



## Диагностика и лечение психозов и шизофрении в детской популяции

Распространенность шизофрении в детской популяции составляет около 1,6-1,9 случая на 100 тыс. человек, после 14 лет данный показатель резко возрастает. Психозы и шизофрения у детей (в возрасте до 12 лет) и подростков (до 17 лет) являются ведущей причиной инвалидности, характеризуются тяжелым течением и более неблагоприятным прогнозом по сравнению с взрослыми, поскольку нарушают социальное и когнитивное развитие. В данной статье обобщены рекомендации последнего руководства Национального института здоровья и клинического совершенствования Великобритании (NICE, 2013) по диагностике и лечению психозов и шизофрении у детей/подростков, обзор которого опубликован в журнале *British Medical Journal* (2013; 346: f150).

**У** подростков, страдающих шизофренией, обнаруживается тенденция к меньшей продолжительности жизни, чем в общей популяции, что связано с суицидами, травмами и сердечно-сосудистыми заболеваниями (Brown et al., 2010). Последние, в частности, могут быть обусловлены приемом антипсихотических препаратов. Кроме того, дети и подростки с транзиторными и слабовыраженными психотическими симптомами подвержены высокому риску развития психоза и шизофрении, а несвоевременное лечение может иметь худшие результаты в последующем, поэтому крайне важны раннее выявление и ранняя адекватная терапия (Ruhrmann et al., 2010; NHS Confederation, 2011).

Детям и подросткам с высоким риском психоза, не соответствующим диагностическим критериям психоза или шизофрении, авторы руководства не рекомендуют назначать антипсихотические средства с целью предупреждения развития психоза. Данное руководство призвано сократить возможные побочные эффекты при приеме антипсихотиков, когда их польза не установлена. Интервенции в этой группе пациентов, среди которых семейные, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и другие доказанные виды лечения для сопутствующих состояний, например тревоги, депрессии и злоупотребления психоактивными веществами, должны быть направлены на уменьшение дистресса.

Кроме того, обращено внимание на то, что дети и подростки с психозами или шизофренией не

всегда имеют доступ к обучению и трудоустройству. Следовательно, социальные и психиатрические службы могут различным образом способствовать предоставлению этого доступа.

Существует значительное разнообразие в назначениях антипсихотических средств детям/подросткам и проведении мониторинга состояния физического здоровья в связи с риском быстрого повышения веса или развития метаболического синдрома (Prescribing Observatory for Mental Health, 2012; De Hert et al., 2011). Данное руководство предоставляет четкие рекомендации и советы по мероприятиям совместного оказания помощи со службами первичной помощи, чтобы разрешить проблемы с назначениями и мониторингом состояния физического здоровья.

Также в руководстве представлены различия в интеграции между службами психического здоровья и социальными службами, что особенно проблематично в группе детей и подростков, для которых возможности общественной интеграции, трудоустройства, пособий по инвалидности, безработице и другой финансовой поддержки являются критически важными для развития и формирования самостоятельности.

### Принципы оказания помощи

Специалисты в области оказания медицинской и социальной помощи, имеющие дело с детьми и подростками, страдающими психозами или

шизофренией, должны быть подготовлены и компетентны в работе с ними, а также со всем спектром проблем психического здоровья данной категории пациентов в зависимости от их интеллектуальных и когнитивных способностей, уровня эмоционального развития и зрелости. Если у ребенка/подростка отмечаются транзиторные или слабовыраженные психотические симптомы (например, преходящие галлюцинации, бредовые идеи) или другие проявления, указывающие на возможный психоз, следует без промедления направить его для диагностической оценки к специалисту службы психического здоровья детей и подростков или службы ранних интервенций при психозах (для лиц старше 14 лет).

### **Интервенции при симптомах, недостаточных для постановки диагноза психоза или шизофрении**

Если для постановки диагноза психоза или шизофрении транзиторных/слабовыраженных психотических симптомов или изменений психического состояния в связи со стрессом, устойчивым ухудшением функционирования или обращением за помощью у ребенка/подростка, его родителей или лиц, оказывающих уход, недостаточно (DSM-IV, 1994; МКБ-10, 1992), целесообразно рассмотреть применение КПТ с/без семейных интервенций, а также лечение, рекомендованное в руководстве NICE для тревожных (2005), личностных расстройств (2009), депрессии (2005) или злоупотребления психоактивными веществами (NICE, 2007, 2009, 2010, 2011).

Не следует рекомендовать антипсихотические препараты, когда психотических симптомов или изменений психического состояния недостаточно для постановки диагноза психоза или шизофрении, или если целью является снижение риска развития психоза.

### **Первый психотический эпизод**

Всех пациентов со стойкими проявлениями психотических симптомов (продолжительностью более четырех недель) следует направлять к специалисту служб психического здоровья детей и подростков (возраст ≤ 17 лет) или ранних интервенций при психозах (возраст ≥ 14 лет). Эти службы должны иметь в своем составе психиатра, подготовленного для работы с детьми и подростками.

#### **Оценка**

Пациентам с первым эпизодом психоза рекомендована всесторонняя мультидисциплинарная диагностическая оценка, которая включает:

- психиатрическую (проблемы психического здоровья, риск для себя и других, употребление алкоголя, анамнез назначений препаратов и употребления психоактивных веществ);
- медицинскую, в том числе медицинский анамнез и полный физикальный осмотр, для определения соматических заболеваний (включая органические расстройства головного мозга) и назначавшегося лечения, которое могло привести к развитию психоза;

- психологическую и психосоциальную (включая социальную сеть, взаимоотношения и анамнез травм);
- развития (социального, когнитивного и моторного развития навыков, включая сопутствующие особенности нейроразвития);
- соматического здоровья и благополучия (включая вес и рост, информацию о курении, питании, физической активности и сексуальном здоровье);
- социальную (проживание, культура и национальные обычаи, проведение досуга и отдыха и ответственность тех, кто оказывает уход, например родителей, братьев, сестер);
- обучения и профессиональной деятельности (посещение школы/техникума, успеваемость, трудоустройство и профессиональное функционирование);
- экономическую (экономическое положение семьи).

### **Лечение первого психотического эпизода**

Для лечения первого психотического эпизода следует рекомендовать пероральный прием антипсихотических средств в сочетании с психологическими интервенциями (семейные и индивидуальная КПТ). Если ребенок/подросток и его родители или лица, оказывающие уход, согласны только на проведение психологических вмешательств без применения антипсихотиков, рекомендованы те, которые наиболее эффективны в сочетании с данными препаратами. Оговариваются временные ограничения (один месяц или менее) для пересмотра вариантов терапии с добавлением антипсихотических медикаментов. Проводится регулярный мониторинг симптомов, уровня стресса, в том числе вовлеченности в учебу и успеваемости.

#### **Выбор антипсихотических препаратов**

Выбор антипсихотика должен быть сделан с учетом мнения родителей ребенка/подростка или лиц, которые осуществляют уход, или совместно с подростком, его родителями и специалистами здравоохранения. Для этого необходимо предоставить соответствующую возрастную информацию с обсуждением вероятной пользы и возможных побочных эффектов каждого препарата, включая:

- метаболические (в том числе повышение веса и сахарный диабет);
- экстрапирамидные (в том числе акатизия, дискинезия и дистония);
- сердечно-сосудистые (в том числе пролонгация интервала QT);
- гормональные (в том числе увеличение содержания в плазме пролактина);
- другие (в том числе неприятные субъективные ощущения).

#### **Применение пероральных антипсихотиков**

Прежде чем начинать лечение антипсихотическими средствами, необходимо провести и зафиксировать результаты обследований следующих исходных показателей:

- вес и рост (оба показателя отмечаются в виде графика в карте развития);
- окружность груди и бедер;

- пульс и артериальное давление;
- глюкоза натощак, гликированный гемоглобин (HbA<sub>1c</sub>), профиль липидов крови, уровень пролактина;
- диагностическая оценка любых двигательных нарушений;
- оценка статуса питания, приема пищи и уровня физической активности.

Опубликованные доказательства исследований, проведенных среди взрослых, указывают, что у пациентов, ранее не принимавших антипсихотики, наблюдается терапевтический ответ при приеме наименьших рекомендованных доз. Это также может относиться к детям и подросткам с первым эпизодом психоза или шизофрении. Максимальная эффективная доза у взрослых пациентов соответствует 500 мг/сут эквивалентной дозы хлорпромазина, тогда как оптимальные рекомендованные для лечения пациентов с острым эпизодом психоза составляют 300-1000 мг/сут эквивалентной дозы хлорпромазина.

В девяти рассмотренных прямых сравнительных рандомизированных контролируемых исследованиях (РКИ), посвященных применению антипсихотиков у пациентов с первым эпизодом психоза (n = 1674), отмечались минимальные различия эффективности между отдельными антипсихотическими средствами и их дозами. Кроме того, наблюдались некоторые отличия, ассоциированные с побочными эффектами определенных антипсихотиков. В связи с отсутствием доказательств высокого качества для лечения первого эпизода психоза у детей и подростков, разработчики руководства использовали имеющиеся доказательства РКИ, проведенных при участии взрослых.

Необходим регулярный и систематический мониторинг следующих показателей во время лечения, особенно в период наращивания дозы:

- эффективность, в том числе изменения симптомов и поведения;
- побочные эффекты лечения, учитывая схожесть определенных нежелательных явлений с клиническими проявлениями шизофрении (например, схожесть акатизии с ажитацией или тревогой);
- появление двигательных нарушений;
- вес (фиксируется в карте развития в виде графика каждую неделю на протяжении шести недель, в последующем каждые 12 недель и полгода);
- рост (фиксируется в карте в виде графика развития каждые 6 месяцев);
- окружность груди и бедер (фиксируется в карте в виде графика развития каждые 6 месяцев);
- пульс и артериальное давление (фиксируется в карте в виде графика развития к 12-й неделе и каждые 6 месяцев);
- глюкоза натощак, HbA<sub>1c</sub>, липиды крови и уровень пролактина к 12-й неделе и каждые 6 месяцев;
- соблюдение режима лечения;
- физическое здоровье.

Ответственность за проведение мониторинга физического здоровья и действия антипсихотических средств в первые 12 месяцев или до стабилизации состояния несет команда специалистов вторичной помощи.

В последующем эта ответственность за мониторинг может быть передана в первичную помощь или разделена согласно договору об оказании помощи.

### Психологические интервенции

Предоставляя психологические интервенции, следует учитывать уровень развития ребенка или подростка, эмоциональную зрелость и когнитивные способности, включая неспособность к обучению (любые виды умственной отсталости), проблемы со слухом или зрением, задержку речевого развития.

Семейные интервенции должны:

- включать ребенка/подростка, если это возможно;
- проводиться в течение от 3 месяцев до одного года;
- состоять, как минимум, из 10 запланированных сессий;
- учитывать предпочтения всей семьи (интервенции с одной семьей либо групповые с несколькими);
- учитывать взаимоотношения родителей или лиц, оказывающих уход, с ребенком/подростком;
- выполнять определенные поддерживающие, обучающие или терапевтические функции.

КПТ должна быть индивидуальной и состоять, как минимум, из 16 запланированных сессий (при необходимости можно больше). КПТ целесообразно проводить, следуя руководству (адаптированному в соответствии с возрастом и уровнем развития детей или подростков), чтобы пациенты могли:

- установить взаимосвязь между своими мыслями, чувствами или действиями и симптомами в настоящее время и в прошлом;
- постоянно оценивать свои восприятия, убеждения или установки, касающиеся целевых симптомов.

КПТ должна включать, по крайней мере, один из следующих компонентов:

- нормализация, понимание и принятие своих переживаний;
- мониторинг собственных мыслей, чувств и поведения, касающихся симптомов или их рецидивов;
- способствование появлению новых способов преодоления целевого симптома;
- уменьшение дистресса;
- улучшение функционирования.

### Лечение повторного обострения, рецидива психоза или шизофрении

По результатам ранее проведенных исследований установлено, что антипсихотические препараты эффективны в лечении острых эпизодов шизофрении, хотя доказано их большее положительное влияние в лечении позитивных, а не негативных симптомов, таких как бедность речи или аффективная сглаженность. Антипсихотики первого поколения (АПП) демонстрировали непостоянные различия оказываемого эффекта на определенные симптомы и синдромы шизофрении. Выбор определенного препарата во многом зависит от профиля побочных реакций. У АПП отмечаются гетерогенность терапевтического ответа и большой спектр нежелательных явлений, как кратковременных, так и продолжительных. Однако опыт использования антипсихотиков второго

поколения (АВП) в лечении шизофрении показал, что их профиль побочных эффектов включает и другие, например метаболические нарушения.

Согласно данным 13 РКИ применения антипсихотиков при остром эпизоде психоза или шизофрении (1524 участника), отмечались различия в эффекте антипсихотиков и плацебо, в том числе для симптомов, общего состояния и психосоциального функционирования. Разработчики руководства выявили лишь минимальные различия эффективности между разными дозами одного и того же медикамента. Доказательства рассмотренных испытаний у детей и подростков с психозом или шизофренией были низкого или очень низкого качества, что обусловлено небольшим объемом выборки, риском предубежденности при публикации результатов и низкой внутренней валидности. Поэтому при разработке рекомендаций рассматривались доказательства клинических испытаний при участии взрослых с острым психозом или шизофренией.

Вариантом лечения шизофрении у пациентов в возрасте 15-17 лет при непереносимости или противопоказаниях для применения рисперидона или неадекватном контроле симптомов шизофрении с помощью данного препарата является терапия арипипразолом.

При неадекватном ответе на лечение антипсихотическими средствами у пациентов, страдающих шизофренией, в клинической практике используют следующие стратегии: повышение дозы антипсихотика или переход к приему другого препарата данного класса. Для первой стратегии доказательства эффективности практически отсутствуют, для второй – непостоянны и противоречивы. Альтернативной стратегией является дополнение антипсихотического лечения другим антипсихотиком или препаратом другого класса, например литием, карбамазепином, вальпроатом, ламотриджином, антидепрессантами или бензодиазепинами. При разработке данного руководства эта стратегия не рассматривалась.

При терапии взрослых пациентов с резистентной шизофренией установлена эффективность клозапина, в частности, в уменьшении тяжести симптомов и риска рецидивов. Но даже при оптимальном лечении клозапином удается достичь удовлетворительного терапевтического ответа лишь у 30-60% пациентов. Клозапин не лицензирован для терапии шизофрении у детей и подростков.

Поиск доказательств экономической эффективности терапии антипсихотиками психозов и шизофрении у детей и подростков не выявил исследований, проведенных в данной возрастной группе пациентов. Таким образом, доказательные данные, относящиеся к взрослым, при применении у детей или подростков следует интерпретировать с осторожностью.

Рекомендуется пероральный прием антипсихотического препарата в сочетании с психологическими интервенциями (семейные и индивидуальная КПТ).

Проведение семейных интервенций семьям детей/подростков с психозом или шизофренией, в частности для профилактики рецидива, следует начинать в острой фазе или позднее, в том числе в условиях стационара.

## Стационарная помощь

До направления в стационар оценивается влияние такого решения на ребенка или подростка, его родителей, лиц, оказывающих уход, и других членов семьи, особенно если стационарное отделение расположено далеко от их места проживания. Обсуждается альтернативное предоставление помощи на коммунальном уровне, если это возможно. Если госпитализация неизбежна, и ребенок/подросток помещен в стационар, следует обеспечить поддержку родителям или лицам, которые оказывают уход.

## Соматическое здоровье

Врачи общей практики и другие специалисты системы первичной помощи должны проводить мониторинг состояния здоровья детей и подростков с психозом или шизофренией, как минимум, один раз в год, с учетом того, что больные шизофренией подвержены более высокому риску сердечно-сосудистых заболеваний, чем общая популяция.

## Обучение, трудоустройство и профессиональная деятельность

У детей и подростков в возрасте, когда они должны посещать школу, необходимо поддерживать связь со школой или органами образования с их согласия, чтобы обеспечить продолжение учебы.

## Выводы

Диагностическая оценка психозов и шизофрении у детей/подростков может представлять трудности, поскольку необходимо учитывать факторы развития и дифференциальную диагностику с сопутствующими расстройствами, которые отличаются от таковых у взрослых. Целью данного руководства является сокращение несвоевременного выявления, улучшение диагностики и раннее предоставление доказательного лечения путем скорого направления ребенка или подростка на консультацию психиатра, подготовленного в вопросах психического здоровья данной категории пациентов, в службу психического здоровья детей и подростков либо в службу ранних интервенций при психозах. В идеале службы психического здоровья детей/подростков должны быть в составе служб ранних вмешательств при психозах и проводить диагностическую оценку и лечение пациентов в возрасте 14-17 лет. Авторы руководства рекомендуют, чтобы за подростками, поступившими в службы ранних интервенций при психозах в возрасте 14 лет, эти службы проводили катamnестическое наблюдение на протяжении трех и более лет, для того чтобы обеспечить их беспрепятственный перевод в службы психического здоровья для взрослых.

Подготовил **Станислав Костюченко**

Оригинальный текст документа читайте на сайте [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)