

выраженной субнормативности средних показателей по большинству факторов у подростков с СФ и паттерном употребления ПАВ ОВИ (особенно, по факторам MD, A, C, E, F, H, I, M, Q1, O, L, Q2) по сравнению с другими пациентами с СФ (при $p < 0,01$); 3) наличие выраженных индивидуально-психологических особенностей (преимущественно эмоционально-волевых и коммуникативных) у подростков с СФ и паттерном употребления ПАВ ОВИ, которые существенно затрудняют или делают невозможным их нормативное социальное функционирование (максимально низкие по выборке значения показателей по факторам MD, A, C, E, F, H, I, M, Q1, максимально высокие значения показателей по факторам «O», «L» и «Q2»).

УДК 616.89-008.454-053.6:577.17

Проскурина Т. Ю.

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
НАМН Украины» (г. Харьков)*

КЛИНИЧЕСКАЯ И НЕЙРОГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Проблеме выявления взаимосвязи между клиническими и нейрохимическими механизмами развития депрессии, клинической феноменологии депрессии. Анализ отдельных нейромедиаторных систем в патогенезе депрессии у взрослых посвящены многочисленные работы. Значительный интерес представляет изучение клинической феноменологии и нейрогормональная характеристика депрессии у детей в возрастном аспекте, что определит выбор патогенетической терапии.

В работе с целью углубления изучения патогенетических механизмов формирования депрессии у детей в возрастном аспекте было изучено состояние обмена серотонина, роль гормонов и биогенных аминов, особенности экскреции гормона эпифиза — мелатонина.

Комплексное исследование проводилось в отделении детской психиатрии в период 2007—2011 гг. на базе клиники ГУ «ИОЗДП НАМН Украины». В исследование были включены 125 детей 7—11 лет с депрессией и 111 подростков 12—18 лет Группу контроля составили 30 детей и 100 практически здоровых подростков I—II групп здоровья.

Содержание серотонина в цельной крови определяли флуориметрическим методом В. И. Кулинского. В суточной моче определяли уровень основного метаболита серотонина — 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) колориметрическим методом, мелатонина — методом Друэкса (в модификации Г. В. Зубкова).

Клинические варианты депрессии у детей 7—11 лет включают: соматический (23,0 %), поведенческий (29,6 %), тревожный (15,2 %), астенический (12,0 %), апатический (8,8 %), астено-тревожный (7,2 %), фобический (7,2 %), тревожно-тоскливый (6,4 %) и псевдоневрологический (1,6 %) типы. Кластерный анализ синдромокомплексов депрессии у подростков в возрастном аспекте установил ряд особенностей. Так у подростков 12—14 лет формируется астенический (53,5 %) тревожный (34,9 %), астено-тревожный (11,6 %) синдромы, а у подростков 15—18 лет поведенческий (42,7 %), апатический (23,5 %), астенический (20,6 %) и ипохондрический (13,2 %) варианты. У детей 7—11 лет уровень серотонина варьировал как в сторону снижения, так и в сторону его повышения или же сохранялся в пределах возрастной нормы. Следовательно, формирование депрессии у детей обусловлено дисбалансом серотонинергической системы, что, по всей вероятности, обусловлено незрелостью мозговых структур. Что касается мелатонина, то независимо от варианта депрессии у детей его уровень сохраняет преимущественно низкий уровень. Уровень серотонина у больных подростков с депрессией был значительно выше, чем в контрольной группе. Содержание 5-ОИУК в моче больных с депрессией было в пределах возрастной нормы. В тот же время показатели соотношения уровня 5-ОИУК к серотонину, который является критерием оценки обмена серотонина в организме, у мальчиков с депрессией был ниже по сравнению с контролем, что свидетельствует о нарушении обмена этого индоламина. Уровень экскреции мелатонина у подростков с депрессией достоверно снижен (в сравнении с контролем) в среднем на 49 % и составил 33,35 нмоль/сутки. Средний уровень экскреции мелатонина в возрастной группе 15—17 лет составил 29,51 нмоль/сутки. Клиническая и нейрогормональная характеристика депрессии должна учитываться в формировании программ терапевтического вмешательства у больных детей с аффективной патологией.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

*Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Михановская Н. Г.,
Мителев Д. А., Матковская Т. Н.*

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
НАМН Украины» (г. Харьков)*

К ПРОБЛЕМЕ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В последние годы появилось много методов лечения депрессии и лекарственных средств, среди которых антиконвульсанты занимают одну из лидирующих позиций. В обзоре P. Wiffen et al., опубликованном в сборнике кокреновского сообщества в 2000 г. обобщены результаты многочисленных исследований, доказывающие эффективность при хронической боли шести антиконвульсантов. Механизм их анальгетического действия до конца не изучен.

Целью исследования явилось изучение частоты головной боли напряжения (ГБН) у детей младшего школьного возраста с депрессией и обоснование целесообразности использования в их терапии антиконвульсантов.

Обследованы дети в возрасте 7—11 лет с депрессией (125 человек). Дизайн исследования включал психопатологический, соматоневрологический, психологический, нейрофизиологические методы.

Исследованиями установлено, что депрессия у детей 7—11 лет включает поведенческий, соматический, тревожный, фобический, астенический, псевдоневрологический синдромы. У большинства детей с депрессией зарегистрирована ГБН (74,4 %). Клиническая картина ГБН у детей с депрессией полиморфна, интенсивность головной боли оценивается большинством пациентов в 5—7 баллов (аналоговая шкала боли ВАШ). Неврологический осмотр детей выявил симптомы повышенной рефлекторной возбудимости (симметричное повышение сухожильных рефлексов, расширение рефлексогенных зон), что доказывает психогенный характер заболевания. Установлена положительная корреляционная связь у больных депрессией с ГБН и нейрофизиологическими паттернами ЭЭГ — дисфункция лимбико-ретикулярных структур. У 18,2 % детей с депрессией зарегистрированы нейроэндокринные сдвиги в виде ожирения с инсулинорезистентностью. У 86,4 % пациентов диагностированы когнитивные нарушения: снижение памяти и внимания по неустойчивому типу, высокий уровень личностной тревожности (тест Люшера), умеренный уровень депрессии (по шкале CDRS-R). Школьная неуспеваемость как результат соматизации депрессии у детей, формирования поведенческих паттернов депрессии устойчивых к терапии диктует необходимость выделения ГБН в качестве предиктора ранней психосоциальной дезадаптации детей 7—11 лет с депрессивными расстройствами. Дети с депрессией и ГБН рефрактерны, как правило, к лечению только антидепрессивными средствами, им необходима комбинированная терапия. Следовательно, достоверно убедительны данные о частоте ГБН у детей с депрессией, а идея использовать антиконвульсанты в их лечении имеет, как клинические, так и нейрофизиологические предпосылки. Терапия депрессий с ГБН у детей включала депакин из расчета 10 мг на кг веса 2 раза в день в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией курсом 4 недели. Гипотимический и анальгетический эффекты депакина были более выражены у детей, пациентов с соматическим, поведенческим и неврологическим вариантами депрессии. Регресс депрессивной симптоматики и алгических проявлений прослежен в 87,6 % случаев, что позволяет рекомендовать включение препарата депакин в комплексное лечение больных детей с депрессией и ГБН.

УДК 616.89-008-053:616.89-008.441.44

*Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А.,
Матковська Т. М., Мителев Д. А.*

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків)*

РИЗИК СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ: ДІАГНОСТИКА, МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА

Проблема самогубств набуває все більш глобального характеру, а суїциди все частіше стають формою поведінки, до якої схильється людина в кризовій ситуації. Відомо, що перший пік суїцидів припадає на підлітковий і молодий вік. Кількість самогубств серед осіб у віці 15—24 років за останні 15 років збільшилася в 2 рази і серед причин смертності в багатьох економічно розвинених країнах суїциди стоять на 2—3-му місці. Істотно