydailynews.com>. DOI 1.1092622
28. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Clinical guideline 28. — London, UK: NICE, the British Psychological Society, Royal College of Psychiatrists, 2005. — P. 233.
29. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders / B. Birmaher, D.A. Brent and AACAP Work Group on Quality Issues // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 46. — P. 1503-1526.
30. Raison C.L. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression C.L. Raison, L. Capuron, A.H. Miller // *TRENDS in Immunology*. — 2006. — Vol. 27, № 1. — P. 24-31.
31. Screening for Child and Adolescent Depression in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force / S.B. Williams, E.A. O'Connor, M. Eder, E.P. Whitlock // *Pediatrics*. — 2009. — Vol. 123. — P. 716-735.
32. Screening and Treatment for Major Depressive Disorder in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement // *Pediatrics*. — 2009. — Vol. 123. — P. 1223-1228.
33. Su K-P. Inflammation in psychopathology of depression: Clinical, biological, and therapeutic implications / K-P. Su // *Biomedicine*. — 2012. — Vol. 2. — P. 68-74.
34. Substance use and depression. Comparative course in adolescents / L. Chinet, B. Plancherel, M. Bolognini [et al.] // *Eur. Child. Adolesc. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 15. — P. 149-155.
35. The cyclooxygenase-2 inhibitor celecoxib has therapeutic effects in major depression: results of a double-blind, randomized, placebo controlled, add-on pilot study to reboxetine / N. Muller, M.J. Schwarz, S. Dehning [et al.] // *Mol. Psychiatry*. — 2006. — Vol. 11. — P. 680-684.
36. Treatment Guidelines for Children and Adolescents With Bipolar Disorder: Child Psychiatric Workgroup on Bipolar Disorder / R.A. Kowatch, M. Fristad, B. Birmaher [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2005. — Vol. 44(3). — P. 213-235.

Отримано 13.05.14 ■

Рымша С.В., Пыпа Л.В., Свистильник Р.В., Лисица Ю.Н.
Винницкий национальный медицинский университет
им. Н.И. Пирогова

Rymsha S.V., Pyra L.V., Svistilnik R.V., Lisitsa Yu.N.
Vinnitsa National Medical University
named after M.I. Pyrogov, Ukraine

ДЕПРЕССИЯ И СВЯЗАННОЕ С НЕЙ СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ И СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
Часть 2

DEPRESSION AND ASSOCIATED SUICIDAL BEHAVIOUR IN CHILDREN AND ADOLESCENTS: CURRENT VIEWS AND THE PROBLEM STATE
Part 2

Резюме. Проведен аналитический обзор мировой литературы, в которой освещены эпидемиология, этиология, современные взгляды на патогенез, клинику, диагностические критерии депрессивного расстройства у детей и подростков, а также связанное с ним суицидальное поведение и социальное значение этого заболевания и его последствий. Рассмотрены ключевые рекомендации по лечению и профилактике депрессии у детей и подростков согласно последним европейским и американским рекомендациям, основанным на позиции доказательной медицины.

Summary. There has been performed the analytical analysis of the world literature dedicated to the epidemiology, etiology, current approaches to the pathogenesis, clinical picture and diagnosis criteria for the depressive disorders in children and adolescents as well as the associated suicidal behavior and the social significance of this disease with its consequences. Key recommendations on the treatment and prophylaxis of depression in children and adolescents according to the last evidence-base European and American guidelines are considered.

Ключевые слова: депрессия, суицид, дети, лечение.

Key words: depression, suicide, children, treatment.