

Санкт-Петербургский научно-исследовательский  
психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

ПСИХИЧЕСКИЕ И РЕЧЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА  
ПРИ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ  
(диагностика и лечение)

Санкт-Петербург – 2006

В пособии для врачей излагаются данные о современных методах диагностики и лечения психических и речевых расстройств у детей, страдающих эпилепсией. Данное пособие представляет собой комплексный подход, позволяющий проводить дифференцированное лечение психических расстройств на разных этапах реабилитации детей с эпилепсией. Предложен объем необходимых методов исследований психических нарушений для установления целостной картины заболевания, что позволяет разработать индивидуальную стратегию терапии.

В пособии предлагается тактика лечения заболеваний, сопутствующих эпилепсии в зависимости от тяжести ее течения, выраженности преобладающих и сопутствующих симптомов с учетом характера сопутствующей резидуально - органической патологии головного мозга. Для контроля эффективности терапии предложено использовать визуально - аналоговые шкалы, наглядно характеризующие эффективность препарата, как в отношении отдельных симптомов, так и заболевания в целом. Совместное использование современных психотропных препаратов с психотерапевтической и логопедической коррекцией позволяет значительно повысить качество реабилитационных мероприятий.

Пособие предназначено для психиатров и неврологов стационарной и амбулаторной сети для использования в повседневной практике.

Авторы: рук. отд. д. м. н. Макаров И.В., ст. н. с. к. м. н. Зайцев Д.Е., к. пс. н. Семенова С.В., н. с. Яковлева Ю.А., м. н. с. Гасанов Р.Ф., логопед-дефектолог Плешкова Е.В.

©Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева

## ВВЕДЕНИЕ

Для проведения адекватных реабилитационных мероприятий при эпилепсии у детей необходимо привлечение специалистов смежных с психиатрией специальностей (неврологов, психологов, логопедов-дефектологов), так как сопутствующие эпилепсии психические расстройства являются основной причиной дезадаптации. Признаки органического поражения головного мозга выявляются примерно у 70% детей и подростков, страдающих эпилепсией. Поражения церебральных структур, возникающих под воздействием различных факторов (травматического, перинатального, инфекционного генеза и т.д.), представляют собой закончившийся патологический процесс, который обуславливает нарушения нормального функционирования психических функций ребенка. Динамика процесса обусловлена созреванием головного мозга, в ходе которого проявляется слабость функции поврежденной системы, а также совместным воздействием неблагоприятных факторов внешней среды, сопутствующими заболеваниями и включающимися компенсаторными механизмами. Указанные факторы формируют у больных с различными формами эпилепсии общий для них церебральный фон, на котором в периоды возрастных кризов развиваются расстройства, отражающие тип реагирования, характерный для данного возрастного периода. Существенным обстоятельством является формирующаяся компенсаторная возможность имеющегося страдания, реализация которой, определяется тяжестью первоначального повреждения, соматического здоровья и внешними факторами. Таким образом, эпилепсия является причиной возникновения наиболее тяжелых психических расстройств детского возраста. Новизна метода основана на включении в комплексный подход к терапии психических расстройств у детей, помимо адекватной противосудорожной терапии, направленной на достижение клинко-энцефалографической ремиссии, дополнительных медикаментозных, психотерапевтических и логопедических вмешательств соответственно объему и степени выраженности имеющейся психопатологической симптоматики. По сравнению с предыдущими аналогами<sup>1</sup> в пособии расширен спектр рассматриваемой сопутствующей психической и речевой патологии при эпилепсии у детей. Представлены классификации этих расстройств, удобные для подбора терапии. Рекомендованы к использованию новые антиконвульсанты, нейролептики последнего поколения и современные ноотропы с пересмотром доз и схем их применения. Предложенный метод позволяет осуществлять

<sup>1</sup> Комплексное нейрорадиологическое, доплерографическое и ээг-исследование у детей с орг. пор. головного мозга и пароксизмами. Пособие для врачей.- С-Пб, 2003.- 20с;  
[www.bekhterev.spb.ru/science/methods/org\\_epilep\\_child.pd](http://www.bekhterev.spb.ru/science/methods/org_epilep_child.pd)

лечение сопутствующей патологии при эпилепсии у детей с позиций этапности реабилитационного процесса. Впервые определена необходимость и безопасность применения различных ноотропных средств на разных этапах эпилептической болезни в детском возрасте. Учитывая эволюционную позицию развития эпилепсии у детей, скорость редукции сопутствующей патологии и смену тяжелых психических нарушений легкими, появляется возможность прогнозирования исхода основного заболевания и разработки реабилитационных мероприятий.

### **ПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПОСОБИЯ**

1. Эпилепсия у детей.
2. Эпи - синдром при органическом поражении мозга.
3. Неврозоподобные расстройства при эпилепсии.
4. Эпилептические психозы.
5. СДВГ при эпилепсии.
6. Речевые нарушения у детей, страдающих эпилепсией.
7. Профилактика формирования психоорганического синдрома у больных эпилепсией.
8. Психологическая коррекция при эпилепсии у детей.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ ПОСОБИЯ**

Противопоказаний к проведению сопутствующей терапии при эпилепсии не существует. Противопоказанием к проведению МРТ является наличие искусственного водителя ритма и инородных металлических тел. В этих случаях рекомендуется проведение компьютерной томографии.

Индивидуальная непереносимость к вышеперечисленным средствам.

Тяжелая степень интеллектуальной недостаточности для использования ряда психологических методик и проведения психотерапии.

## ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Описание клинических проявлений, медикаментозного лечения, психотерапевтических мероприятий патологических состояний (патологических реакций, неврозоподобных расстройств, психозов), сопутствующих эпилепсии у детей в систематизированном виде приводится нами впервые.

Для составления полного представления о состоянии больного и разработки успешной тактики восстановительной терапии в алгоритм комплексного обследования больных, помимо общепринятых клинических обследований, необходимо включать МРТ и ЭЭГ, доплерографическое и психологическое исследования головного мозга.

**Нейрорадиологическое исследование головного мозга.** Для установления характера и локализации патологических изменений головного мозга при эпилепсии обязательно проведение магнитно-резонансной томографии. По результатам нейрорадиологического исследования детей с психическими расстройствами при эпилепсии наиболее частой находкой являются атрофические процессы, связанные с дефицитом нейронов и реактивным разрастанием нейроглии вследствие воздействия разнообразных факторов. Нейрорадиологические признаки атрофических процессов головного мозга включают следующие симптомы: относительное расширение субарахноидальных пространств, часто локальное; расширение желудочковой системы, нередко асимметричное расширение боковых желудочков. Дифференцируются следующие формы атрофических изменений головного мозга: кортикальные (периферические), подкорковые (центральные) и корково-подкорковые (смешанные). Атрофические изменения у детей чаще локализуются в лобно-височных отделах головного мозга. Одним из часто встречающихся видов структурного повреждения являются внутримозговые кисты. Нейрорадиологическое исследование головного мозга однократно обязательно проводится всем больным.

**Транскраниальная ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга.** Транскраниальная доплерография обладает рядом преимуществ перед остальными методами исследования церебральной гемодинамики, поскольку является недорогим неинвазивным методом скрининга. Инсонацию магистральных церебральных артерий осуществляют через основные ультразвуковые окна. Допплерографическое исследование головного мозга однократно обязательно проводится всем больным эпилепсией перед назначением дегидратационной, вазоактивной и ноотропной терапии. Повторное контрольное исследование проводится после курса терапии, а в дальнейшем по мере необходимости.

## **Электроэнцефалографическое исследование.**

Электроэнцефалографическое исследование при эпилепсии имеет важное значение для установления диагноза, уточнения формы эпилепсии, отслеживания динамики заболевания и корректировки тактики лечения, как основного, так и сопутствующего. Всем больным проводится электроэнцефалографическое исследование для определения локализации очага эпилептиформной активности и характера патологических изменений. Используются униполярные отведения и применяются специфические провоцирующие нагрузки (ритмичная фотостимуляция от 3 ГЦ до 33 ГЦ с шагом 3 ГЦ, трехминутная гипервентиляция, депривация сна). Электроэнцефалографическое исследования головного мозга однократно обязательно проводится всем больным. В дальнейшем, больным, страдающим эпилепсией, электроэнцефалографическое исследование проводится по мере необходимости в период подбора терапии (от ежедневного до еженедельного). В период динамического наблюдения ЭЭГ - исследование проводится не реже одного раза в 6 мес. В случаях ночных приступов обязательно проведение ночного ЭЭГ-мониторирования. Назначение психотропных средств необходимо проводить под контролем ЭЭГ, для определения эффективности терапии и выявления побочных эффектов в доклинической стадии (например, бета-2-ритмы в передних отведениях при назначении бензодиазепинов).

**Психологическое исследование.** Чрезвычайно важное значение для диагностики характера психических нарушений при эпилепсии у детей имеет психологическое исследование. (Психологические методики, использовавшиеся для исследования детей с эпилепсией см. в приложении 1).

Основные признаки повреждения головного мозга, устанавливаемые психологическим тестированием: нарушение концентрации внимания, трудности переключения внимания, отсутствие познавательной мотивации, нарушение образования понятий, частое нарушение слухо – речевого или зрительного восприятия: фиксация на второстепенных деталях, трудность интерпретации зрительных образов, недостаточность пространственного анализа и синтеза. Отмечается повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, тревожность и внутреннее напряжение. Кроме того,

наблюдаются нарушение зрительно-моторной координации, замедленный темп психической деятельности или психомоторная расторможенность, сочетающаяся с недостаточным самоконтролем, нарушение планирования и регуляции деятельности. Часто обнаруживается неравномерность развития предпосылок интеллекта, несформированность умственного плана деятельности (для выполнения заданий в уме дети используют счет на пальцах, проговаривание вслух).

Клинически при эпилепсии нами выделены следующие формы психических расстройств, ориентировка в которых необходима для проведения технологии:

- Патологические реакции (невротические реакции)
- Неврозоподобные расстройства
- Психозы

### **Патологические реакции при эпилепсии**

Патологические реакции при эпилепсии обусловлены стрессовыми факторами с которыми ребенок сталкивается в повседневной жизни. Они наблюдались у детей в возрасте 10 -12 лет и составили около 30% всех психических расстройств, связанных с эпилепсией. В отдельные возрастные периоды встречались следующие виды нарушений: дошкольный возраст - энурез, заикание, ночные страхи. В возрасте 7-9 лет: нарушения сна, истерические припадки, и тики. В 10 - 12 лет - истерические припадки, панические реакции, отказ от посещения школы, агрессия к близким, навязчивости. В 13 - 15 лет: панические реакции, депрессия, отказ от школы, нарушения сна, энурез.

Распределение реакций по половому признаку показало, что у мальчиков в два раза чаще встречались: отказ от школы, энурез и энкопрез, агрессия, навязчивости, депрессия, заикание. У девочек вдвое чаще наблюдались истерические припадки, ипохондрия.

### **Неврозоподобные расстройства при эпилепсии**

Отмечались у 45% больных с эпилепсией. Отличались от невротических расстройств относительной бедностью и однообразием проявлений, отчетливой зависимостью обострений от возрастных кризов и соматических заболеваний, характерным отношением больных к имеющимся у них расстройствам (своеобразная анозогнозия) и, наконец, сглаживанием симптоматики вплоть до ее полного исчезновения

по завершению пубертатного периода (до 75% случаев). Наиболее часто, приблизительно в равном проценте случаев, у больных с эпилепсией отмечались невротоподобные, депрессивные и обсессивные невротоподобные расстройства, реже - истериформные. Относительно часто наблюдались невротоподобные страхи, в 20% случаев отмечались невротоподобные тики, в 10% - было диагностировано каждое из таких расстройств, как невротоподобный энурез и невротоподобное заикание. При нарушениях поведения и тиках показано применение тиаприда (тиапридала) в дозах 50 мг дважды в день у детей и 100 - 200 мг трижды у подростков. При депрессивных и обсессивных невротоподобных расстройствах у детей старше 8 лет применяется феварин. В течение первой недели суточная доза при однократном приеме составляет 25 мг, поддерживающая доза составляет 50-100 мг на два приема в течение до полугода.

### **Эпилептические психозы**

Относительно редки эпилептические психозы, развивающиеся у детей и подростков с труднокурабельными формами эпилепсии.

В синдромальном отношении психотические расстройства подразделялись следующим образом: около половины случаев составляют аффективные психозы, где ведущим симптомом являлась депрессия и депрессивно-дисфорические состояния, редко - маниакальные и биполярные расстройства, определяющие основную симптоматику. У трети больных с аффективными расстройствами они сочетались с бредовыми нарушениями, и в таком же процентном соотношении - с галлюцинаторными. У трети психотических больных клиническая картина была представлена шизофреноподобными психозами: у детей младшего возраста - мутизм, сопровождающийся или ступорозным состоянием, или резким психомоторным возбуждением; у старших - клиническая картина психоза представлена галлюцинаторно-параноидным синдромом. Редки случаи галлюциноза и сумеречного помрачения сознания.

#### **ЛЕЧЕНИЕ:**

Лечение психических нарушений, свойственных эпилепсии неразрывно связано с лечением основного заболевания и его успешностью. Поэтому, помимо необходимой патогенетической терапии, позволяющей в отдельных случаях избежать применения других психотропных средств, в каждом конкретном случае требуется правильное противоэпилептическое лечение.



## **Эпилепсия, сопровождающаяся синдромом нарушения внимания с гиперактивностью**

При постановке диагноза синдрома нарушения внимания с гиперактивностью целесообразно учитывать следующие возрастные особенности.

Дошкольный возраст: моторное беспокойство (всегда подвижен, разбрасывает вещи), агрессивность (драчлив), имеет ненасытное любопытство, «бесстрашен» - может быть опасен для себя и других, непослушен. В игровой деятельности преобладают энергичные и часто разрушительные игры, требователен, постоянно спорит, шумит, прерывает других, часто наблюдаются чрезмерные вспышки гнева.

Младший школьный возраст: легко отвлекается, плохо организован в домашней работе, беспечен, допускает много ошибок в школьных заданиях (низкая успеваемость). не завершает или забывает задания, выпаливает ответы, не дослушав вопрос (часто мешает в классе), проявляет агрессию.

Подростковый возраст: откладывает выполнение заданий, дезорганизован в школьной работе, не может работать самостоятельно. Поведение обычно не зависит от поощрения или наказания, явное пренебрежение к собственной безопасности, отмечаются плохие отношения со сверстниками, проблемные или конфликтные отношения с родителями.

В настоящее время рассматривается три клинических варианта течения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью:

1. с преобладанием невнимательности, когда отмечается легкая отвлекаемость и не наблюдается чрезмерной гиперактивности или импульсивности в поведении ребенка.
2. с преобладанием гиперактивности/импульсивности, где наблюдается чрезмерная гиперактивность или импульсивность и нет выраженной невнимательности,
3. смешанный тип, когда выражены все три клинические признаки синдрома.

При генерализованных формах эпилепсии у детей дошкольного возраста характерным оказался вариант течения СНВГ с преобладанием нарушения внимания и с преобладанием гиперактивности/импульсивности. Смешанный вариант течения СНВГ встречался у детей младшего школьного возраста.

Длительность заболевания определяет вариант течения данного синдрома в сторону усложнения и утяжеления. Так, для генерализованной формы эпилепсии с длительностью заболевания от 1 до 4 лет характерен вариант течения СНВГ с преобладанием нарушения внимания. При возрастании длительности заболевания до 5-8

лет – характерен вариант течения СНВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности. При локально-обусловленной форме эпилепсии одного года достаточно для формирования варианта течения СНВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности и смешанного варианта СНВГ.

На течение синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей с эпилепсией большое влияние оказывают характер взаимоотношения в семье, тип воспитания ребенка, характер взаимоотношения со сверстниками, наличие или отсутствие нарушения игровой деятельности исследуемых детей, их работоспособность и школьная успеваемость.

Развитие основных симптомов СНВГ у детей с эпилепсией определяется органическим поражением головного мозга: импульсивность - подкорковой атрофией, гиперактивность и нарушение внимания - смешанной атрофии.

ЭЭГ -исследование позволяет установить направление терапевтического эффекта раньше клинического и обеспечить более раннее принятие решения о целесообразности продолжения терапии или необходимости ее изменения. Однако тот факт, что у некоторых пациентов возможно появление пароксизмальной активности, заставляет более внимательно относиться к назначению препаратов ноотропного ряда для лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей с эпилепсией, присоединяя их к противосудорожной терапии только по достижении клинической и электроэнцефалографической ремиссии.

У детей с СНВГ, страдающих эпилепсией, чаще встречаются нарушения сна и эмоциональная лабильность. Возрастная динамика психических нарушений у детей с генерализованной формой эпилепсии отличается от таковой у детей с локально-обусловленной формой. Если повышенный уровень тревоги у детей с локально-обусловленной формой эпилепсии наблюдается на протяжении от дошкольного до подросткового возраста, то при генерализованной форме эпилепсии данный фактор, преимущественно, отмечается в подростковом возрасте. Эмоциональная лабильность и церебрастенические симптомы сопровождают детей с генерализованной формой эпилепсии также от дошкольного до подросткового периода. У детей с локально-обусловленной формой отмеченные расстройства встречаются больше в подростковом возрасте. Описанные сопутствующие патологические состояния у детей с генерализованной формой эпилепсии сочетаются с вариантами течения СНВГ с преобладанием нарушения внимания и с преобладанием гиперактивности/импульсивности в дошкольном и младшем школьном возрасте, в

подростковом же возрасте они сочетаются со смешанным вариантом течения СНВГ. У детей с локально-обусловленной формой эпилепсии рассматриваемые нарушения сочетаются со всеми вариантами течения СНВГ в каждом возрастном периоде.

**НЕОБХОДИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ:** Клинико – психопатологическое метод, методики для исследования памяти, внимания, умственной работоспособности: запоминание 10 слов, проба Крепелина, цифровая корректурная проба, тест Тулуз-Пьерона. Для дифференциальной диагностики с вызывающим оппозиционным расстройством и установления варианта течения СНВГ используется шкала SNAP-IV. Для установления характера структурно-морфологических изменений головного мозга необходимо проведение МРТ, ТКДГ. По данным магнитно-резонансной томографии головного мозга в 67% случаев обнаруживаются структурно-морфологические изменения, которые в 21% носят характер подкорковой атрофии, в 8% случаев - корковой атрофии и в 26% - смешанной (корково-подкорковой) атрофии. При электроэнцефалографическом исследовании у детей с СНВГ в 53% случаев обнаруживается пароксизмальная активность.

**ЛЕЧЕНИЕ:** Семейная и индивидуальная психотерапия, направленная на изменение отношения родителей к детям с СНВГ и повышение самоконтроля у детей.

Медикаментозная терапия:

СДВГ с преобладанием невнимательности:

Ноотропил 400 мг/сутки однократно утром детям дошкольного возраста, 800мг/сут в 2 приема младшим школьникам, 1200 мг/сут в 2 приема подросткам. Алвитил 1 таб./сут. в теч. 6 нед., 2 курса/год.

Акатинол Мемантин 0,5 мг/кг однократно утром курсами в течение 2-х месяцев,

СДВГ с преобладанием гиперактивности/импульсивности:

Неулептил 1-10 мг/сут в 3 приема детям дошкольного возраста, 3-10 мг/сут в 3 приема детям младшего школьного возраста, 3-15 мг/сут подросткам в 1 - 3 приема с титрованием дозы до наступления клинического эффекта. Алвитил 1 таб./сут. в теч. 6 нед., 2 курса/год. На период каникул, когда потребность в повышенной концентрации внимания и самоконтроле снижается и появляются условия для реализации повышенной активности, рекомендуется обратное титрование дозы неулептила до полной его отмены

СДВГ со смешанным типом течения:

Глиатилин, 400мг/сут однократно детям дошкольного возраста, 800 мг/сут в 2 приема детям младшего школьного и подросткового возраста. Алвитил 1 таб./сут. в теч. 6 нед., 2 курса/год. При сохранении высокого уровня гиперактивности рекомендуется

присоединение неуплептила в указанных выше дозировках. В случаях наличия МРТ -признаков органического повреждения головного мозга показано проведение сопутствующей патогенетической терапии в зависимости от результатов МРТ и ТКДГ исследований.

Применение глиатилина у детей с эпилепсией не приводит к провокации судорожных приступов. У детей с СНВГ на фоне лечения глиатилином в ЭЭГ не появляется эпилептиформная активность. Алвитил является необходимым компонентом в комплексном лечении детей с синдромом нарушения внимания с гиперактивностью, страдающим эпилепсией.

### **Дисфорические состояния при эпилепсии**

В большинстве случаев дисфорические состояния у детей с эпилепсией характеризуются тоскливо - злобным аффектом на фоне нормального или суженного сознания, возникновением анейтральных переживаний, в результате чего появляется напряженность, раздражительность, конфликтность больных, импульсивные действия с гетеро - и аутоагрессивными тенденциями. Это существенно затрудняет адаптационные возможности детей и приводит к формированию психопатических черт личности.

В структуре дисфории у детей, страдающих эпилепсией, наиболее выражено проявляется снижение настроения, наличие суицидных мыслей, тоска, враждебность, неустойчивость аффекта, физическая агрессия, чаще с проявлениями аутоагрессии.

**НЕОБХОДИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ:** Клинико-психопатологический метод, МРТ для определения характера и выраженности органической патологии, ЭЭГ для установления наличия пароксизмальной активности. Дм выявления личностных особенностей и уровня агрессивности «Тест Рука», методика Басса - Дарки (у подростков), для определения степени тяжести депрессивной симптоматики - опросник Бэка (для детей 7-17 лет), визуально - аналоговые шкалы для оценки динамики психопатологического состояния PANSS, CGI.

**ЛЕЧЕНИЕ:** в остром периоде дисфорических состояний с выраженным напряженным аффектом, взрывчатостью и физической гетеро - и аутоагрессией, а также выраженными суицидальными намерениями используется аминазин в возрастных дозах, в/м 1 -2 дня. В дальнейшем для предотвращения развития дисфории необходимо перейти на пероральный прием нейролептиков с наименее выраженными побочными эффектами, таких как неуплептил, рисполепт с наращиванием дозы до клинического эффекта,

длительность приема от 6 мес. до 1 года. Начальная разовая доза неуплептила составляет 1 мг при двух-трех кратном приеме. Увеличение дозы ежедневно на 1 мг до достижения клинического эффекта. Максимальная доза у детей младшего школьного возраста - 5 мг/сут, для подростков - 20 мг/сут. Начальная суточная доза рисполепта для детей в возрасте 15 лет и старше составляет 0,5 мг/сут однократно, с последующим ежедневным увеличением дозы на 0,5 мг/сут до 2 мг/сут. Рисполепт также показан детям, страдающим дисфориями в клинической картине которых преобладает депрессивная симптоматика, благодаря воздействию данного препарата на серотонинэргические рецепторы. У детей с истероформными личностными проявлениями дисфории носят демонстративный характер, провоцируются нежелательными условиями и ситуациями, проявляются взрывчатостью, неустойчивостью и неадекватностью аффекта, чаще купируются самостоятельно или викарным подкреплением. В таких случаях первоначально рекомендована семейная психотерапия, иногда с использованием плацебо – средств. При наличии выраженных морфологических изменений в МРТ рекомендовано добавить к лечению патогенетическую терапию. При выявлении в ЭЭГ пароксизмальных нарушений, при отсутствии судорожных приступов необходимо начинать терапию с назначения антиконвульсантов с нормотимическим эффектом в средней терапевтической дозе: карбамазепины 5 мг /кг/сут., валпроаты 25 - 30 мг/кг/сут.

### **Церебрастенический синдром при эпилепсии**

При нарушении памяти и мышления, явлениях брадипсихии используется кортексин в возрастной дозе, в/м, в течение 10 дней, ноотропил в возрастной дозе, длительность приема - 1 мес., глицин по 100 мг - 3 раза в течение 3 мес.; жень-шень 1 капсуле - 1 раз -1 мес.; ноотропил в возрастной дозе, длительность приема - 1 мес.; повторные курсы через 3-6 мес.; глицин по 100 мг - 3 раза в течение 3 мес.; актовегин в возрастной дозе, длительность приема - 1 мес. Глиатилин в возрастной дозе назначается больным в период ремиссии приступов. В первый месяц контроль ЭЭГ проводится еженедельно, далее 1 раз в месяц. При увеличении индекса пароксизмальной активности в ЭЭГ препарат следует отменить. Длительность терапии 3 мес. Акатинол Мемантин применяется в дозе 0,5 мг/кг/сут. В первую неделю назначается  $\frac{1}{4}$  доза 1 раз утром и еженедельно увеличивается на  $\frac{1}{4}$ . Во время проведения этой терапии должно проводиться ежемесячное ЭЭГ исследование, при увеличении индекса пароксизмальной активности препарат необходимо отменить. Длительность терапии от 3 до 6 мес.

## Нарушения речевого развития

Одним из наиболее распространённых осложнений эпилепсии являются нарушения речи различного характера. У детей, страдающих эпилептическими приступами различного типа, речевые нарушения также имеют свои особенности.

Специфические особенности нарушения речи эпилептического характера, в ряде случаев, наслаиваются на имевшуюся ранее различную органическую речевую патологию. Тяжесть речевых нарушений определяется частотой приступов, их характером, длительностью и глубиной постприступного оглушения.

Ярко выражена речевая патология при локализации эпилептического очага в височной доле доминантного полушария. При этой форме эпилепсии на первый план выступают:

- амнезио-афатические нарушения как вторичные нарушения экспрессивной речи, снижение объёма слухоречевой памяти;
- брадилалия, патологически замедленный темп речи, монотонность, гнусавый оттенок голоса;
- олигофазии.

Дифференциация нарушений наблюдается уже в начальной стадии заболевания. В начальной стадии экспрессивная речь больных остается относительно сохранной, хотя и обедненной по объему словаря и синтаксических конструкций. Разборчивость речи несколько снижена, замедлен ее темп. Выявляются уменьшение словарного запаса, затруднение в подборе синонимов, в объяснении предъявляемых слов, ограничен набор обобщающих понятий, снижается способность к составлению рассказов по серии картин. Отстают фонематический анализ и синтез, возникают препятствия к различению сходных по звучанию фонем, нарушается возможность правильного формирования экспрессивной и импрессивной речи.

*При длительности заболевания более 3 лет,* результатом эпилептического процесса являются амнезио-афатические нарушения, брадилалия и олигофазия. Обедняется, снижается способность к лексико-грамматическим построениям фразы. Обеднение словарного запаса и синтаксических средств выражения мысли проявляется в олигофазиях. Олигофазическая речь характеризуется уменьшением словарного запаса, редуцированностью грамматического строя, интонационной монотонностью.

Олигофазии проявляются в тяжелых случаях течения эпилепсии, как результат прогрессивности процесса.

*При длительности заболевания более 5 лет* вне клинической ремиссии явления брадилалии и олигофазии нарастают. Эти нарушения характерны для парциальных форм эпилепсии.

Наиболее тяжелые речевые нарушения – сенсо-моторные афазии. Эпилептический очаг находится в левой височной и лобной областях. Заболевание начинается остро – нарушается понимание речи, экспрессивная речь становится маломодулированной, обедняется. Наиболее показательным является то, что детские афазии носят нестойкий характер, так как речевая функция к моменту начала приступов уже сформировалась.

У больных с миоклонической формой эпилепсии в речевых нарушениях на первый план выступает выраженное нарушение темпа речи, слабость артикуляции, фонации. Речь в зависимости от тяжести течения заболевания, «спотыкающаяся», «прерывистая», голос тихий, дрожащий, затухающий, с носовым оттенком. Наблюдается клоническое или тоно-клоническое заикание. При увеличении речевой нагрузки речь становится смазанной, "прерывистой" в начале, середине и конце фразы. Экспрессивная, спонтанная речь становится невозможной. Выраженное влияние на формирование речевых нарушений оказывают миоклонические приступы, когда они сочетаются со статусами абсансов и большими судорожными приступами.

Из всего многообразия речевых нарушений, выделяются речевые нарушения при абсансной форме эпилепсии: «разорванность» речевого потока в наиболее тяжёлых, статусных состояниях. При компенсации приступов «разорванность» исчезает.

Пропульсивные припадки (синдром Веста, Леннокса-Гасто) имеют раннее начало, всегда на фоне грубого мозгового поражения. У этих детей главной особенностью является задержка психо-речевого развития раннего периода жизни, тяжело нарушены двигательные функции. Речевые нарушения формируются на фоне выраженного общего недоразвития речи. Артикуляция затруднена, звукопроизношение нарушено по дизартрическому типу, темп речи замедлен, уровень речевой продукции беден, речь аграмматична. Трудность диагностики определяется сопутствующими неврологическими нарушениями и тяжёлым отставанием в психическом развитии.

Таким образом, при парциальных формах эпилепсии чаще наблюдается псевдобульбарная дизартрия, а у больных с миоклонической формой эпилепсии подкорковая (мозжечковая и гиперкинетическая формы). При лобной и височной локализации очага - амнестико-афатические нарушения. Общим является то, что

экспрессивная речь больных остается относительно сохранной, хотя и обедненной по объему словаря и синтаксических конструкций. Разборчивость речи несколько снижена, замедлен темп речи. Дифференциация нарушений в основном наблюдается в начальной и развернутой стадии заболевания. При длительности заболевания более пяти лет на первый план выходит брадилалия, обеднение словарного запаса и синтаксических средств выражения мысли (олигофазия).

Одной из наиболее распространенных причин дезадаптации в детском возрасте является заикание. Примерно у каждого десятого пациента, страдающего эпилепсией, имеется заикание различной степени тяжести. Клинически заикание проявляется судорогами тонического (остановки, запинки речи), клонического (повтор звуков и слогов), тонико-клонического (смешанного) характера в артикуляционной, голосовой и дыхательной мускулатуре, что ведёт к отсутствию плавности и ритмичности речи. Заикание может быть лёгкой, средней, тяжёлой степени выраженности. Заикание имеет определенную зависимость от эпилептических приступов: чем чаще приступы, тем выраженнее заикание. У детей с эпилепсией заикание характеризуется нарушением ритма речи, произвольными остановками или повторениями отдельных звуков или слогов. В большинстве случаев заикание возникает в 3-4 года, может начаться за несколько лет до развития эпилепсии. Достоверных различий частоты возникновения при различных формах эпилепсии не выявляется, но у мальчиков встречается в 2-3 раза чаще, чем у девочек. В его возникновении играют роль как врождённые, так и приобретённые факторы (пре- и перинатальные поражения нервной системы, острые и хронические соматические заболевания, инфекции, ЧМТ, психотравмирующие ситуации). Определение характера речевых нарушений в зависимости от формы эпилепсии, в настоящее время имеет большое значение в связи с постоянным усложнением и дифференциацией школьного обучения. Нарушения письменной речи (дисграфии) у детей страдающих эпилепсией, являются распространенным речевым расстройством. Дисграфические расстройства являются формальной причиной плохой успеваемости в школе.

Логопедическая работа носит дифференцированный характер, учитывающий механизм нарушения, его симптоматику, структуру дефекта и психологические особенности ребёнка.

Выявленные нарушения имеют важное значение для разработки методики дифференцированного коррекционно-педагогического воздействия и выбора,



необходимых медико-педагогических мероприятий, направленных на устранение речевого расстройства и качества реабилитационных мероприятий.

**НЕОБХОДИМЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ:**  
Неврологическое обследование, МРТ, ЭЭГ, логопедическое обследование.

**ЛЕЧЕНИЕ:**

Акатинол Мемантин назначается детям с алалиями, задержке психо-речевого развития в дозе 0,5 мг/кг/сут однократно, не более 10 мг/сут, терапия начинается с  $\frac{1}{4}$  дозы и увеличивается на  $\frac{1}{4}$  еженедельно. Клинический эффект наблюдается через месяц от начала терапии. Длительность приема от 3 до 6 мес., в тяжелых случаях продлевается до 1 года.

При дизартриях, дисграфиях и дислексии применяется глиатилин в возрастных дозировках 1-2 раза в сутки, длительность приема не менее 6 месяцев. Клинический эффект отмечается через 2-3 месяца от начала терапии.

После курсов терапии глиатилином и акатинолом назначается кортексин 10мг в/м №10, ноотропил в возрастной дозе 3 мес., глицин в возрастной дозе в 3 приема 3 мес.

### **Тактика патогенетической терапии по результатам нейрорадиологического и доплерографического исследований**

1. Дегидратационная терапия должна проводиться при наличии клинических признаков повышения внутричерепного давления (головные боли распирающего характера, чаще в утренние часы с тошнотой и рвотой, приносящей временное облегчение, выраженная ночная потливость). При обследовании могут выявляться застойные явления на глазном дне (вены расширены, артериолы спазмированы, сосуды извиты; диски зрительных нервов с размытыми контурами, гиперемированы и инъецированы, изменения носят двусторонний характер). При доплерографическом исследовании выявляются признаки умеренно выраженной внутричерепной гипертензии: предельная дилатация сосудов микроциркуляторного русла, ограничение резерва реакции на дилатацию сосудов, затруднение венозного оттока. Назначают диакарб в возрастной дозе 1 раз, утром, через день до еды - 2 мес. Для предотвращения развития гипокалиемии необходимо назначение препаратов калия.

2. При ограничении вазодилаторного резерва, диакарб применяют осторожно, желательно с повторным доплерографическим исследованием через две недели для контроля резерва реакции сосудов на гиперкашсию. Применение диакарба, ингибитора

карбоангидразы, может приводить к дальнейшему истощению вазодилаторного резерва, что, в свою очередь, может создавать предпосылки для гипоксии мозга. Для улучшения венозного оттока используется троксевазин в возрастных дозах в течение 1 мес.

3. При МРТ-признаках наружной и/или внутренней гидроцефалии и отсутствии клинических и доплерографических признаков внутричерепной гипертензии дегидратационную терапию проводить не нужно.

4. Церебральная ангиодистония по гипотоническому типу: актовегин в возрастной дозе - 1 мес., при сочетании с артериальной гипотонией: гутрон в возрастной дозе - 1 мес; экстракт корня женьшеня по 1 капсуле - 1 раз, длительность приема 1 мес; кортексин в возрастной дозе, в/м, в течение 10 дней.

5. Церебральная ангиодистония по гипертоническому типу без явлений венозной дисциркуляции: кавинтон, циннаризин в возрастных дозах, длительность приема – 1 мес.

6. Церебральная ангиодистония по гипертоническому типу с явлениями затруднения венозного оттока: кавинтон только в сочетании с троксевазином в возрастных дозах, длительность приема 1 мес; вазобрал по 0, 5 мл - 1 - 2 раза в сутки длительность приема 3 недели.

7. Церебральная ангиодистония по смешанному типу: вазобрал в возрастной дозе, длительность приема 3 недели, циннаризин в возрастной дозе, длительность приема -1 мес.

8. При сочетании признаков грубого структурного повреждения головного мозга со снижением линейной скорости кровотока, не обусловленного изменением сосудистого тонуса, назначаются препараты, улучшающие мозговой метаболизм: актовегин в возрастной дозе, длительность приема - 1 мес.; кортексин в дозе 10 мг, в/м, в течение 10 дней; глицин по 100 мг - 3 раза в течение 3 мес.; ноотропил в возрастной дозе, длительность приема - 1 мес.

### **Тактика синдромального лечения психотических расстройств**

Депрессивная симптоматика устраняется применением amitriptilina в дозах 12.5 мг у детей и 25 мг у подростков, принимаемых 3 раза в день. Продолжительность курса составляет не менее полугода. Пиразидол разделяет свойства обратимых ингибиторов моноаминоксидазы и трициклических антидепрессантов, не вызывая холинолитических

побочных эффектов, что делает его применение предпочтительным. Минимальная разовая доза составляет 12,5 мг для детей и 25 мг у подростков при трехразовом суточном приеме. Высоко эффективен в устранении психотической органической симптоматики у подростков старше 15 лет рисполепт. Начальная доза рисполепта составляет 0,5 мг в первый день приема. При хорошей переносимости ежедневно доза увеличивается на 0,5 мг/сутки при двукратном приеме до достижения клинического эффекта. Максимальная суточная доза составляет 6 мг/сут. Имеются данные о применении рисполепта у детей более младшею возраста (Козловская Г.В. и соавт., 2000; Козлова И.А. и соавт., 2001; Козловская Г.В., Калинина М.А., 2001, 2003). Использование рисполепта у детей до 15 лет является оправ данным и перспективным.

У детей также применяется азалептин (лепонекс) - 12,5 мг 3 раза в день или 25 мг дважды в сутки у детей старше 8 лет; 25 мг 3 раза в день. Высшая суточная доза составляет 100 мг.

Тревожные расстройства и двигательные обсессии, где тревога является главным пусковым механизмом, устраняются применением феварина 25 мг у детей с 8 лет в течение недели, подцеживающая доза составляет 50–100 мг на два приема в течение до полугода. При преобладании идеаторных обсессии показан прием эглонила 50–200 мг 3 раза в день.

### **Психотерапевтическая работа**

Заболевание подростка является фактором, который меняет всю систему отношений в семье. В связи с этим актуальной является проблема организации и проведения психологической помощи семьям, имеющих больных детей.

Одной из причин инфантильности детей и подростков, страдающих эпилепсией, являются такие специфические особенности этого заболевания, как неожиданность и непредсказуемость приступов, что приводит к формированию чувства собственной беспомощности. Объективная невозможность контроля над ситуацией и над собой во время приступов переносится подростком на другие жизненные ситуации. Заботы о постоянном ежедневном приеме противосудорожных препаратов, соблюдении режима, опасении за здоровье, наличии ограничений создают зависимость подростков от родных, и приводят к нарушению стиля воспитания, часто по типу гиперопеки. Таким образом, одной из целей при консультировании родителей подростков, больных эпилепсией, является коррекция стиля семейного воспитания. Для осуществления этой цели

необходимо решения нескольких задач. Во-первых, необходимо понимание эмоциональной атмосферы в семье, реакции на болезнь. Нередко возникает ощущение беспомощности, безысходности и разочарования как у родителей, так и у ребенка. Вероятным типом реагирования является появление вопроса «Кто виноват?». Поиск неблагоприятной наследственности, страдания и переживания по поводу тех проступков и ошибок, которые, как они полагают, привели к заболеванию («не доглядели», и произошла черепно-мозговая травма и т.п.), чувства вины и стыда, поиск виноватых - все это разрушает гармоничное семейное воспитание. Родители нуждаются в консультативной помощи для осознания своих истинных чувств и выработке позитивных установок как по отношению к себе, так и к своему ребенку. Во-вторых, не всякая семья выдерживает такое испытание. Однако, даже если семья не разрушается, зачастую нарушаются семейные и супружеские отношения, страдают здоровые сиблинги. Необходимо разрешение внутрисемейных конфликтов и гармонизация атмосферы в семье. Наличие заболевания у одного из членов семьи может обострять и выявлять скрытые психологические проблемы других членов семьи, способствовать их неврогизации. В этом случае необходима индивидуальная коррекционная работа.

В период госпитализации психокоррекция направлена:

- на адаптацию ребенка к пребыванию в стационаре,
- на повышение уровня социальной компетентности (навыки знакомства, вступления в контакт, формирование конструктивных способов решения конфликтных ситуаций),
- выработка позитивной «Я-концепции» (повышение самооценки, развитие самопознание, создание адекватного образа физического «Я»),
- формирование адекватного отношения к болезни, осознание участниками своих индивидуальных трудностей и создание мотивации на дальнейшую индивидуальную, групповую или семейную психотерапию.

Групповые занятия проводятся два раза в неделю продолжительностью по 60 минут. Группа формируется из детей приблизительно одного возраста и интеллектуального уровня. Ограничением для включения пациентов в группу является грубый интеллектуальный дефект. Перед началом групповых занятий ребятам объясняется их смысл: «Целью наших с вами занятий является лучше понять себя и других, узнать что-то новое о себе. Мы попробуем разобраться, почему мы радуемся или грустим, что можно сделать, если у нас плохое настроение, какими видят нас другие. Научимся более эффективно решать конфликтные ситуации, возникающие дома, в школе,

на улице, в магазине. Решать эти задачи мы будем с помощью различных игр, разыгрывания сценок и обсуждения, чтобы было интересно, весело и полезно». От конкретного состава участников и их психологических проблем зависит выбор методов и содержание занятий. Занятия начинаются и заканчиваются ритуалами, которые способствуют групповому сплочению. Используются как вербальные, так и невербальные техники, элементы психодрамы, пантомима, сказкотерапия, бихевиоральные методы. Важной задачей считается создание доброжелательной атмосферы в группе и обеспечение эмоционального комфорта каждого ребенка.

При проведении занятий необходимо помнить то, что:

- у больных с эпилепсией часто имеются нарушения внимания, памяти, работоспособности, поэтому при включении любых игровых заданий, предъявляющих повышенные требования к скорости, быстроте реакции, вниманию необходимо проявлять осторожность.
- у больных эпилепсией и у пациентов, принимающих нейролептики, зачастую отмечается брадипсихия. Это необходимо учитывать при включении заданий, в которых требуется скорость, быстрота реакции. Для смягчения ситуации желательно повторение инструкций, подсказки во время игры, замена участника, если он слишком часто становится водящим или прекращение игры.
- у больных с эпилепсией встречается синдром дефицита внимания с гиперактивностью: они повышенно отвлекаемы и не могут долго сидеть на одном месте. Для них необходимо тщательно и подробно рассказывать инструкции, повторять вопросы, вводить двигательные разминки, разбавлять обсуждение подвижными заданиями на ту же тематику.
- у больных эпилепсией может отмечаться повышенная обидчивость, ригидность, эмоциональная неуравновешенность, импульсивность и поэтому введение элемента состязательности способно спровоцировать конфликтные ситуации.

Проведение групповых занятий способствует разрешению конфликтной ситуации, налаживанию контактов со сверстниками, обучению способам снятия эмоционального напряжения, получению новой информации, обучению конструктивным навыкам поведения, повышению уровня самооценки, обретению уверенности в себе, самопознанию.

В итоге занятия помогают видеть и понимать собственные проблемы, находить пути их решения и способствуют социально-психологической адаптации пациентов.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

Описанный в пособии метод использовался при лечении 1023 больных с психическими расстройствами, страдающими различными формами эпилепсии. Все больные находились на стационарном лечении в отделении детской психиатрии в период с 1999 по 2004 г.

Анализируя полученные результаты в целом, можно отметить, что данная тактика обследования и анализа результатов МРТ, ЭЭГ, ТКДГ и психологического исследований позволяет получить важные данные об этиологии и патогенезе эпилептических припадков и психических расстройств у детей и особенностей формирования личностей в данных условиях. Проведение патогенетической терапии с учетом результатов нейрорадиологического и доплерографического исследований позволило добиться повышения терапевтической эффективности. Применение патогенетической терапии позволило избежать назначения нейролептических и антидепрессивных средств в 40% случаев у детей с синдромом нарушения внимания с гиперактивностью, в 34% случаев - у детей с дисфорическими состояниями. Применение современных нейролептиков позволяет избежать при их назначении нарушения когнитивных функций и развития нейролептического синдрома. У 26% больных при повышении индекса пароксизмальной активности в ЭЭГ была достигнута её нормализация без увеличения дозы противосудорожных препаратов, что позволило предупредить срыв ремиссии приступов. После возобновления приступов компенсация припадков без увеличения дозы антиконвульсантов была достигнута у 13% больных. Предложенная тактика позволит улучшить психическое состояние у 80% больных: предупреждение возникновения дисфорических состояний, сглаживание явлений психомоторной расторможенности, повышения работоспособности, улучшение памяти и школьной успеваемости, нормализация настроения, повышение активности у больных с явлениями брадипсихии.

Проведение противосудорожной терапии с учетом характера патологических изменений в ЭЭГ позволило добиться полного контроля приступов у 73% больных, ранее резистентных к противосудорожной терапии.

Применение современных нейрометаболических препаратов позволило значительно улучшить интеллектуальные возможности (память, внимание, работоспособность, целенаправленность мышления) у 50% детей с эпилепсией.

Благодаря комплексности подхода и построению индивидуальной стратегии терапии, данный метод позволил повысить эффективность терапии у детей с

психическими нарушениями на 48% по сравнению с ранее применяемыми методами лечения.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Денисов А.Ф., Дорофеева Е.Д. Культурно свободный тест интеллекта Р.Кеттелла. -СПб.: Иматон. -1994. - 14 с.
2. Детский вариант шкалы явной тревожности // Перевод и адаптация А.М.Прихожан. - М.: Иностранная психология. -1997. - С. 64 - 67.
3. Иванов Н.Я., Личко А.Е. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков. Методическое пособие.- М.: «Фолиум». - 1994. - 64с.
4. Козлова И.А., Буреломова И.В., Горюнов А.В., Гребченко Ю.Ф., Масихина С.Н. Опыт применения препарата rispoleпт при шизофрении детского возраста //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 2001.- № 7.- С. 35-38.
5. Козловская Г.В., Калинина М.А. Отдаленные результаты применения rispoleпта в лечении шизофрении и раннего детского аутизма у детей // Социальная и клиническая психиатрия.- 2001.- № 3,- С. 66-68.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А. Эффективность rispoleпта у детей с пролонгированным (в течение 2 лет) лечением шизофрении и раннего детского аутизма // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2003.- № 1.- С. 33-35.
7. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е. Опыт применения rispoleпта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей // Психиатрия и психофармакотерапия.- 2000.- Приложение к № 2.- С. 10-12.
8. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р.Кеттелла. - Л. -1985. - 33с.
9. Проективная методика исследования личности «Hand – test». Рук-во по использованию. Госстандарт России ГП. - СПб.: Иматон. - 1995. - с.24.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. - М. - 1970. - 214 с.
11. Тест школьной тревожности Филлипса // Методы диагностики и исследования эмоциональной сферы школьника.- С. 323 - 327.
12. Тимофеев В.И. Филимоненко В.И. Краткое руководство практическому психологу по использованию цветового теста М.Люшера. - СПб.: Иматон. - 1995. - 29с.

13. Филимонокенко Ю.И, Тимофеев В.И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д.Векслера. - СПб. - 1994 г. - 94 с.
14. Ясюкова Л.А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. СПб.: Иматон. - 1997. - 78 с.
15. Swanson J.M. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine: K.C.Publishing. -1992.-184 p.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

### Приложение 1.

- адаптированный вариант теста Векслера для исследования интеллекта у детей (Филимонокенко Ю.И, Тимофеев В.И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д.Векслера. - СПб. - 1994 г. - 94 с.);
- культурно свободный тест интеллекта Р.Кеттелла (Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р.Кеттелла. - Л. -1985. - 33с.);
- методика для исследования памяти, внимания, умственной работоспособности (запоминание 10 слов, проба Крепелина, цифровая корректурная проба, тест Тулуз-Пьерона.) (Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. - М. - 1970. - 214 с.).
- методики для исследования личности («Тест Рука», ПДО (патохарактерологический диагностический опросник), Тесты С.Розенцвейга, Кеттелла) (Проективная методика исследования личности «Hand – test». Рук - во по использованию. Госстандарт России ГП. - СПб.: Иматон. - 1995. - с.24).
- методики для исследования эмоциональной сферы (опросник Бэка, тест школьной тревожности Филлинса, детский вариант шкалы явной тревожности СМАС, шкала тревоги Спилбергера, цветовой тест Люшера), ( Тест школьной тревожности Филлипса // Методы диагностики и исследования эмоциональной сферы школьника.- С. 323 - 327.;Тимофеев В.И. Филимонокенко В.И. Краткое руководство практическому психологу по использованию цветового теста М.Люшера. - СПб.: Иматон. - 1995. - 29с.).
- визуально - аналоговые шкалы PANSS, GCI для оценки динамики состояния и эффективности терапии, шкала для определения клинического типа синдрома нарушения внимания с гиперактивностью SNAP-IV (Swanson J.M. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine: K.C.Publishing. -1992.-184 p.).



Приложение 2.

**Противосудорожные препараты**

Препарат и фирма изготовитель	Форма выпуска	Дозы препаратов	Номер регистрации
Бензонал (Асфарма, Россия)	табл. 100мг	Средняя суточная доза 3-6 лет -100 -150мг, 7-10 лет- 150 -300 мг, 11-14 лет - 300-400 мг. Максимальная суточная доза для детей старшего возраста - 450 мг.	№70/183/17
Депакин («Sanofi-Aventis», Франция)	табл. 300мг	Средняя суточная доза для детей - 15-40 мг/кг в 3 приема	№ 002808
Депакин Хроно («Sanofi-Aventis», Франция)	табл. 300мг, 500 мг	Средняя суточная доза для детей -15-40 мг/кг в 2 приема	№006224, №006834
Дифенин («Химфармкомбинат «Акрихин», Россия)	табл. 0,117	Средняя суточная доза 5 мг/кг/сутки, в 2 приема. Поддерживающая доза-4-8мг/кг/сут, максимальная - 300 мг/сут	№ 74/331/63
Карбамазепин -Акри (Акрихин, Россия)	табл. 200мг	Средняя суточная доза 10-15 мг/кг/сут, поддерживающая 10-30 мг/кг/сут	№97/167/2
Клоназепам (Polfa Tarchomin S.A., Польша)	2мг	До 6 лет-1-3 мг/сут, 5-16лет~3-6 мг/сут, суточную дозу делят на три приема.	012884/01
Конвульсофин (Pliva, Pharma)	табл. 300мг	Средняя суточная доза для детей - 15-30 мг/кг в три приема	П-8- 242 № 008058
Ламиктал (GlaxoSmithKline, Великобритания)	табл. 25мг, 50мг, 100мг	От 2 -12 лет начальная доза 0,2мг/кг -1 раз в сутки. Средняя поддерживающая доза 1 -5 мг/кг/сут в 1-2 приема	№011753/01 -
Суксилеп (этосуксимид) «Jenapharm»	капсула 250 мг	Начальная до 6 лет 10-15 мг/кг (не более 250 мг/сут), старше 6 лет с 250 мг/сут, поддерживающая доза 15-30 мг/кг/сут.	№ П -8-242 N 007331
Топамакс (Janssen -Cilag Farmaceutica, LDA, Португалия)	табл.25мг Ю Омг	Стартовая доза 1 мг/кг/сут, поддерживающая 5-9 мг/кг/сут в два приема.	№011415/01
Тегретол (карбамазепин) (Novartis, Швейцария)	табл. 200мг	Средняя суточная доза 10-15 мг/кг/сут в 3 приема, поддерживающая 10-30 мг/кг/сут	П-8-242 №008966
Тегретол цр (карбамазепин) (Novartis, Швейцария)	табл. 200мг, 400мг	Средняя суточная доза 10-15 мг/кг/сут. в два приема в 3 приема, поддерживающая 10-30 мг/кг/сут	П-8-242 №008743

### Нейролептики

Азалептин РФ	Табл.25мг 100мг	Средняя суточная доза 50 мг/сут у детей, 75 мг/сут у подростков	№84/881/13
Аминазин	Др.25 мг, 50мг, 100мг	До 5 лет 500мкг/кг максимальная- 40мг/сут, 6-12 лет максимальная 75 мг/сут	№70/15/41
Галоперидол Венгрия	табл. 1,5мг; 3мг; 5 мг.	Средняя суточная доза для детей 9 мг/сут, 15 мг/сут у подростков	№2669
Неулептил Франция	Р-р 4% Капе. 0,1	Средняя суточная доза для детей 3 мг/сут, 30 мг/сут у подростков	№006605
Рисполепт Бельгия	Табл.2мг	Детям старше 12 лет Средняя суточная - 4мг.	№009643
Тиаприд РФ	Табл. 100мг	Средняя суточная доза для детей 300 мг/сут, 600 мг/сут у подростков	№94/34/10
Сонапакс Польша	Табл. 10мг; 25мг	Средняя суточная доза для детей 30 мг/сут, 75 мг/сут у подростков	№008275
Эглонил Франция	Табл.50мг; 200мг	Средняя суточная доза для детей 100 мг/сут, 600 мг/сут у подростков	№005341

### Антидепрессанты

Амитриптилин Польша	Табл.25мг	Средняя суточная доза для детей 75 мг/сут, 150 мг/сут у подростков	№008061
Анафранил Швейцария	Табл. 10мг 25мг	Средняя суточная доза для детей 20 мг/сут, 75 мг/сут у подростков	№007482
Мелипрамин Венгрия	Драже 50мг; 25мг	3-6 лет 5 мг; 7-12 лет - 25 мг на ночь	8-242 №008680
Пиразидол РФ	Табл.25 мг 50мг	Средняя суточная доза для детей 75 мг/сут, 150 мг/сут у подростков	№001530/0 1-2002
Феварин (флувоксамин) Бельгия	Табл.25 мг 100мг	Средняя суточная доза для детей старше 8 лет 100 мг/сут	№013262/0 1-2001
Флуоксетин Словения	Табл. 20мг	Старше 12 лет - 40 мг/сут	№006899

### Ноотропные препараты, корректоры мозгового кровообращения, диуретики и другие.

Препарат и фирма изготовитель	Форма выпуска	Дозы препаратов	Номер регистрации
Алвитил UCB (Бельгия)	таблетки, 150мг сироп, 150 мл	таблетки: 1 -2 таб./сут. сироп: 1- 2 ч.л./сут.	№013090/ 01 (таблетки) №013090/ 02 (сироп)
Актовегин Nycomed (Норвегия)	драже	1 драже - 2-3 р.	№008465

Акатинол Мемантин, Merz Pharma GmbH. (Германия)	Табл. 10мг	500 мкг/кг	№003480
Вазобрал, «Ирефарм»	раствор для приема внутри -50мл	От 3-х до 12 лет - 0,5 мл -1раз в сутки, старше 12 лет 1 мл - 1 раз, прием 1 мес.	№003275
Глиатилин (холин альфосцерат) CSC (Италия)	капсулы 400мг	400 мг/сут в один прием 1 - 3 мес	№001966
Глицин (МОСХИМФАРМП РЕПАРАТЫ)	Сублингвал . табл. 100 мг	Детям старше 6 лет по 1 т. - Зр	№90/179/1
Гутрон «Никомед» (Норвегия)	табл. 2,5мг, 5 мг	Детям старше 12 лет 1т. - Зр. В сутки- 1мес.	№00263.
Диакарб «Польфарма»	таб.250 мг	¼ -1 таб., (средняя суточная доза 6 мг/кг) - 1 раз в сутки 3-4 дня с промежутком 2-3 дня 1 -2 месяца	№2179
Жень-шень (KRKA)	Капсулы	По 1 кап - 1 раз/сут	№006614
Кавинтон (винпоцетин) «Гедеон рихтер», (Венгрия)	табл. 5 мг	0,5 - 1 мг/кг/сут в три приема, прием 1 мес.	№009038
Кортексин (Герофарм)	10мг в ампулах	До 20 кг. - 0,5 мг/кг, более 20 кг - 10 мг/сут, в/м 1раз в сутки 10 дней.	№99/136/14
Минирин (Нидерланды)	Табл.1 00 мкг 200 ми-	Старше 5 лет начальная доза 100мкг, максимальная 400 мкг	№012314/01- 2000
Ноотропил UCB (Бельгия)	капсулы 400 мг; суспензия; табл.800 мг.	До 5 лет 600 мг/сут в три приема, максимальная 800 мг/сут. От 5 - до 16 - 1200 мг/сут в три приема, максимальная 1800.	№79/463/7(ка пс.) №0 14242/01 (сусп.). №013090/01 (табл).
Троксевазин (Balkanpharma)	табл. 300 мг	До 12 лет по ½ т. - 2раза - 1 мес. Старше 12 лет по 1 т. - 2 раза - 1 мес.	№012713/01
Триампур композитум (AWD. Pharma)	табл. 12,5 мг + 25мг	2-3 мг/кг/сутки, однократно через день, 1 месяц.	П - 8- 242 . №008804
Циннаризин (Balkanpharma)	табл. 25 мг	Детям старше 12 - суточная доза 350 мг/сут - 1 мес.	П №012933/01
Метоклопрамид Польша	Табл. 10мг	Средняя суточная доза для детей 30 мг/сут, 60 мг/сут у подростков	№007184