

Л.С. ЧУТКО, д.м.н., Институт мозга человека РАН (С.-Петербург)

Клинические проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью

У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Широкая распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) определяет актуальность изучения и терапии данного заболевания. Клинические проявления СДВГ определяются тремя основными симптомами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью. Клиническая картина заболевания характеризуется гетерогенностью симптоматики и онтогенетической дифференцированностью.

Различные возрастные периоды развития ребенка с СДВГ характеризуются определенными особенностями клинической картины заболевания. Считается, что нижней границей для выявления СДВГ является возраст 3-4 года. До 3-х летнего возраста дети демонстрируют недифференцированный набор моделей поведения, который называют недостаточно контролируемым паттерном поведения (undercontrolled pattern of conduct) (Венар Ч., Кериг П., 2004).

В дошкольном возрасте основным проявлением заболевания является гиперактивность. Такие дети бесцельно склоняются по группе детского сада, без умолка болтают, мешают занятиям других детей. О наличии у ребенка СДВГ, прежде всего, заставляет задуматься отсутствие целенаправленности поведения. В тяжелых случаях избыточная двигательная активность принимает характер расторможенности.

Стойкость проявлений заболевания, чаще отмечается в том случае, если стиль поведения родителей характеризуется как жесткий и негибкий (Campbell S.B., Ewing L.J., 1990). Частым сопутствующим расстройством в этом возрасте являются специфические расстройства развития речи (СРРР). При анализе структуры речевых нарушений в группе детей дошкольного возраста с сочетанной патологией СДВГ и СРРР, были получены следующие результаты: для всех типов СДВГ характерно преобладание расстройств развития экспрессивной речи, но наиболее часто данное расстройство сочетается с СДВГ комбинированного типа. Для детей с СДВГ с преобладанием невнимательности в большей степени, чем для других типов СДВГ, характерны расстройства рецептивной речи. Для детей с СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности наиболее характерны нарушения артикуляции и умеренные нарушения экс-

прессивной речи (Чутко Л.С., Ливинская А.М., 2006).

Пик проявления основных симптомов при СДВГ относится к младшему школьному возрасту, но так как обучающие программы присутствуют и в дошкольных образовательных учреждениях то основные паттерны поведения школьного возраста видны уже в 5 лет (Чутко Л.С., 2007). В этом возрасте проявляется проблема сохранения устойчивого внимания или неспособность продолжать выполнение задания, пока оно не будет выполнено до конца.

Начиная с 6-7 летнего возраста, родители отмечают проблемы связанные неспособностью ребенка длительно концентрировать внимание. Учителя и родители подмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий. Надо сказать, что навыки чтения и письма у детей с СДВГ развиты хуже, чем у сверстников. Данные проявления обуславливают низкую успеваемость детей с СДВГ, несмотря на достаточный интеллект. Их трудности заключаются не в недостатке интеллекта, а скорее, в невозможности полноценного применения когнитивных навыков в ситуациях повседневной жизни (Barkley R.A., 1995). По данным Н.Н.Заваденко (2005) СДВГ является одной из наиболее частых причин школьной дезадаптации.

В 50-80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст (Barkley R.A., 1998). В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности. Обычные для подросткового возраста протестные реакции у детей с СДВГ протекают интенсивнее. Необходимо отметить то, что подростки, страдающие СДВГ, входят в группу риска по развитию аддиктивных расстройств: алкоголизма

и наркоманий, а также девиантного поведения (Gerra G., Caccavari R., 1998).

В 30-50% случаев симптомы СДВГ в той или иной степени, переходят и во взрослый возраст (Уэндер П., Шейдер Р., 1998). Всего СДВГ встречается у 2-5 % взрослых в популяции (Biederman J., Faraone S., 2005). Определенные трудности возникают у взрослых пациентов с СДВГ и на работе и в личной жизни. Такие люди характеризуются снижением способности к планированию времени, слабой организацией труда, очень частыми переменами мест работы и увольнениями. Несмотря на то, что у взрослых с СДВГ не зафиксировано каких-либо когнитивных недостатков, у них страдают и академические достижения и образование. Так известно, что пациенты с СДВГ реже получают высшее образование, характеризуются повышенным числом несчастных случаев, перемен мест работы, разводов, значительно чаще становятся виновником автомобильных катастроф (Biederman J., 2005).

Общепринятым является положение, согласно которому лечение СДВГ должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы. Так, для изменения (модификации) поведения детей используются методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе (оперантном обусловливании). Главным принципом такой терапии является применение вознаграждения (материального подкрепления) ребенка за требуемое поведение и наказания за неправильное. Ведущим звеном в психокоррекции детей с СДВГ является изменение поведения взрослых (родителей и учителей) — замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные — тренинг родительской компетентности (ТРК).

В лечении СДВГ используются так же и другие немедикаментозные методы. Нами разработана методика лечения СДВГ с помощью метода транскраниальной микрополяризации (ТКМП) — лечебного применения постоянного (гальванического) электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга., менее значительное снижение показателей импульсивности. Данный метод более эффективен у

детей дошкольного и младшего школьного возраста. В лечении СДВГ активно используется биологическая обратная связь для изменения функционального состояния центральной нервной системы на основе перестроек спектральных характеристик электроэнцефалограмм (ЭЭГ-БОС). Этот метод можно эффективно применять, начиная с 8-9 лет.

В настоящее время при медикаментозном лечении в России наиболее частот используются препараты ноотропного ряда. В лечении СДВГ активно используется препарат пептидной структуры кортексин, представляющий собой комплекс полипептидов, выделяемый из коры головного мозга телят и свиней не старше 12-месячного возраста методом уксуснокислой экстракции. Для лечения детей используется Кортексин, производимый фирмой «Герофарм» (Российская Федерация, С.-Петербург) в виде внутримышечных инъекций в дозе 10 мг, используется для лечения детей, он выпускается в виде стерильного лиофилизированного порошка во флаконах по 10 мг. Содержимое флакона растворяют в 2,0 мл 0,5% раствора новокаина или изотонического раствора хлорида натрия. Лечебный курс состоит из 10 инъекций, проводимых однократно ежедневно в течение 10 дней или через день.

Проведенные нами исследования показали, что после курса кортексина клиническое улучшение наступает у 72% детей с СДВГ. Терапия с применением других препаратов ноотропного ряда таких высоких цифр не достигало. Оценка состояния детей после курса кортексина свидетельствует о значительном снижении невнимательности (повышение внимания), менее значимое снижение показателей гиперактивности. Снижения показателей импульсивности не отмечалось. Примерно в 3% случаев после окончания курса регистрировалось незначительное повышение импульсивности. Другие нежелательные побочные эффекты и осложнения не отмечались. Эффективность применения кортексина оказалась достаточно высокой, как у дошкольников, так и у детей школьного возраста.



ЛИТЕРАТУРА

1. Венар Ч., Кериг П. Психопатология развития детского и подросткового возраста: Пер. с англ. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2004. — 384 с.
2. Заваденко Н.Н. Неврологические основы дефицита внимания с гиперактивностью у детей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук — М., 1998.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте: Учеб. пособие. — М.: Академия, 2005. — 256 с.
4. Чутко Л.С., Ливинская А.М. Специфические расстройства речевого развития у детей: Учебно-метод. пособие — СПб., 2006. — 48 с.
5. Уэндер П., Шейдер Р. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью // Психиатрия / Под ред. Р.Шейдера — М., 1998. — С. 222-236.
6. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. — СПб.: Хока, 2007. — 136 с.
7. Barkley R.A. Taking charge of ADHD. — NY: Guilford press. — 1995. — 480 p.
8. Biederman J. Attention-deficit disorder: a selective overview. // Biol. Psychiatry. — 2005. — V.57. — №11. — P. 1215-1220.
9. Biederman J. Faraone S. Attention deficit hyperactivity disorder // Lancet. — 2005. — V.366. — P. 237-248.
10. Campbell S.B., Ewing L.J. Follow-up of hard-to-manage preschoolers: adjustment at age 9 and predictors of continuing symptoms // J. Child Psychol. Psychiatry. — 1990. — V.31. — N6. — P.871-889.
11. Gerra G., Caccavari R. Alpha-2-adrenoreceptor sensitivity in heroin addicts with and without previous attention deficit disorder/hyperactivity and conduct disorder // Neuropsychobiology. — 1998. — V.30. — N1. — P.15-19.