

Л.А.Бенько, ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава», Челябинск

ПРОСУЛЬПИН как корректор поведенческих эквивалентов депрессии при астенодинамическом варианте церебрастенического синдрома у детей

Изучение различных аспектов, в том числе и поведенческих, резидуально-органического психосиндрома у детей имеет высокую актуальность в связи с широким распространением данной патологии среди детской популяции. По данным различных специальных источников, распространенность психических расстройств резидуально-органического генеза составляет от 30 до 80% среди детской популяции. Однако, несмотря на это, некоторые аспекты данной патологии остаются нераскрытыми, а значит, отсутствует должный терапевтический и прогностический подход к ним. Особенно малоизученным этот вопрос сохраняется в отношении детей раннего возраста (5–6 лет), у которых ведущим патогенетическим уровнем патологического нервно-психического реагирования становится психомоторный уровень (Г.К.Ушаков, 1973; В.В.Ковалев, 1979). При этом выделяются астенодинамический и астеногипердинамический варианты расстройств, отличающиеся преобладанием соответственно тормозимого и возбудимого радикалов при отсутствии ярко очерченных психопатологических симптомов (Г.Е.Сухарева, 1974; Н.Е.Буторина, 1995). Астеногипердинамический вариант, больше известный как синдром гиперактивности с дефицитом внимания или как гиперкинетическое расстройство поведения (по МКБ-10), обращает на себя более пристальное внимание и имеет более изученные этиопатогенетические механизмы (Н.Н.Заваденко, А.С.Петрухин, Н.Ю.Суворонова, М.Б.Патрина, 2004) в отличие от астенодинамического варианта. Это связано, вероятно, с тем, что дети с тормозимым радикалом всегда находятся «в тени», поодаль от шумной группы гиперактивных сверстников, не доставляют беспокойств родителям, и, на первый взгляд, производят впечатление вполне благополучных в развитии детей, не требующих внимания специалистов, а тем более психофармакологического вмешательства. Но это только на первый взгляд. При более пристальном и профессиональном подходе к таким детям выясняется, что проблем у них не меньше, а в некоторых случаях даже больше, чем у их ровесников с гипердинамической симптоматикой.

В частности, при астенодинамическом варианте диагностируется пассивность поведенческих реакций: брадикинезия, гипомимия, сниженный темп психомоторных реакций, и, что особенно существенно, сниженное произвольное внимание. Из-за этого возникают затрудне-

ния при обучении, развитии школьных навыков, которые формируются в этом возрасте, складывается вторичный когнитивный дефицит (рис. 1). Речевая продукция таких детей обычно бедная, малоинтоннированная, с длительным латентным периодом. В выраженных случаях «тихим» пациентам ставится диагноз: задержка психического развития. Однако индивидуальный, замедленный темп интеллектуальных тестов и предоставление времени, достаточного для их выполнения, а также постоянное стимулирование во время тестирования выводит этих детей за рамки пограничной интеллектуальной недостаточности (рис. 2). Однако необходимо отметить, что такие условия в реальной жизни практически отсутствуют и именно такие дети представляют группы риска по развитию школьной дезадаптации как когнитивного, так и поведенческого характера.

Общий фон настроения детей с тормозимым радикалом преимущественно сниженный, реакции неадекватны ситуации и отличаются сдержанностью проявлений положительных эмоций. В противовес этому отрицательные эмоции выделяются гиперрефлексией и продленным, затяжным действием. Дети с астеногиподинамической симптоматикой могут легко, по пустякам раздражаться, длительно приходя в себя после этого, подолгу хныкать. В большинстве случаев можно обнаружить классическую депрессивную триаду с преобладанием адинамических проявлений, характерную для данного возраста. Предположение о возможности психогенного происхождения такой депрессивной симптоматики практически всегда подтверждается при изучении микросоциальных условий развития детей. Они, как правило, воспитываются либо в неполных семьях, либо в семьях с патологическими типами воспитания, либо имеют родителей, страдающих алкоголизмом. Такие условия только отягощают неблагоприятную церебральную предрасположенность, вызывая срыв компенсаторных возможностей мозга в виде утяжеления поведенческих, когнитивных и психосоматических расстройств (рис. 3). У многих детей регистрируются соматовегетативная симптоматика (головная боль напряжения, головокружение, тошнота, абдоминалгии и т.д.), вегетативная стигматизация (гиперемия, сменяющаяся бледностью кожных покровов, «мраморность» дистальных отделов конечностей, гипергидроз и т.д.).

Диагностика выделенных расстройств, а также их последствия в виде первоначально школьной, а затем и социальной дезадаптации, обуславливают необходимость лечения детей с подобными нарушениями.

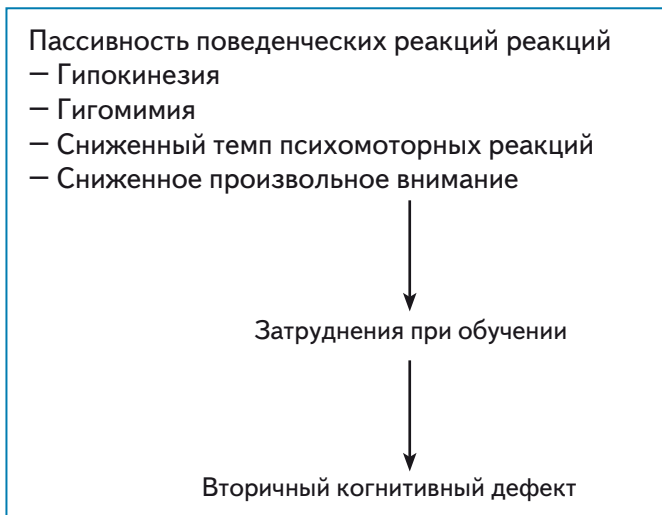


Рис. 1. Клинико-психопатологическая характеристика астенодинамического варианта

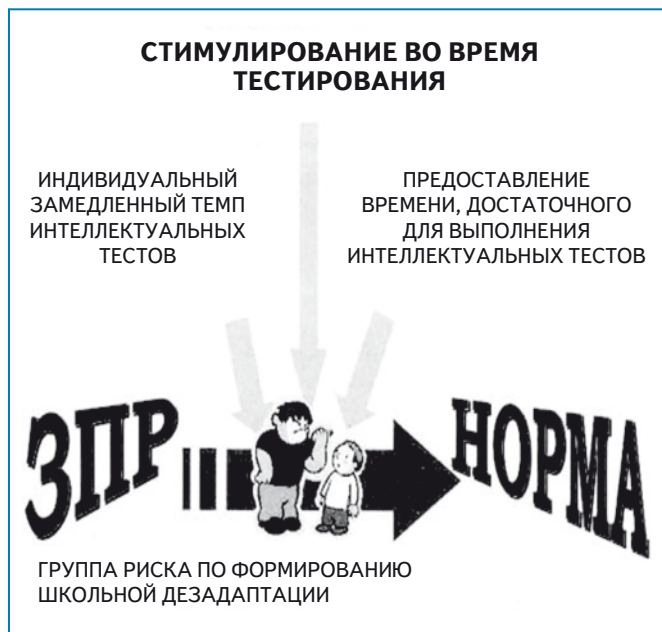


Рис. 2. Условия нормального развития при астенодинамическом варианте



Рис. 3. Факторы риска клинической декомпенсации



Рис. 4. Гендерный и количественный состав групп испытуемых

Цель исследования: изучение эффективности просульпина (сульпирид производства «PRO.MED.CS Praha a.s.», Чехия) — психотропного препарата из группы замещенных бензамидов, который в дозах до 100–300 мг в сутки обладает стимулирующим, антидепрессивным, соматотропным действием при сочетанной депрессивной, поведенческой и резидуально-органической церебральной симптоматике.

Материал и методы

Клинико-психопатологическими, клинико-anamnestическими, экспериментально-психологическими методами обследованы 35 детей 5–6 лет (14 мальчиков и 21 девочка), находящихся на диспансерном учете у психиатра с астенодинамическим вариантом резидуально-органического психосиндрома. В контрольную группу вошли 30 детей (13 мальчиков и 16 девочек) с астенодинамическим вариантом церебрастенического синдрома, проходивших плановое лечение с приемом парацетама в течение 1 мес. Гендерный состав основной и контрольной групп отражен на рис. 4.

Анализ полового состава групп показывает, что в обеих группах преобладают девочки: из общего числа детей с астенодинамическим вариантом (65 человек) они составили 58,5% (38 человек).

Терапия состояла из соответствующих возрасту и массе тела доз препарата, начальная доза Просульпина — 12,5 мг с режимом дозирования в диапазоне 25–100 мг/сут. Длительность терапии составила 14 дней. Состояние пациентов регистрировали перед началом терапии, еженедельно, затем в конце лечения. Эффективность лечения оценивали клинико-психопатологическим методом, а также учитывали время выполнения теста «почтовый ящик».

Критерием эффективности являлось увеличение темпа психомоторных реакций со снижением времени выполнения теста к концу терапии на 20% и более.

Результаты

Несмотря на сравнительно небольшой промежуток времени, прошедший с начала лечения, первые клинические изменения в основной группе произошли уже на 3–4-й день приема просульпина. Эти изменения проявлялись прежде всего в выравнивании эмоционального фона вплоть до ситуационной адекватности поведения при проявлении положительных эмоций, расширение эмоционального и вербального контактов со сверстниками, снижения проявлений плаксивости, раздражительности. На 2-й неделе лечения в основной группе практически у большинства детей

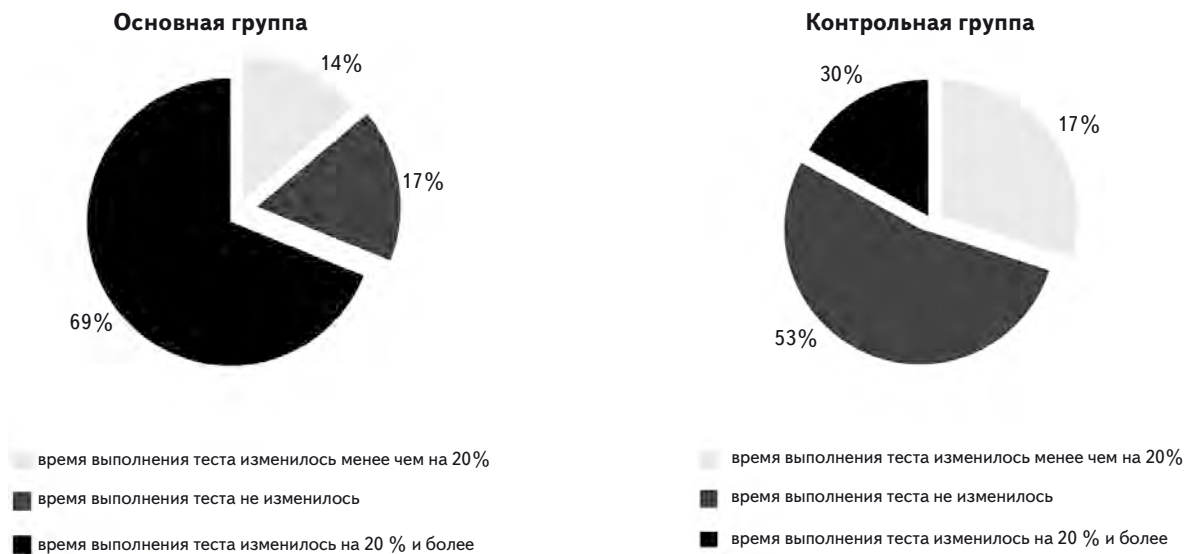


Рис. 5. Изменение времени выполнения теста «Почтовый ящик» в основной и контрольной группах

(у 29 из 35) уменьшились явления адинамичности, проявляющиеся в замедленном темпе психомоторных реакций. Дети стали активнее, подвижнее в играх, у них усилилось произвольное внимание, что положительно повлияло на когнитивную деятельность. В контрольной группе, несмотря на длительный прием парацетама, превышающий длительность приема просульпина в 2 раза, увеличение двигательной активности с уменьшением гипотимии выявлено у 10 человек. Объективно эти данные подтвердились изменением темпа психомоторных реакций при измерении времени выполнения теста «Почтовый ящик», который показал, что число детей, улучшивших выполнение теста на 20% и более, в основной группе составило 24 (68,6%) из 35 человек, в то время как в контрольной группе — 9 (30,0%) из 30. Время выполнения теста не изменилось в основной группе у 6 (17,1%) человек, в контрольной у 16 (53,3%). Из основной группы 5 (14,2%) детей уменьшили время выполнения теста менее чем на 20%, такой же результат в контрольной группе показали также 5 (16,6%) человек. Таким образом, эффективное выполнение теста в основной группе (на 20% и более) представили 68,6% детей, и этот показатель превышал аналогичный в контрольной группе в 2,2 раза, различия достоверны (рис. 5).

Кроме того, оценивали психоvegetативную реакцию соматически «неблагополучных» детей в ответ на терапию. Клинически улучшение в виде уменьшения проявлений вегетативной дисфункции имело место только у детей, принимающих просульпин, который оказывает и соматотропное действие. Необходимо отметить, что вегетативная стигматизация оказалась наиболее стойким синдромом, и данный эффект наступал в основном на 10–14-й день приема препарата в виде исчезновения или уменьшения интенсивности, продолжительности головных болей, исчезновения головокружения, нарушений сна. Побочных действий препарата выявлено не было.

Выводы

1. Клинический эффект просульпина наступает быстро, на 3–4-й день лечения, улучшая качество жизни ребенка.
 2. Первоначально происходит выравнивание эмоционального фона вплоть до исчезновения отрицательных по знаку эмоций с преобладанием адекватного эмоционального реагирования.
 3. Снижение адинамии, гипокинезии проходит постепенно-прогредиентно и приводит к исчезновению выявленных расстройств к концу 2-й недели лечения, практически вместе с вегетативными пароксизмами.
 4. Редукция сниженного темпа психомоторных реакций, основного компонента адинамического синдрома, ведет к улучшению когнитивной деятельности.
 5. Просульпин является эффективным и безопасным препаратом при коррекции поведенческих и когнитивных эквивалентов депрессии резидуально-органического генеза у детей.
 6. Анализ эффективности применения просульпина позволяет рекомендовать его применение короткими (14 дней) курсами в малых дозировках в детском возрасте.
- Несомненно, оценка препарата приведена на небольшой выборке наблюдений и носит пилотный характер, однако высокая результативность данного препарата по сравнению с препаратом контрольной группы свидетельствует о необходимости дальнейшего исследования эффективности просульпина при подобных расстройствах.

Литература

1. Буторина Н.Е. Возрастные критические периоды в динамике резидуально-органической церебральной патологии. 12-й съезд психиатров России: Материалы съезда. М., 1995; с. 366–8.
2. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Суворинова Н.Ю., Патрина М.Б. Принципы диагностики и лечения гиперактивности с дефицитом внимания у детей: Методическое пособие для врачей. М.: РГМУ, 2004.
3. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1979.
4. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. В 3 томах. М.: Медицина, 1974; с. 221–9.
5. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973.