

## Опыт применения рисперидона в терапии детей дошкольного возраста, страдающих аутизмом

Карелина И.В.

Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г. Екатеринбург

**Ключевые слова:** аутизм, дети, фармакотерапия

### Введение

Применение классических нейролептиков у детей зачастую сопряжено со значительными трудностями, обусловленными побочными эффектами этих препаратов. Нейролептики последнего поколения позволяют избежать указанных осложнений благодаря отсутствию у них центральных и периферических антихолинергических эффектов.

Цель настоящего исследования, проводившегося в дошкольном отделении №16 СОКПБ, состояла в оценке клинической эффективности, переносимости и безопасности применения рисперидона в лечении детей дошкольного возраста, страдающих аутизмом.

### Материалы и методы

В отделении с 2005г начато лечение рисперидоном детей, страдающих разными формами аутизма. За этот период был пролечен 51 ребенок в возрасте от 3 лет до 6 лет с разными формами аутизма. Из них 19 детей получали рисперидон: 12 мальчиков и 7 девочек. Рисперидон назначался как при первичном обращении детей - 4 человека, так и пациентам, ранее получавшим классические нейролептики - 15 человек. Исследование проводилось с помощью клинко-психопатологического метода с использованием стандартной шкалы оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS). Срок наблюдения составил от 3 до 6 месяцев. Критериями отбора детей в группу являлись: наличие негативной симптоматики, аморфных страхов, стереотипного поведения, интересов, активности; затруднение социальной и семейной адаптации вследствие агрессивного поведения, им-

пульсивных неконтролируемых действий, выраженного негативизма, кататонических проявлений, аффективной неустойчивости.

В тактике терапии использовался принцип титрования доз: наращивание дозы до клинической эффективности в пределах терапевтического коридора препарата. Рисперидон назначался два раза в сутки в зависимости от нозологической группы и тяжести состояния, при этом стартовая доза составляла 0,25 мг/сут с последующим его титрованием по 0,25 мг каждые 3 дня. Минимальная терапевтическая доза составляла 0,75 мг/сут, максимальная - 2 мг/сут. При всех нозологических группах рисперидон назначался как в качестве монотерапии (у 7 пациентов), так и в комбинациях с антидепрессантами (амитриптилин, анафранил) при выраженных депрессивных состояниях (8 человек), антиконвульсантами (депакин, финлепсин) при пароксизмальных состояниях у детей с эпилепсией - 2 человека, корректорами поведения (сонапакс, неулептил) - 2 человека. При терапии клинических проявлений аутизма, оцениваемых по шкале PANS наиболее выраженная редукция (более 5 баллов) отмечалась у 5 больных по показателям возбуждение, трудности концентрации внимания, агрессивность. Существенная редукция симптоматики (от 3 до 5 баллов) достигнута у 6 детей, у 4 отмечалось снижение балльных оценок по показателям: активный социальный уход, эмоциональная неустойчивость. Незначительная динамика балльных оценок (от 1 до 3 баллов) отмечалось по остальным имеющимся параметрам: кататонические проявления, аппетит, эмоциональное отстранение. Отмечается неплохая динамика общей психопатологической симптоматики у детей с выраженным органическим поражением головного мозга. На протяжении всего периода лечения рисперидоном проис-

---

*Карелина Ирина Валериевна - канд. мед. наук, заведующая детским отделением №16 СОКПБ*

ходила быстрая, но в то же время равномерная редукция психопатологической симптоматики. К концу второй недели приема препарата отмечалась редукция постоянного двигательного беспокойства, возбуждения. Параллельно снижению аутизации происходит повышение эмоциональности, живости, активности, контактности, возникают зачатки игровой деятельности, снижается агрессивность, импульсивность, налаживаются социальные контакты.

### Результаты

При сравнении рисперидона и трифлуоперазина отмечается достоверная разница в редукции симптоматики к концу 1 недели терапии. Рисперидон не обладает выраженным седативным действием, обеспечивая прямой антипсихотический эффект с первых дней терапии. Одно из преимуществ рисперидона - быстрое действие. По скорости наступления антипсихотического эффекта он превосходит классические нейролептики. Применение рисполепта у детей, как в качестве монотерапии, так и в сочетаниях с другими препаратами практически не вызывает развития неблагоприятных побочных эффектов, за исключением 1 пациента (5 лет), у которого после 6 мес на дозе 0,75 мг/сут - наблюдалась патологическая прибавка в весе. Из встречаемых побочных эффектов нами были выделены нарушение сна (у 2 пациентов) в течение первой недели приема препарата. Они носили транзиторный характер, не требовали дополни-

тельного назначения корректоров и не являлись показанием для отмены препарата. Также не отмечалось патологических изменений в клинических и биохимических анализах крови, в общем анализе мочи, которые проводили до начала лечения рисполептом и через 1 месяц приема препарата. Однократно отмечалось развитие экстрапирамидных осложнений, которые редуцировались с назначением корректоров.

### Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования эффективности рисперидона у детей с различными проявлениями аутизма показали высокую эффективность препарата в дозе 1 мг/сут при воздействии на негативную и общую психопатологическую симптоматику при аутизме. Установлено, что у детей с детским аутизмом наиболее активно редуцировалась негативная психопатологическая симптоматика. Отмечается высокая эффективность рисперидона, как при первичном его назначении, так и у пациентов, ранее получавших другие нейролептики. Рисперидон сохраняет эффективность и в качестве монотерапии, и в комбинации с другими препаратами. Безопасность рисперидона позволила снизить риск развития побочных эффектов нейролептиков. Немаловажную роль играет сокращение общей продолжительности пребывания больных в стационаре и более раннему включению их в социальное функционирование.

### Литература

1. Аведисова А.С. Научные обоснования и практические рекомендации перевода больных с типичных нейролептиков на рисполепт (обзор иностранной литературы). Психиатрия и психофармакотерапия. 2001; 6: 210-13.
2. Волошин В.М., Ким Л.В., Корень Е.В. Психофармакологическая эффективность рисполепта при терапии субпсихотических нарушений и расстройств пограничного уровня в подростковой психиатрической практике. Социальная и клиническая психиатрия. Приложение. 2002: 33-40.
3. Калинин В.В., Сулимов Г.Ю. Купирование острой психотической симптоматики у больных шизофренией атипичным нейролептиком рисполепт: сравнение с классическими нейролептиками. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001; 3: 69-71.
4. Козлова И.А., Буреломова И.В., Горюнов А.В., Масихина С.Н. Опыт применения препарата рисполепт при шизофрении детского возраста. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2001; 7: 35-8.
5. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., Проселкова М.Е. Опыт применения рисполепта при лечении раннего детского аутизма и шизофрении у детей. Социальная и клиническая психиатрия. 2000; 1. 2: прил. 2.
6. Козловская Г.В., Калинина М.А. Отдаленные результаты применения рисполепта в лечении шизофрении и раннего детского аутизма у детей. Социальная и клиническая психиатрия. 2001; 3: 66-8.
7. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. М; 1996: 288 с.
8. Точиллов В.А., Снедков Е.В. Раствор рисполепта для перорального применения: новые возможности купирования острых психотических состояний у больных. Социальная и клиническая психиатрия. 2002; 2: 85-91.