

Тревожные расстройства в практике педиатра и детского невролога

Профессор Н.Н. Заваденко

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Тревожные расстройства (ТР) являются одним из распространенных поводов для обращения к врачам и часто встречаются в клинической практике педиатра и детского невролога. ТР — группа синдромов эмоциональных нарушений, которые характеризуются интенсивной и длительной тревогой, субъективными ощущениями беспокойства, напряжения, мрачными предчувствиями, переживанием ущерба, а также появлением необычно сильного страха — иррационального и не соответствующего содержанию вызывающих его ситуаций или объектов. Чрезмерная тревога приводит к значительным нарушениям и ограничениям в жизни ребенка: ему трудно участвовать в обычных для его возраста видах деятельности, посещать школу, справляться с повседневными школьными и домашними заданиями, общаться и заводить друзей. Симптомы ТР существенно варьируют у разных пациентов, зависят от их возраста и формы ТР, претерпевают изменения с течением времени по мере их взросления. ГАМК-ергическая, норадренергическая и серотонинергическая системы рассматриваются в качестве ключевых в патофизиологии ТР и механизмах действия анксиолитических препаратов. Предполагается, что дальнейшее изучение нейробиологических механизмов ТР, в т. ч. с применением методов функциональной нейровизуализации, позволит уточнить фундаментальные механизмы развития тревоги, роль дисфункции различных областей мозга и обосновать рациональные подходы к терапии ТР.

Ключевые слова: тревожное расстройство, дети, подростки, невроз, тревога, страх, фобия, эмоции.

Для цитирования: Заваденко Н.Н. Тревожные расстройства в практике педиатра и детского невролога. РМЖ. 2020;1(*):1–8.

ABSTRACT

Anxiety disorders in the practice of pediatrician and pediatric neurologist

N.N. Zavadenko

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Anxiety disorders (ADs) are one of the most common reasons for consulting doctors and occurring conditions in the clinical practice of pediatrician and pediatric neurologist. ADs are a group of syndromes concerning emotional disorders that are characterized by intense and long-term anxiety, subjective feelings of psychic tension and harm, states of being apprehensive, as well as the occurrence of an uncommon strong fear (irrational and not corresponding to the content of the situations or objects that cause it). Excessive anxiety causes children to experience significant disruptions and limitations in their lives: it becomes difficult for them to participate in normal activities at their age, attend school, cope with everyday school activities and homework, communicate and make friends. Signs of ADs vary significantly from patient to patient, depending on their age and type of ADs, and change over time as they grow older. The GABAergic, noradrenergic, and serotonergic systems are considered key in relation to the ADs pathophysiology and the action mechanisms of anxiolytic agents. It is assumed that further study of the ADs neurobiological mechanisms, including the use of functional neuroimaging methods, will clarify the fundamental mechanisms of anxiety, the role of dysfunctions in various brain areas, and justify rational techniques to the therapy of ADs.

Keywords: anxiety disorder, children, teenagers, neurosis, psychic tension, fear, phobia, emotions.

For citation: Zavadenko N.N. Anxiety disorders in the practice of pediatrician and pediatric neurologist. RMJ. 2020;1(*):1–8.

ВВЕДЕНИЕ

Тревожные расстройства (ТР) являются одним из распространенных поводов для обращения к врачам и часто встречаются в клинической практике педиатра и детского невролога. Следует отметить, что до сих пор некоторые специалисты в процессе наблюдения за детьми и подростками с ТР продолжают пользоваться такими формулировками, как «невротические состояния», «невротические реакции», «неврозоподобный синдром», нередко неправомерно применяют понятия «астения», «неврастения», «астенический невроз». Перечисленные термины не соответствуют дефинициям ТР в классификациях последних лет [1, 2], а также современным представлениям о природе ТР.

По данным эпидемиологических исследований общая частота встречаемости всех ТР в детской и подрост-

ковой популяции варьирует от 9 до 32% и характеризуется возрастанием по мере взросления детей [3]. У большинства взрослых пациентов с эмоциональными и аффективными расстройствами первые симптомы манифестировали в детстве или отрочестве, и это были проявления ТР [4, 5]. Таким образом, формирование клинической картины ТР происходит постепенно. Однако у многих детей и подростков ТР долго остаются неустановленными, что влечет отсутствие специализированной помощи и лекарственной терапии, а вслед за этим — хронизацию ТР.

Остановимся на особенностях проявлений ТР у детей и подростков. Следует отметить, что у ряда пациентов одновременно могут отмечаться симптомы не одной, а нескольких форм ТР. Кроме того, ТР могут выступать в качестве как самостоятельного, так и сопутствующего со-

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

ТР — группа синдромов эмоциональных нарушений, которые характеризуются интенсивной и длительной тревогой, субъективными ощущениями беспокойства, напряжения, мрачными предчувствиями, переживанием ущерба, а также появлением необычно сильного страха — иррационального и не соответствующего содержанию вызывающих его ситуаций или объектов [4, 6–9].

Диагностика и классификация ТР

Первая задача, которую необходимо решить при постановке диагноза ТР, — отличить тревогу как нормальный и упреждающий ответ на угрожающие или стрессовые воздействия от манифестации ТР. Тревога выполняет приспособительную сигнальную функцию («сигнальная тревога») для подготовки на уровне организма к встрече опасности и выбору реакции на нее: «атака, борьба» или «уход, избегание». В норме проявления тревоги носят кратковременный (транзиторный) характер и хорошо поддаются контролю индивидуума.

Проявления тревоги приобретают клиническую значимость в тех случаях, когда:

- становятся значительными их выраженность и продолжительность;
- симптомы возникают при отсутствии стрессовых факторов;
- симптомы нарушают физическое (соматическое) и социально-психологическое функционирование и адаптацию индивидуума.

На наличие ТР указывает то, что ребенок испытывает тревогу чаще (например, в большую часть дней месяца и в течение нескольких месяцев) и переживает ее более интенсивно по сравнению с ровесниками. Чрезмерная тревога приводит к значительным нарушениям и ограничениям в жизни ребенка: ему трудно участвовать в обычных для его возраста видах деятельности, посещать школу, справляться с повседневными школьными и домашними заданиями, общаться и заводить друзей, посещать досуговые занятия

и спортивные секции. В таблице 1 представлены различия между приемлемыми в ходе индивидуального развития детей тревогой и страхами и патологическими их проявлениями.

Все формы ТР сопровождаются изменениями на четырех уровнях.

1. Эмоции: страх, опасения, смущение, стыд, чувство беспомощности, вины, печаль, гнев.
2. Мысли: о вероятном вреде/опасности/ущербе, с которыми невозможно справиться самому, негативные мысли навязчивого характера.
3. Поведение: выбор стратегии избегания (активное уклонение от специфических ситуаций, мест или стимулов, его стертые проявления в виде неуверенности, нерешительности, стремления к одиночеству) и использование так называемых «приемов безопасности» (обращение к объектам и ситуациям, которые не позволяют развиваться крайне выраженному страху, с формированием «ритуалов»). Могут наблюдаться повторные обращения ко взрослым за утешением и поддержкой, излишние извинения перед другими людьми.
4. Ощущения (физиологический уровень): вследствие дисбаланса вегетативной регуляции — учащенное сердцебиение, учащенное дыхание, усиленное потоотделение, головная боль, головокружение, чувство нехватки воздуха и приближения обморока, спазмы и боли в животе, тошнота, рвота, понос, парестезии (покалывание, онемение) в области лица или рук, ощущение неустойчивости или слабости в ногах, склонность к дрожанию или тремору, нарушения сна (трудности засыпания, беспокойный сон, кошмары, бессонница).

Одним из ключевых признаков ТР является страх, но его не следует отождествлять с тревогой. Тревога — это комбинация эмоций, а страх — одна из эмоций. Страх как нормальная эмоция представляет собой реакцию на внешнюю угрозу и имеет адаптивный характер, предупреждает индивидуума о том, что ситуация может быть физически или психологически опасной. Страхи характеризуются нормальной возрастной эволюцией (табл. 2). При этом они могут иметь характер реалистический (по отношению к конкретным животным, телесным повреждениям, природным явлениям) и нереалистический, иррациональный (страх темноты, мышей, чудовищ, катастроф).

Таблица 1. Различия между приемлемыми в ходе индивидуального развития детей тревогой и страхами и патологическими их проявлениями

Показатели	Тревога и страхи, приемлемые у детей в процессе развития	Патологические проявления тревоги и страхов у детей
Интенсивность	Степень дистресса реалистична и соответствует уровню развития ребенка и объекту или событию, с которыми связана тревога	Степень дистресса нереалистична и не соответствует уровню развития ребенка и объекту или событию, с которыми связана тревога
Нарушения, которые влияют на повседневную жизнь ребенка: — в социальной сфере — в сфере образования — в семейной сфере	Не влияют на повседневную жизнь: — на способность заводить друзей — на способность к обучению — на жизнь семьи	Оказывают влияние на повседневную жизнь: — не способен заводить друзей — приводит к неуспеваемости в школе — в семье возникают конфликты и ограничения
Способность восстанавливаться и навыки преодоления ситуации	Ребенок способен к восстановлению от дистресса, когда событие отсутствует	Ребенок не способен к восстановлению от дистресса, когда событие отсутствует: — ребенок, как правило, опасается, что в будущем событие повторится — дистресс распространяется на многие другие ситуации

Таблица 2. Нормальные возрастные страхи у детей и подростков

Возраст	Страх
От рождения до 6 мес.	Громких звуков, быстрых изменений положения тела, потери физической поддержки, быстрого приближения неизвестных людей и объектов
7–12 мес.	Незнакомых людей, приближающихся объектов, неожиданного появления неизвестных людей и объектов
1 год – 5 лет	Незнакомых людей, разлуки с родителями, природных явлений (бурь), темноты, животных, насекомых, громких звуков, чудовищ, привидений, некоторых предметов и технических устройств, посещения туалета, телесных травм
6–12 лет	Сверхъестественных существ, телесных травм, тяжелых болезней (рака), смерти, оставаться одному дома, неудач, плохих поступков, критических замечаний, наказаний, дорожных происшествий, грабителей, пожара
12–18 лет	Тестов и экзаменов, плохих оценок в школе, телесных травм, недостатков внешности, внимания со стороны сверстников, проблем в личных отношениях, животных, кладбищ, природных явлений, относительно перспектив получения профессии и будущих заработков, войны

Таким образом, страхи как изолированное явление не должны рассматриваться в качестве признака заболевания. Помощь специалиста необходима в тех случаях, когда страхи приводят к очевидным социальным ограничениям: отказу выходить на улицу из-за страха встретить собаку или пережить приступ паники, отказу посещать школу.

В клинической картине ТР страхи отличаются устойчивым и неадаптивным характером [9]:

- чрезмерной интенсивностью, не соответствующей ситуации (количественный аспект);
- необычным содержанием и необычностью объектов, вызывающих страх (качественный аспект);
- неадекватной реакцией на ситуацию;
- хронизацией страха;
- невозможностью уменьшить или преодолеть страх;
- существенными ограничениями в повседневной жизни.

В конечном итоге проявления ТР отражаются на всех сферах жизни, заметно ухудшая общее самочувствие ребенка, показатели школьной успеваемости, взаимоотношения в семье и дружеские контакты, социальную активность.

К ТР относятся [1, 2]:

- ТР, связанное с разлукой в детском возрасте (сепарационное ТР);
- селективный мутизм;
- фобическое ТР детского возраста (специфические фобии);
- социальное ТР детского возраста;
- генерализованное ТР детского возраста;
- паническое расстройство;
- агорафобия.

Еще два расстройства, которые ранее относили к ТР, это обсессивно-компульсивное расстройство и посттравматическое стрессовое расстройство. В современных классификациях [1, 2] они рассматриваются как отдельные нозологические формы.

СЕПАРАЦИОННОЕ ТР

Некоторые малыши испытывают страх и болезненные опасения оттого, что при реальной или воображаемой угро-

зе расставания случится что-то плохое с ними или их близкими (чаще всего — с родителями). Ребенок стремится избежать расставания, испытывает чрезмерный страх, печаль, уходит в себя. С другой стороны, наблюдаются приступы ярости, плач со стремлением удерживать рядом близкого человека, цепляние за него и категорический отказ отказываясь расстаться. Ребенок отказывается быть в ситуациях, когда может оказаться без близких: оставаться на ночь вне дома, ходить в гости к друзьям или родственникам, находиться дома одному или без родителей посещать школу. После перенесенной разлуки с близкими дети остаются подавленными, замкнутыми и апатичными. Они отказываются оставаться одни в помещении, просят родителей присутствовать или быть доступными.

Обычно сепарационная тревога исчезает, когда дети растут, начинают ходить в школу и обретают уверенность. Тем не менее, у некоторых детей их реакция на фактическое или ожидаемое расставание по-прежнему бывает чрезмерной, что иногда может продолжаться в первые 1–2 года обучения в школе и даже дольше. Проявления сепарационного ТР могут затруднять или ограничивать нормальную активность ребенка, приводить к ухудшению посещаемости школьных занятий и успеваемости, к изоляции от сверстников, т. к. он избегает участия в школьных прогулках, экскурсиях, играх, походах с ночевками без родителей или других мероприятиях. Такие дети отличаются от сверстников недостаточной самостоятельностью.

ТР, связанное с разлукой, наиболее распространено у детей до 12 лет, частота его проявлений снижается в подростковом возрасте. Таким ТР страдают около 4% детей и 1,5% подростков [1, 3, 4]. Тем не менее, сепарационная тревога может сохраняться и во взрослой жизни.

Возникновение сепарационного ТР достигает пика в нескольких возрастных периодах: при поступлении в детский сад, в начальной школе в возрасте от 7 до 9 лет, при поступлении в средние и старшие классы школы. Мальчики и девочки страдают сепарационным ТР одинаково часто. В подростковом возрасте страх разлуки либо сохраняется, либо возникает впервые (после стрессового события, такого как развод родителей, потеря любимого человека, переход в новую школу, переезд).

СЕЛЕКТИВНЫЙ МУТИЗМ

Селективный мутизм — одна из форм ТР у детей, которую в ряде случаев приходится дифференцировать с алалией (дисфазией развития). Манифестирует в возрасте 2–5 лет. Распространенность в детской популяции составляет менее 1% [1, 10]. Чаще селективный мутизм встречается в семьях с двуязычием, при переезде на новое место жительства с иной языковой средой. Возникает в период активного становления речи или при поступлении в детский сад, при подготовке к школе. Селективный мутизм ограничивает коммуникативные возможности, может искажать психическое развитие ребенка, затрудняет его социальную адаптацию.

Ребенок перестает разговаривать со всеми, кроме небольшого круга знакомых людей. Это продолжается длительное время, до нескольких месяцев. Несмотря на сохранность речи, ребенок сознательно отказывается от речевого общения (а иногда и от любого общения) в ситуациях, являющихся для него психотравмирующими (как в детском коллективе, так и среди взрослых). При этом он не просто

отказывается говорить — он не в состоянии делать это из-за ощущения, что его речь словно застывает в гортани. Постепенно ребенок учится предвидеть ситуации, которые провоцируют мутизм, и старается их избегать.

Важная особенность состоит в том, что у большинства пациентов с селективным мутизмом имеются проявления социального ТР, а в раннем возрасте — сепарационного ТР [10]. У ряда пациентов наблюдается сочетание селективного мутизма с такими расстройствами, как нарушения развития речи, энурез, энкопрез, задержка двигательного развития, аутизм, в редких случаях — синдром дефицита внимания и гиперактивности. В настоящее время селективный мутизм не рассматривается в рамках оппозиционного поведения, но реакции оппозиции могут иметь место, если ребенка заставляют говорить.

Хотя первые симптомы селективного мутизма появляются в возрасте до 5 лет, они могут стать наиболее заметными с началом обучения в школе. Селективный мутизм вызывает значительные трудности в жизни детей, сказывается на успеваемости, мешает им обращаться за помощью к педагогам и другим взрослым, не дает получать удовольствие от общения и участвовать в повседневных видах деятельности вместе со сверстниками. У детей старшего возраста и подростков нередко усиливаются трудности в общении со сверстниками, что служит предпосылкой для формирования социального и генерализованного ТР или депрессии.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОБИИ

Страхи распространены и ожидаемы в детском возрасте, однако у некоторых детей и подростков страхи со временем становятся интенсивными и перерастают в фобии. Фобия — это сильный страх, который непропорционален определенному объекту или ситуации, предельно выраженная тревога при отсутствии непосредственной опасности. Интенсивный страх перед определенными ситуациями и объектами сопровождается реакцией избегания из-за убежденности в том, что они опасны и причинят вред/травму. Самые распространенные патологические страхи у детей вызывают: животные (собаки и птицы), насекомые и пауки, темнота, громкие звуки (особенно связанные с природными явлениями), клоуны, люди в масках или необычного вида, инъекции, болезни, вид крови.

Специфические фобии манифестируют от раннего возраста до 10 лет, ими страдают 6–9% детей и подростков, чаще девочки, чем мальчики (в соотношении 2:1) [1, 3, 4].

У некоторых пациентов фобия возникает после воздействия травмирующего или пугающего события, тогда как у других страхи появляются после наблюдения за тревожной реакцией других людей. Так, младший брат нередко начинает бояться паука, если он стал свидетелем того, как старший в испуге с криком убегает от паука. Фобии отличаются от обычных детских страхов и редко исчезают самостоятельно. Нередко фобии не уменьшаются, несмотря на объяснения и заверения в безопасности со стороны взрослых. В результате ребенок избегает пугающих мест или объектов, заставляет родителей проверять, нет ли их поблизости (например, перед сном хочет убедиться, что в комнате нет пауков), требует от родителей оставаться рядом.

Дети избегают парков, площадок, зон отдыха и других мест, где могут быть насекомые, отказываются от прогулок, экскурсий на природу, если там им могут встретиться опасные, по их мнению, животные (например, собаки), протестуют против посещения медицинских учреждений,

врачей, в частности стоматологов. По мере взросления детей фобии не исчезают, а изменяются по своему содержанию. Но подростки чаще, чем младшие дети, осознают, что их страх непропорционален реальной опасности, создаваемой конкретным объектом или ситуацией. Кроме того, в отличие от маленьких детей, у которых контроль над собой в повседневной жизни слабее, подростки могут самостоятельно избегать определенных ситуаций и непосредственных столкновений со своим страхом.

У детей школьного возраста может наблюдаться страх перед школой, который проявляется так же, как и фобия, и они отказываются от ее посещения. В связи с этим появился термин «школьная фобия», хотя как таковых диагноза и формы ТР с таким наименованием не существует. Диапазон проявлений школьных страхов может варьировать от незначительных жалоб на необходимость посещать занятия до истерик и отказа ходить в школу у детей младшего возраста, а у подростков — до частых пропусков уроков с последующим исключением из школы. Дети могут бояться школы по многим причинам, например, из-за того, что надо оставаться без родителей (как это бывает при сепарационном ТР), из-за страха контактов с микробами (при обсессивно-компульсивном расстройстве), из-за боязни взаимодействий со сверстниками и учителями (при социальном ТР). В этих случаях ребенок или подросток на самом деле боится не самой школы, а событий, которые там могут с ними произойти. В связи с этим термин «школьная фобия» не является точным.

С другой стороны, причинами школьной фобии могут быть трудности адаптации в классе, боязнь плохих оценок, страх сделать ошибку или получить замечание от учителя, конфликты с одноклассниками, боязнь физической агрессии с их стороны. Некоторые родители, сами того не замечая, внушают детям страх перед школой, излишне драматизируя проблемы обучения; они лишают ребенка возможности проявить инициативу и самостоятельность — выполняют за него домашние задания или жестко контролируют их, негодую по поводу каждой коряво написанной буквы. В результате ребенок не столько боится школы, сколько опасается не оправдать завышенных ожиданий родителей. Любая из перечисленных проблем может сделать школьную жизнь ребенка невыносимой. В таких случаях не только родители, но и учителя должны помочь ему справиться с этой ситуацией.

СОЦИАЛЬНОЕ ТР

Социальное ТР проявляется интенсивным сопровождающимся реакцией избегания страхом, перед ситуациями, связанными с социальными контактами, любыми формами поведения в общественных местах, когда ребенку/подростку кажется, что он сделает что-то не так и вызовет негативную оценку и насмешки со стороны окружающих. К таким ситуациям относятся публичные выступления, ответы на уроках перед классом, сдача экзаменов, новые знакомства со сверстниками, вечеринки, занятия спортом, беседы со старшими или руководящими лицами, в т. ч. с педагогами в школе, когда ребенок оказывается в центре внимания. Некоторые дети боятся только говорить или выступать публично, в то время как другие боятся и избегают более широкого круга социальных ситуаций.

Социальное ТР наблюдается у 2–7% детей и подростков, одинаково часто у мальчиков и девочек, манифестирует в 7–13 лет, чаще в раннем подростковом возрасте,

но может проявиться и в начальной школе [1, 3, 4]. Социальное ТР проявляется внезапно после перенесенного стресса или формируется постепенно с течением времени.

Проблемы, связанные с социальным ТР: пассивность на уроках (не может задавать вопросы и вяло отвечать, читать вслух, писать на доске, выражать свое мнение и отстаивать его), плохую успеваемость, низкую самооценку и неуверенность в социальных ситуациях, трудности с установлением и поддержанием дружеских отношений, отказ ходить на коллективные мероприятия (дни рождения, вечеринки). Ребенок не может принимать пищу в присутствии других, пользоваться общественным туалетом. Дети становятся чрезмерно застенчивыми и часто ожидают, что их дела пойдут плохо, когда их окружают другие дети. При этом они могут быть обеспокоены тем, что другие следят за ними и обсуждают их поведение.

Социальное ТР долго остается незамеченным со стороны учителей и родителей, т. к. такие дети не хотят оставаться на виду и стараются быть незаметными. Поэтому на них обращают внимание лишь тогда, когда они начинают пропускать школу или получают плохие оценки.

Подростки и молодые люди с социальным ТР еще больше сосредоточены на себе и имеют низкую самооценку. Когда они начинают работать, то из-за чрезвычайного страха или смущения могут испытывать неловкость при знакомствах, взаимодействии с коллегами, собеседовании с руководством. У них повышен риск депрессии, употребления алкоголя или наркотиков.

ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТР

Генерализованное ТР проявляется чрезмерной тревогой с предчувствием неблагоприятного развития самых разных событий и обстоятельств, имеющих отношение к семье, состоянию собственного здоровья и близких, финансовому положению, друзьям, школе, а также повседневным делам. Для ребенка в такой ситуации характерны постоянный поиск поддержки у родителей и других людей в связи с собственными страхами, избегание всего нового, особенно негативных новостей, неопределенных ситуаций, вероятности допустить ошибку. Типично также наличие во время беспокойства соматических симптомов, бессонницы, раздражительности, мышечного напряжения, нарушения концентрации внимания.

Манифестация генерализованного ТР приходится на 10–12 лет, оно отмечается примерно у 1% подростков, среди девочек в 2 раза чаще, чем среди мальчиков [1, 3, 4]. При отсутствии лечения заболевание не исчезает вплоть до взрослого возраста и приводит к значительному ухудшению качества жизни.

Пациенты с генерализованным ТР испытывают постоянное по поводу различных аспектов повседневной жизни и будущих событий, включая малозначительные вопросы. Дети младшего возраста, как правило, беспокоятся о простых и неотложных вопросах, таких как безопасность семьи, любовь и привязанность к ним близких, школьные успехи. У подростков проявляется беспокойство по поводу здоровья и безопасности самого себя и своей семьи,

KidZ

СРЕДСТВА
ДЛЯ ЗДОРОВОГО
ДЕТСТВА



KidZ сироп с мелиссой и мятой

для повышения внимания и усидчивости у непосед

ЭКСТРАКТЫ МЕЛИССЫ И МЯТЫ, ГЛИЦИН, МАГНИЙ, ЦИНК, ХОЛИН, ЛИЗИН, ВИТАМИНЫ В1, В3, В6

СПОСОБСТВУЮТ:

-  улучшению концентрации внимания и памяти
-  укреплению нервной системы
-  устранению повышенной возбудимости

КОГДА БУДЕТ ПОЛЕЗЕН ПРИЕМ KIDZ СИРОПА С МЕЛИССОЙ И МЯТОЙ?

- При чрезмерно активном поведении
- При повышенной нервной возбудимости и раздражительности



Проводятся
клинические
исследования

БЕЗ ароматизаторов
консервантов
искусственных красителей



Удобный прием!
Разовая порция
сиропа в стике



Более подробную
информацию
о продуктах
Вы можете найти
на нашем сайте

kid-z.ru

ТЕЛЕФОН ГОРЯЧЕЙ ЛИНИИ **8-800-201-94-73** (с 8:00 до 17:00, по будням)

 **kid_z.ru**

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

академической успеваемости, дружбы и отношений с другими людьми, собственной пунктуальности, своего будущего, отношений между родителями или стабильности семьи, происходящих в мире событий (связанных с природой, климатом, окружающей средой, политикой, преступностью) и др.

Поскольку у пациентов с генерализованным ТР наблюдаются выраженные соматические симптомы тревоги, утомляемость, раздражительность, нарушение концентрации внимания, мышечное напряжение и нарушение сна, преувеличенное, физически истощающее постоянное и неконтролируемое беспокойство, то это крайне отрицательно влияет на качество жизни ребенка и его семьи. Для поведения ребенка в таком состоянии характерны чрезмерные затраты времени на выполнение уроков, многократное утомительное обдумывание ситуаций, многократное и необоснованное составление списков, частые проверки (хода текущих дел, взаимоотношений, состояния здоровья с выявлением возможных болезней), затягивание выполнения дел, болезненное фокусирование интересов на предмете беспокойства. Это формирует напряженную обстановку вокруг ребенка, ухудшает дружеские и внутрисемейные отношения из-за постоянных страхов и бесконечных обращений за поддержкой.

Негативное влияние продолжающегося постоянного беспокойства проявляется тем очевиднее, чем старше становится ребенок. Родители, учителя и другие взрослые замечают, что подросток отличается от ровесников, много времени затрачивает на неэффективное выполнение задания, кажется напряженным и измотанным, отказывается участвовать в развлекательных мероприятиях или проводить время с друзьями из-за опасений своей неуспешности. Со временем постоянное беспокойство и отстраненность от друзей и общих с ними занятий усиливают чувство собственной неполноценности, предрасполагают к депрессии.

ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО, АГОРАФОБИЯ

Паническое расстройство — повторяющиеся и развивающиеся неожиданно, без связи с какой-либо причиной или ситуацией приступы крайней тревоги (паники), которые быстро достигают пика, сопровождаются угрожающими, по мнению пациента, соматическими симптомами (ознобоподобная дрожь, нехватка воздуха, сердцебиение, боль или дискомфорт в груди, головокружение, тошнота, профузный пот, оцепенение, парестезии, чувство бессилия), страхом смерти или сумасшествия. Приступ паники — это внезапный порыв сильного страха и дискомфорта, который достигает пика и стихает в течение нескольких минут. Вслед за приступом паники в течение по крайней мере одного месяца пациент испытывает беспокойство по поводу возникновения новых приступов, он боится, что из-за панической атаки с ним случится непоправимое (потеряет контроль над собой, сойдет с ума, умрет), меняет свое поведение, чтобы избежать повторной панической атаки (например, избегает физических нагрузок).

Помимо панического расстройства у многих детей и подростков может развиваться агорафобия, хотя эти два состояния могут существовать независимо друг от друга. Агорафобия характеризуется интенсивной тревогой и страхом перед реальными или предполагаемыми ситуациями, которые могут вызвать развитие панической атаки, и избеганием таких ситуаций. Детей пугает пребывание в местах, из которых трудно выбраться быстро: общественном транс-

порте, открытых пространствах (рынки, мосты, парковки), закрытых пространствах (магазины, кинотеатры, театры), очереди или толпа людей, они боятся одиночества вне дома. Страх связан с местами, откуда трудно убежать и где нельзя получить быстрой помощи. Поэтому дети максимально избегают мест и ситуаций, в которых раньше уже случались панические атаки, в помещениях стараются занимать места у прохода или ближе к выходу, стремятся поддерживать контакт с сотрудниками охраны, носят с собой лекарства, надевают свободную, не ограничивающую движений одежду, избегают физических упражнений, любой деятельности, которая активизирует организм.

Чаще паническое расстройство и агорафобия манифестируют в молодом взрослом возрасте, но иногда — в 13–15 лет. Ими страдают примерно 2% подростков, девочки в 2 раза чаще, чем мальчики [1, 3, 4].

Проблемы, связанные с паническим расстройством и агорафобией, включают низкую самооценку, уменьшение независимости, плохую успеваемость и прогулы в школе, отказ от поездок и путешествий, трудности во взаимоотношениях со сверстниками и членами семьи, боязнь разлуки с родителями, перехода из дома в школу, нарушения сна, риск депрессии и употребления алкоголя или наркотиков.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ТР

Ранее по отношению к ТР применялся термин «детский невроз». Однако это понятие не вполне верно, поскольку означает, что эмоциональные трудности ребенка проистекают от неосознанных внутренних психологических конфликтов [7]. По современным представлениям развитие ТР происходит при взаимодействии биологических, психологических и средовых факторов [8]. Факторы риска включают родительскую тревожность, особенности темперамента ребенка с тенденцией к замкнутому стилю поведения, травматические/негативные/стрессовые события в жизни, а также стиль воспитания [8].

Поскольку различные ТР детского возраста нередко встречаются в виде семейных случаев, большое внимание уделяется изучению наследственной предрасположенности и генетических механизмов ТР. Нейробиологические механизмы (наследственность и ранние повреждения мозга, обусловленные перинатальной патологией) могут приводить к дисфункции ряда мозговых структур и нейромедиаторных систем [4]. ГАМК-ергическая, норадренергическая и серотонинергическая системы рассматриваются в качестве ключевых в патофизиологии ТР и механизмах действия анксиолитических препаратов. Предполагается, что дальнейшее изучение нейробиологических механизмов ТР, в т. ч. с применением методов функциональной нейровизуализации, позволит уточнить фундаментальные механизмы тревоги, роль дисфункции различных областей мозга и обосновать рациональные подходы к терапии ТР.

При оценке средовых факторов следует учитывать, что для обеспечения жизнедеятельности организма ребенка необходимо множество нутриентов, среди которых важную роль играют витамины, макро- и микроэлементы. Повышенной тревожностью, раздражительностью, эмоциональной лабильностью и утомляемостью организм может сигнализировать о нарушениях метаболизма при дефиците витаминов (особенно группы В) и минеральных веществ (в частности, магния, цинка). Известно, что повышенная потребность в витаминах и минералах при обычном уровне их

поступления возникает у детей в периоды наиболее интенсивного роста, под влиянием значительных физических или психоэмоциональных нагрузок, различных стрессовых ситуаций. Значительно возрастает потребность в этих нутриентах и у детей с ТР. Дефицит витаминов, макро- и микроэлементов в организме может быть связан не только с высокими затратами, но и с низким их содержанием в потребляемых пищевых продуктах и воде. Поэтому в процессе обследования пациентов с ТР следует обращать внимание на полноценность их питания, которая определяется не только энергетической ценностью пищи и сбалансированностью рациона по белкам, жирам и углеводам, но и обеспеченностью витаминами, макро- и микроэлементами.

Терапия ТР

Лечение ТР у детей и подростков основывается на комплексном подходе с применением методов психотерапии (рациональной, когнитивно-поведенческой, семейной, игровой и др.) и фармакотерапии. Важная роль принадлежит родителям, которые, следуя рекомендациям специалиста, помогают своему ребенку справляться с тревогой. Когда навыки преодоления сложных ситуаций и смелое поведение практикуются и поощряются в домашних условиях, дети и подростки учатся противостоять своим страхам, идти на разумный риск и обретают уверенность в собственных силах.

В фармакотерапии применяются препараты нескольких групп, включая небензодиазепиновые транквилизаторы (гидроксизин), транквилоноотропы (аминофенилмасляной кислоты гидрохлорид), препараты седативного и вегетостабилизирующего действия (антитела к мозгоспецифическому белку S-100 аффинно очищенные), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флувоксамин, сертралин), мягкие нейролептические средства (алимемазин), фитопрепараты. Следует отметить необходимость длительного врачебного наблюдения и проведения продолжительной терапии.

Детям и подросткам с различными формами ТР могут быть рекомендованы комплексные препараты, включающие нейрометаболические средства, витамины, макро- и микроэлементы. Таким препаратом является «KidZ сироп с мелиссой и мятой», который назначается курсами по 2 нед. в следующих дозах:

- ребенку от 3 до 7 лет — по 5 мл 2 р./день;
- ребенку от 7 до 11 лет — по 5 мл 3 р./день;
- ребенку старше 11 лет — по 10 мл 2 р./день.

В состав препарата «KidZ сироп с мелиссой и мятой» входят полезные и безопасные компоненты (витамины группы В, аминокислоты, магний, цинк и растительные экстракты), которые нормализуют работу нервной системы, восстанавливая естественный баланс между процессами возбуждения и торможения:

- ♦ мелисса и мята в форме экстрактов помогают устранять нервное напряжение;
- ♦ холин (предшественник нейромедиатора ацетилхолина) участвует в образовании компонентов мозговой ткани, способствует улучшению памяти и работоспособности;
- ♦ глицин благоприятно влияет на моторику и речь, позволяет снизить психоэмоциональное напряжение, агрессивность, конфликтность;
- ♦ лизин защищает клетки головного мозга от кислородного голодания, замедляет процессы возбуждения;

- ♦ витамин В₁ (тиамин) обеспечивает метаболические процессы в центральной нервной системе (ЦНС), влияет на функции нейромедиаторов (ацетилхолин, ГАМК), процессы проведения нервного импульса;

- ♦ витамин В₃ (ниацин, никотинамид) обеспечивает протекание окислительно-восстановительных процессов в организме, нормальное функционирование ЦНС;

- ♦ витамин В₆ (пиридоксин) участвует в биосинтезе нейромедиаторов (ГАМК, серотонин, катехоламины и др.);

- ♦ магний является центральным элементом, поддерживающим баланс процессов возбуждения и торможения в ЦНС. Магний необходим для стабилизации активности возбуждающих (глутаматных) рецепторов. Является кофактором аденилатциклаз, участвующих в передаче сигнала от дофаминовых, серотониновых и адреналиновых рецепторов к управляющим внутриклеточным каскадам, а также кофактором катехол-О-метилтрансферазы, инактивирующей избыток моноаминовых нейромедиаторов;

- ♦ магний и витамин В₆ при совместном назначении способствуют улучшению поведения, снижению тревожности и агрессивности, повышению концентрации внимания;

- ♦ цинк участвует в обеспечении психических процессов, поскольку входит в состав всех известных классов ферментов и участвует в обмене белков, жиров, углеводов и нуклеиновых кислот. Цинк необходим для процессов нейроонтогенеза, входит в состав металлопротеинов мозга, обладающих нейротропными свойствами, участвует в механизмах обучения и памяти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТР относятся к широко распространенным среди детей и подростков состояниям. Формирование клинической картины ТР происходит постепенно, и их клинические проявления изменяются в зависимости от возраста. При этом у ряда пациентов одновременно могут отмечаться симптомы не одной, а нескольких форм ТР. Между тем у многих детей и подростков ТР долго не распознаются, что влечет за собой отсутствие специализированной помощи и хронизацию болезни. Ранняя диагностика и терапия необходимы потому, что ТР отражаются на всех сферах жизни, заметно ухудшая как общее самочувствие ребенка, так и взаимоотношения в семье и дружеские контакты, показатели школьной успеваемости, значительно ограничивают социальную активность. Сложный многокомпонентный патогенез ТР требует комплексного подхода к лечению с применением методов психотерапии и современных лекарственных средств.

Благодарность

Публикация осуществлена при поддержке ООО «ВТФ» в соответствии с внутренней политикой и действующим законодательством РФ.

Литература

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V). American Psychiatric Association. Washington; 2013.
2. Rebello T.J., Keeley J.W., Kogan C.S. Anxiety and Fear-Related Disorders in the ICD-11: Results from a Global Case-controlled Field Study. Archives of Medical Research. 2019;50(8):490–501.
3. Essau C.A., Gabbidon J. Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization. In: Essau C.A., Ollendick T.H., eds. The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety. Chichester: Wiley-Blackwell; 2013.
4. McKay D., Storch E.A. Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders. Springer; 2011.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

5. Kim-Cohen J., Caspi A., Moffitt T.E. et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*. 2003;60:709–717.
6. Silverman W.K., Field A. *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press; 2011.
7. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста. Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак; 2007. [Wenar Ch., Kerig P. *Developmental Psychopathology: From Infancy Through Adolescence*: trans. from English. SPb.: Prime Euroznak; 2007 (in Russ.)].
8. Чутко Л.С. Тревожные расстройства в общей врачебной практике. СПб.: ЭЛБИ; 2010. [Chutko L.S. *Anxiety disorders in general medical practice*. SPb.: ELBI; 2010 (in Russ.)].
9. Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия. Пер. с нем. М.: ЭКСМО-Пресс; 2001. [Remschmidt H. *Child and adolescent psychiatry*: trans. from German. M.: EKSMO-Press; 2001 (in Russ.)].
10. Muris P., Ollendick T.H. Children Who are Anxious in Silence: A Review on Selective Mutism, the New Anxiety Disorder in DSM-5. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2015;18(2):151–169.