КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

Ю.А. Войтенко

ШКОЛА ЕВРОПЕЙСЬКОГО КОЛЕДЖУ НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЇ «НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ТА ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ»

(6–12 квітня, Сан Серволо, Венеціанська лагуна (Італія)

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: нейропсихофармакологія, дитяча та підліткова психіатрія.

У статті висвітлено основні принципи лікування психічних розладів дитячого та підліткового віку згідно з європейськими рекомендаціями. Захід проходив під патронатом президента коледжу нейропсихофармакології, професора в галузі психіатрії Челсі Аранго та члена робочої групи з DSM–5 за напрямом «Дитяча психіатрія» Еріка Тейлора. Розглядалися ключові проблеми дитячої психіатрії, такі як аутизм, біполярні розлади, тривожні та поведінкові розлади.

6–12 квітня 2014 року Европейський коледж нейропсихофармакології (ECNP) проводив школу для молодих психіатрів з дитячої та підліткової нейропсихофармакології (The ECNP School of Child and Adolescent Neuropsychopharmacology).

Європейський коледж нейропсихофармакології є загальноєвропейською науковою асоціацією, заснованою в 1987 році для заохочення інноваційних досліджень в галузі нейронаук, впровадження нових знань про механізми психічних захворювань, лікарські засоби, рекомендовані для застосування в клінічній практиці. Організація є провідною в Європі в галузі науки і лікування захворювань головного мозку та сприяє розвитку експериментальних і клінічних досліджень в галузі нейронаук. Щорічно ECNP проводить конгреси, семінари та майстер-класи, надаючи особливу увагу та допомогу молодим науковцям.

Цього разу для школи було обране особливе місце – італійський острів Сан Серволо у Венеціанській лагуні, на південному сході Сан-Джорджо Маджоре. Бенедиктинські ченці жили на цьому острові принаймні з восьмого століття, протягом майже п'ятисот років. На початку 15-го століття під час війни з Туреччиною Сенат Венеціанської республіки відкрив на Сан Серволо військовий госпіталь. Пізніше лікарню використовували для догляду за психічно хворими. У 1978 році урядом Італії була проведена реформа психіатричної допомоги, її деінституалізація, що призвело до закриття лікарні. Наступного року уряд Венеції на острові відкрив Інститут з вивчення соціальної та культурної маргіналізації, в якому зберігають і досліджують документи, пов'язані з історією психіатричної лікарні та психіатричної допомоги в Венеції. З 1995 року на Сан Серволо працює Венеціанський міжнародний університет.

Навчання відбувалося в форматі лекцій та майстер-класів, обговорювали клінічні випадки, особливу увагу приділяли лікуванню.

Захід відбувався під патронатом обраного президента, професора в галузі психіатрії Челсо Аранго (Університетський госпіталь Мадриду, Іспанія) та члена робочої групи DSM–5 за напрямом «Дитяча психіатрія» Еріка Тейлора (Інститут психіатрії Королівського коледжу Лондона, Велика Британія). Програма освітнього заходу була різноманітною. Розглядали ключові проблеми дитячої психіатрії: аутизм, РДВГ, біполярний розлад, тривожні та поведінкові розлади.

Алессандро Зудас, Італія, свою лекцію присвятив РДВГ. Розлад характеризується певною моделлю поведінки, проявляється в декількох сферах активності (наприклад у школі і вдома), впливає на виконавчий (функціональний) рівень в соціальній, навчальній і трудовій сферах. Симптоми розладу традиційно поділяють на дві категорії – неуважність та гіперактивність з імпульсивністю, вони включають таку поведінку, як «не звертання уваги на деталі», «труднощі з організацією діяльності», «балакучість», «безцільне перебирання предметів у руках», «вертіння на стільці», неможливість всидіти на одному місці коли цього вимагає ситуація.

Особливий інтерес викликав історичний аналіз перегляду діагностичних критеріїв розладу. Так, в DSM–5 критерії діагностики розладу були переглянуті в черговий раз: для діагностики РДВГ у дітей (молодших 17 років) відтепер обов'язковим вважається наявність 6 симптомів (з 8), з кожного (чи обох) запропонованих переліків для критерію «неуважність», і для критерію «гіперактивність та імпульсивність». Для діагностики розладу у осіб старших 17 років обов'язковою є наявність 5 критеріїв. Перші симптоми мають бути діагностовані в віці до 12 років (в DSM–IV до 7 років).

Аутизм більше не вважається критерієм виключення для діагностики РДВГ, оскільки симптоми обох розладів часто співіснують. Проте РДВГ не слід діагностувати у випадках встановленого діагнозу шизофренії або іншого психотичного розладу, які залишаються критеріями виключення. Симптоми РДВГ можуть також бути пояснені в рамках клінічної картини іншого захворювання. В DSM–V

Особливістю БР є те, що у дітей та підлітків він зустрічається частіше, ніж у дорослих, частіше спостерігаються дратівливість, гіперактивність, депресивні симптоми та спроби самогубства. Для БПР в підлітковому віці більш притаманний хронічний перебіг, триваліші епізоди, тривалий безсимптомний період, швидка зміна фаз та змішані епізоди. Депресивні симптоми у дітей та підлітків зустрічаються частіше, ніж маніакальні. Спостерігається високий рівень коморбідності з такими психічними розладами, як РДВГ, обсесивно-компульсивні (ОКР), тривожні розлади та вживання психоактивних речовин.

акцентується увага на клінічних проявах РДВГ, а не його підтипах, та на можливості досягнення стану ремісії.

В світі зростає частота первинної діагностики РДВГ у підлітків та дорослих. Два десятиліття досліджень доводять, що значне число дітей, у яких було діагностовано РДВГ, продовжують залишатися такими і в дорослому віці, що вказує на те, що РДВГ не минає з віком.

Тревор Роббінс, голова відділу психології Кембриджу, зупинився на лікуванні РДВГ з позицій доказової медицини. Він звернув увагу слухачів на той факт, що науково обґрунтованими методами лікування цього розладу є лише метилфенідат, D-амфетамін та атомоксетин. На жаль, жоден з цих препаратів недоступний в Україні. Враховуючи значну поширеність і зв'язок РДВГ з академічними проблемами, антисоціальною поведінкою, травматизмом можна припустити, що тягар соціальних наслідків РДВГ в Україні вищий, ніж у країнах Європейського Союзу.

Про біполярний розлад (БР) і його лікування у дітей та підлітків йшлося у лекції Кармен Морено (Мадрид, Іспанія).

Існує тенденція до зростання частоти встановлення діагнозу БР у дітей та підлітків (особливо у США). Водночас зберігається високий рівень невчасної діагностики розладу.

Епідеміологічні дані доводять, що у 20 % пацієнтів з БР перший епізод спостерігався до 19 років, середній вік маніфестації становив 17 років. Ранній дебют завжди пов'язаний з більш складним перебігом, високим рівнем коморбідної захворюваності, смертності. Кожний рік життя пацієнта без лікування знижує ймовірність одужання на 10%, тому дуже важливою є діагностика БР в підлітковому віці.

Зважаючи на це, лікувальні заходи повинні включати психофармакотерапію та психотерапію, вони мають застосовуватися комплексно, з урахуванням супутньої симптоматики, з ранніми втручаннями та психоосвітніми інтервеціями.

Методом психотерапії у підлітків із біполярними розладами, який спирається на принципи наукової доказовості, є когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ).

При вираженому маніакальному епізоді рекомендоване застосування атипових нейролептиків, при менш вираженому – стабілізаторів настрою.

Із стабілізаторів настрою рекомендовані, на підставі принципів доказовості, солі літію, солі вальпроєвої кислоти та окскарбамазепін. Слід уникати застосування вальпроатів у дівчаток через ризик розвитку синдрому полікістозних яєчників та невиношування вагітності.

Для лікування епізоду манії з усього ряду антипсихотиків рекомендовані арипипразол, кветіапін, оланзапін, рисперидон, зипразидон. Кветіапін визнано ефективним при лікуванні як маніакального, так і депресивного епізодів. Арипипразол може бути рекомендований при наявності коморбідного РДВГ, при терапевтичній резистентності до солей вальпроєвої кислоти.

Депресивним розладам була присвячена лекція Дейве Когхілла (Шотландія). Для діагностики депресій у дітей використовують діагностичні критерії депресій у дорослих. Особливістю депресій в дитячому віці є більша частота симптомів тривоги, фобій, скарг соматичного характеру, слухових галюцинацій, проявів дратівливості, спалахів гніву, поведінкових розладів та вищий ризик суїцидальної поведінки.

Для підліткового віку більш притаманні розлади сну, апетиту, маячні ідеї, суїцидальні думки, наміри та дії, порушення соціального функціонування та меншою мірою, ніж у дорослих, нейровегетативні симптоми.

Лікування депресій у дітей та підлітків слід розпочинати з психосоціальних інтервенцій протягом 2–4 тижнів у випадках депресій легкого та середнього ступенів тяжкості. У разі їх неефективності рекомендується застосовувати КПТ. Наступним кроком терапії може бути застосування антидепресантів групи SSRI, насамперед флуоксетину. Терапія флуоксетином може проводитися паралельно з КПТ.

При тяжкому епізоді депресії рекомендоване аналогічне лікування з додатковим медичним наглядом та застосуванням вищих доз флуоксетину. У випадку терапевтичної резистентності пропонується замінити антидепресант на інший SSRI чи венлафаксин. Тимоаналептична терапія добре поєднується з КПТ. Відповідь на терапію слід оцінювати через 6, 12, 48 та 72 тижні лікування.

При лікуванні тривоги також рекомендоване застосування антидепресантів групи SSRI, наступним етапом лікування є призначення антидепресанта цієї ж групи у комбінації з психотерапевтичними втручаннями. І лише у разі їх неефективності рекомендоване призначення анксіолітиків. При призначенні анксіолітиків мають враховуватися ризики застосування цих препаратів у дітей. Швидка анксіолітична дія притаманна для бензодіазепінів, бета-блокаторів, барбітуратів; повільна – для буспірону, трициклічних антидепресантів, селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну і нейролептиків. Анксіолітичний ефект середньої тривалості забезпечують прегабалін та блокатори Н1 гістамінових рецепторів.

Лікуванню обсесивно-компульсивного розладу (ОКР) була присвячена лекція Пер Хов Томсен з центру дитячої та підліткової психіатрії університетської лікарні Ріскoв, Данія.

ОКР характеризується повторюваними та неприємними нав'язливими думками та діями, які сприймаються хворим, як власні думки, виникають мимоволі та є нестерпними, повторюються, не піддаються контролю і призводять до порушення соціального функціонування. Найчастіше нав'язливими ідеями є страх забруднитися, страх, що станеться щось страшне, страх хвороби, смерті, потяг до дотримання порядку, симетрії, певної схеми, нав'язливі ідеї релігійного змісту, страх заподіяти собі або навколишнім шкоду.

Першою лінією вибору лікування ОКР (легкого та середнього ступенів тяжкості) у дітей та підлітків є КПТ, у разі неефективності та при тяжкому ступені – КПТ у поєднанні з SSRI.

Габріеле Масі з науково-дослідного інституту дитячої та підліткової неврології та психіатрії, Піза, Італія, виклав діагностичні критерії та терапевтичні стратегії при синдромі Жиля де ля Туретта. Першою лінією вибору при лікуванні, на його думку, є рисперидон та арипипразол. Застосування цих препаратів має доказову ефективність. Також використовують пимозид та галоперидол. До другої лінії терапії слід віднесли деякі атипові антипсихотики (ефективність клозапіну та кветіапіну при даному розладі не доведена) та центральні симпатолітики (гуанфацин, клонідин). Іншими препаратами, які застосовують для лікування, є тетрабеназин, леветірацетам, баклофен, топіромат, нікотин, налоксон та дельта-9 тетрагідроканабінол.

Емілі Сімоноф, професор з дитячої та підліткової психіатрії Королевського коледжу Лондона, Велика Британія, прочитала лекцію, присвячену психофармакологічним інтервенціям у дітей з аутизмом. Базовою терапевтичною стратегією, на думку автора, є мультидисциплінарний підхід, що об'єднує медичні, освітні (спеціальне коригуюче навчання), соціальну підтримку, поведінкову терапію, інші психотерапевтичні втручання, корекцію мовних порушень. Згідно з рекомендаціями NICE, специфічні інтервенції спрямовуються на основну симптоматику, навички, копінг-механізми поведінки в соціальному середовищі, коморбідну симптоматику.

Рекомендовано утримуватися від призначення фармакотерапії, надаючи перевагу навчанню соціальним навичкам, включаючи ігрові методи з дітьми та їх батьками, покращення рівня розвитку дитини, розвитку комунікативних навичок, організації дозвілля. Слід уникати використання аудіальних навчальних програм, не рекомендується застосовувати секретин, хелірування, гіпербаричну оксигенацію, омега-3 жирні кислоти, мелатонін для корекції порушень сну.

Принципи лікування антипсихотичними препаратами сформулював Челсо Аранго, опираючись на стандарти, затверджені Європейським агентством лікарських засобів.

У педіатричній практиці призначення антипсихотика рекомендується здійснювати з урахуванням вікових обмежень. При шизофренії та інших психозах дозволяється застосування хлорпромазину у будь якому віці, галоперидолу з 2-х років, амісульпіриду – з 15 років, клозапіну – з 16 років, рисперидону та аріпіпразолу – з 6 років. Перевагу надають препаратам, які викликають менше побічних ефектів. У разі неефективності препарату в повній дозі протягом 4–6 тижнів антипсихотик змінюють. При застосуванні курсів монотерапії 2 різних антипсихотиків та відсутності редукції позитивних симптомів рекомендоване застосування клозапіну.

Лектор звернув увагу на декілька фактів, пов'язаних із застосуванням найуживаніших антипсихотиків. Галоперидол призначається для лікування гострих станів, шизофренії та гострих психозів у віці старше 2 років;

щоденно необхідно оцінювати наявність чи відсутність екстрапірамідних ускладнень. Початкова доза галоперидолу має становити 1–2 мг на добу з поступовим збільшенням на 2 мг кожні два дні (0,5 мг у дітей молодшого віку). Максимальна доза галоперидолу, рекомендована для дитячої практики, становить 6–8 мг / добу (оптимальна доза – 2–6 мг / добу).

Рисперидон схвалено FDA для лікування шизофренії у віці старше 13 років, маніакального або змішаного епізоду – старше 10 років, поведінкових розладів при аутизмі – з 10-річного віку. При лікуванні психозів та БПР рекомендоване дозування 2–6 мг на день протягом 3–6 тижнів; зменшення дози у випадку виникнення побічних ефектів.

Оланзапін схвалено FDA для лікування шизофренії і маніакальних або змішаних епізодів в віці старше 13 років. Рекомендований в якості препарату «другої лінії», оскільки має більше, ніж інші нейролептики, побічних ефектів. Ефективним вважають застосування препарату в дозі 5–10 мг / добу. Куріння підвищує кліренс препарату на 40%. У осіб жіночої статі в постпубертатному віці виведення препарату знижується на 30%.

Оланзапін підвищує індекс маси тіла на 7%, порівняно з іншими атиповими нейролептиками, призводить до підвищення рівня тригліцеридів, що корелює з інсулінорезистентністю.

Зипразидон схвалено FDA для лікування манії у дітей старше 10 років. Період напіввиведення цього препарату становить 10 годин. Слід уникати призначення зипразидону при порушеннях електролітного обміну, аритміях, порушеннях серцевої провідності. Зипразидон потрібно вживати під час їди, інакше всмоктування зменшується на 40 %.

Аріпіпразол затверджено FDA для лікування шизофренії у дітей старше 13 років, маніакального або змішаного епізоду (монотерапія) та в поєднанні зі стабілізаторами настрою у дітей старше 10 років.

Період напіввиведення становить 75 годин. Аріпіпразол є субстратом для цитохрому Р-450, внаслідок чого комбіноване застосування з пароксетином та флуоксетином веде до зростання рівня препарату на 50%, в той же час поєднання з карбамазепіном знижує концентрацію препарату в сироватці крові. Лікувальна доза складає 10–30 мг, початкова – 5 мг.

Кветіапін при шизофренії рекомендований FDA для застосування у дітей старше 13 років, при маніакальному епізоді – 10 років.

Період напіврозпаду препарату складає 6–12 годин. Початкова доза дорівнює 100–200 мг /добу. При біполярній депресії середня доза становить 300 мг/добу, гострій шизофренії – 400–800 мг, біполярній манії – 300–600 мг.

Амісульпірид використовується при шизофренії і гострих психозах у віці старше 15 років. У педіатричній практиці дослідження оцінки ефективної дози препарату не проводилося.

Паліперидон затверджений FDA для лікування шизофренії у віці старше 13 років. Період напіввиведення препарату становить 23 години. Доза – 6–12 мг / добу.

Клозапін рекомендований FDA для застосування при шизофренії у дітей старше 16 років. У дорослих, доведено, що препарат знижує ризик суїцидів, а також ефективний у випадках медикаментозної резистентності.

Не існує значних відмінностей у ефективності лікування антипсихотичними препаратами у дітей та дорослих (за винятком клозапіну), проте є суттєва різниця щодо розвитку побічних ефектів. Діти та підлітки мають вищий ризик виникнення побічної дії внаслідок вживання антипсихотичних препаратів, порівняно з дорослими. Тому, щоб уникнути метаболічних та інших проблем зі здоров'ям, лікарі, разом з пацієнтами та їх сім'ями, мають проводити ретельну оцінку ризику і користі при виборі лікування антипсихотичними препаратами.

Пітер Дж. Хоекстра, Гронінген, Нідерланди, присвятив свій виступ обговоренню ефективності нейролептиків при лікуванні непсихотичних розладів, таких як поведінкові, тикозні розлади та розлади спектра аутизму. Він наголошує, що доказів тривалого застосування все ж недостатньо, існують серйозні питання безпеки, фінансові проблеми, тому доцільною є відміна антипсихотичних препаратів при відсутності необхідності їх застосування.

Поряд з психофармакологічним лікуванням завжди слід застосовувати психосоціальні, психотерапевтичні та профілактичні заходи.

Очевидною є відмінність між стандартами надання психіатричної допомоги дітям в Європі та Україні. У світі викликають довіру та підтримку дані, підтверджені численними рандомізованими лонгітудінальними дослідженнями, проте в Україні чомусь досить широко використовують препарати, які фактично не мають доказової бази та призначення яких викликає здивування у психіатрів поза межами країни. Це стосується, наприклад, нейрометаболічних засобів, тоді як визнані світом препарати, наприклад психостимулятори, не дозволені для використання в нашій країні, що значно звужує можливості надання якісної допомоги. Проте хочеться вірити, що стандарти допомоги дітям в Україні з часом відповідатимуть міжнародному рівню.

ШКОЛА ЕВРОПЕЙСКОГО КОЛЛЕДЖА НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИИ «НЕЙРОПСИХОФАРМАКОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ»

Ю.А. Войтенко

В статье освещены основные принципы лечения психических расстройств детского и подросткового возраста в соответствии с европейскими рекомендациями. Мероприятие проходило под патронатом президента колледжа нейропсихофармакологии, профессора в области психиатрии Челсо Аранго и члена рабочей группы DSM–5 по направлению «Детская психиатрия» Эрика Тейлора. Рассматривались ключевые проблемы детской психиатрии, такие как аутизм, биполярное расстройство, тревожные и поведенческие расстройства.

Ключевые слова: нейропсихофармакология, детская и подростковая психиатрия.

THE EUROPEAN COLLEGE OF NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY «SCHOOL OF CHILD AND ADOLESCENT NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY»

Y. Voitenko

The article highlights the basic principles of treatment of mental disorders in childhood and adolescence, in accordance with European guidelines. The event was held under the patronage of the president of the College of Neuropsychopharmacology, professor of psychiatry and Celso Arango, a member of the working group DSM–5 toward child psychiatry Eric Taylor. The key problems of child psychiatry were discussed, such as autism, bipolar disorder, anxiety and behavioral disorders.

Key words: Neuropsychopharmacology, child and adolescent psychiatry.