

ISSN 0031-403x (Print)
ISSN 1990-2182 (Online)

Педиатрия

Журнал имени Г.Н. Сперанского

2009/ Том 87/ №2

© Коллектив авторов, 2008

Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, А.М. Ливинская, И.С. Никишена,
Е.А. Яковенко, Т.И. Анисимова, К.А. Айтбеков, Ж.В. Черная, А.В. Сергеев

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКАЯ ТИПОЛОГИЯ И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Институт мозга человека РАН, Санкт-Петербург, РФ; Центр нейротерапии, г. Шымкент, Республика Казахстан

Распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и социальная дезадаптация, возникающая на его фоне, заставляют заниматься данной проблематикой как врачей (неврологов, психиатров, психотерапевтов), так и психологов. Клинические проявления СДВГ определяются тремя основными симптомами: невнимательностью (Н), гиперактивностью (ГА) и импульсивностью (И). Клиническая картина заболевания неоднородна и основные симптомы могут быть представлены неравномерно.

Согласно классификации американской психиатрической ассоциации DSM-IV выделяют СДВГ с преобладанием ГА и И (СДВГ-ГИ), СДВГ с преобладанием Н (СДВГ-Н) и комбинированный тип заболевания [1]. В соответствии с данной классификацией, из наблюдаемой нами группы, включающей 973 ребенка с СДВГ в возрасте от 5 до 15 лет, были выделены пациенты со следующими *типами заболевания*:

- 1) преобладание Н (СДВГ-Н) — 152 человека (15,6%);
- 2) преобладание ГА и И (СДВГ-ГИ) — 246 человек (25,3%);
- 3) комбинированный тип (СДВГ-К) — 575 человек (59,1%).

Учитывая наличие тех или иных коморбидных расстройств, мы выделяем две *функциональные формы СДВГ*.

Простая форма СДВГ характеризуется симптомами асинхронии развития: Н, ГА, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза.

Осложненная форма СДВГ характеризуется тем, что к симптомам асинхронии развития присоединялись «вторичные» симптомы, появляющиеся с возрастом: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства, парасомнии.

При наличии симптомов, характерных как для простой, так и осложненной формы заболевания, состояние пациента трактовалась как осложненная форма.

Проведенные нами исследования свидетельствуют, что простая форма СДВГ встречалась в 387 случаях (39,8%), а осложненная — в 586 случаях (60,2%).

С возрастом выявлялась тенденция к увеличению количества пациентов с осложненной формой заболевания. Преобладание пациентов с данной формой было особенно выражено в старшем школьном возрасте. Возможно, с возрастом происходил переход из первой формы заболевания во вторую. Данный переход часто отмечался в 7-летнем возрасте. На наш взгляд, поступление ребенка в школу являлся одним из факторов, влияющих на переход из одной функциональной формы СДВГ в другую. Дети с осложненной формой СДВГ отличались более высоким уровнем ГА и И.

При анализе клинической проявлений различных типов СДВГ, степени выраженности основных симптомов и наличия тех или иных коморбидных расстройств были отмечены некоторые закономерности их сочетания. Систематизировав наблюдения, считаем целесообразным выделение нескольких *вариантов клинической картины СДВГ* с учетом особенностей патогенеза заболевания и различий в подходах к дальнейшему лечению.

Идиопатический вариант характеризуется умеренно выраженными проявлениями Н и ГА. Такой вариант расстройства, по нашему мнению, может быть генетически детерминирован, т. е. носить наследственный характер. Данный вариант заболевания, по нашим данным, регистрировался у 280 детей (28,8%).

Резидуально-органический вариант характеризуется выраженными проявлениями как Н, так и ГА/И. Последние часто приобретают характер расторможенности. В анамнезе у таких детей можно встретить отставание в психомоторном развитии в течение первого года жизни, задержку речевого развития. Кроме этого, можно отметить снижение памяти, относительно бедный словарный запас, слабую выраженность интеллектуальных интересов, запаздывание развития эмоционально-волевой сферы (инфантилизм). Течение заболевания

в таких случаях носит относительно постоянный характер. При неврологическом осмотре у таких детей можно заметить нарушения мелкой моторики (диспраксия, элементы мозжечковой атаксии). Частыми сопутствующими расстройствами при таком варианте являются энурез, неврозоподобные тики, расстройство обучаемости (дисграфия, дислексия). Причиной расстройства в таких случаях, наиболее вероятно, может служить патология перинатального периода. Данный вариант регистрировался у 324 детей (33,3%).

Цереброастенический вариант характеризуется преобладанием Н, сочетающейся с утомляемостью, истощаемостью, нарушениями сна, головными болями напряжения. Выраженная ГА не регистрируется, но отмечается эмоциональная лабильность, поведение детей характеризуется капризностью, раздражительностью. В генезе развития клинической картины играют роль как перинатальная патология, так и соматические заболевания. Клиническая картина носит лабильный характер, а ухудшение состояния отмечается в весенний и осенний периоды и после перенесенных соматических и инфекционных заболеваний. Данный вариант регистрировался у 142 детей (14,6%).

Неврозоподобный вариант характеризуется умеренно выраженными проявлениями Н, ГА и И с сопутствующими невротическими тиками, заиканием, тревожными расстройствами. В генезе развития клинической картины играют роль как наследственные и перинатальные патогенетические факторы, так и психотравмирующие обстоятельства. Данный вариант регистрировался у 227 детей (23,3%).

Кроме этого, отдельно следует рассмотреть вопрос о *степени выраженности основных и сопутствующих симптомов СДВГ*. Оценка степени тяжести проводится с помощью количественных шкал оценки СДВГ. По мнению авторов, наиболее удобной является шкала SNAP-IV, которая представляет собой опросник для родителей, состоящий из 43 вопросов, позволяющих в баллах оценить степень Н, ГА и И [2]. Среди обследованных нами пациентов *умеренная степень СДВГ* отмечалась в 360 случаях (37%), а *выраженная* - в 613 случаях (63%).

Таким образом, на основе анализа клинических данных разработана многоосевая классификация, учитывающая наличие различных типов, форм и вариантов клинического течения СДВГ, позволяющая найти оптимальный подход для подбора последующей терапии.

Классификация СДВГ

Типы СДВГ (по DSM-IV):

- с преобладанием невнимательности;
- с преобладанием гиперактивности и импульсивности;
- комбинированный (смешанный) тип

Формы СДВГ:

- простая;
- осложненная

Варианты СДВГ:

- идиопатический;
- резидуально-органический;
- цереброастенический;
- неврозоподобный

Степень тяжести СДВГ:

- умеренная;
- выраженная

Общепринятым является положение, согласно которому лечение СДВГ должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы. 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. Безусловным фактором улучшения является создание позитивной модели отношения к ребенку [3].

В настоящее время при медикаментозном лечении СДВГ в России наиболее часто используются препараты ноотропного ряда: энцефабол, ноотропил, пантогам, фенибут, пикамилон и др. [4]. Кроме этого, для лечения детей с СДВГ старше 6-летнего возраста используется селективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина — атомоксетин.

К ноотропным препаратам можно отнести и Кортексин, представляющий собой комплекс полипептидов, выделяемый из коры головного мозга телят не старше 12-месячного возраста. В процессе исследований было установлено, что в основе фармакологических эффектов Кортексина лежит изменение уровня нейромедиаторов в определенных структурах головного мозга, контролирующей важнейшие функции нервной системы [5]. Существует корреляция между положительным действием препарата и изменением в структурах мозга таких ключевых нейромедиаторов, как серотонин, ГАМК и дофамин [6]. В детской практике препарат применяется при реабилитации различных форм детского церебрального паралича, последствиях черепно-мозговых травм, задержке психомоторного развития и др. [7].

Курс лечения Кортексином проведен у 163 детей в возрасте от 5 до 15 лет, страдающих СДВГ (основная группа). Различные варианты СДВГ были представлены 49 детьми с идиопатическим (30,1%), 67 пациентами с резидуально-органическим (41,1%), 24 пациентами (14,7%) с цереброастеническим и 23 детьми с комбинированным вариантом заболевания (14,1%).

Для лечения детей использовали Кортексин в виде внутримышечных инъекций в дозе

Таблица

Динамика показателей SNAP-IV до и после курса Кортексина

Показатели	Оценка, баллы		
	до лечения	после курса Кортексина	группа сравнения
Невнимательность	2,73±0,54	0,74±0,16 ¹	1,04±0,31 ¹
Гиперактивность	2,71±0,84	1,69±0,15 ^{1,2}	2,33±0,27
Импulsивность	2,34±0,85	2,29±0,52	2,32±0,61

Достоверность различия: ¹ при сравнении с показателями до лечения, ² при сравнении с показателями детей группы сравнения.

10 мг, производимый фирмой «Герофарм» (Россия, Санкт-Петербург). Кортексин выпускается в виде стерильного лиофилизованного порошка во флаконах по 10 мг. Лечебный курс состоял из 10 инъекций, проводимых однократно ежедневно в течение 10 дней или через день.

Группа сравнения состояла из 45 детей, страдающих СДВГ, с аналогичными клинико-неврофизиологическими показателями. Эти пациенты получали так называемую традиционную ноотропную терапию — препарат Пирацетам (Ноотропил) в течение 30 дней.

Оценку степени тяжести заболевания производили до и после курса лечения. Анализ данных ЭЭГ состоял в оценке общего функционального состояния мозга, уровня зрелости биоэлектрической активности мозга и соответствия ее характеру возрасту пациента, оценке тяжести изменений ЭЭГ и локализации патологических изменений.

После курса лечения Кортексином клиническое улучшение наступило у 118 детей — 72,3% всех получавших лечение пациентов. Положительная динамика не отмечалась у 45 пациентов (27,6%). Из них в 6 случаях (3,6% от всех пациентов в группе) после окончания курса отмечалось незначительное повышение И. Другие нежелательные побочные эффекты и осложнения не выявлялись. Положитель-

ная динамика в состоянии пациентов отмечалась чаще всего начиная с 6-й–7-й инъекции. Наибольшее улучшение регистрировалось у пациентов с резидуально-органическим и цереброастеническим вариантами СДВГ. Худшие результаты были получены у пациентов с неврозоподобным вариантом СДВГ. В группе сравнения улучшение получено в 26 случаях (57,8%). При этом наибольшее улучшение также регистрировалось у пациентов с резидуально-органическим и цереброастеническим вариантами СДВГ. В 11 случаях отмечалось повышение И, трудности при засыпании.

Родители сообщали о том, что дети основной группы стали усидчивее во время занятий в школе и при выполнении домашних заданий, меньше отвлекались во время уроков, быстрее справлялись с заданиями, постепенно улучшили школьные отметки. Оценка состояния с помощью шкалы SNAP-IV после курса Кортексина показала значительное снижение Н (повышение внимания), менее значимое снижение показателей ГА. Достоверной динамики показателей И не отмечалось. В группе сравнения после курса лечения статистически значимых изменений показателей SNAP-IV получено не было (см. таблицу).

Сравнительный анализ результатов ЭЭГ показал, что после окончания курса Кортексина положительная динамика отмечалась в 91 случае (55,8%).

При визуальной и количественной оценке ЭЭГ после курса Кортексина регистрировались следующие положительные изменения:

- 1) уменьшение низкочастотных колебаний, особенно, в передних областях;
- 2) увеличение количества β -волн в лобных областях;
- 3) возрастание представленности α -активности в затылочных областях.

Таким образом, применение Кортексина характеризуется высокой эффективностью при лечении СДВГ. Безопасность применения препарата, отсутствие побочного действия позволяют рекомендовать Кортексин для лечения различных форм СДВГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: Am. Psych. Assoc., 1994.
2. Swanson J.M. School-based assessments and interventions for ADD students. Irvine: K.C. Publishing, 1992.
3. Моина Г.Б., Лютова-Робертс Е.К., Чутко Л.С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая помощь. СПб.: Речь, 2007.
4. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. Учеб. пособие. М.: Академия, 2005.
5. Морозов В.Г., Хавинсон В.Х. Пептидные биорегуляторы

(25-летний опыт экспериментального и клинического изучения). СПб.: Наука, 1998.

6. Рыжак Г.А., Малинин В.В., Платонова Т.Н. Кортексин и регуляция функций головного мозга. СПб.: ИКФ «Фолиант», 2003.

7. Платонова Т.Н., Скоромец А.П., Шабалов Н.П. Кортексин — многолетнее применение в педиатрической практике. В кн.: Кортексин — пятилетний опыт отечественной неврологии. Под ред. А.А. Скоромца, М.М. Дьяконова. СПб.: Наука, 2005.