

Длительная лихорадка как психоневрологическая проблема у детей и подростков



**Карпович Е.И. д.м.н.
ГБУЗ НО «НДОКБ»**

**Кафедра неврологии, психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО «ПИМУ»
г. Нижний Новгород**

Лихорадка неясного генеза у детей



- Лихорадка неясного генеза (ЛНГ) –длительная лихорадка, **не сопровождающаяся достаточным набором признаков и симптомов для ее расшифровки**
- Длительность ЛНГ у взрослых обычно определяют тремя неделями, у детей – двумя в отсутствие ясности в ее генезе после обследования в стационаре в течение недели.

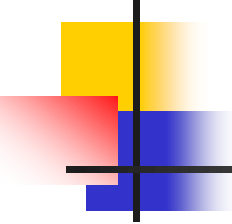


Актуальность проблемы длительной лихорадки неясного генеза у детей

- Длительная лихорадка - мультифакториальный симптом
- Длительная лихорадка - следствие функциональных нарушений со стороны систем и органов и хронических очагов инфекции.
- До сих пор нет четких данных по этиологии и патогенезу длительного субфебрилитета у детей
- Одна из причин длительных субфебрилитетов у детей и, особенно, подростков - функциональные нарушения со стороны нервной системы .

Брызгунов И. П. Длительные субфебрилитеты у детей (клиника, патогенез, лечение). — 2-е изд. — М., ООО «МИА», 2008 — 240 с

Храмцова Е.Г., Муравьева Н.Н., Клиорина Т.А., Акимов А.А. Длительный субфебрилитет в детском возрасте: современные аспекты диагностического поиска. Педиатр.Том 4, № 2. 2013. С.97 - 105



Длительный субфебрилитет у детей и подростков

- **Важно помнить: длительная лихорадка может быть «маской» многих заболеваний, в том числе жизнеугрожающих!!!**
- **Причиной длительной лихорадки у детей чаще всего бывают 3 категории заболеваний: инфекции, болезни соединительной ткани, новообразования**
- **Наиболее часто лихорадка неясного генеза наблюдается в возрасте от 8 до 16 лет (В 79% случаев у подростков)**
- **У мальчиков в 2 раза чаще, чем у девочек**

Храмцова Е.Г., Муравьева Н.Н., Клиорина Т.А., Акимов А.А. Длительный субфебрилитет в детском возрасте: современные аспекты диагностического поиска. Педиатр. Том 4, № 2. 2013. С.97 – 105

В.К. Таточенко, М.Д. Бакрадзе, Д.Д. Гадлия, А.С. Полякова, И.Л. Чащина. Фиктивная (притворная) лихорадка. Фарматека. 2016, №11

В общей структуре лихорадок у детей - лихорадки неуточненной этиологии занимают около 8%



Актуальность проблемы длительной лихорадки у детей у детей

- По данным отечественных исследований, в структуре всех обращений число детей с синдромом длительной лихорадки **имеет тенденцию к росту** и составляет **6%** среди госпитализированных в стационар и **15% - 18%** среди всех обращений в поликлинику
- Трудности диагностики с вовлечением значительного числа методов исследования, необходимость мультидисциплинарного подхода
- Практика лечения детей с длительной лихорадкой приводит к **необоснованной полипрагмазии**, применению антибактериальных средств, в том числе длительными и повторными курсами
- Следствие - **рост токсико-аллергических состояний, снижение состояния здоровья и качества жизни детей и их родителей**

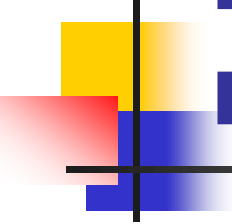
Лебедева Т.М., Егорова Н.Ю., Каражас Н.В и др. Роль герпесвирусных инфекций при длительных субфебрилитетах у детей. Детские инфекции, 2013., С.23-27

Классификация длительного субфебрилитета у детей

(Брызгунов И.П., 2008)

- **Длительный субфебрилитет, который является симптомом каких-либо заболеваний**
- **Длительный субфебрилитет, который является моносимптомом патологического состояния и имеет самостоятельное диагностическое значение.**

Длительная лихорадка у детей как психоневрологическая проблема



- Лихорадка – как психосоматическое расстройство
- Лихорадка – как проявление синдрома Мюнхаузена (фиктивная лихорадка)

Баранов А.А., Таточенко В.К., Бакрадзе М.Д. Лихорадящий ребенок. Протоколы диагностики и лечения. (ред.). 2-е изд. М., 2015.

- Лихорадка – как симуляция с внешней мотивацией
- Лихорадка, как следствие психических расстройств

Длительный субфебрилитет как психосоматическое заболевание у детей

- Частота встречаемости психосоматических заболеваний у детей и подростков в России - 30 - 68% (Антропов Ю.Ф, Шевченко, Ю. С 2002; Исаев ДН, 2004, Кулаков СА, 2010, Лифинцева А.А., Холмогорова А.Б., 2015)
- **Психосоматические расстройства** - расстройства функций органов и систем, обусловленные психическими, в частности, аффективными, нарушениями, которые возникают в функционально перегруженных, конституционально-неполноценных или поврежденных висцеральных системах.

Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства и патологически привычные действия у детей и подростков. – М.: Издательство Института Психотерапии, Издательство НГМА, 2000. – 320 с.

Кулаков С.А ., Психосоматика. – СПб.: Речь, 2010



Факторы риска возникновения длительной лихорадки, как психосоматического расстройства у детей и подростков

1. Генетические
2. Церебрально-органические
3. Личностные особенности родителей и детей
4. Травмы, операции, интоксикации
5. Депрессии
6. Семейные проблемы - ссоры, развод, смерть родителей

Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами.-СПб – Речь, -560с

Кулаков С.А ., Психосоматика. – СПб.: Речь, 2010

Лифинцева А.А, Холмогорова А.Б Семейные факторы психосоматических расстройств детей и подростков / // Консультативная психология и психотерапия. - 2015. - №1 -(85). - С.70-84.

Школьная среда как фактор развития длительной лихорадки, как психосоматического расстройства у детей подростков

■ Стрессовая тактика педагогических воздействий

Реакции отрицательной модальности со стороны учителей от открытой агрессии до равнодушия.

■ Стресс ограниченного времени и постоянной конкуренции

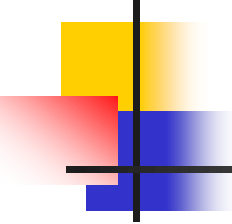
Присутствие в школе элемента соревнования с ориентацией на высокие показатели

Значительное количество инновационных образовательных учреждений.

Информационные нагрузки в школах с высокими образовательными стандартами

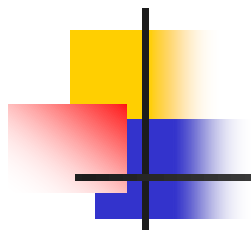
Моббинг (травля) и **буллинг** (преследование) со стороны сверстников

Анна Серых, Виктор Басюк, Алла Лифинцева. ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКИХ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ. Развитие личности №3.2010.с. 59 - 65



Школьная среда как фактор развития длительной лихорадки, как психосоматического расстройства у детей подростков

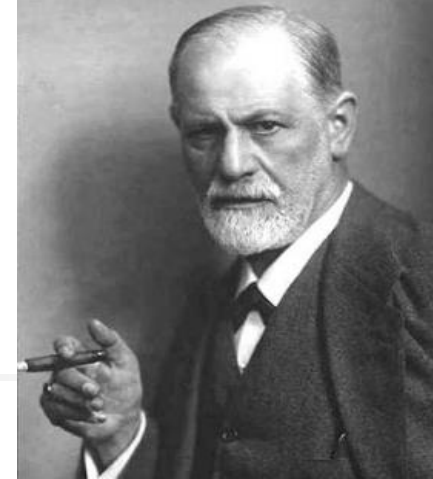
- **Интенсификация и нерациональная организация учебного процесса.**
- **Низкая двигательная активность детей и подростков**



«Необходимо помнить: быть ребенком — это уже стресс»

Легкость возникновения отрицательного эмоционального реагирования и высокая вероятность стрессогенных соматовегетативных расстройств у детей. Ш. Левис, Ш. К. Левис (1997)

Концепции происхождения психосоматических расстройств



1. Психоаналитическая – превращение (конверсия) внутреннего психического конфликта в соматический синдром – лихорадку.

Введение в классический психоанализ: лекции. Под научной ред. Проф. М.М.Решетникова – СПб, 2014

2. Модель вегетативного невроза

3. Теории специфических типов личности — недостаточной вербализации эмоций, недостаточность психологических защит и т.д.

Антропов Ю.Ф, Шевченко Ю.С. Лечение детей с психосоматическими расстройствами.-СПБ – Речь, 2002 -560с

Кулаков С.А ., Психосоматика. – СПб.: Речь, 2010

Механизмы образования психосоматического расстройства

Наличие внутреннего бессознательного психического конфликта (ненависть к братьям и сестрам, одноклассникам – нарастание чувства вины)

Введение в классический психоанализ: лекции. Под научной ред. Проф. М.М.Решетникова – СПб, 2014



Цель защитных механизмов психического аппарата – не допустить конфликт в сознание
Отрицательный заряд напряжения прочно связан и не допускается в сознание

Рост напряжения в психическом аппарате
(2 пути разрешения ситуации)

- 1. Донесение конфликта до сознания, снятие напряжения и эмоциональная разрядка (катарсис) – с помощью психотерапии**
- 2. Вытеснение конфликта из сознания. Эмоция, которая не может быть выражена превращается в неврологический или соматический симптом . После инфекции с фебрилитетом - закрепление длительного фебрилитета (конверсия, превращение)**



Длительная лихорадка как проявление синдрома Мюнхаузена фиктивная лихорадка

- **Фиктивная лихорадка** - результат манипуляций с термометром с целью представить себя больным
- Частота синдрома Мюнхгаузена в консультативных центрах третьего уровня составляет 0,03–0,7% от всех обратившихся
- По данным отечественных авторов - частота обращений по поводу фиктивной температуры составила 1% от общего числа детей, обратившихся с длительными диагностическими проблемами.

Ferrara P., Vitelli O., Bottaro G., Gatto A., Liberatore P., Binetti P., Stabile A. Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. J. Child. Health Care. 2013;17(4):366–74.

В.К. Тамоченко, М.Д. Бакрадзе, Д.Д. Гадлия, А.С. Полякова, И.Л. Чащина. Фиктивная (притворная) лихорадка. Фарматека. 2016, №11

Синдром Мюнхгаузена – как причина фиктивной лихорадки у детей



- Синдром Мюнхгаузена — симулятивное расстройство, при котором человек преувеличенно изображает (симулирует) или искусственно вызывает у себя симптомы болезни, чтобы подвергнуться медицинскому обследованию, лечению, госпитализации и **даже хирургическому вмешательству**
- Назван в честь **Карла Фридриха Иеронима, барона фон Мюнхгаузена** (1720-1797), немецкого дворянина, прославившегося фантастическими рассказами о своих мнимых подвигах
- Впервые описан английским психиатром R. Asher в 1951 г в журнале Lancet
- Синонимы — «синдром госпитальной блохи», «кочующий пациент»

Синдром Мюнхгаузена – как причина фиктивной лихорадки у детей



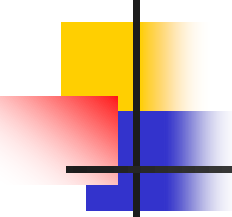
- Синдром Мюнхгаузена - симулятивное расстройство и представляет собой **тяжёлое хроническое заболевание**
- В **МКБ-10** F68.1 - Умышленное вызывание или симулирование симптомов или инвалидности физического или психологического характера
- Синдром часто сочетается с расстройствами личности и личностных взаимоотношений.
- Пациент симулирует симптомы неоднократно по не вполне понятной причине **и может даже нанести себе вред, чтобы вызвать симптомы.**
- Согласно существующим наблюдениям, основная причина — это мотив получения внимания и дополнительной заботы о себе, взяв на себя роль больного **(важно помнить – Мотив внутренний!)**

Роль синдром Мюнхаузена by проху (со слов свидетеля, делегированный синдром) в возникновении фиктивной лихорадки у детей



- В 1977 году – британский педиатр R. Meadow описал вариант синдрома, при котором родители ребенка фальсифицируют его заболевание
- В 1996 году разработаны критерии диагностики синдрома
- Причина – стремление фальсификаторов к манипулированию и тайному контролю над людьми (пример: мать, хочет повышенного внимания со стороны отца ребенка)
- Симптомы возникают только в присутствии матери

Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis // Journal of pediatric nursing. - 2003. - 18 (3). - 174-180.



Диагностика делегированного синдрома Мюнхаузена

- У ребенка хроническая болезнь, с противоречащими клиническими симптомами
- У врача создается впечатление, что он не видел ничего подобного
- Родители настаивают на проведение потенциально опасных и инвазивных тестов;
- Реакция родителей на отмену диагноза крайне негативна, обращаются в суд
- Мать не вступает в тесные взаимоотношения с ребенком и может вести жестоко по отношению к нему (наблюдение скрытой камерой)
- Важно на время разделить мать и ребенка

Thomas K. Munchausen syndrome by proxy: identification and diagnosis // Journal of pediatric nursing. - 2003. - 18 (3). - 174-180.

Ferrara P., Vitelli O., Bottaro G., Gatto A., Liberatore P., Binetti P., Stabile A
Factitious disorders and Munchausen syndrome: the tip of the iceberg. J. Child. Health
Care. 2013;17(4):366–74.



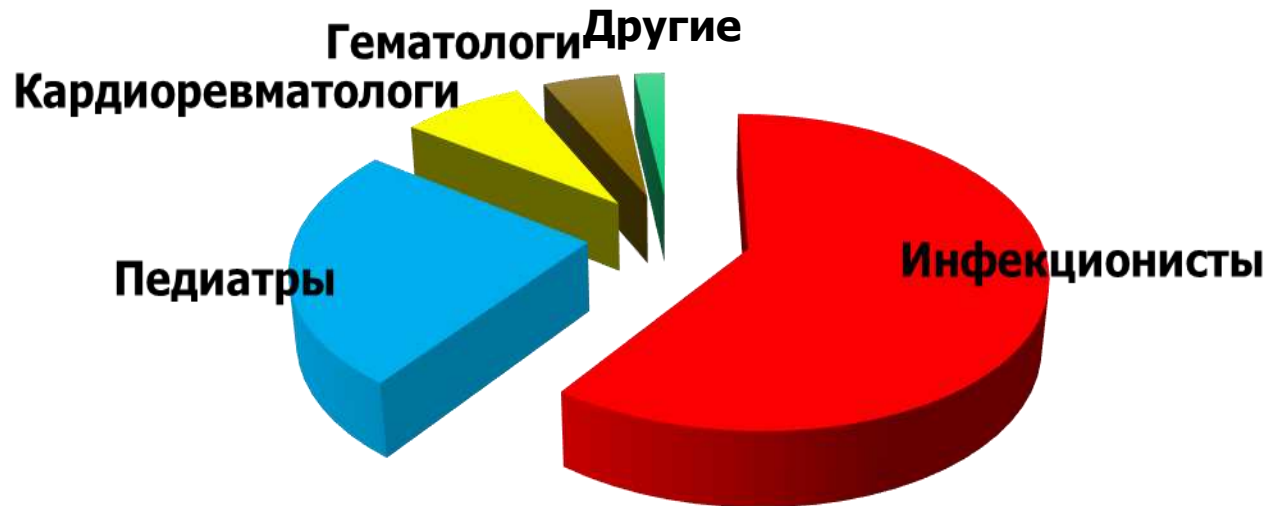
Фиктивная лихорадка как чистая симуляция у детей

- В случае симуляции (в отличие от синдрома Мюнхаузена) – **присутствует внешняя мотивация**
- Внешняя мотивация – получение материальной выгоды, льготы, уклонение о социальных требований (написания контрольной, посещения школы), избегание наказаний
- Мотивы поведения при симуляции вполне конкретны
- При синдроме Мюнхаузена – конкретного мотива нет
- Нужно помнить, что синдром Мюнхаузена – это хроническое заболевание!

PS. Синдром Мюнхгаузена, как и симулятивные расстройства в целом, до сих пор являются большой диагностической проблемой, так как неясны границы между симулятивным расстройством, соматизацией и симуляцией.

Исходя из этого, такие же трудности возникают при дифференцировке нейропсихологических причин длительной лихорадки у детей

Специалисты, направившие к неврологу детей и подростков с длительным субфебрилитетом Всего 22 ребенка (9 – 17 лет)



1 этап (негативная диагностика) – исключение инфекционных заболеваний, болезней соединительной ткани и новообразований, и органической неврологической патологии

После 1 го этапа исключены еще 2 пациента:

1) Девочка 12 ти лет (наблюдение в течении 1,5 лет)

МРТ ШОП – опухоль мягких тканей шеи вокруг сонной артерии

2) Девочка 14 лет с фебрилитетом и выявленной абсанс - эпилепсией

Критерии отбора для формирования группы детей с длительной лихорадкой, как следствием психовегетативных нарушений



- 1. Повышение температуры в течение 3х и более недель**
- 2. Отсутствие отклонений при объективном, лабораторном и инструментальном обследованиях (у 5х детей выполнены стерильные пункции)**
- 3. Отсутствие дефицита массы тела**
- 4. Диссоциация между частотой пульса и степенью повышения температуры тела (нормокардия, брадикардия)**
- 5. Наличие других проявлений вегетативной дисфункции**

Брызгунов И. П. Длительные субфебрилитеты у детей (клиника, патогенез, лечение). — 2-е изд. — М., ООО «МИА», 2008 — 240 с

Храмцова Е.Г, Муравьева Н.Н., Клиорина Т.А., Акимов А.А. Длительный субфебрилитет в детском возрасте: современные аспекты диагностического поиска. Педиатр.Том 4, № 2. 2013. С.97 - 105



Длительная лихорадка как психоневрологический синдром у детей

Критерии отбора пациентов

7. Связь лихорадки с приемом пищи, физической и эмоциональной нагрузками

8. Патологические результаты измерения температуры в трех точках

а) Асимметрия в подмышечных впадинах (разница более $0,3^{\circ}$)

б) Подмышечно – ректальная изотермия (разница между ректальной и подмышечной температурой менее $0,5^{\circ}$)

в) Инверсия - ректальная температура меньше аксиллярной

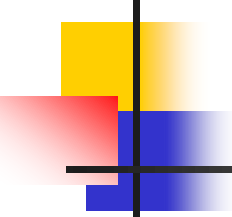
В норме температура в прямой кишке больше аксиллярной на $0,6-1,2$ градуса

9. Отрицательный парацетамоловый тест

10. ЭЭГ - видео мониторинг с измерением температуры каждые 20 минут – не выявлено субфебрилитета и изменений ЭЭГ

Дополнительные исследования для выявления нейропсихологических причин длительной лихорадки у детей

- Предоставление видеозаписи измерения температуры у ребенка сидя на стуле
- Измерение температуры ртутным и инфракрасным термометрами
- **ЭЭГ - видео мониторинг** с измерением температуры каждые 20 минут
- Ведение дневников температуры с составлением «лихорадочных графиков» с параллельным измерением ЧСС
- Тестовое лечение (назначение витаминов, глицина) с обещанием обязательного положительного эффекта
- Неврологическое исследование
- Тщательный сбор анамнеза (анализ психо – социальных факторов)
- Анализ сопутствующих симптомов и синдрома
- Анализ ситуативной и личностной тревожности
- Анализ школьной тревожности



Группы детей в зависимости от уровня лихорадки

- **1 группа – 13 детей**

Субфебрильная (до 38°C) – 7 детей

Фебрильная (38–39°C) – 6 детей

- **2я группа – 7 детей**

Пиретическая (39–41°C) - 4 детей

Гиперпиретическая (>41°C) - 3 детей

*Фуголь Д.С. Повышение температуры тела у детей и подходы к ее коррекции.
Русский медицинский журнал. 2013; 24: 1178– 1182.*

Результаты анализа групп с пиретической и гиперпиретической лихорадкой (7 детей)



Анализируемые показатели	Количество детей
Предоставления графиков температур с показателями до 42,3	4
Снижение показателей лихорадки в неучебное время	4
Несоответствие показателей температуры и прироста ЧСС	4
Измерение ЧСС не проведено	3
Предоставление видеозаписи измерения температуры под одеялом	1
Предоставление видеозаписи температуры в положении сидя	0
Подъемы температуры на приеме и во время ЭЭГ - видеомониторинга (4х кратное измерение температуры)	0

График термометрии пациент М, 14 лет (колебания температур до 40,6)

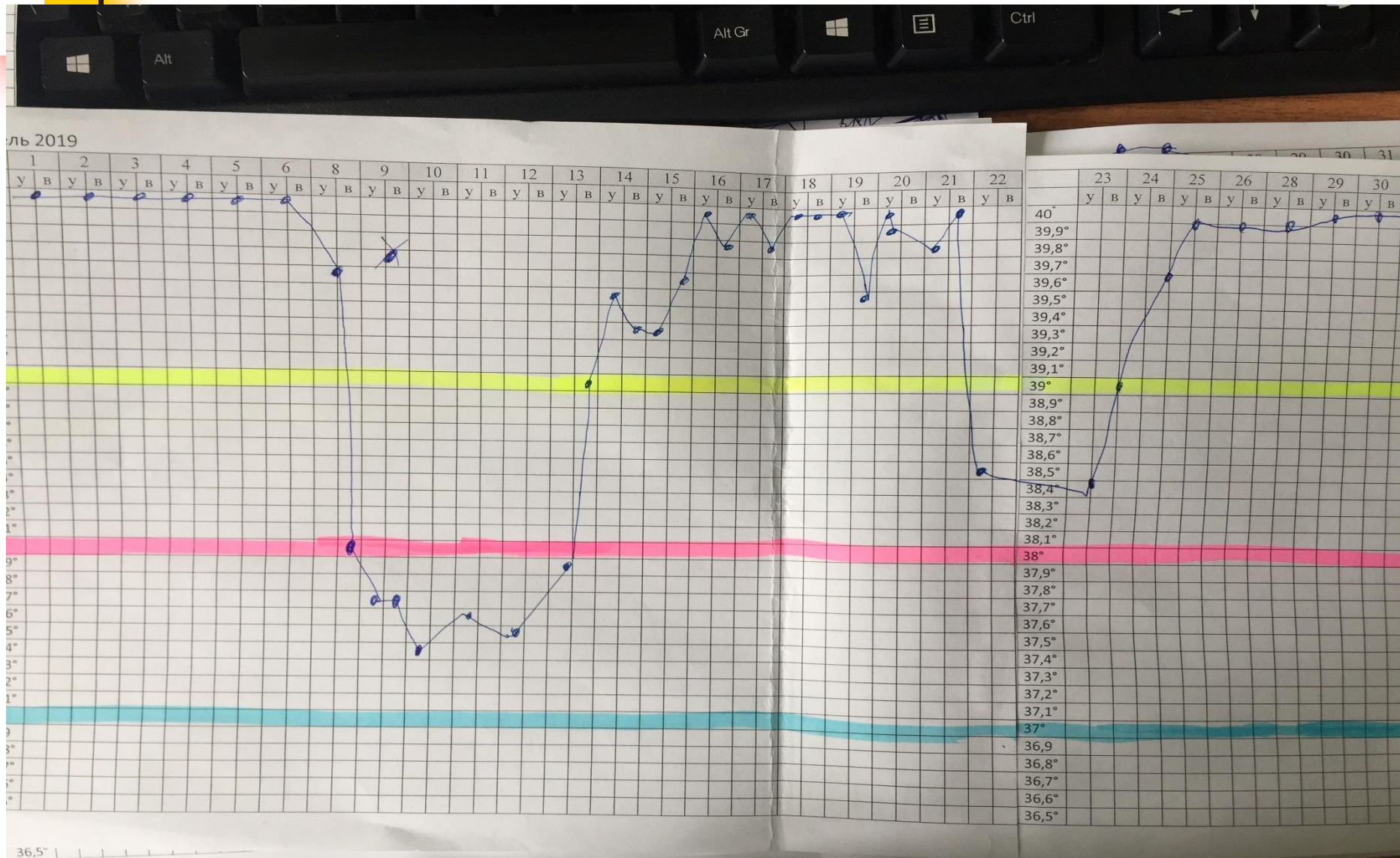
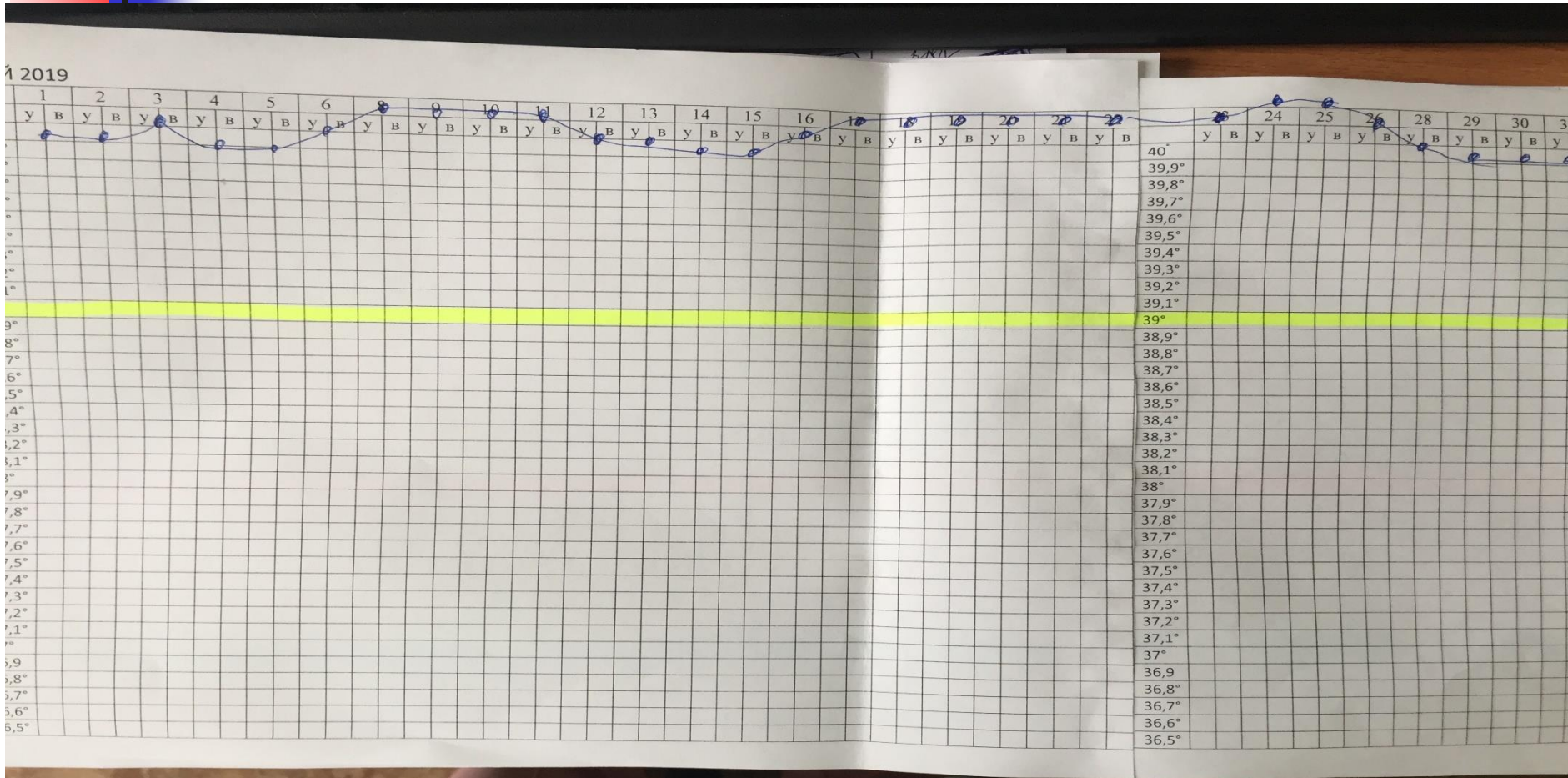
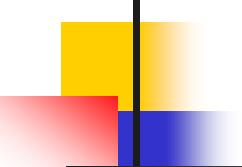


График термометрии пациент М, 14 лет в конце учебного года

(колебания температур **от 40 до 42,1 градуса!**)

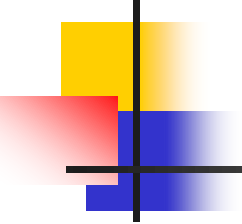
Вопросы – реальность измерения? С-м Мюнхаузена? Симуляция?





Результаты анализа групп с пиретической и гиперпиретической лихорадкой (7 детей)

Анализируемые показатели	Количество детей
Нормальные показания инфракрасного термометра - феномен термометрического конфликта	7
Феномен инверсии – аксиллярная температура выше ректальной	4
Резкое ухудшение после тестового лечения	5
Резкая отрицательная реакция матери на предложение измерять температуру под видеоконтролем	2
Отрицательная реакция матери на предположение врача о фиктивной лихорадке и невозможности таких высоких показателей температуры	3
Признание в симуляции из за страха идти в школу и травли сверстников	2



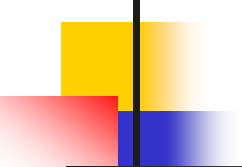
Выводы по анализу групп с пиретической и гиперпиретической лихорадкой (7 детей)

- **Наличие фиктивной лихорадки в данной группе детей**
- **Основные причины:**
 1. **Симуляция (с наличием внешней мотивации) – 2 ребенка 15 и 16л**
 2. **Синдром Мюнхаузена + делегированный с-м Мюнхаузена? - 5 детей**
- **Признаки:**
- **Отсутствие объективных признаков лихорадки, включая данные термометрии и видеоисследования.**
- **Прохождение большого числа обследований, в том числе болезненных и инвазивных (стеральная пункция)**
- **Полное отсутствие сомнения у матерей (4 из них с высшим образованием) в реальности ежедневной гиперпиретической лихорадки у детей (до 42,5)**
- **Негативная реакция матери и ребенка на измерение температуры по видеонаблюдением и предположения о фиктивной лихорадке (делегированный синдром Мюнхаузена?)**

Результаты анализа групп детей с субфебрилитетом и фебрилитетом (N13)

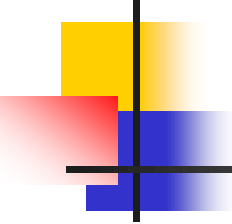


Анализируемые показатели	Количество детей
Предоставления графиков температур с показателями до 42,3	0 (13)
Снижение показателей лихорадки в неучебное время	8 (13)
Несоответствие показателей температуры и прироста ЧСС	10(13)
Измерение ЧСС не проведено	3 (13)
Предоставление видеозаписи температуры в положении сидя	7 (13)
Регистрация лихорадки во время видеозаписи	4 (до 38) , 1 (до 39)
Подъемы температуры на приеме и во время ЭЭГ - видеомониторинга (4х кратное измерение температуры)	3 (до 37,6)



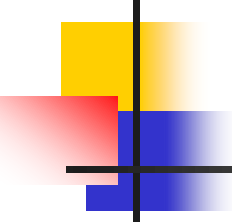
Результаты анализа групп детей с субфебрилитетом и фебрилитетом (N13)

Анализируемые показатели	Количество детей
Нормальные показания инфракрасного термометра - феномен термометрического конфликта	7 (13)
Феномен инверсии – аксиллярная температура выше ректальной	4 (13)
Резкое ухудшение после тестового лечения	8 (13)
Резкая отрицательная реакция матери на предложение измерять температуру под видеоконтролем	3 (13)
Отрицательная реакция матери на предположение врача о фиктивной лихорадке	6 (13)
Признание в симуляции из за страха идти в школу и травли сверстников	0



Результаты анализа групп детей с субфебрилитетом и фебрилитетом (N13)

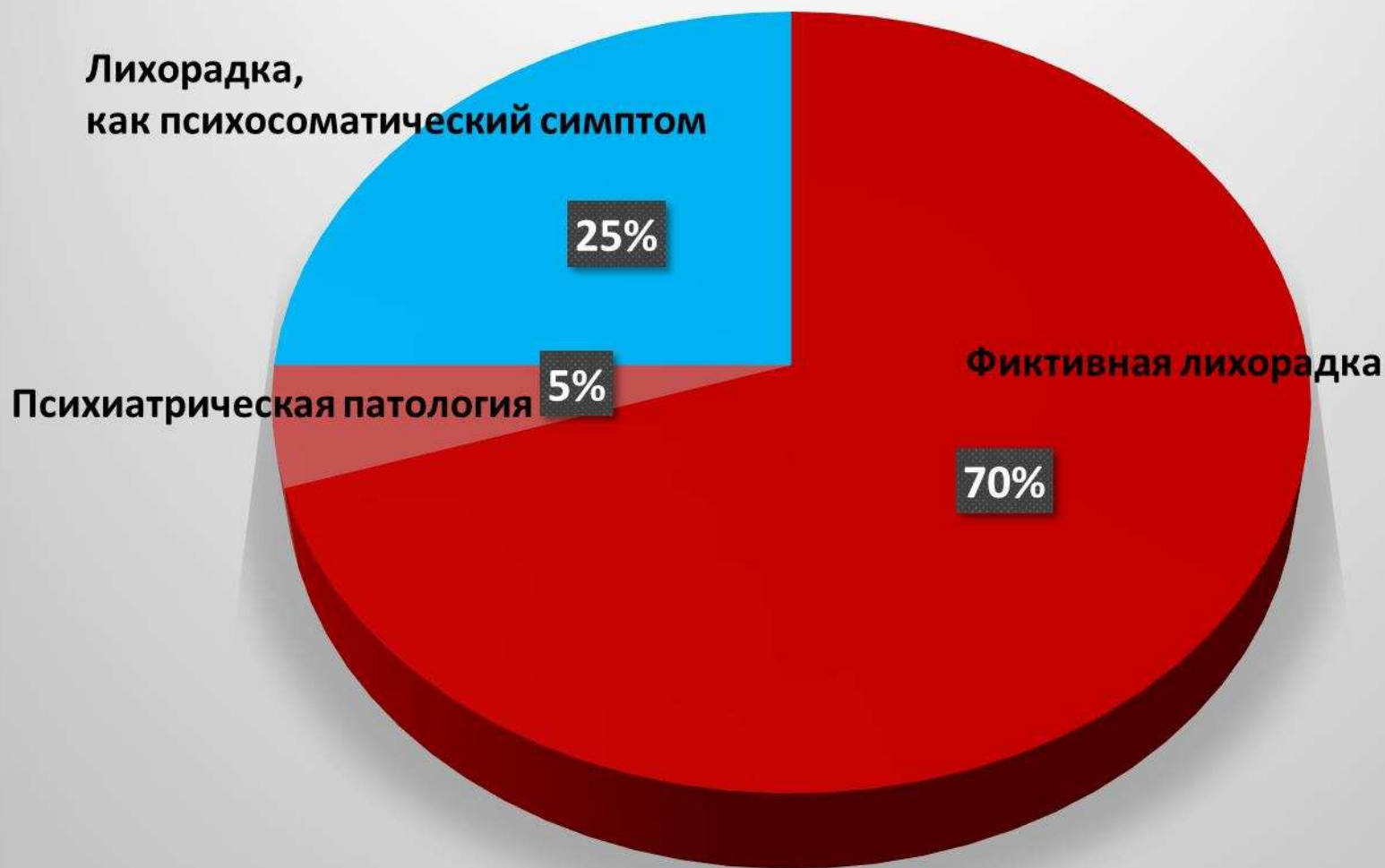
- У 6 из 13 (46,1%) больных имел место объективно подтвержденный субфебрилитет
- Данные проявления могут рассматриваться как **психосоматическое расстройство** – у 38,6% детей
- У одного ребенка в дальнейшем было диагностировано психиатрическое заболевание
- У 53,7% детей – вероятно имела место фиктивная лихорадка



Результаты анализа показали

- Для фиктивной лихорадки более характерными высокие показатели температуры тела - пиретическая и гиперпиретическая лихорадка
- В структуру фиктивной лихорадки входит Синдром Мюнхаузена, симуляция
- Объективно подтвержденный фебрилитет и субфебрилитет, вероятно являются проявлением психосоматического расстройства

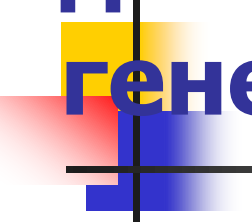
Структура психоневрологических причин длительной лихорадки у детей



Отягощающие психосоциальные факторы у детей и подростков с длительной лихорадкой неясного генеза (в общей группе)

Психосоциальные факторы	Подростки с субфебрилитетом
Сон с родителями до 3 – 7 лет	60%
Ревность к младшим детям	80%
Плохая адаптация к ДДУ (начало посещения до 2,5 лет и после 5 ти лет)	80%
Низкий материальный достаток семьи	50%
Публичное сравнение успехов детей в школе их ранжирование по «местам».	60%
Притеснения со стороны сверстников	60%
Страх школы, смена школы	40%

Провоцирующие факторы длительной лихорадки неясного генеза у детей подростков с



Респираторные заболевания - 70%

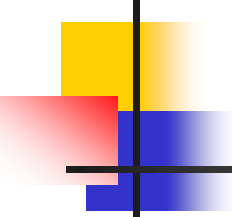
Умственное и физическое перенапряжение – 25%

Острая стрессовая ситуация – 25%

**Длительность лихорадки с периодами ухудшения и
ремиссии**

до 1 года - 60%

1 – 6 лет – 40%



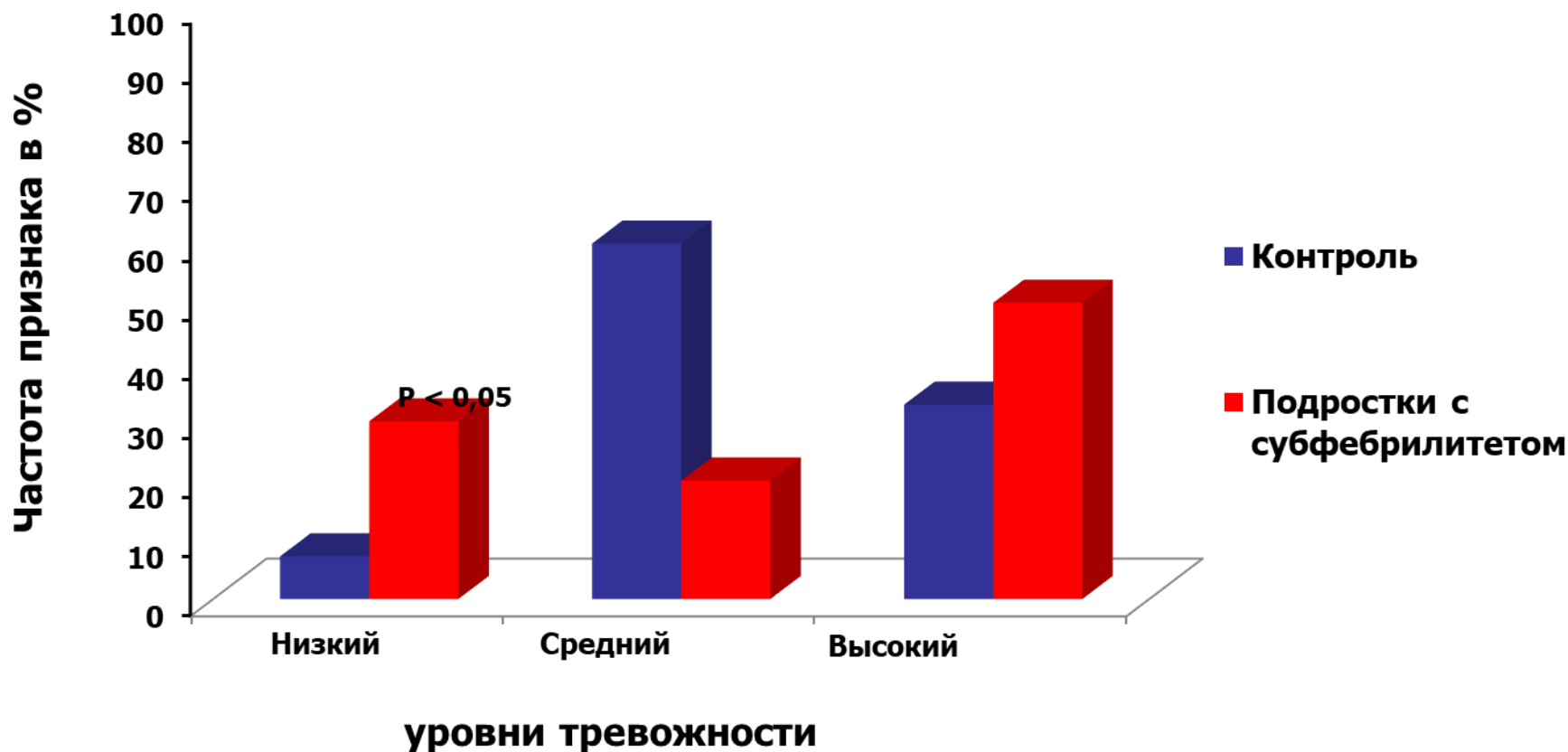
Факторы, ухудшающие течение лихорадки

- Ссоры родителей
- Увлечение одного из родителей алкоголем
- **Начало учебного года**
- Резкая критика со стороны учителя
- Конфликты со сверстниками
- Ссоры с родителями
- ОРВИ
- **Активная неврологическая терапия**

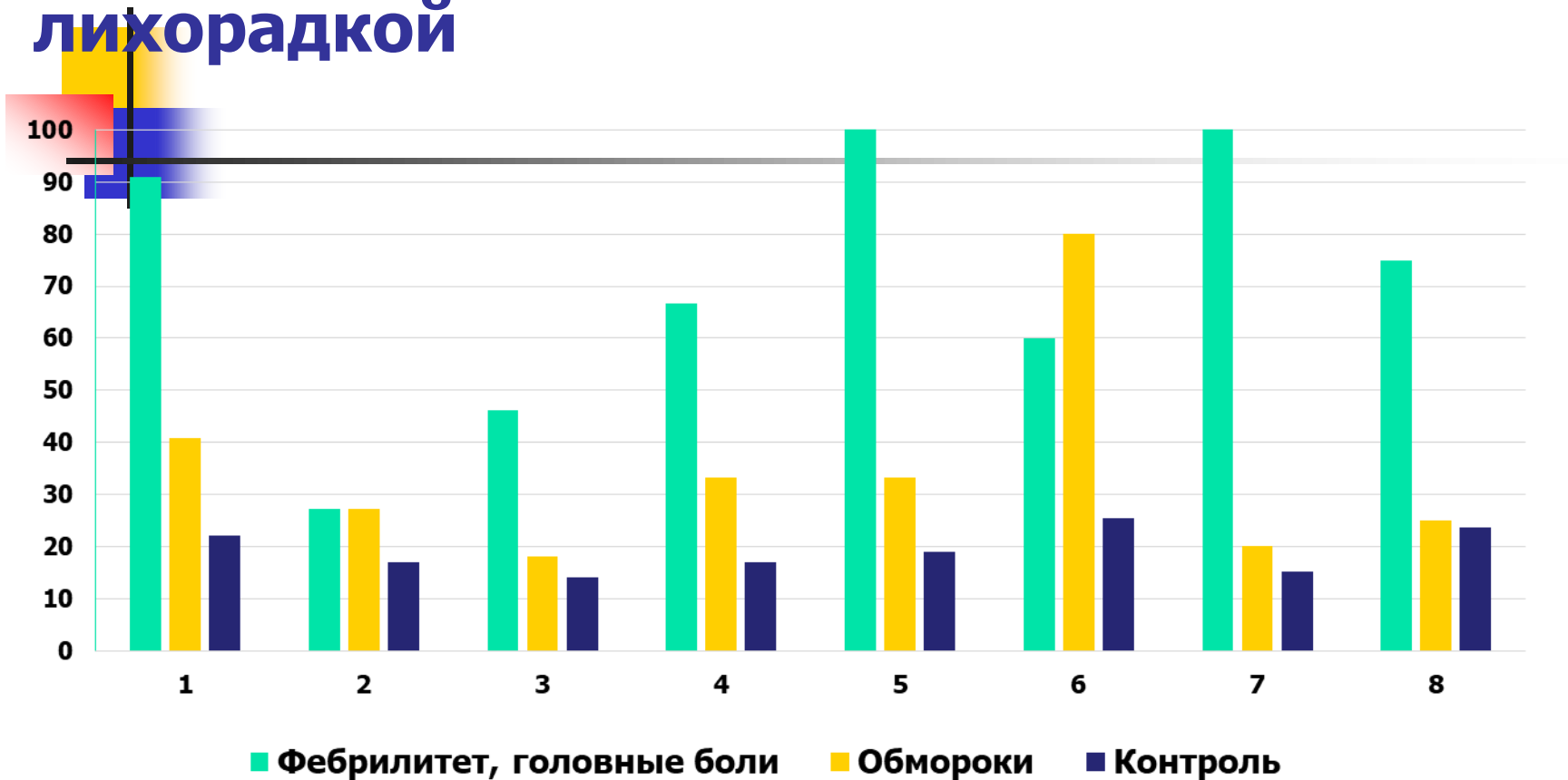
Сопутствующие неврологические симптомы у детей и подростков с лихорадкой неясного генеза

Клинические симптомы	Дети и подростки с лихорадкой (N=20)
1. Головные боли	90%
2. Нарушения сна	50%
3. Сердцебиение, кардиалгии	30%
4. Головокружение	30%
5. Мигренозные пароксизмы	10%
6. Обмороки	20%
7. Абдоминальные боли, боли в спине	20%
8. Преходящее онемение в руках	10%
Заключение: у детей с длительной лихорадкой регистрируется высокий процент психовегетативных расстройств	

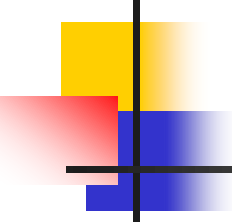
Распределение подростков с длительной лихорадкой в зависимости от уровня личностной тревожности



Результаты анализа школьной тревожности (по Филиппсу) у детей с длительной лихорадкой



1. **Общая тревожность в школе**
2. **Переживание социального стресса**
3. **Фрустрация потребности в достижении успеха**
4. **Страх самовыражения**
5. **Страх ситуации проверки знаний**
6. **Страх несоответствовать ожиданиям окружающих**
7. **Низкая физиологическая сопротивляемость стрессу**
8. **Проблемы и страхи в отношении с учителями**



Выводы по исследованию

- В основе длительной лихорадки у детей и подростков при исключении соматических причин, лежат **психоневрологические расстройства**
- Выделены следующие типы длительной лихорадки нейрогенного генеза у детей:
 - а) фиктивная лихорадка (синдром Мюнхаузена, симуляция)
 - б) лихорадка, как осложнение психических заболеваний
 - в) лихорадка – как психосоматический симптом
- Интерес проблемы заключается в том, что в большинстве случаев фиктивной лихорадки мать и ребенок, чаще подросткового возраста, находятся в **определенном сговоре** - вместе свидетельствуют о фебрилитете, который не удастся зафиксировать во время приемов и объективных обследований.

Выводы по исследованию

- В случае фиктивной лихорадки мать вместе с ребенком соглашаются на госпитализации, многочисленные болезненные процедуры.
- Мать не стремится уличить ребенка в симуляции и верит в существование гиперпиретических температур у ребенка, часто приходит в ярость в случае намеков врача на возможную симуляцию со стороны ребенка (делегированный с-м Мюнхаузена? или двойной с-м Мюнхаузена?)
- При всех описанных типах длительной лихорадки у детей имеются отягощающие психо – социальные факторы, **психовегетативные симптомы, нарушения личностной тревожности и повышенную школьную тревожность.**
- Данные нарушения требуют комплексной терапии, **включая методы психотерапии и медикаментозную поддержку.**
- В определенных случаях необходимо назначение препаратов, обладающих успокаивающим и вегетотропным действием

Лечение длительной лихорадки как психосоматического расстройства у детей и подростков

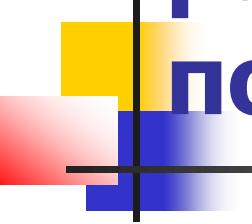
Основные методы терапии:

Психотерапия,
психоаналитическая терапия,
семейная и групповая терапия

Лекарственные препараты в дополнении



Терапия психосоматических расстройств у детей и подростков



- В течении 6 месяцев в Японии проведено исследование эффективности образовательной программы для родителей по отдельным элементам **образа жизни, питания и двигательной активности** подростков 12 – 14 лет для уменьшения частоты психосоматических расстройств
- Доказана высокая эффективность данной программы по уменьшению частоты психосоматических расстройств у подростков
- **Доказана необходимость активной ходьба в течении 60 мин в день**

Watanabe J, Watanabe M. School-based lifestyle education involving parents for reducing subjective psychosomatic symptoms in Japanese adolescents: study protocol for a cluster randomized controlled trial. BMJ Open. 2018, №2 16(2)

Терапия длительного субфебрилитета, как психовегетативного расстройства у детей

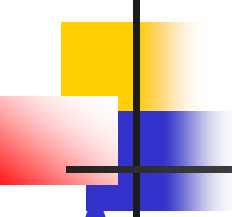
Фитотерапия от 10 – 14 дней до 2 – 3 мес

Фитоседатики – валерьяна, пустырник, ново-пассит
(с 12 ти лет)

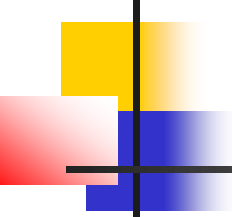
Фитоадаптогены - экстракт элеутерококка, настойка
лимонника, заманихи, женьшеня, настойка аралии (с
14ти лет)

**Фитопрепараты со стимулирующим и
антидепрессивным действием** – зверобой (деприм - с
12ти лет)

Терапия психовегетативных расстройств у детей и подростков



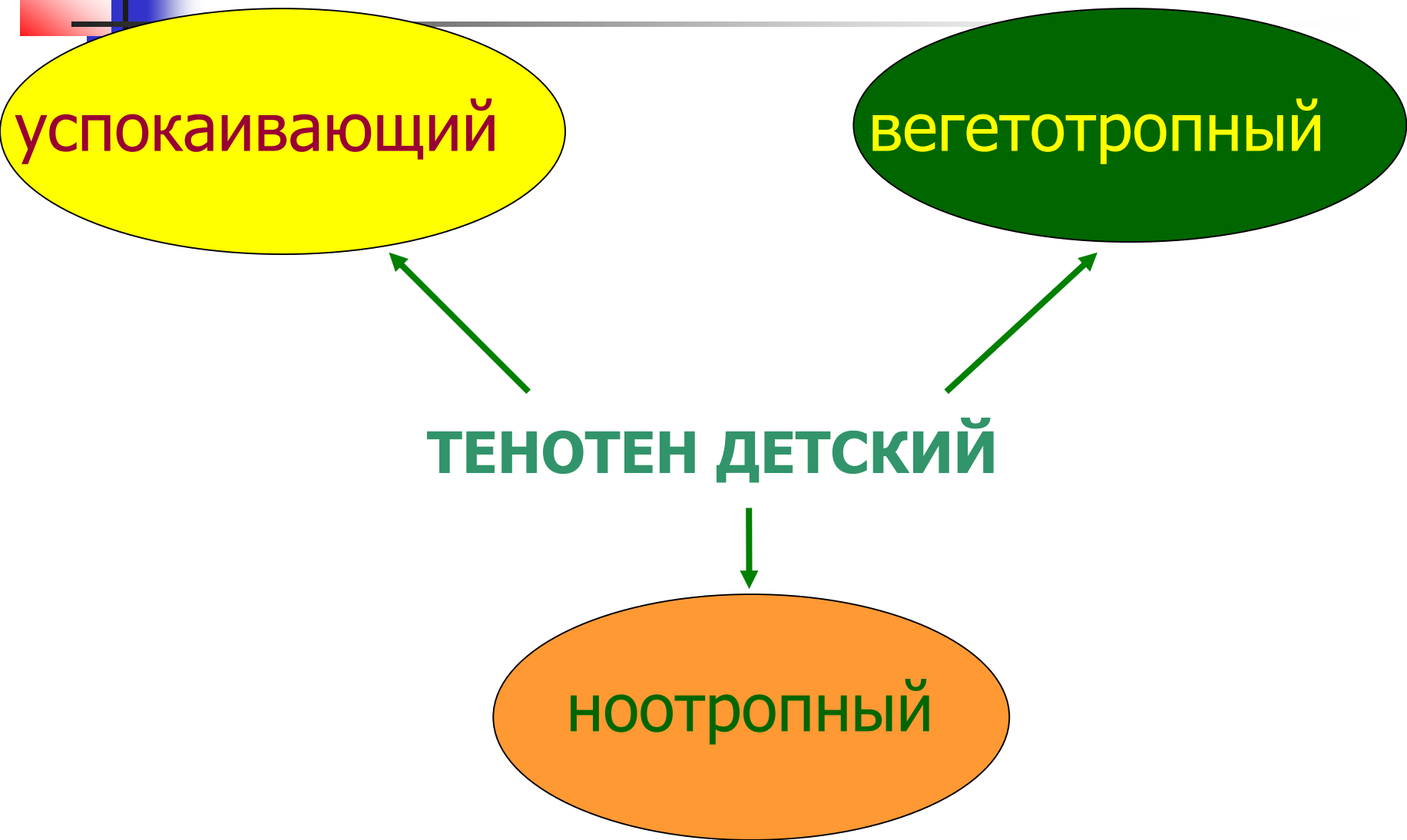
- **Антидепрессанты** (амитриптилин, мелипрамин)
- **Нейролептики**
- **Сонапакс**
- **Тералиджен** (включает гипотермическое действие)
- **Ноотропы - анксиолитики** (препараты аминафенилмасляной кислоты)
- **Пантогам**
- **Препарат Тенотен – детский**



Показания к применению препарата Тенотен детский (инструкция)

- **Невротические и неврозоподобные расстройства, сопровождающиеся повышенной возбудимостью, раздражительностью, тревогой, нарушением поведения и внимания, вегетативными расстройствами**
- **Синдром дефицита внимания и гиперактивности.**

Фармакологические эффекты Тенотена детского



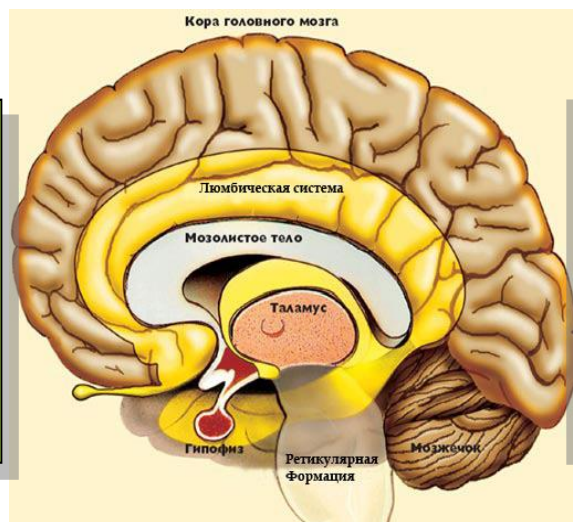
Механизм действия Тенотена детского



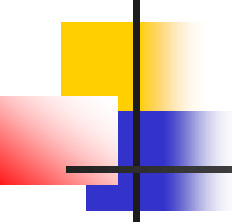
Белок S100

Нормализует
метаболизм
нейрона

Нормализует
функции
нейрона



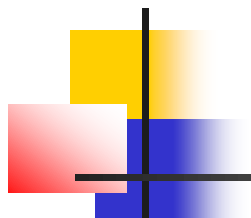
Восстанавливает нарушенные процессы
активации и торможения в ЦНС.



ТЕНОТЕН ДЕТСКИЙ

**единственный успокаивающий препарат
с вегетотропным и ноотропным действием,
созданный специально для детского возраста**

Тенотен детский



- Нормализует поведение ребенка (**успокаивает, уменьшает расторможенность, раздражительность, плаксивость**)
- **Улучшает процесс обучения** (повышает внимание и усидчивость)
- **Улучшает адаптацию ребенка в детском коллективе;**
- **Безопасен** (не вызывает сонливости, заторможенности, невозможна передозировка)
- **Способствует нормальному развитию нервной системы ребенка**

СХЕМА ПРИЕМА ТЕНОТЕНА ДЕТСКОГО:

- ПО 1 ТАБЛ. 3 РАЗА В СУТКИ
- КУРС ЛЕЧЕНИЯ 1-3 месяца



Спасибо за внимание!

