

СОГЛАСОВАНО

УТВЕРЖДАЮ

(Профессор Е. В. Макушкин)

(Профессор Н.Г.Незнанов)

Клинические рекомендации по диагностике и лечению органического психического расстройства в детском возрасте

Клинические рекомендации (протокол лечения)

Организации-разработчики:

ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского» Минздрава России
ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

Коллектив авторов:

Малинина Елена Викторовна	Доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой психиатрии ФДПО ФГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный детский специалист УФО Минздрава России
Макушкин Евгений Вадимович	Доктор медицинских наук, профессор, заместитель генерального директора по научной работе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П.Сербского», главный детский психиатр Минздрава России, заместитель Председателя Правления Российского общества психиатров

Москва – Челябинск, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. МЕТОДОЛОГИЯ	4
1.1. Общие положения	4
1.2. Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций	5
2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	8
2.1. Определение	8
2.2. Эпидемиология	11
2.3. Этиология	11
2.4. Патогенез	11
2.5. Классификация	12
2.6. Возрастные особенности органического психического расстройства. Диагностика в разные возрастные периоды	14
2.7. Модели пациентов с органическим психическим расстройством при оказании специализированной медицинской помощи	15
2.7.1. Модель 1 – когнитивные нарушения	16
2.7.2. Модель 2 - поведенческие и личностные расстройства	20
2.7.3. Модель 3 – психотические расстройства	27
2.8. Диагностика органического психического расстройства	30
2.9. Дифференциальная диагностика органического психического расстройства	35
3. ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	35
3.1. Общие аспекты	35
3.2. Медикаментозная терапия органических психических расстройств	37
3.3. Немедикаментозные мероприятия	44
3.4. Решение социальных вопросов (обучение, инвалидность)	46
Список литературы	47

Список сокращений

АЭП – антиэпилептические препараты

ДЦП – детский церебральный паралич

КТ – компьютерная томография

МКБ – международная классификация болезней

МНН – международное непатентованное название

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОПР – органическое психическое расстройство

ОРЛ – органическое расстройство личности

ЦНС – центральная нервная система

ЭхоЭГ – эхоэнцефалография

ЭЭГ – электроэнцефалография

1. МЕТОДОЛОГИЯ

1.1 Общие положения

Клинические рекомендации предназначены для диагностики и лечения пациентов детского возраста с органическим психическим расстройством (ОПР) на различных этапах оказания психиатрической помощи в соответствии с требованиями доказательной медицины.

Рекомендуемые методы диагностики и терапии, представленные с позиций научно-доказательной базы литературы и клинической практики позволяют уточнить диагностические критерии расстройства, определить адекватное лечение, уменьшить вероятность возникновения состояний декомпенсации, улучшить социальное функционирование и снизить инвалидизацию. Особенностью диагностики и терапии органических психических расстройств является междисциплинарный подход в работе с больными при обязательном межведомственном взаимодействии. Клинические рекомендации предназначены для специалистов, работающих с детьми - психиатров, психотерапевтов, неврологов, педиатров.

Актуальность разработки клинических рекомендаций обоснована следующими проблемами:

- Разными подходами в верификации синдромов органических психических расстройств с позиций отечественной и международной детской психиатрии.
- Широкой распространенностью ОПР среди детского населения
- Большим количеством и разнообразием этиологических факторов
- Возрастным полиморфизмом клинической картины
- Высокой коморбидностью психопатологической симптоматики
- Недостаточным использованием современных методов диагностики

- Ограниченными возможностями медикаментозной терапии в связи возрастом и доказательной базой отдельных групп препаратов
- Вопросами реабилитации

Цель настоящих рекомендаций – дать практикующим врачам современные и эффективные принципы диагностики органического психического расстройства и доказательно обоснованные подходы к их терапии.

1.2 Уровни доказательности и параметры оценки силы рекомендаций

Методы, использованные для сбора/селекции доказательств: поиск в электронной базе данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств: доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составляла 5 лет.

Методы, использованные для оценки качества и силы доказательств:

- Консенсус экспертов;
- Оценка значимости в соответствии с рейтинговой схемой (табл.1).

Таблица 1

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Уровни доказательств	Описание
А	Доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению, которые получены на основании одного, хорошо спланированного, или нескольких рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или большого систематического обзора (мета-анализа) РКИ.
В	Относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предположение. Доказательства получены на основании по крайней мере одного контролируемого исследования или систематического обзора когортных исследований или РКИ

C	Доказательства из неконтролируемых исследований или описание случаев/мнений экспертов
C1	Неконтролируемые исследования
C2	Описание случаев
C3	Мнение экспертов или клинический опыт
D	Неоднородные результаты. Положительные РКИ перевешиваются примерно равным количеством исследований с отрицательным результатом
E	Отрицательные доказательства Достаточно отрицательных доказательств: имеется достаточно доказательств, чтобы рекомендовать отказаться от применения данного лекарственного средства или метода лечения в определенной ситуации
F	Недостаточно доказательств

Методы, использованные для анализа доказательств:

- Обзоры опубликованных мета-анализов;
- Систематические обзоры с таблицами доказательств.

Описание методов, использованных для анализа доказательств:

При отборе публикаций, как потенциальных источников доказательств, использованная в каждом исследовании методология изучается для того, чтобы убедиться в её валидности. Результат изучения влияет на уровень доказательств, присваиваемый публикации, что в свою очередь влияет на силу, вытекающих из неё рекомендаций.

Методологическое изучение базировалось на нескольких ключевых вопросах, которые сфокусированы на тех особенностях дизайна исследования, которые оказывают существенное влияние на валидность результатов и выводов.

Для минимизации потенциальных ошибок каждое исследование оценивалось независимо, т.е. по меньшей мере двумя независимыми членами рабочей группы. Какие-либо различия в оценках обсуждались уже всей группой в полном составе. При невозможности достижения консенсуса, привлекался независимый эксперт.

Методы, использованные для формулировки рекомендаций: консенсус экспертов.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций

Сила	Описание
1	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как А, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов.
2	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как В, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как А
3	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые, как С1 напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как В
4	Доказательства уровня С2 или С3 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых, как С1

Индикаторы доброкачественной практики (Good Practice Points - GPPs):

Рекомендуемая доброкачественная практика базируется на клиническом опыте членов рабочей группы по разработке рекомендаций.

Экономический анализ: Анализ стоимости не проводился и публикации по фармакоэкономике не анализировались.

Метод валидации рекомендаций:

- Внешняя экспертная оценка;
- Внутренняя экспертная оценка.

Описание метода валидации рекомендаций:

Настоящие рекомендации в предварительной версии были рецензированы независимыми экспертами, которые оценивали доступность рекомендаций для понимания, доходчивости их изложения, важность рекомендаций, как рабочего инструмента повседневной практики.

Консультация и экспертная оценка:

Проект рекомендаций рецензирован независимыми экспертами, оценивалась доходчивость и точность интерпретации доказательной базы, лежащей в основе рекомендаций.

Проект рекомендаций был выставлен для обсуждения профессиональным сообществом на сайте Российского общества психиатров.

Рабочая группа:

Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации были повторно проанализированы членами рабочей группы, которые пришли к заключению, что все замечания и комментарии экспертов приняты во внимание, риск систематических ошибок при разработке рекомендаций сведён к минимуму.

2. ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

2.1 Определение

До настоящего времени значительное место в общей структуре психической патологии детей и подростков принадлежит резидуально-органическим психическим расстройствам. Высокая распространенность, полиморфизм клинических проявлений, их взаимосвязь, неоднородность этиопатогенетических факторов, динамических критериев приносят порой нечеткость и неоднородность в систематику и терминологию данной патологии. Среди детских психиатров отсутствует единый методологический подход к формулировке диагноза. Так, американские и европейские специалисты пользуются разными классификациями (DSM и МКБ соответственно). Более того, терминологическая неопределенность связана с разными подходами в отечественной и зарубежной детской психиатрии.

В отечественной детской психиатрии нарушения, обусловленные пре-, перинатальными факторами (внутриутробная гипоксия, родовая травма и др.), относят к резидуально-органическим нервно-психическим расстройствам (Сухарева Г.Е., 1974; Ковалёв В.В., 1995; Буторина Н.Е., 2008). В их основе лежит раннее органическое поражение головного мозга (например, родовая травма). Их делят на так называемые *дизонтогенетические формы* (с нарушением морфо-функциональной

зрелости мозговых структур) с синдромами нарушения развития отдельных систем мозга. Это задержки психоречевого развития, психический инфантилизм, «органический аутизм» и резидуальная олигофрения. И выделяют *энцефалопатические формы* органических психических расстройств (сочетание незрелости с признаками повреждения мозговых структур) с преимущественно церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным и диэнцефальным синдромами. Здесь же обозначены синдромы гидроцефалии, эпилептический, органической деменции и периодический органический психоз (Ковалёв В.В., 1995). Такой подход долгие годы оставался в отечественной детской психиатрии, практически до введения МКБ – 10.

Обсуждая международный опыт работы по данной проблеме, следует остановиться на концепции «минимальной мозговой дисфункции», которая занимала прочные позиции в течение многих лет. Считалось, что результатом серьёзных мозговых повреждений является умственная отсталость и церебральный паралич. Тогда как при менее серьёзных - возможно появление множества клинических проявлений, включая гиперактивность, тики, расстройства развития, аутизм. Это так называемая концепция «континуума репродуктивного травматизма», которая на сегодняшний день считается чрезмерно упрощенной и в целом неверной (Р.Никол, 2009). Анализ и сопоставление имеющихся данных не подтверждает гипотезу о том, что минимальное мозговое расстройство служит причиной психических расстройств в детском возрасте (Rutter M., 1970, 1982, 2002).

Современное рассмотрение последствий мозговых повреждений в детском возрасте должно строиться на опыте прошлого, опираться на взгляды неврологических и психиатрических школ и квалифицироваться с позиций используемой в России международной классификации болезней (МКБ-10).

В этом контексте важным является, прежде всего, определение содержания самого понятия «органическое психическое расстройство».

Следует отметить, что этим термином принято обозначать лишь последствия закончившегося церебрального заболевания - «резидуально-органические психические расстройства». Эти расстройства характеризуются разнообразными психическими нарушениями, имеющими общую патогенетическую основу, представленную сочетанием механизмов повреждения и выпадения функций с механизмами нарушенного развития. Соотнесение этих взглядов, сложившихся в отечественной детской клинике, с диагностическим классом F0 МКБ-10 показало, что современные систематики не отражают всего многообразия непсихотических и психотических форм органических психических расстройств в детском возрасте.

В силу морфологической незрелости головного мозга, высоких компенсаторных возможностей его систем и структур, степени тяжести повреждения клиническая картина последствий мозговых повреждений будет определяться тесным переплетением неврологических и психических симптомов. Чем меньше возраст ребенка, тем больше нарушений развития неврологических функций. С возрастом происходит перераспределение акцентов симптоматики в сторону психических расстройств. Из всех перечисленных исходов мозговых повреждений в компетенции невролога будут находиться ДЦП, гидроцефалия и эпилепсия. Хотя как показывает практика, и в этих случаях необходимо двойное наблюдение специалистов (неврологов и психиатров). Клинические особенности органических психических расстройств в детском возрасте связаны с морфологической незрелостью мозга и определяются возрастным уровнем нервно-психического развития. В дошкольном возрасте проявления атипичны, рудиментарны и выражаются сочетанием неврологической симптоматики с невропатическими признаками и задержкой развития. В школьном возрасте

большой удельный вес занимают расстройства познавательных процессов с нарушением школьных навыков. В дальнейшем, к пубертатному периоду, увеличиваются проблемы эмоционально-волевой сферы и патологии личности.

2.2 Эпидемиология

О частоте органических психических расстройств в детском возрасте трудно получить достоверные данные. Точные показатели о распространенности отсутствуют. Систематических эпидемиологических исследований данных расстройств в детской популяции не проводилось. Отдельные работы дают около 10-12% детей, страдающих различными формами органических психических расстройств в детском возрасте. По данным других авторов частота встречаемости доходит до 47%. Соотношение лиц мужского и женского пола составляет 2:1.

2.3 Этиология

1. Пренатальные и перинатальные факторы: гипоксически-ишемические повреждения головного мозга, аномалии развития головного мозга, внутриутробные инфекции, наследственные болезни обмена, родовая травма, недоношенность, хроническая плацентарная недостаточность и др.

2. Постнатальные факторы:

-Эпилепсия

-Мозговые инфекции

-Черепно-мозговая травма

-Новообразования мозга

-Токсические и метаболические (химический и радиационный фактор, неполноценное питание, злоупотребление лекарственными препаратами и т. д.) нарушения

-Тяжелые соматические, инфекционные, аллергические заболевания с явлениями токсикоза, гипертермии

2.4 Патогенез

Исходами перинатальных факторов являются хроническая внутриутробная гипоксия, замедление роста и развития новорожденных (врожденная гипотрофия), а также морфофункциональная незрелость, глубокие изменения обменных процессов, микроциркуляции и кровоизлияния.

Головной мозг при перинатальных поражениях может повреждаться на разных стадиях формирования. Одним из важных звеньев патогенеза является перивентрикулярная лейкомаляция. Повреждение перивентрикулярной области мозга может происходить не только в период дифференцировки глиоцитов, но и в период формирования и миграции нейронов, т.е. в более ранние сроки нейроонтогенеза.

Патология развития приводит к нарушению процессов созревания мозга.

2.5 Классификация

В отечественной детской психиатрии использовалась классификация органических психических расстройств В.В.Ковалева (1988).

I. Преимущественно дизонтогенетические формы.

1. Синдромы нарушения развития отдельных систем мозга: речи, психомоторики, пространственных представлений, чтения, письма, счета др.
2. Синдром психического и психофизического инфантилизма
3. Синдром «органического аутизма» по С.С.Мнухину (1968)
4. Синдром резидуальной олигофрении

II. Преимущественно энцефалопатические формы

1. Церебрастенические синдромы
2. Неврозоподобные синдромы
3. Психопатоподобные синдромы
4. Диэнцефальные синдромы
5. Синдромы гидроцефалии
6. Эпилептиформные синдромы

7. Синдромы резидуально-органической деменции
8. Периодические психозы у подростков

III. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического)

генеза

1. ДЦП
2. Атипичные резидуальные олигофрении

Соотношение клинических форм (синдромов) классификации В.В.Ковалева и МКБ-10 (отечественных подходов и международных) представлено в табл.3.

Таблица3

Классификация (В.В.Ковалев, 1988)	По МКБ 10
I. Преимущественно дизонтогенетические формы	
1.1. Синдромы нарушения развития отдельных систем мозга	F80. нарушения психологического развития: F80. специфические расстройства развития речи; F81. специфические расстройства развития школьных навыков; F82. специфические расстройства развития двигательных функций; F83. смешанные специфические расстройства
1.2. синдром психофизического инфантилизма	F91 расстройства поведения F60.8 другое расстройство личности
1.3. синдром «органического аутизма»	F84.0. детский аутизм
1.4. синдром резидуальной олигофрении	F70. умственная отсталость
II. Преимущественно энцефалопатические формы	
<i>II.1. Церебрастенический синдром</i>	F06.6. органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство;
<i>II.2. Неврозоподобные синдромы:</i> Гиперкинетический Тики Заикание Страхи Энурез Энкопрез Истероформный Депрессивно-дистимический Сенестопатически-ипохондрический	F90.0. гиперкинетические расстройства F95. тиковые расстройства; F98.5 заикание; F93. эмоциональные расстройства специфические для детского возраста; F98.0. неорганический энурез; F98.1. неорганический энкопрез; F06.5. органическое диссоциативное расстройство; F92. смешанные расстройства поведения и эмоций; F92.0. депрессивное расстройства поведения; F92.8. другие смешанные расстройства поведения и эмоций;

	F30-39. расстройства настроения;
<i>II.3. психопатоподобные синдромы</i>	F91. расстройства поведения F07.0. органическое расстройства личности
<i>II.6. эпилептиформные синдромы</i>	G40 -эпилепсия
<i>II.7. синдром резидуально- органической деменции</i>	F07.1. постэнцефалитический синдром; F07.2. посткоммоционный синдром; F00 деменция
<i>II.8. периодические психозы</i>	F07. Шизофреноподобные психозы
III. Формы смешанного (энцефалопатически-дизонтогенетического) генеза	
III.1. ДЦП	
III.2. Атипичные резидуальные олигофрении	F7. Умственная отсталость

Несмотря на терминологические различия в классификациях приведенное сравнение является корректным и может быть использовано в качестве основы для клинических рекомендаций в России. *Главным условием является то, что для полноты диагностического охвата рекомендуется при необходимости использовать одновременно два кода или более из МКБ-10.*

2.6 Возрастные особенности ОПР у детей. Диагностика в разные возрастные периоды.

Клиническая картина на первом году жизни определяется переплетением неврологических и психических симптомов:

- Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (беспокойство, тремор подбородка и конечностей, оживление рефлексов, вздрагивания, нарушения сна)
- Синдром общего угнетения (вялость, адинамия, снижение рефлексов, низкая реакция на окружающее)
- Гипертензионно-гидроцефальный синдром (повышение ликворного давления)
- Эпилептические синдромы (генерализованные или фокальные приступы)
- Задержка становления моторных и речевых функций

Клиническая картина дошкольного возраста (до 5 лет)

- Невропатические расстройства (повышенная возбудимость, вегетативная неустойчивость, нарушения сна)
- Двигательная расторможенность
- Оппозиционно-вызывающее поведение
- Диспраксия развития (моторная неловкость)
- Нарушения психологического развития (задержка речевого развития)
- Дефицит внимания, слабость запоминания
- Неврозоподобные симптомы (страхи, тики, заикание)
- Неврологическая микросимптоматика

Клиническая картина младшего школьного возраста (7-9 лет)

- Дизлексия
- Дискалькулия
- Дизграфия
- Церебральная астения
- Дефицит внимания с гиперактивностью
- Оппозиционно-вызывающее поведение
- Неврозоподобные симптомы (страхи, тики, заикание)

Клиническая картина препубертата и пубертата (10 - 12 лет и старше)

- Церебральная астения
- Вегетативно-невротическая неустойчивость
- Когнитивные нарушения
- Эмоционально-волевая неустойчивость
- Неврозоподобные симптомы (страхи, тики, заикание)
- Аффективная возбудимость с агрессивностью (психопатоподобный синдром)
- Органическое расстройство личности

2.7 Модели пациентов с органическим психическим расстройством при оказании специализированной медицинской помощи:

Группы синдромов органических психических расстройств в рамках МКБ-10 рассматриваются в зависимости от возраста, этиопатогенетического подхода и ведущего симптомокомплекса. Модели оказания помощи пациентам в детском возрасте с органическим психическим расстройством могут быть выделены по трем основным симптомокомплексам:

1. когнитивные нарушения,
2. личностные и поведенческие расстройства,
3. психотические психические расстройства

2.7.1. Модель 1 - когнитивные нарушения (F02; F04; F06.6; F06.7; F70; F80-89).

Квалификация когнитивных расстройств опирается на время их возникновения и уровень нервно-психического развития ребенка. Так, у большинства пациентов риск возникновения синдромов органических психических расстройств, связан с различными факторами, возникающими в возрасте до 3-х лет. В данном случае еще не закончено морфофункциональное развитие головного мозга и как правило, у этих детей формируется либо общее психическое недоразвитие (умственная отсталость), либо задержка психического развития. Патогенетически данные расстройства обусловлены органическим поражением головного мозга (дизонтогенетическим, энцефалопатическим). При повреждении после 3-х лет, на фоне сформировавшихся психических функций, возможно развитие интеллектуального дефекта, а именно деменции (слабоумие), либо легкого снижения когнитивной продукции.

Церебрастеническое (эмоционально-лабильное) расстройство (F06.6). Церебральная астения проявляется в виде раздражительной слабости, включающей, с одной стороны, повышенную психическую истощаемость, быструю утомляемость, низкую работоспособность (как умственную, так и

физическую), с другой, повышенную раздражительность, эмоциональную лабильность и готовность к аффективным вспышкам. Астеническая симптоматика в одних случаях является манифестирующей, появляется в дебюте психических нарушений. Преимущественно это характерно для детей школьного возраста. В других, как правило, сопровождается формированием синдромологической структуры психоорганического (энцефалопатического) синдрома и является основополагающей.

Основные диагностические критерии:

1. Утомляемость
2. Низкая работоспособность
2. Нарушение внимания
3. Снижение памяти
4. Раздражительность, эмоциональная лабильность
5. Неприятные физические ощущения, боли

К *легкому когнитивному расстройству* (F06.7) относится снижение когнитивной продуктивности, включающее нарушение памяти, внимания, трудности в обучении и работоспособности и не достигающее до уровня деменции. А *деменция* (приобретенное слабоумие) (F02), является синдромом, обусловленным заболеванием мозга, как правило, прогрессирующего характера (например, эпилепсия), при котором отмечаются нарушения всех высших корковых функций, включающих память, мышление, ориентировку, понимание, счет, способность к обучению, язык и суждения. Снижение интеллекта и уровня ранее приобретенных знаний может происходить вплоть до утраты элементарных навыков, способностей к самообслуживанию (афазия, алексия, апраксия). Критерий постановки деменции в детском возрасте соответствует возрасту старше 3 лет.

При наличии в анамнезе экзогенно-органического заболевания головного мозга с нарушением памяти на недавние события, антероградной и

ретроградной амнезией, снижением способности к воспроизведению событий прошлого в обратном временном порядке может свидетельствовать о органическом амнестическом синдроме (корсаковский синдром) – F04.

Умственная отсталость (F70-F79) – состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллекта, т.е. когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для идентификации степени умственной отсталости используются диагностические критерии F70-F73 (легкая, умеренная, тяжелая, глубокая), а для указания причины заболевания (например, родовая травма) указывается пятый знак – F7x.x2 - ...обусловленная предшествующей травмой.

Нарушения психологического (психического) развития (F80-F89) – сюда включаются так называемые дизонтогенетические формы синдромов нарушенного развития (задержка речевого развития, задержка развития моторики, синдромы нарушения развития «школьных навыков»).

Особенностью данной группы расстройств является обязательное начало в младенческом или детском возрасте, тесная связь с повреждением или задержкой в развитии функций с биологическим созреванием мозга. Имеет место непрерывное течение без ремиссий или рецидивов, чаще всего повреждаются речь, зрительно-пространственные навыки и координация движений.

Общие признаки:

- ✓ Начало в раннем детском возрасте без предшествовавшего периода нормального развития
- ✓ Повреждение или задержка развития функций тесно связаны с биологическим созреванием Ц.Н.С., с нарушением формирования межанализаторных связей

✓ Постоянное течение без ремиссий и рецидивов с тенденцией у большинства форм к уменьшению тяжести нарушений с возрастом

В данную рубрику входят:

1.F80 специфические расстройства развития речи – позднее овладение разговорной речью (по сравнению с возрастными нормами), не соответствующее общему уровню когнитивного функционирования ребенка.

Здесь выделяют:

- *F80.0 специфическое расстройство артикуляции речи* – нарушение звукопроизношения, использование звуков речи не соответствует умственному развитию ребенка. В данную рубрику включаются дислалия, расстройство фонологического развития.

- *F80.1 расстройство экспрессивной речи* – нарушение разговорной речи, характеризуется бедностью словарного запаса, низким уровнем словесного общения, трудностями развернутого речевого высказывания, аграмматизмами. Сюда относится общее недоразвитие речи, афазия развития.

- *F80.2 расстройство рецептивной речи* – нарушение способности ребенка к пониманию речи при нормальном умственном развитии.

- *F80.8 другие расстройства развития речи* – в МКБ-10 предложены варианты: F80.82 – задержка речевого развития, сочетающаяся с задержкой интеллектуального развития и специфическими расстройствами учебных навыков. Такое сочетание расстройств развития достаточно часто встречается при последствиях родового травматизма.

2.Специфические расстройства развития школьных навыков F81 – повреждена способность к нормальному приобретению школьных навыков. Сюда включаются:

- *F81.0 Специфическое расстройство чтения* – выражено многочисленными ошибками (замены, пропуски букв, несоблюдение их

последовательности), сочетающееся с низким темпом чтения. Синонимом данного расстройства является дислексия развития.

- *F81.1 Специфическое расстройство правописания (спеллингования)* – значительное расстройство письменной речи, характеризующееся многочисленными ошибками стойкого характера, сочетающимися с низким темпом письма. Другое название данного расстройства – дисграфия.

- *F81.2 Специфическое расстройство арифметических навыков* – нарушение обучения счету. Синоним – дискалькулия развития, как правило обусловлена несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе овладения навыками счета (внимания, памяти, абстрактно-логического мышления, зрительно-пространственного и зрительно-воспринимающего гнозиса).

- *F81.3 Смешанное расстройство школьных навыков* – значительная недостаточность навыков чтения, письма, счета. Носит мозаичный характер, а школьная неуспеваемость – более выражена, чем при изолированных специфических расстройствах развития школьных навыков.

3. Специфическое расстройство развития двигательных функций F82 – диспраксия развития, характеризуется нарушением развития двигательной координации, динамического и кинестетического праксиса.

4. Смешанные специфические расстройства развития F83 – наличие у ребенка специфических расстройств развития речи, школьных навыков, двигательных функций в сочетании с некоторой степенью нарушения когнитивных функций. Данная рубрика по клиническим характеристикам приближается к диагностической категории «задержка психического развития» в понимании отечественной детской психиатрии.

2.7.2. Модель 2 - поведенческие и личностные расстройства (F07, F90, F92).

Эмоционально-волевые и поведенческие нарушения (F07; F90-F99).

Одним из наиболее выраженных синдромов органических психических расстройств является *синдром эмоционально-волевых расстройств*. В структуре эмоциональных нарушений доминирует лабильность, неустойчивость, которые включаются в астеническую симптоматику и поведенческие реакции. Проявления расстройств поведения зависят от возраста пациентов и определяются типом личностных реакций. Превалируют аффективная возбудимость с агрессивностью, расторможением примитивных влечений и эмоционально-волевая неустойчивость с отсутствием волевых задержек, повышенной внушаемостью, что проявляется оппозиционно-вызывающим и социализированным расстройством поведения. Иными словами, ведущими проявлениями являются психопатоподобные состояния, в понимании отечественной детской психиатрии. Эмоционально-волевые и поведенческие расстройства в рамках психоорганического синдрома у детей, должны рассматриваться в возрастном аспекте. Данные нарушения обусловлены незрелостью, несформированностью личности и проявляются полиморфизмом симптомов, сочетанием поведенческих реакций с расстройствами невротического уровня. Динамика эмоционально-волевых и поведенческих расстройств свидетельствует о патологической трансформации личности. В этой связи в детском возрасте эта группа расстройств включает рубрики F07 – расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения и дисфункции головного мозга и F90-92 – эмоциональные и поведенческие расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте. Сюда входят:

1) *Гиперкинетические расстройства F90* – кардинальные признаки складываются из симптомов нарушенного внимания, повышенной двигательной активности и импульсивности. Нарушение внимания проявляется преждевременным прерыванием выполнения заданий и начатой

деятельности. Двигательная активность означает не только выраженную потребность в движениях, но и чрезмерное беспокойство, болтливость, шумное поведение. Импульсивность или склонность к слишком быстрым, необдуманным действиям, проявляется как в повседневной жизни, так и в ситуации обучения, так называемый «импульсивный стиль работы».

Выделяют следующие подгруппы расстройства:

F90.0 Нарушение активности и внимания – присутствуют только симптомы нарушенного внимания, гиперактивности и импульсивности

F90.1 Гиперкинетическое расстройство поведения – характеризуется симптомами гиперкинетического расстройства в сочетании с критериями расстройства поведения (F91).

2) *Расстройства поведения (F91)*

- стойкое диссоциальное, агрессивное или вызывающее поведение, проявляющееся в:

а) чрезмерной драчливости или хулиганстве; б) жестокости к другим людям или животным; в) умышленном и значительном повреждении собственности; г) поджогах; д) воровстве, лжи; ж) прогулах школы и уходах из дома; з) необычно частых и тяжелых вспышках гнева; е) вызывающем, провокационном поведении; ё) откровенном непослушании.

3) *смешанные расстройства поведения и эмоций (F92)* – характеризуются стойким диссоциальным, агрессивным поведением в сочетании с заметными симптомами депрессии, тревоги и другими эмоциональными нарушениями. В данную рубрику включаются психопатоподобные формы поведения, сочетающиеся с эмоциональными расстройствами. Сюда входят дисфории, истероформные состояния, расстройства невротического спектра (фобии, навязчивые движения, действия, мысли). При этом негативная симптоматика будет обусловлена в нашем случае кругом органических психических нарушений (истощаемость, утомляемость, нарушения когнитивного функционирования и др.)

К завершению пубертатного периода при квалификации данных нарушений возможно использование рубрики *F07. – органическое расстройство личности (ОРЛ)*. Клиническая структура ОРЛ в подростковом возрасте отличается синдромальной незавершенностью и выраженным клиническим полиморфизмом. Формирование подобной гетерогенной структуры расстройства обусловлено воздействием разнообразных экзогенно-органических факторов, особенностями нарушенного онтогенетического развития и собственно психоэндокринным патопластическим влиянием пубертатного периода. В пубертатный период клинические признаки психоорганического синдрома чаще всего представлены фасадными психопатоподобными и поведенческими расстройствами, являющимися следствием нарушенного психического развития, которые в совокупности с воздействием ряда органических факторов определяют многокомпонентную и гетерогенную структуру психопатологических проявлений ОРЛ.

При этом должны выполняться общие критерии расстройства личности и поведения по МКБ-10. Для установления достоверного диагноза требуется два и более из перечисленных ниже признаков.

1. *Значительное снижение способности справляться с целенаправленной деятельностью*, особенно требующей длительного времени и небыстро приводящей к успеху;

2. *Измененное эмоциональное поведение*, характеризующееся эмоциональной лабильностью, поверхностным неоправданным весельем (эйфория, неадекватная шутливость), которое легко сменяется раздражительностью, кратковременными приступами злобы и агрессии. В некоторых случаях наиболее яркой чертой может быть апатия;

3. *Расстройства влечений*. Выражения потребностей и влечений могут возникать без учета последствий или социальных условий (пациент

может совершать антисоциальные акты, как например, воровство, обнаруживать прожорливость или не соблюдать правил личной гигиены);

4. *Когнитивные нарушения* в форме подозрительности или параноидных мыслей или чрезмерная озабоченность одной, обычно абстрактной темой (например, религией, идеи реформаторства др.);

5. *Расстройства мышления*. Выраженные изменения в темпе и потоке речевой продукции, с чертами случайных ассоциаций, вязкость и гиперграфия;

При выраженных локальных изменениях (синдром лобной доли и др.) в клинической картине могут выступать признаки дефицита функций соответственно топике органического поражения мозга: гиподинамия, апато-абулические расстройства, нарушение поведения, речевые расстройства, нарушения функций письма, чтения и др.

Для систематизации клинических проявлений, а также удобства диагностической квалификации выделены основные и дополнительные регистры психопатологических симптомокомплексов. К основным регистрам патологических нарушений при ОРЛ у несовершеннолетних относятся личностный, органический и дизонтогенетический. К дополнительным — подростковый психопатологический, психоэндокринный, неврологический, патопсихологический (Е.В.Макушкин с соавт., 2013).

Личностный регистр включает: психопатологические личностные нарушения, поведенческие девиации, расстройства сферы влечений.

Для органических личностных расстройств у подростков характерны эксплозивные формы реагирования, поведенческие нарушения в виде делинквентной и криминальной активности, химические (злоупотребление алкогольными напитками, токсическими и наркотическими веществами) и нехимические (гемблинг, интернет-зависимость) формы зависимости, сексуальные девиации.

К *органическому регистру* относятся когнитивные, аффективные,

церебрастенические, гиперкинетические и пароксизмальные расстройства.

Когнитивные расстройства выявляются у большинства подростков. Аффективная симптоматика представлена дисфорическими, дистимическими и субдепрессивными нарушениями. Среди пароксизмальной симптоматики наиболее часто встречаются синкопальные состояния, парасомнии (первичный энурез, сомнамбулизм, сноговорение), эпилептические приступы.

В дизонтогенетический регистр входят разнообразные нарушения в виде задержки развития, а также вариантов задержанного, поврежденного и дисгармонического развития, предопределяющие многообразие клинических проявлений органических психических расстройств в пубертатный период.

Подростковые психопатологические синдромы представлены сверхценными образованиями, синдромом патологического фантазирования и дисморфофобическими переживаниями.

Психоэндокринные нарушения в структуре органических психических расстройств в подростковом возрасте проявляются гипоталамо-гипофизарными дисфункциями, включающими вегетативные нарушения, эндокринные расстройства (ожирение, гинекомастию, гипогонадизм, патологию щитовидной железы, гиперпролактинемию и др.), которые, как правило, сопровождаются нарушениями сексуального поведения и эмоциональной сферы.

Неврологический регистр объединяет синдром дизонтогенеза (дизэмбриогенеза), включающий малые аномалии развития (дизонтогенетические стигмы) и признаки незрелости с динамическими нарушениями высших корковых функций, а также общемозговые и очаговые симптомы и симптомокомплексы. К последним относятся гипертензионно-гидроцефальный синдром и синдром вегетативной дисфункции. Из очаговых симптомов и синдромов наиболее часто встречаются зрачковые и глазодвигательные, псевдобульбарные, пирамидные и экстрапирамидные

нарушения. На электроэнцефалограмме чаще обнаруживаются диффузные общемозговые нарушения биоэлектрической активности мозга, которые выражаются в снижении лабильности и слабой реактивности мозговых структур по органическому типу. Таким образом, к *критериям диагностики* ОРЛ в подростковом возрасте могут быть отнесены:

- 1) личностные психопатологические характеристики с доминированием эксплозивных форм реагирования;
- 2) поведенческие расстройства, характеризующиеся полиморфизмом проявлений (девиантным, делинквентным, социализированным, криминальным и агрессивнокриминальным поведением);
- 3) формирующиеся расстройства влечений, представленные комбинированными формами аддикций (зависимостью и злоупотреблением психоактивными веществами, игровыми аддикциями, расстройствами сексуального предпочтения);
- 4) расстройства когнитивной сферы, проявляющиеся дефицитностью познавательных функций: мышления, восприятия, внимания, памяти и речи;
- 5) аффективные расстройства с преобладанием дисфорических, дистимических и субдепрессивных форм;
- 6) пароксизмальные расстройства;
- 7) изменения сроков и темпов онтогенетического формирования;
- 8) неврологические признаки общемозговой и очаговой симптоматики, подтверждаемые нейрофизиологическими и нейровизуализирующими методами исследования;
- 9) признаки органического патопсихологического симптомокомплекса (пониженный уровень функционирования познавательных процессов, в том числе мнестических функций, сниженная работоспособность, эмоционально-волевые нарушения).

Динамика ОРЛ в подростковом возрасте может иметь 3 варианта течения.

Прогрессирующее течение (1-й вариант) определяется усложнением клинических симптомов с переходом от более легких к более тяжелым регистрам поражения. Такому неблагоприятному течению органической патологии способствуют массивные экзогенные воздействия, приводящие к поврежденному развитию с последующим формированием выраженных когнитивных расстройств, взрывной личностной структуры, присоединением дисфорических аффективных состояний, расстройств сферы влечений и пароксизмальных компонентов.

Регрессирующее течение (2-й вариант) характеризуется относительно благоприятной клинической динамикой с нивелировкой ранних энцефалопатических нарушений в пубертатном периоде, преобладанием в клинической картине дизонтогенетических маркеров в форме задержанного развития с незрелостью личностной структуры, познавательной деятельности, эмоционально-волевой регуляции.

Периодическое течение (3-й вариант) проявляется ундулирующим, волнообразным течением с возникновением декомпенсаций органической патологии в форме психопатоподобных состояний, находящихся в прямой зависимости от травматических и психогенных факторов.

2.7.3. Модель 3 - психотические психические расстройства

Психотические психические расстройства (экзогенно-органические) могут возникать как в острые периоды, так и в отдаленные периоды церебральных расстройств – черепно-мозговая травма, нейроинфекция, интоксикация, текущее заболевание головного мозга.

Эпидемиология. Точные данные о распространенности расстройств отсутствуют.

Клинические группы:

1. Органические шизофреноподобные психозы
2. Органические аффективные психозы
3. Органические галлюцинозы
4. Эпилептические психозы

Органические шизофреноподобные психозы (F06.2)

Клиническая картина шизофреноподобного психоза представлена галлюцинаторно-бредовыми синдромом. У детей наблюдаются различные галлюцинаторные переживания: вербальные истинные и псевдогаллюцинации, зрительные обманы восприятия, галлюцинации общего чувства, реже тактильные и обонятельные галлюцинации; имеют место бредовые идеи воздействия, преследования, значительно реже — величия. Наряду с галлюцинаторной и бредовой симптоматикой могут наблюдаться отдельные психосенсорные нарушения (расстройства схемы тела, метаморфопсии), быстро сменяющие друг друга тревога и эйфория, утомляемость, плаксивость, временами возникающие состояния астенической спутанности, оглушенности, кратковременные делириозные эпизоды с массивной иллюзорной и галлюцинаторной симптоматикой. По выходу из психотического состояния характерны церебрастенические проявления (И.В.Макаров, 2007, 2013).

Органические аффективные психозы (F06.3)

В клинической картине этих психозов прежде всего наблюдаются различные аффективные нарушения, склонные к рецидивированию и составляющие основную симптоматику. В структуре органических аффективных психозов у детей выделяют депрессивно-дисфорические состояния. На первый план выступает сниженное настроение, сопровождающееся недовольством окружающими, их поступками и высказываниями, собственными действиями. Дети становятся хмурыми, склонными к вспышкам агрессии, часто вступают в драки.

Депрессивно-деперсонализационные расстройства характеризуются сниженным настроением, различными явлениями деперсонализационно-дереализационного синдрома. Маниакальные синдромы сопровождаются нелепой эйфорией или дурашливостью. На первый план выступают двигательная расторможенность, неадекватное ситуации веселье, глупые шутки, ускоренное мышление или же лёгкость образования ассоциаций.

Наряду с аффективной симптоматикой могут быть отдельные галлюцинаторные включения в виде как истинных слуховых, так и, реже, псевдогаллюцинаций, зрительных обманов восприятия, психосенсорных расстройств, гиперестезических явлений, парестезий (И.В.Макаров, 2007, 2013).

Органические галлюцинозы (F06.0)

Характерно наличие вербального галлюциноза, как истинного, так и вербального псевдогаллюциноза, который преобладает по частоте встречаемости. Выделяют острый — длительностью до 1 месяца, а также затяжной — не более 6 месяцев — варианты. Хронические варианты течения вербального галлюциноза у детей не зарегистрированы. Другие виды галлюцинозов (зрительный, тактильный и т.д.) встречаются в детском возрасте крайне редко.

Наряду с основной симптоматикой у этих детей наблюдались церебростенические проявления, головные боли, эмоциональная лабильность, ночной энурез. Началу заболевания чаще всего предшествовали шум или щелчки в ушах, головные боли и головокружения, носовые кровотечения. Галлюцинаторные явления у ряда больных имели волнообразный характер — исчезали на несколько дней спонтанно или на фоне проводимой терапии, затем возникали вновь.

По выходу из психоза всегда отмечают церебростенические явления: повышенная утомляемость, снижение школьной успеваемости, головные

боли, жалобы на ухудшение памяти, реже неврозоподобные нарушения (энурез, расстройства сна, обсессивные явления) (И.В.Макаров, 2007, 2013).

Эпилептические психозы (F05.02; F06.02; F06.12; F06.22).

Эпилептические психозы в детском возрасте встречаются достаточно редко. По отношению к основному клиническому проявлению эпилепсии – припадку, их делят на преиктальные, постиктальные и межиктальные. Преиктальные и постиктальные психозы протекают в виде сумеречных состояний, дисфорий, делирия и дисфории. Межиктальные психозы, как правило, имеют клиническую картину с шизофреноподобной симптоматикой. Происхождение эпилептических психозов связано преимущественно с формой эпилепсии, а именно локализацией эпилептического очага – височной и лобной. Кроме того, возможно появление психоза в связи с феноменом форсированной нормализации, осложнением антиэпилептической терапии, побочным действием антиэпилептических препаратов (АЭП), резкой отменой АЭП. Нужно помнить, что статус фокальных приступов, как простых, так и сложных может внешне напоминать картину психоза, который в данном случае может расцениваться, как иктальный.

По длительности течения психозы подразделяют на острые (транзиторные), продолжительностью до нескольких часов и хронические. В зависимости от уровня расстройства сознания выделяют психозы на фоне ясного сознания и с помрачением сознания (например, делирий, сумерки).

2.8 Диагностика органических психических расстройств в детском возрасте:

Диагностические указания:

1. Установлена четкая причинная связь с повреждением, приведшим к церебральной дисфункции

- Первичной (при непосредственном поражении головного мозга)

- Вторичной (при системных заболеваниях, когда мозг повреждается как одна из систем организма)

2. Патогномоничные симптомы (характерны и постоянны):

- Нарушение когнитивных функций (память, интеллект, обучение, внимание)

- Нарушения сознания

- Расстройства восприятия, мышления, эмоций, общего склада личности, поведения – менее специфичны

Основные принципы диагностики ОПР:

1. Приоритетность патогномоничных психоорганических расстройств, без верификации которых не может быть обосновано психическое расстройство как таковое;

2. Прямая зависимость между перенесённой вредностью и вероятностью формирования последствий в виде психических расстройств (тяжесть, локализация, острота воздействия; этап болезни, возраст пациента, его индивидуальная реактивность)

3. Линейные корреляции между выявляемыми патобиологическими паттернами органического поражения и характером актуального психического расстройства;

4. Вариабельность феноменологических проявлений ОПР – от «органической почвы» (по С.Г.Жислину, 1965), т.е. минимальных последствий, до прогрессивных вариантов ОПР с активной клинической динамикой, неуклонным распадом психики.

5. Объективный анамнез (наследственная отягощенность психическими заболеваниями, прежде всего, наследственно-дегенеративными)

6. Данные об особенностях развития пациента

7. Информация о преморбидных особенностях (до перенесенных экзогений)

8. Данные о начале, длительности и особенностях течения заболевания, характере оказанной психиатрической помощи

Диагноз органического психического расстройства (ОПР) является клиническим и устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза, клинико-психопатологического, психологического и нейропсихологического, нейрофизиологического, нейрорадиологического обследования, осмотра невролога, офтальмолога, педиатра, логопеда, дефектолога.

Критерии ОПР:

- Наличие «сквозного» синдрома – астенический (церебрастенический)
- Клиническая картина определяется периодом психического развития (уровнем возрастного нервно-психического реагирования)
- Наличие соматовегетативных нарушений (диэнцефальные, метеозависимость, непереносимость жары и т.д.)
- Наличие неврологической микросимптоматики
- Наличие параклинических признаков, подтверждающие диагноз (ЭЭГ, КТ, МРТ, психологическое и нейропсихологическое исследование)
- Наличие косвенных признаков при обследовании у офтальмолога, педиатра, дефектолога

Клиническое психиатрическое обследование включает психопатологическое изучение пациентов, что дает основные сведения для диагностики психического заболевания, с помощью него изучаются общие закономерности и природа психических расстройств.

С целью единого подхода к квалификации психических расстройств постановка ведущих психопатологических синдромов проводится в соответствии с МКБ-10 (ВОЗ, 1994, 1995; Попов Ю.В., Вид В.Д., 1996; Краснов В.Н., Гурович И.Я., 1999; Самохвалов В.П., 2002; Чуркин А.А.,

Мартюшов А.Н., 2004), психиатрического раздела. В отдельных случаях при описании и интерпретации психических нарушений возможно использование отечественной классификации (Ковалев В.В., 1979, 1995).

При оценке *неврологического статуса* учитываются критерии, достаточно широко используемые в клинике: нарушения черепной иннервации (косоглазие, птоз, недостаточность конвергенции, центральный парез лицевого нерва, подъязычного нерва, различные виды нистагма, дизартрии); двигательные нарушения (мышечная дистония, асимметрия мышечного тонуса, анизорефлексия, наличие патологических рефлексов); координаторные нарушения (неустойчивость при ходьбе, неловкость, неуклюжесть, положительные пробы на адиодохокинез, тремор век, конечностей); вегетативные расстройства в виде дистального гипергидроза, красного разлитого дермографизма.

Инструментальные методы исследования направлены на возможное установление патогенетических механизмов психических нарушений, а также верификацию характера органического поражения головного мозга и проведение дифференциального диагноза с другими психическими расстройствами.

Электроэнцефалографическое исследование (ЭЭГ) – метод, который находит широкое применение в диагностике различных заболеваний, связанных с поражением головного мозга. Изменения на ЭЭГ нозологически неспецифичны и результаты, полученные нейрофизиологом без клинических данных, не являются достаточными для постановки диагноза. С помощью записи биопотенциалов можно объективно исследовать функциональное состояние и выявить степень и локализацию поражений мозга. Электроэнцефалография отражает уровень зрелости и функциональной активности мозга, позволяет констатировать эпилептиформную активности, а также регистрировать косвенные признаки органического поражения головного мозга. При наличии пароксизмальных состояний необходимо

проведение ЭЭГ – видеомониторинга с записью как во время бодрствования, так и во время сна. Главным условием является верификация пароксизмального состояния.

Эхоэнцефалографическое исследование (ЭхоЭГ) позволяет выявить наличие внутренней гидроцефалии, при которой наблюдается увеличение размеров боковых и третьего желудочков мозга, появление высокоамплитудных сигналов.

Компьютерная томография (КТ), магнитно резонансная томография головного мозга (МРТ) являются в настоящее время основными методами прижизненной неинвазивной визуализации и выявления различных структурных аномалий головного мозга. Проводится при подозрении на наличие всевозможных органических внутричерепных изменений, в том числе дегенеративного характера. КТ и МРТ головного мозга позволяют точно локализовать имеющийся очаг поражения головного мозга, оценить его размеры и топографию, объективизировать состояние ликворной системы и определить прогноз заболевания.

Экспериментально-психологическое исследование:

С учетом ведущих, патогномоничных когнитивных симптомов в клинической картине в патопсихологическую диагностику следует включить следующие методики (не менее одной по каждой сфере).

Исследование памяти: методика 10 слов (произвольная слухоречевая произвольная память), парные ассоциации (смысловая произвольная память), пиктограмма (опосредованное запоминание, мышление, эмоционально-личностная сфера).

Исследование мышления: малая предметная классификация, пересечение классов, включение подкласса в класс, сравнение понятий, конструирование объектов, простые аналогии, кубики Кооса, и др.

Исследование внимания: таблицы Шульце (не менее двух), тест Струпа, методика Когана, Корректирующая проба, Шифровка и др.

Исследование восприятия: методика на объем восприятия, оценка перцептивных действий (идентификация формы и геометрическое моделирование) и др.

Тесты оценки интеллекта. Тест Векслера (WISC) позволяет получить представление не только об общем уровне интеллекта ребенка, но и об особенностях его структуры, дать количественный анализ интеллектуальной деятельности.

Нейропсихологическое обследование. Для выявления последствий органического поражения мозга у детей наиболее адекватными являются нейропсихологические методы обследования состояния высших психических функций (Симерницкая Э.Г., 1985; Хомская Е.Д., 1987; Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., 2001; Семенович А.В., 2002).

Исследование эмоционально-волевой сферы и индивидуально-психологических особенностей проводится с использованием различных самооценочных шкал (по Дембо-Рубенштейн, «Самочувствие-активность-настроение» - САН, и др.), проективных тестов (тесты Розенцвейга, Вагнера, рисуночные методики и др.) – не менее одной методики.

2.9 Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика направлена на исключение других психических расстройств, не являющихся следствием повреждения головного мозга (невротических, генетических и др.). Диагностика опирается на данные анамнеза, клинической симптоматики и психологического обследования, а также инструментальных и лабораторных методов диагностики. Ведущим в диагностических мероприятиях является:

1. указание на повреждение головного мозга
2. выявление патологической структуры головного мозга
3. выявление патогномоничных психопатологических симптомов.

3. ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРГАНИЧЕСКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

3.1 Общие аспекты

Органические психические расстройства с различными психопатологическими синдромами относятся к хроническим нарушениям, требующие длительного лечения и реабилитации. Терапевтические и реабилитационные мероприятия зависят от возраста, состояния развития пациента, тяжести расстройства, дополнительных осложнений (эпилепсия, ДЦП, гидроцефалия) и от семейных или микросоциально-средовых условий.

Выраженная тяжесть расстройства обуславливает необходимость интенсивных лечебных мероприятий, которые возможны лишь в условиях частичной или полной госпитализации. Выбор вида терапии зависит от предполагаемой длительности, интенсивности лечения и может проводиться в условиях стационара, полустационара (дневного стационара) и диспансера.

Показанием для *стационарного лечения (30 дней)* являются *2 и 3 модели пациентов* и подразумевает:

- ✓ Уточнение диагноза у первичного пациента с подключением лечебных мероприятий
- ✓ Тяжелые формы декомпенсации органических психических расстройств преимущественно с нарушением поведения (психопатоподобное, деструктивное, асоциальное), эмоционально-волевыми расстройствами (депрессия, суицидальное поведение) на фоне когнитивных нарушений, так и без них
- ✓ Психотические психопатологические синдромы (бред, галлюцинации, расстройства сознания)

На лечение в условиях *дневного стационара (полустационара)* направляются дети с *1 и 2 моделью* при декомпенсацией психомоторных (тики, заикание), эмоциональных (фобии, тревога) и когнитивных функций

(выраженная астения с расстройством внимания, памяти), а также при 3 модели вне обострений психотической симптоматики (30 дней).

Амбулаторное лечение проводится в рамках 1 и 2 модели (когнитивные и личностные расстройства) и предусматривает купирование декомпенсаций астенической, соматовегетативной симптоматики, проведение курсовой поддерживающей терапии и реабилитации (30-45 дней), а также первичное диагностическое обследование (в течение 3-х дней)

Основные принципы и направления организации медицинской помощи больным с органическим психическим расстройством:

Лечение пациентов с органическим психическим расстройством включает комплекс медицинских и социотерапевтических мероприятий. Медицинские действия содержат обследование больного и постановку диагноза, и опираются на клинико-психопатологический метод обследования, данные лабораторных тестов, нейрофизиологические и инструментальные исследования, а также результаты психологического осмотра. После чего назначается курсовая медикаментозная терапия, психотерапия, физиотерапия и других лечебных средства и методы. Социотерапевтические мероприятия направлены на социально-психологическую коррекцию и реабилитацию больного (лечебная педагогика, музыкальная ритмика, занятия спортом, трудотерапия).

3.2 Медикаментозная терапия органических психических расстройств

Медикаментозная коррекция должна базироваться на возрастных аспектах детской психофармакотерапии, способствовать процессу оптимального развития ребенка и содействовать созреванию структур и функций головного мозга. Кроме того, применение лекарственных препаратов повышает чувствительность больного ребенка к другим формам лечения (психотерапии т. д.).

При назначении курсовой медикаментозной терапии необходимо:

1. Обсудить и согласовать с родителями цели терапии, ожидаемые эффекты и социальные последствия (посещение школы, занятия спортом, устранение вредных факторов и т. д.).
2. Получить информированное согласие родителей
3. Определить адекватную курсовую лекарственную терапию (оптимальная доза препарата и продолжительность лечения)
4. Назначить препарата с минимальной токсичностью и побочными эффектами
5. Использовать простые схемы приёма препаратов
6. Исключить провоцирующие факторы
7. Использовать принцип индивидуальности при назначении препарата (возраст, вес, переносимость, особенности соматического статуса и т. д.)
8. Учитывать динамику заболевания, ведущий психопатологический симптомокомплекс – «симптом-мишень»
9. Соблюдать принцип преемственности – между амбулаторной и стационарной службой
10. Контролировать успешность терапии (динамика «симптома-мишени», выявление и коррекция побочных эффектов, контроль качества жизни)
11. Прекращение терапии следует проводить постепенно с целью предотвращения симптомов отмены, рецидивов заболевания

Медикаментозная терапия психических расстройств, обусловленных органическим поражением головного мозга (психоорганический синдром) опирается на принцип комплексного воздействия, включающий патогенетическую и симптоматическую терапию.

Патогенетическая терапия обращена на основные механизмы формирования органических психических расстройств (токсикоз, гипоксия, отек мозга, дисциркуляторные нарушения, атрофические и спаечные

изменения тканей головного мозга) и включает дегидратацию, средства, влияющие на мозговой метаболизм (ноотропы, церебропротекторы), улучшающие мозговое кровообращение (сосудистые препараты).

Ноотропные препараты, применяемые у детей с органическими психическими расстройствами

Таблица 4

№ П/п	Название препарата МНН (торговое название)	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
1	Гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид (фенибут)	3	50	750	С3	4
2	Магне В6	6	4 табл.	8 табл.	С3	4
3	Глицин	3	100	300	С3	4
4	Гамма-аминомасляная кислота (аминалон, гаммалон)	4	250	3000	С3	4
5	<u>Метионил-глутамил-гистидил-фенилаланил-пролил-глицил-пролин</u> (семакс)	5	0,2 мг	0,4 мг	С3	4
6	Ацетиламиноянтарная кислота (когитум)	7	250	500	С3	4
7	Гопантенвая кислота	3	500	3000	С3	4
8	Пиритинол	0	50	600	С3	4
9	Аминофенилмасляная кислота (ноофен)	8	100	750	С3	4
10	Полипептиды коры головного мозга скота (кортексин)	0	0,5мг кг	10	С3	4
11	Церебролизин	1	0,1–0,2 мл/кг	0,1–0,2 мл/кг	С3	4
12	Циннаризин	5	25	100	С3	4
13	Пирацетам + циннаризин (фезам, омарон)	5	800 / 50	1600 / 100	С3	4
14	Пирацетам	3	400 мг/сут	1 600 мг/сут	С3	4
15	Тенотен детский	3	1 табл.	3 табл.	С3	4

Гопантенвая кислота – оказывает стимулирующее действие на фоне церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза. Улучшает работоспособность, активизирует умственную деятельность, снижает

моторную возбудимость, упорядочивает поведение. Назначается при умственной отсталости, задержки психического и речевого развития, церебрастеническом синдроме; для коррекции побочных действий антипсихотических средств, в т.ч. нейролептического экстрапирамидного синдрома; эпилепсии (в составе комплексной терапии), при остаточных проявлениях перенесенной нейроинфекции, поствакцинального энцефалита, черепно-мозговой травмы. Курс лечения – до 6 мес. и более. Тактика лечения предусматривает наращивание дозы в течение 7 – 12 дней до терапевтической дозы. Отмена препарата постепенная в течение 7 – 8 дней.

Пирацетам – стимулирует интегративную деятельность мозга и интеллектуальную активность, улучшает синаптическую проводимость в коре и связи между полушариями головного мозга, облегчает процессы обучения, восстанавливает и стабилизирует нарушенные функции мозга (сознание, память, речь), повышает умственную работоспособность. У детей показанием к назначению являются — последствия перинатального поражения ЦНС, детский церебральный паралич, низкая обучаемость при психоорганическом синдроме, задержка умственного развития, умственная отсталость, расстройство речи, нарушение памяти, интеллектуальная недостаточность, церебрастения.

Кортексин – показанием к назначению является энцефалопатия различной этиологии, астенический синдром, эпилепсия (в составе комплексной терапии), нарушения мышления, памяти, снижение способности к обучению, детский церебральный паралич, задержка речевого и психомоторного развития в детском возрасте.

Глицин – при органических поражениях нервной системы, сопровождающихся повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением сна. Глицин повышает умственную работоспособность, уменьшает психоэмоциональное напряжение, кроме того ослабляет выраженность побочных эффектов психотропных и

противосудорожных средств. Курс лечения 7 – 14 дней, при необходимости до 30 дней. Через 30 дней курс можно повторить.

Фенибут – показанием к применению являются астенические и тревожно-невротические состояния, беспокойство, тревога, страх, бессонница, заикание и тик у детей.

Тенотен детский – оказывает успокаивающее, противотревожное действие. Улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок. Обладает стресс-протекторным, ноотропным, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным, антиастеническим, антидепрессивным действием. Нормализует процессы обучения и памяти. Показан при невротических и неврозоподобных расстройствах, сопровождающихся повышенной возбудимостью, раздражительностью, тревогой, нарушением поведения и внимания, вегетативными расстройствами.

Когитум – показанием является задержка моторного, психомоторного, речевого, эмоционального и предречевого развития, различные синдромы перинатального поражения нервной системы и их исходы, неврологический дефицит вследствие различных форм детского церебрального паралича, гидроцефалии (врожденной и приобретенной) и т. д.

Магне В6 – может назначаться при повышенной утомляемости, повышенной раздражительности и нарушениях сна.

В случае присутствия церебрастенических симптомов с головными болями возможно курсовое применение сосудистых препаратов в возрастных дозах – *кавинтон, циннаризин*.

При признаках гипертензионно-гидроцефального синдрома показано назначение дегидратационной терапии (*диакارب, настои мочегонных трав*).

Симптоматическая терапия направлена на сглаживание или преодоление отдельных симптомов психоорганического синдрома. Выбор

медикаментозного средства должен производиться с учетом ведущего психопатологического симптомокомплекса. Назначаются нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты в соответствии с возрастными ограничениями и дозировками, в зависимости от соматического статуса, переносимости препарата, эффективности предыдущего лечения и динамики заболевания в целом.

- *тиоридазина* - назначается в рамках острых шизофреноподобных состояний с психомоторным возбуждением, напряжением, страхами; при расстройствах поведения;

- *хлорпротиксена* - психозы с депрессивным состоянием, страхом, напряжением; нарушения поведения; расстройства сна; неврозоподобная симптоматика.

- *галоперидол* - преимущественно назначается для снятия психомоторного возбуждения и параноидной симптоматики в рамках психотических состояний;

- *левомепромазин* – при психомоторном возбуждении с ажитацией, тревогой, паникой, фобиями, стойкой бессонницей;

- *перипразин* - особенно эффективен при психопатоподобных состояниях с преобладанием стенического аффекта и поведения, при аффективно-взрывчатых и дисфорических нарушениях. В рамках параноидных, тяжелых дисфорических состояний, для купирования враждебности, импульсивности, агрессивности;

- *хлорпромазин* - все состояния с психомоторным возбуждением. Препарат назначается при параноидных, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении (кататоническом, гебефреническом, маниакальном);

- *рисперидон* - эффективен при поведенческих расстройствах (агрессивность, деструктивное поведение) на фоне снижения когнитивной продуктивности. Психотические состояния с преобладанием продуктивной

(бред, галлюцинации, агрессивность), негативной (притупленный аффект, эмоциональная и социальная отрешенность) и аффективной (депрессия) симптоматики;

- *перфеназин* - воздействие на синдромы, протекающие с заторможенностью, вялостью, апатоабулическими состояниями;
- *трифлуоперазин* - при аффективно-бредовых, галлюцинаторных состояниях, психомоторном возбуждении;
- *клозапин* - психозы с острым и хроническим течением с полиморфной психотической симптоматикой, психомоторным возбуждением, агрессивностью, расстройством сна.

Нейролептики, применяемые при лечении органического психического расстройства в детском возрасте

Таблица 5

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Галоперидол	3	0,025 мг/кг	0,15 мг/кг	C	2
	Левомепромазин	12	0,35 мг/кг	3,0 мг/кг	C3	4
	Хлорпромазин	3	0,55 мг/кг	75	C3	4
	Клозапин	5	5	100	D	2
	Рisperидон	15	2	16	D	2
	Алимемазин	7	5	40	C3	4
	Тиоридазин	4	10	50	C3	4
	Перициазин	3	0,1 мг/кг	0,5 мг/кг	C3	4

Терапию депрессивных нарушений следует проводить антидепрессантами, хотя имеются трудности в выборе препарата, связанные прежде всего с ограничением применения данных лекарственных средств в детском возрасте. Назначение трициклических антидепрессантов (*имипрамин, кломипрамин, амитриптилин*) осторожно, в связи с проконвульсивным эффектом. Предпочтение отдается ингибиторам обратного захвата серотонина – *феварин, сертралин*.

Циталопрам, пароксетин назначаются с подросткового возраста.

Антидепрессанты, назначаемые при органическом психическом расстройстве в детском возрасте

Таблица 6

№ П/п	Препарат МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Амитриптилин	6	10	50	C3	4
	Имипрамин	6	25	75	B	2
	Кломипрамин	5	20	50 и выше	C3	4
	Сертралин	6	50	200	D	1
	Флувоксамин	8	50	200	D	1

Для купирования острых тревожных состояний с параноидно-галлюцинаторной симптоматикой, психомоторным возбуждением показано применение *диазепама*.

Транквилизаторы, применяемые при лечении органического психического расстройства в детском возрасте

Таблица 7

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Диазепам	3	2,5	2,5 и выше	C3	4
	Клоназепам	0	0,5	6	C3	4
	Гидроксизин	1	1 мг/кг	2.5 мг/кг	C3	4
	Адаптол	10	500	1500	C3	4

Для лечения поведенческих и эмоциональных нарушений в терапию могут быть включены антиэпилептические препараты, обладающие нормотимическим эффектом.

Нормотимики, применяемые при лечении органического психического расстройства в детском возрасте

Таблица 8

№ П/п	Название препарата МНН	С какого возраста показан, (лет)	Доза средняя суточная, (мг)	Доза максимальная суточная, (мг)	Уровень доказательности	Сила рекомендаций
	Вальпроевая кислота	3 мес	15 мг/кг	50 мг/кг	C3	4
	Карбамазепин	4 мес	10 мг/кг	1000	C 3	4
	Ламотриджин	3	50	500	C3	4

3.3. Немедикаментозные мероприятия

Достаточно часто лекарственные препараты могут быть использованы и для того, чтобы повысить чувствительность больного ребенка к другим формам лечения – психотерапевтическим и социотерапевтическим. Эти

методы должны быть взаимодополняющими в контексте реабилитационной стратегии и тактики.

В комплексную терапию органических психических расстройств входят и немедикаментозные мероприятия в виде коррекционных и психотерапевтических методов.

- ✓ *Нейропсихологическая коррекция*
- ✓ *Психотерапия.* Помимо медикаментозной терапии в комплекс медицинских мероприятий для коррекции органических психических расстройств должна быть включена и психотерапия. Методы психотерапии зависят от преобладающей проблемы. Так, доминирование когнитивных расстройств создает необходимость в проведении семейной психотерапии с объяснением родителям всех особенностей развития ребенка, с указанием на положительные его черты, требующие дальнейшего развития. При невротических (неврозоподобных) симптомах применяются приемы аутогенной тренировки, в частности релаксация, сказкотерапия, арт-терапия, в случаях поведенческих нарушений показана индивидуальная и групповая терапия.
- ✓ *Социотерапевтические занятия* (лечебная педагогика, лечебная физкультура, музыкальная ритмика, трудотерапия, социальная работа с семьей и ребенком). Это достаточно широкая группа мероприятий, направлена на коррекцию отдельных проявлений органических психических расстройств и способствует социальной адаптации детей и подростков. Так, лечебная физкультура и музыкальная ритмика особенно эффективны при расстройствах развития моторной функции – расстройствах тонкого статического и динамического праксиса, координации движений и общей моторной интеграции. Такие занятия

направлены на развитие и формирование общих двигательных навыков, специфических организаций движений, координации.

- ✓ *Физиотерапия.* Физиотерапия входит в комплекс медицинских мероприятий и является вспомогательным методом, направленным на коррекцию в первую очередь церебрастенической симптоматики, а также невротических (неврозоподобных) нарушений. С этой целью может использоваться электрофорез, электросон, амплипульс, рефлексотерапия.
- ✓ *Лечебная педагогика* проводится в зависимости от степени и выраженности расстройств, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Основными задачами этого вида работы будут привитие навыков самообслуживания, гигиенических правил, развитие тонкой моторики, формирования пространственных представлений. С помощью методов коррекционной педагогики возможно дифференцированное обучение детей с различным уровнем развития когнитивных функций.
- ✓ Необходимым являются и *логопедические занятия*, направленные на преодоление речевых, фонематических, грамматических, семантических и праксических нарушений, улучшение навыков письма, счета.
- ✓ Важным звеном в комплексе социотерапевтических мероприятий у детей и подростков с органическими психическими расстройствами, особенно компенсированных форм, являются занятия спортом (легкая атлетика, спортивные игры и т.д.) способствующие не только организованности, согласованности действий, но и развитию ловкости движений.

- ✓ *Трудотерапия* (столярные, слесарные, художественные, сельскохозяйственные работы, уход за животными) приобретает огромное значение в вопросах реабилитации и социальной адаптации.

Комплексный подход к терапии органических психических расстройств способствует коррекции основных проявлений заболевания, устраняет периоды декомпенсаций и рецидивов и снижает риск инвалидизации.

3.4 Решение социальных вопросов (обучение, инвалидность)

Ребенок с органическим психическим расстройством и имеющий когнитивные расстройства, может посещать дошкольные и школьные специализированные образовательные учреждения в случаях, когда уровень интеллектуального развития соответствует пограничному (IQ 70-79) или легкой степени умственной отсталости (IQ 50-69). При коэффициенте умственного развития в диапазоне 49 и ниже пациент нуждается в социальных видах помощи и уходе.

Пациенты со стойкими психическими расстройствами (когнитивными, эмоционально – волевыми, поведенческими), с резистентными формами течения, с сочетанием психопатологических синдромов с неврологическими - ДЦП, эпилепсия, гидроцефалия и выраженной социальной дезадаптацией должны относиться к категории детей-инвалидов и иметь все виды необходимой для них социальной помощи.

Список литературы:

1. Буторина Н.Е. Резидуально-органический психосиндром в клинической психиатрии детского и подросткового возраста. – Челябинск: изд-во АТОКСО, 2008. – 192 с.
2. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: В 2 т. – К.: Сфера, 1999. – Т.2. – 436 с.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. – 2-е изд. Пер. с англ. – Издательство «Триада-Х», 2008 г., - 405 с.,
4. Детская психоневрология / Л.О. Булахова, О.М. Саган, С.М.Зинченко и др.; под ред. Л.О. Булаховой. – К.: Здоровье, 2001. – 496 с.
5. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. – М.: Издательство БИНОМ. – 2006. – 304 стр., ил.
6. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей: изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с., ил
7. Лекции по детской психиатрии / И. В.Макаров. - Санкт-Петербург: Речь, 2007. - 292 с.
8. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста / И.В.Макаров. - Москва: Наука и техника, 2013. - 415 с. ;
9. Макушкин Е.В., Бадмаева В.Д., Дозорцева Е.Г., Чибисова И.А., Ошевский Д.С., Булатова М.В. Комплексная психолого-психиатрическая оценка органического психического расстройства у обвиняемых подростков. Методические рекомендации— М.: ФГБУ “ГНЦССП им. В.П. Сербского” Минздрава России, 2013. - 23 с.
10. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных/ А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – 2-е изд., испр. и доп. – М.:МЕДпресс – информ, 2009. – 256 с.6 ил.
11. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. Учебник. – М.: Медицина, 2004. – 784 с.: ил.: [4] л. ил.

12. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы/под общ. Ред. проф. Р. Никола; [пер. В.Г. Гафурова]. 2-е изд. – Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та, 2009. – 306 с.
13. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н.Краснова, Н.Г.Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. – М.:ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 1000 с.
14. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. М.: Медицина, 1974. – 320 с.
15. Ушаков Г.К. Детская психиатрия. М.: Медицина, 1973. – 391 с.
16. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Издательство ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2004 – 140 стр.
17. Report of the Working Group on Psychotropic Medications for Children and Adolescents: Psychopharmacological, Psychosocial, and Combined Interventions for Childhood Disorders: Evidence Base, Contextual Factors, and Future Directions / American Psychological Association: -Washington, 2006. -245.
18. Rutter M. Graham P. and Yule W. A Neuropsychiatric Study in Childhood. Clinics in developmental medicine. Nos 35/36 SIMP. Heineman. London, 1970.
19. Rutter M. Syndromes attributed to minimal brain dysfunction in childhood. American Journal of Psychiatry 139, 21 -33.
20. Goodman R. Brain Disorders. Chapter 14 in: Rutter M. and Taylor E. Child and Adolescent Psychiatry. Fourth Edition. London: Blackwell, 2002. P. 241 – 260.