

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Н.Н. Заваденко

Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ФГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва

ANXIETY DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

N.N. Zavadenko

Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, Faculty of Pediatrics SBEI HPE Russian National Scientific Medical University n.a. N.I. Pirogov of RMH, Moscow

Частота встречаемости тревожных расстройств (ТР) среди детского и подросткового населения варьируется от 9 до 32% и имеет тенденцию к возрастанию при переходе от младших возрастных групп к более старшим. Однако у многих пациентов ТР долго остаются неустановленными, что влечет за собой отсутствие применения специализированной помощи и лекарственной терапии. В статье рассматриваются особенности возрастных детских страхов, клинические проявления ТР, в т.ч. ТР в связи с разлукой в детском возрасте, селективного мутизма, фобического ТР детского возраста, социального ТР детского возраста, генерализованного ТР детского возраста, панического расстройства, агорафобии. Перспективным лекарственным средством для лечения ТР является Тенотен детский. По данным многоцентрового двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного исследования эффективности и безопасности применения Тенотена детского в течение 12 недель у 98 детей и подростков с ТР в возрасте от 5 до 15 лет при оценке тревожности с помощью шкал Г.П. Лаврентьевой и Т.М. Титаренко и SCAS, а также теста тревожности по Р.Тэммил и соавт. детям 5–7 лет, более выраженный регресс симптомов на фоне применения Тенотена детского по сравнению с плацебо зарегистрирован у пациентов 5–7 лет по показателям «Социальная фобия», «Страх физической травмы» и, у пациентов 8–15 лет – «Панические атаки и агорафобия», «Сепарационная тревожность», «Социальная фобия». Анксиолитическая активность препарата наиболее значимо проявилась у детей в возрастной группе 5–7 лет, что подтверждает необходимость ранней диагностики и лечения ТР у детей.

Ключевые слова: тревожные расстройства, фармакотерапия, Тенотен детский

The prevalence of anxiety disorders (AD) among child and adolescent population varies from 9 to 32% and tends to increase during the transition from the younger age groups in the older ones. However, ADs remain undiagnosed in many patients, which lead to the lack of specialized care and pharmacotherapy. The article discusses the features of the childhood age-related fears, clinical manifestations of ADs, including separation AD of childhood, selective mutism, phobic AD of childhood, social AD of childhood, generalized AD of childhood, panic disorder, and agoraphobia. Tenoten kid is a promising drug for the treatment of ADs. In a multicenter, double-blind, placebo-controlled randomized trial of efficacy and safety of Tenoten Kid for 12 weeks in 98 children and adolescents with ADs aged 5 to 15 years, according to assessment of anxiety using scales developed by G.P. Lavrentieva and TM Titarenko, and SCAS, and anxiety test developed by R.Tammil et al. for children 5–7 years, more pronounced regress of symptoms during treatment with Tenoten Kid compared to placebo was registered in 5–7-year-old patients in terms of «social phobia» and «physical injury fear», in 8–15-year-old patients – in terms of «panic attacks and agoraphobia», «separation anxiety» and «social phobia». The anxiolytic activity of the drug was significantly more pronounced in 5–7 year-old children, which confirms the need for early diagnosis and treatment of ADs in children.

Key words: anxiety disorder, pharmacotherapy, tenoten kid

Тревожные расстройства (ТР) представляют одну из самых частых групп патологических состояний в клинической практике среди пациентов всех возрастов: их распространенность в течение жизни (lifetime prevalence) составляет около 30% [1]. По данным эпидемиологических исследований, частота встречаемости ТР среди детского и подросткового населения варьируется от 9 до 32% и характеризуется тенденцией к возрастанию при переходе от младших возрастных групп к более старшим [2]. ТР могут выступать в качестве как

самостоятельного, так и сопутствующего состояния при многих заболеваниях нервной системы у детей, включая нарушения развития речи и школьных навыков, синдром дефицита внимания и гиперактивности, первичные головные боли (мигрень и головную боль напряжения), эпилепсию, последствия перинатальных поражений нервной системы, черепно-мозговых травм, нейроинфекций, расстройства аутистического спектра и др.

Формирование ТР происходит постепенно. У большинства взрослых

пациентов с эмоциональными расстройствами (включая ТР и депрессию) первые симптомы манифестировали в детстве или отрочестве и при этом обычно диагностировали ТР [3]. Однако у многих детей и подростков ТР долго остаются неустановленными, что влечет за собой отсутствие применения специализированной помощи и лекарственной терапии, а вслед за этим – хронизацию ТР.

Необходимо отличать тревогу как нормальный и предвосхищающий ответ на угрожающие или стрессорные воздействия от манифестации ТР. Еще

3. Фрейд использовал термин «сигнальная тревога» для обозначения умеренно болезненного ожидания какой-либо неприятной ситуации, которое предупреждает: «Впереди опасность!» [4]. Тревога выполняет приспособительную сигнальную функцию для подготовки на уровне организма к «встрече» опасности и выбора реакции на нее: «атака, борьба» или «уход, избегание». В норме проявления тревоги носят кратковременный характер (транзиторны) и хорошо поддаются контролю индивидуума. Условно выделяют психологические проявления тревоги и различные физические (соматические) симптомы, большинство из которых связано с дисбалансом регуляции (активацией) вегетативной нервной системы.

Между тем тревога носит двойственный характер [4]. Что касается позитивной стороны, то она предотвращает повторение болезненных или деструктивных ситуаций, повышает уровень мотивации, позволяя ребенку максимально использовать свои способности, порождает механизмы защиты, которые могут быть социально адаптивными и способствовать дальнейшему развитию. Но, с другой стороны, тревога способна закреплять неадекватные, саморазрушительные защитные механизмы и причудливым образом искажать как мышление, так и действия [4].

Проявления тревоги приобретают клиническую значимость в тех случаях, когда:

- становятся значительными их выраженность и продолжительность;
- симптомы возникают в отсутствие стрессорных факторов;
- симптомы нарушают физическое (соматическое) и социально-пси

хологическое функционирование и адаптацию индивидуума.

ТР – группа синдромов эмоциональных нарушений, которые характеризуются интенсивной и хронической тревогой, субъективными ощущениями беспокойства, напряжения, опасений и мрачных предчувствий, переживаний ущерба, а также появлением необычно сильного страха, не соответствующего содержанию вызывающих его ситуаций или объектов [4–6]. Все формы ТР сопровождаются изменениями на трех уровнях:

1. Эмоциональном: опасения, переживания ущерба, мысли об уклонении от вызывающих тревогу и страх ситуаций.
2. Поведенческом: выбор стратегии избегания и использование т.н. приемов безопасности (обращение к объектам и ситуациям, которые не позволяют развиваться крайне выраженному страху, с формированием «ритуалов»). Избегание – ключевой признак ТР, обычно сопровождается активным уклонением от специфических ситуаций, мест или стимулов, но может иметь и стертые проявления в виде неуверенности, нерешительности, стремления к одиночеству.
3. На физиологическом уровне наблюдается активация вегетативной нервной системы: учащенное сердцебиение, учащенное дыхание, усиленное потоотделение и др.

Симптомы ТР существенно варьируются у разных детей и подростков, зависят от формы ТР и возраста пациентов, а также претерпевают изменения с течением времени по мере их взросления. Симптомы ТР могут быть распределены на три основные группы:

- Симптомы эмоциональных нарушений – постоянное беспокойство, грусть, раздражительность и гневливость, ощущение разочарования и недовольства, плач, которые не соответствуют существующим обстоятельствам и сохраняются продолжительное время.
- Изменения поведения и внешние проявления – избегание друзей и сверстников, совместных с ними занятий, повторные обращения к взрослому за утешением и поддержкой, ненужные частые извинения перед другими людьми, склонность к дрожанию или тремору, нарушения сна (трудности засыпания, беспокойный сон, страшные сны, бессонница).
- Соматические нарушения в виде головной боли, головокружения, чувства нехватки воздуха с приближением обморока, ощущения спазмов и болей в животе, тошноты, рвоты, поноса, парестезий (покалывание, онемение) в области лица или рук, неустойчивости или слабости в ногах и др.

С учетом концепции «интернализации–экстернализации» [7] лиц с ТР относят к «интернализаторам», т.е. болезненные симптомы у них преимущественно «направлены вовнутрь». Эти симптомы включают беспокойство, страхи, чувство неполноценности, стеснительность, замкнутость, уединенность, навязчивости, плаксивость, грусть.

Одним из ключевых признаков ТР является страх, но его не следует отождествлять с тревогой. Тревога – это комбинация эмоций, и страх – одна из них. Страх как нормальная эмоция представляет собой реакцию на внешнюю угрозу и имеет адаптивный харак-

Таблица 1. Нормальные возрастные страхи у детей и подростков

Возраст	Виды страхов
От рождения до 6 месяцев	Громких звуков, быстрых изменений положения тела, потери физической поддержки, быстрого приближения незнакомых объектов
7–12 месяцев	Незнакомых людей, приближающихся объектов, неожиданного появления перед ребенком не известных ему предметов и людей
1–5 лет	Незнакомых людей, разлуки с родителями, природных явлений (бурь), животных, насекомых, темноты, громких звуков, чудовищ, привидений, некоторых предметов и технических устройств, посещения туалета, телесных травм
6–12 лет	Сверхъестественных существ, телесных травм, тяжелых болезней (рак), смерти, грабителей, оставаться дома одному, неудач, критических замечаний, наказаний
12–18 лет	Тестов и экзаменов в школе, плохих оценок в школе, телесных травм, недостатков своей внешности, внимания со стороны сверстников, проблем в личных отношениях, безопасность

тер, предупреждает индивидуума о том, что ситуация может быть физически или психологически опасной. При этом страхи характеризуются нормальной возрастной эволюцией (табл. 1). Так, боязнь громких звуков и внезапных движений, по всей вероятности, врожденная, а во 2-й половине первого года жизни начинает проявляться боязнь незнакомых людей [4]. У детей раннего возраста возникают страхи темноты, животных. Наряду с ними могут отмечаться нереалистичные страхи, такие как боязнь воображаемых животных и вымышленных персонажей (чудовищ, призраков и др.).

В дошкольный период появляются страхи, обусловленные опытом, в частности страх перед совершением «плохих» поступков, боязнь неудачи, дорожных происшествий, пожара. У школьников преобладают реалистичные страхи: по отношению к некоторым животным (собакам, насекомым) и природным явлениям, перед телесным повреждением, неудачами в учебе. Также присутствуют некоторые иррациональные страхи, например темноты, перед змеями, мышами [4]. Примерно в десять лет возникают страхи, связанные с тяжелыми болезнями, смертью. В подростковом периоде нередко встречается страх потерпеть неудачу в школе и спортивных занятиях, появляется беспокойство по поводу своей внешности и ее оценки сверстниками, перспектив получения профессии и будущих заработков, тревога по поводу войны. Иррациональные страхи наблюдаются редко, но не исчезают полностью (страхи темноты, бурь, животных, кладбищ).

Нередко страхи (фобии) – изолированное явление, которое не должно рассматриваться в качестве признака заболевания. Однако легковозникающий страх, который ребенок испытывает постоянно, или интенсивный страх, граничащий с паникой, требуют внимания специалиста. Помощь необходима и в тех случаях, когда имеются очевидные социальные нарушения: при отказе выходить на улицу из-за страха встретить собаку или пережить приступ паники, отказе посещать школу. В клинической картине ТР страхи отличаются устойчивым и

неадаптивным характером, в частности [5]:

- чрезмерной интенсивностью, которая не соответствует ситуации (количественный аспект);
- необычным содержанием и необычностью объектов, вызывающих страх (качественный аспект);
- неадекватностью реакции той ситуации, в которой она возникла;
- хронизацией страха;
- отсутствием возможности для уменьшения или преодоления страха;
- существенными ограничениями в повседневной жизни.

В конечном итоге проявления ТР отражаются на всех сферах жизни, заметно ухудшая общее самочувствие ребенка, показатели его школьной успеваемости, взаимоотношения в семье и обществе. Из-за чрезмерных тревожности, стеснительности и стыдливости у ребенка ограничиваются возможности устанавливать дружеские контакты, проявлять активность на уроках в школе (например, он не поднимает руку в ответ на вопросы педагогов), участвовать в общественных делах и мероприятиях со сверстниками.

Под термином «тревожные расстройства» подразумевается группа синдромов. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10 [8] – они представлены в разделе «Эмоциональные расстройства с началом, специфическим для детского возраста, – F93», в DSM-V – Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders [9] – в разделе «Тревожные расстройства», среди них (в скобках представлены шифры по МКБ-10 и DSM-V):

- ТР в связи с разлукой в детском возрасте (F93.0, 309.21).
- Селективный мутизм (F94.0, 312.23).
- Фобическое ТР детского возраста (F93.1); в DSM-V – «Специфические фобии», кодирование осуществляется в зависимости от провоцирующих стимулов [9]:

животные (например, пауки, насекомые, собаки) (F40.218, 300.29); окружающая среда (например, высота, бури, вода) (F40.228, 300.29); травма, связанная с взятием крови/инъекцией (например, иглы, инвазивные медицинские проце-

дуры) (F40.23X, 300.29). В МКБ-10 имеются дополнительные шифры [9]: F40.230 – страх крови; F40.231 – страх инъекций и трансфузий; F40.232 – страх других медицинских процедур; F40.233 – страх физической травмы; ситуационные (например, самолеты, лифты, замкнутые пространства) (F40.248, 300.29); другие (например, ситуации, которые могут приводить к удушью или рвоте, у детей – громкие звуки или костюмированные персонажи) (F40.298, 300.29).

- Социальное ТР детского возраста (F93.2, 300.23).
- Генерализованное ТР детского возраста (F93.8, 300.02).
- Паническое расстройство (F41.0, 300.01).
- Агорафобия (F40.00, 300.22).

Основные клинические проявления ТР у детей и подростков представлены в табл. 2. Подробно о современных диагностических критериях см. МКБ-10 [8] и DSM-V [9].

Патогенетические механизмы тревожных расстройств

Ранее по отношению к ТР применялся термин «детский невроз». Однако это понятие не вполне верно, поскольку в соответствии с ним эмоциональные трудности ребенка истекают от неосознанных внутренних психологических конфликтов [4]. По современным представлениям, развитие ТР происходит при взаимодействии биологических, психологических и средовых факторов [6]. Факторы риска включают родительскую тревожность, особенности темперамента ребенка с тенденцией к замкнутому стилю поведения, травматические/негативные/стрессовые события в жизни ребенка, а также стиль воспитания [6].

Поскольку различные ТР детского возраста нередко встречаются в виде семейных случаев, большое внимание уделяется изучению наследственной предрасположенности и генетических механизмов ТР. Нейробиологические механизмы (наследственность и ранние повреждения мозга, обусловленные перинатальной патологией) могут

Таблица 2. Формы ТР у детей и подростков

Форма ТР	Основные клинические проявления	Возраст начала ТР
ТР в связи с разлукой	Страх и болезненные опасения о том, что при реальной или воображаемой угрозе расставания что-то плохое случится с ребенком или его близкими (обычно родителями). Ребенок стремится избежать расставания. Испытывает чрезмерный страх, печаль, уходит в себя. С другой стороны, наблюдаются приступы ярости, крика со стремлением удержать рядом близкого человека. Отказывается быть в ситуациях, когда может оказаться без близких: оставаться спать вне дома, ходить в гости к друзьям или родственникам, быть дома одному или без родителей, посещать школу	5–8 лет
Селективный мутизм	Ребенок перестает разговаривать со всеми, кроме небольшого круга знакомых людей. Это продолжается в течение нескольких месяцев. Несмотря на сохранную речь, сознательно отказывается от речевого (а иногда и от любого) общения в ситуациях, являющихся для него психотравмирующими (как в детском коллективе, так и среди взрослых). Ребенок не просто отказывается говорить, он не в состоянии этого сделать из-за ощущения, что его речь словно «застывает». Со временем он учится предвидеть ситуации, которые провоцируют мутизм, и старается их избегать. Селективный мутизм возникает в период активного становления речи или при поступлении в детский сад, либо школу, что ограничивает коммуникативные возможности, может искажать психическое развитие, затруднять социальную адаптацию ребенка	До 5 лет
Фобическое ТР (специфические фобии)	Интенсивный страх перед определенными ситуациями и объектами, сопровождающийся реакцией избегания из-за убежденности в том, они опасны и причинят вред/травму. Самые распространенные патологические страхи у детей вызываются: <ul style="list-style-type: none"> • животными – собаками и птицами; • насекомыми и пауками; • темнотой; • громкими звуками, особенно связанными с природными явлениями; • клоунами, людьми в масках и выглядящими необычно; • видом крови, инъекциями, болезнями 	От раннего возраста до 10 лет
Социальное ТР	Интенсивный страх, сопровождающийся реакцией избегания, перед ситуациями, связанными с социальными контактами, любыми формами поведения в общественных местах, когда ребенку/подростку кажется, что у него ничего не получится, его оценят негативно, могут высмеять. К таким ситуациям относятся публичные выступления, ответы на уроках перед классом, сдача экзаменов, новые знакомства со сверстниками, беседы со старшими или руководящими лицами, в т.ч. с педагогами в школе, встречи и др., когда индивидуум оказывается в центре внимания окружающих	7–13 лет
Генерализованное ТР	Чрезмерная тревога с ощущением возможности неблагоприятного развития самых разных событий и обстоятельств, имеющих отношение к семье, состоянию своего здоровья и членов семьи, финансовому положению, друзьям, школе, спортивным выступлениям, а также повседневным делам. Характерны постоянный поиск поддержки у родителей и других людей в связи с собственными страхами, избегание всего нового, негативных новостей, неопределенных ситуаций, вероятности допустить ошибку. Типично наличие во время беспокойства соматических симптомов, бессонницы, раздражительности, нарушений концентрации внимания, мышечного напряжения	10–12 лет
Паническое расстройство	Повторяющиеся и развивающиеся неожиданно, без связи с какой-либо ситуацией приступы крайней тревоги (паники), которые быстро достигают пика проявлений, сопровождаются угрожающими, по мнению пациента, соматическими симптомами (ознобоподобная дрожь, нехватка воздуха, сердцебиение, боль или дискомфорт в груди, головокружение, тошнота, профузный пот, оцепенение, парестезии, чувство бессилия), страхом смерти или сумасшествия	Чаще в молодом взрослом возрасте, но иногда могут начинаться в 13–15 лет, крайне редко – в детстве
Агорафобия	Характеризуется интенсивной тревогой и страхом в отношении реальных или предполагаемых ситуаций, с которыми связаны опасения развития панической атаки, и избеганием данных ситуаций. К таким ситуациям относится пребывание в местах, из которых трудно выбраться быстро: <ul style="list-style-type: none"> • общественный транспорт; • открытые пространства (рынки, мосты, парковки); • закрытые пространства (магазины, кинотеатры, театры); • нахождение в очереди или толпе людей; • пребывание в одиночестве вне дома 	Чаще в молодом взрослом возрасте, но иногда могут начинаться в 13–15 лет, крайне редко – в детстве

Рис. 1. Динамика долей пациентов с различной степенью тяжести тревожных расстройств на 4-й, 8-й, 12-й неделях терапии

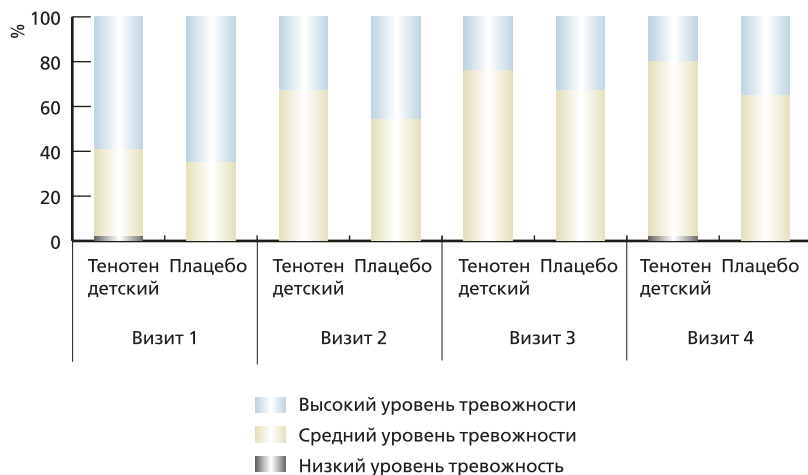
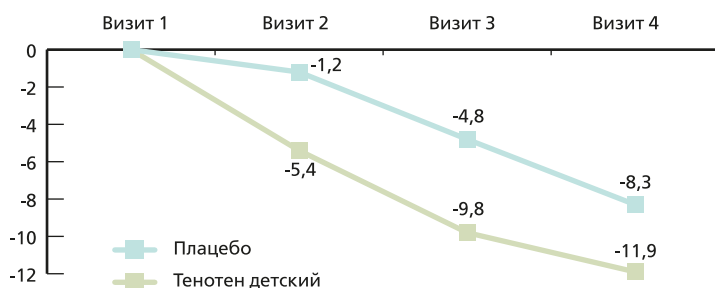


Рис. 2. Снижение индекса тревожности у детей 5–7 лет в процессе лечения



приводить к дисфункциям ряда мозговых структур и нейромедиаторных систем. ГАМК (γ-аминомасляная кислота)-ергическая, норадренергическая и серотонинергическая системы рассматриваются в качестве ключевых в отношении патофизиологии ТР и механизмов действия анксиолитических препаратов. Предполагается, что дальнейшее изучение нейробиологических механизмов ТР, в т.ч. с применением методов функциональной нейровизуализации, позволит уточнить фундаментальные механизмы тревоги, роль дисфункций различных областей мозга и обосновать рациональные подходы к терапии ТР.

Лечение ТР у детей и подростков

Лечение ТР у детей и подростков основывается на комплексном приме-

нении методов психотерапии (рациональной, когнитивно-поведенческой, семейной, игровой и др.) и фармакотерапии. Л.С. Чутко [6] справедливо рекомендует начинать коррекционную работу с тревожными детьми по трем основным направлениям: повышению самооценки ребенка; обучению ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения; отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих его. В фармакотерапии применяются препараты нескольких групп, включая небензодиазепиновые транквилизаторы, препараты седативного и вегетостабилизирующего действия, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, мягкие нейролептические средства. Хотя имеется достаточно широкий спектр препаратов для лечения ТР, практическое применение многих из них для детей и подростков

ограничено в связи с отсутствием исследований их эффективности в данных возрастных группах, а также вероятностью побочных эффектов [5, 6, 10].

Поэтому интерес специалистов вызывает новый препарат – Тенотен детский (ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ», Россия; ЛСР-003309/07-061009), разработанный для лечения психоэмоциональных и неврологических нарушений в детском возрасте на основе антител к мозгоспецифическому белку S100 в релиз-активной форме (РА-АТ S100). Тенотен детский выпускается в форме таблеток для рассасывания, содержит релиз-активные антитела к мозгоспецифическому белку S100, афинно очищенные – 0,003 г. Препарат оказывает модифицирующее влияние на функциональную активность белка S100, осуществляющего в мозге сопряжение синаптических (информационных) и метаболических процессов [11]. За счет ГАМК-миметического и нейротрофического действия РА-АТ S100 активизируют стресс-лимитирующие системы головного мозга, способствуют восстановлению процессов нейрональной пластичности. Препарат оказывает противотревожное (анксиолитическое) действие, не вызывая нежелательных гипногенного и миорелаксантного эффектов; улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок; обладает стресс-протекторным, ноотропным, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным, антиастеническим, антидепрессивным действиями [11].

Материал и методы

В многоцентровое двойное слепое плацебо-контролируемое рандомизированное исследование эффективности и безопасности применения Тенотена детского в течение 12 недель для детей и подростков с ТР [12] были включены 98 пациентов мужского и женского пола в возрасте от 5 до 15 лет с подтвержденным диагнозом ТР: ТР в связи с разлукой в детском возрасте – F93.0, фобическое ТР детского возраста – F93.1, социальное ТР детского возраста – F93.2, генерализованное ТР детского возраста – F93.8.

Пациенты были рандомизированы в две группы: в 1-й группе 48 лечи-

лись препаратом Тенотен детский, во 2-й – 50 пациентов получали плацебо. Препарат назначался по 1 таблетке 3 раза в сутки вне связи с приемом пищи в течение 12 недель, сублингвально, до полного растворения. В процессе лечения выполнялись 3 визита пациента к врачу в течение 12 недель – на 4-й (визит 2), 8-й (визит 3) и 12-й (визит 4) неделях, в ходе которых регистрировали динамику проявлений ТР.

Выраженность ТР (от легкой до тяжелой степени) определяли с помощью шкал оценки тревожности у детей и подростков Г.П. Лаврентьевой, Т.М. Титаренко [13] и SCAS (Spence Children's Anxiety Scale) [14], детям 5–7 лет дополнительно проводился тест Р. Тэммил и соавт. детям 5–7 лет. Исходная частота ТР различных степеней тяжести была сопоставимой в двух группах. Подавляющее большинство детей имели высокий (59% в группе Тенотен детский и 65% в группе плацебо) либо средний (39 и 35% соответственно) уровень тревожности.

Результаты исследования

Сравнительные результаты лечения, выражающиеся в изменении долей пациентов из групп Тенотен детский и плацебо, перешедших в более легкую степень выраженности ТР, представлены на рис. 1. Уже через 4 недели лечения удельный вес детей с высоким уровнем тревожности в группе Тенотен детский снизился с

59 до 33% (против 65 и 46% соответственно в группе плацебо). К окончанию 12-недельного курса терапии доля детей с высокой выраженностью тревожных расстройств составила 20% (против 35% в группе плацебо), а удельный вес пациентов со средним уровнем тревожности возрос до 78% (против 65% в группе плацебо).

Анализ показателей индекса тревожности, по результатам теста Р. Тэммил и соавт. [15], проведенный в младшей возрастной группе пациентов 5–7 лет, свидетельствовал о выраженной положительной динамике у пациентов группы Тенотен детский (рис. 2). Средние значения индекса тревожности у детей младшей возрастной группы за 12 недель лечения Тенотеном детским снизились на 11,9 балла (против 8,3 балла в группе плацебо). При этом значимое снижение уровня тревожности в группе Тенотен детский наблюдалось уже через 8 недель лечения, и этот эффект устойчиво возрастал через 12 недель лечения.

Как показало начальное обследование всех пациентов с помощью Шкал детской тревожности SCAS, исходные индивидуальные значения суммарного балла SCAS существенно превышали нормативные показатели [14]. В дальнейшем более выраженный регресс симптомов на фоне применения Тенотена детского по сравнению с плацебо зарегистрирован у пациентов 5–7 лет по Шкалам SCAS «Социальная фобия» и «Страх физической травмы»,

у пациентов 8–15 лет – «Панические атаки и агорафобия», «Сепарационная тревожность», «Социальная фобия». Частота побочных эффектов при лечении Тенотеном детским не отличалась от таковой побочных эффектов при использовании плацебо, что свидетельствует о безопасности препарата.

Как видно из представленных данных, положительная клиническая динамика за 12 недель наблюдения отмечалась в группе плацебо и могла определяться тем, что пациенты и их родители уже с периода скринингового наблюдения начинали регулярно контактировать с квалифицированными специалистами. Улучшение информирования родителей о проблемах детей и способах их преодоления способствовало нормализации взаимоотношений между родителями и детьми, психологического климата в семьях.

Заключение

Таким образом, применение препарата Тенотен детский в течение 12 недель эффективно в лечении детей и подростков с ТР, способствует переходу ТР с высокой степени тяжести на более низкую. Следует подчеркнуть, что его анксиолитическое действие особенно отчетливо проявилось у детей младшей возрастной группы 5–7 лет, и данный факт подтверждает необходимость ранней диагностики и лечения ТР у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Silverman W.K., Field A. Anxiety disorders in children and adolescents. Cambridge University Press: 2011. 429 p.
2. Essau C.A., Gabbidon J. Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization. In: Essau C.A., Ollendick T.H., eds. The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety. Chichester: Wiley-Blackwell. 2013:23–42.
3. Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T.E., et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch. General Psychiatry. 2003;60:709–17.
4. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста: 8-е изд. Пер. с англ. СПб., 2007. 670 с.
5. Ремшидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. М., 2001. 624 с.
6. Чутко Л.С. Тревожные расстройства в общей врачебной практике. СПб., 2010. 192 с.
7. Achenbach T.M. Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington, University of Vermont Department of Psychiatry. 1991.
8. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994. 208 с.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V). American Psychiatric Association. Washington., 2013. 947 p.
10. Creswell C., Waite P., Cooper P.J. Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. Arch. Dis. Childhood. 2014;99:674–78.
11. Хакимова Г.Р., Воронина Т.А., Дугина Ю.Л., Эртузун И.А., Эпштейн О.И. Спектр фармакологических эффектов антител к белку S100 в релиз-активной форме и механизмы их реализации. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2016;116(4):100–13.
12. Заваденко Н.Н., Симашкова Н.В., Вакула И.Н., Суворинова Н.Ю., Балакирева Е.Е., Лобачева М.В. Современные возможности фармакотерапии тревожных расстройств у детей и подростков. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2015;115(11):33–43.

13. Лаврентьева Г.П., Титаренко Т.М. Практическая психология для воспитателя. Киев, 1992. 124 с.
14. Spence S.H., Barrett P.M., Turner C.M. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *J. Anxiety Disord.* 2003;17(6):605–25.
15. Тэмпл Р, Амен Э.В., Дорки М. Тест тревожности. В кн.: Л.М. Костина. Игровая терапия с тревожными детьми. СПб., 2003. 160 с.
- Поступила / Received: 01.08.2016
Принята в печать / Accepted: 15.08.2016

Информация об авторе: Н.Н. Заваденко – д.м.н., проф., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета ФГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва; e-mail: zavadenko@mail.ru

Corresponding author: N.N. Zavadenko – MD, Prof., Head of the Department of Neurology, Neurosurgery and Medical Genetics, Faculty of Pediatrics SBEI HPE Russian National Scientific Medical University n.a. N.I. Pirogov of RMH, Moscow; e-mail: zavadenko@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов. Для цитирования: Заваденко Н.Н. Тревожные расстройства у детей и подростков. Фарматека. 2016; Психиатрия/Неврология.

Authors declare lack of the possible conflicts of interests. For citations: Zavadenko N.N. Anxiety disorders in children and adolescents. Farmateka. 2016; Psihiatrija/Nevrologija (in Russian)

© Н.Н. Заваденко, 2016