



Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
ГОУ ВПО Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова Росздрава
Клиника нервных болезней имени А.Я. Кожевникова
Всероссийское общество неврологов
Московское общество неврологов



РОССИЙСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА - 2005

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

13-15 декабря 2005 г.

Москва

Генеральный спонсор



Главные спонсоры



ЯНССЕН-СИЛАГ
Янссен Фармацевтика Н.В.



Innovation for patient care



NOVARTIS
NEUROSCIENCE

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА КОРТЕКСИН В КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ДЕТЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Т.И. Иванова, О.Е. Крахмалёва, Т.В. Дворкина

Омская государственная медицинская академия,

Омская клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой, Омск

В последнее десятилетие отмечается возрастание частоты депрессий в детском и пубертатном возрасте. Перегрузки и неудачи в школе часто расцениваются как причина депрессий у детей. Однако многие авторы склонны считать, что неудовлетворительная успеваемость является не причиной, а следствием депрессии, так как депрессии детского возраста часто сопровождаются нарушением интеллектуально-мнестических функций и как следствие - школьной дезадаптацией. Одним из ведущих звеньев когнитивного дефицита у детей с депрессивными расстройствами является выраженные морфологические изменения нервной ткани, не только на ультрамикроскопическом, но и на макроструктурном уровне.

Цель исследования: Изучить динамику интеллектуально - мнестического состояния у детей, с депрессивным синдромом, в комплексном лечении с использованием препарата кортексин.

Методы: обследовано 23 ребенка с депрессивным расстройством настроения (из исследуемой группы исключены дети с органическим поражением ЦНС), с использованием клинико-психопатологических методов обследования, выраженность депрессии определялась методом количественной оценки с помощью шкалы депрессии Гамильтона, социальная полезность по отношению к окружающим и самому себе определялась с помощью шкалы социальной компетенции Долла (VSMS) (Doll E.A., 1953), для оценки качества жизни использовалась модифицированная шкала Пирс-Харриса PECS, (The patient Evaluation and Conference System), анализ интеллектуального состояния проводился с помощью теста Айзека.

Результаты: Средний возраст, в обследуемой группе, составил 10,3 года (54,4% мальчики и 43,6% девочки), нозологическая принадлежность психического расстройства соответствовала критериям МКБ №10 и представлена следующими группами биполярное аффективное расстройство текущий депрессивный эпизод (F 31.3, F 31.4), депрессивный эпизод (F 32.0, F 32.1, F 32.2), расстройство адаптации (F 43.20, F

43.21, F 43.23), шизоаффективное расстройство (F 25.1), шизофрения детский тип с депрессивной симптоматикой (F 20.8). Средняя выраженность депрессивных проявлений по шкале Гамильтона составила 18,3±0,7 балла, средний уровень социальной компетенции Долла отставал от физического возраста на 2,9 балла. Качество жизни по шкале Пирс-Харриса, в среднем составила 56,4 балла, с преимущественным снижением по шкалам счастье и удовлетворенность, внешность и здоровье. У всех детей отмечалось выраженное интеллектуальное снижение от легкого когнитивного расстройства до псевдоолегофреноподобного нарушения.

Данные клинического обследования подтверждены методом психологического тестирования: менее 80 баллов у 65,3% обследованных и менее 40 баллов у 44,4% детей по стандартному тесту Айзека. Для проведения медикаментозной базисной терапии пациенты были разделены на две равнозначные группы. В группе 1 проводилась стандартная схема лечения препаратами трициклическими антидепрессантами (амитриптилин, пиразидол), транквилизаторами (мезапам, фенозепам), при необходимости нейролептиками различных групп ежедневно в течение месяца, в адекватной для выраженности симптома дозе. После проведенной терапии в 92,2% случаев отмечалось клиническое улучшение (снижение выраженности депрессивных проявлений по шкале Гамильтона до 3,8 баллов, социальная компетентность увеличилась на 1,5 балла, уровень качества жизни увеличился до 94,7 баллов с преимущественным снижением по шкалам здоровья и интеллектуального и школьного статуса ($p < 0,01$)). Ретестирование интеллектуального состояния не выявило статистически значимого изменения. В группе 2 в стандартную схему лечения был включен кортексин, обладающий тканеспецифичным действием на кору головного мозга. Кортексин, оказывая церебропротекторное, ноотропное и противосудорожное действие, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге. Клиническое улучшение после проведенной терапии составила 93,4% (снижение выраженности депрессивных проявлений по шкале Гамильтона до 2,9 баллов, социальная компетентность увеличилась на 1,9 балла, уровень качества жизни увеличился до 113 баллов с преимущественным снижением по шкалам внешности и популярности ($p < 0,01$)). Когнитивные функции улучшились, составляя в среднем повышение на 20,73 балла по тесту Айзека ($p < 0,05$).

Заключение. Использование кортексина обосновано в комплексном лечении депрессивного синдрома у детей.