

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ ИЛИ СДВГ. МЕДИЦИНСКИЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Эргашева Наргиза Насриддиновна

Д.м.н, ассистент кафедры Неврологии, Детской
неврологии и Медицинской генетики ТашПМИ.

Юнусов Мухаммад Зайниддин угли

Резидент магистратуры 3-го курса кафедры Неврологии,
Детской неврологии и Медицинской генетики ТашПМИ.

doctor.yunusov@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — это нейрокогнитивное расстройство поведенческого развития, наиболее часто наблюдаемое в детском и подростковом возрасте, которое часто распространяется и на взрослые годы. По сравнению с десятилетием назад было проведено обширное исследование для понимания факторов, лежащих в основе СДВГ, что привело к гораздо большему количеству вариантов лечения, доступных как для подростков, так и для взрослых с этим расстройством. Гиперкинетические расстройства, или синдром дефицита внимания с гиперактивностью – СДВГ по диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-V), относятся к числу наиболее часто диагностируемых психических расстройств в детском возрасте (от 3 до 25%, в среднем 7–8%) и представляют собой гетерогенную группу нарушений нейropsychического развития, объединенных на основании слабо модулированного поведения с несоответствующими возрасту гиперактивностью, дефицитом внимания и импульсивностью, сопровождающимися нарушением адаптации в основных сферах социального функционирования ребенка [1, 2]. Долгосрочные негативные последствия СДВГ серьезны и продолжительны. Треть диагностированных молодых людей сталкивается с несчастливой, проблемным будущим, включая плохие отношения, значительную неуспеваемость в образовании и более позднюю безработицу, высокий уровень причастности к употреблению наркотиками и алкоголем, антиобщественное поведение и преступность. Ряд медицинских работников и специалистов узкого спектра включая детских неврологов, психиатров, психологов, педагогов до школьного образования, педагогов средних школ работающие с детьми, вероятно увидели резкое увеличение числа

детей диагнозом СДВГ. Распознавание СДВГ, вероятно, продолжит расти в обозримом будущем и возможно будет представлять все больше и больше взрослых с симптомами СДВГ.

Ключевые слова: Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), минимальной мозговой дисфункции (ММД), диагностическая и статистическая руководства по психическим расстройствам (DSM), нейрокогнитивные расстройства, гиперкинетические расстройства, международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurocognitive behavioral disorder most commonly seen in childhood and adolescence and often extends into adults. Compared to a decade ago, there has been extensive research done to understand the factors underlying ADHD, resulting in a much larger number of treatment options available for both adolescents and adults with the disorder. Hyperkinetic Disorders, or Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-V), are among the most commonly diagnosed mental disorders in childhood (3 to 25%, on average 7-8%) and represent a heterogeneous group of neuropsychic developmental disorders, combined on the basis of poorly modulated behavior with age-inappropriate hyperactivity, attention deficit and impulsivity, accompanied by impaired adaptation in the main spheres of the child's social functioning [1, 2]. The long-term negative effects of ADHD are serious and lasting. A third of young people diagnosed face an unhappy, troubled future, including poor relationships, significant educational failure and later unemployment, high rates of involvement in drug and alcohol abuse, antisocial behavior and crime. A number of healthcare professionals and narrow-spectrum professionals including pediatric neurologists, psychiatrists, psychologists, preschool educators, and high school educators working with children have likely seen a dramatic increase in the number of children diagnosed with ADHD. Recognition of ADHD is likely to continue to grow for the foreseeable future and may represent more and more adults with ADHD symptoms.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), minimal cerebral dysfunction (MMD), diagnostic and statistical manuals for mental disorders (DSM), neurocognitive disorders, hyperkinetic disorders, international classification of diseases 10th revision (ICD-10).

ВВЕДЕНИЕ

СДВГ — это состояние, характеризующееся неадекватно высоким уровнем импульсивности, гиперактивности и невнимательности. Диагностическая концептуализация этих симптомов со временем значительно изменилась. В начале 20 века гиперактивные дети считались страдающими патологическим дефектом морального контроля. В 1930-х годах были введены концепции минимального повреждения головного мозга (МППГМ) и минимальной мозговой дисфункции (ММД), основанные на наблюдении поведенческих нарушений, подобных тем, которые наблюдались во время пандемии энцефалита в 1920-х годах или после травматических родов. Интересно, что примерно в то же время была установлена эффективность “амфетамина” в лечении этих симптомов. Термин “синдром дефицита внимания” был выделен в начале 80-х гг. из более широкого понятия “минимальная мозговая дисфункция”. В 1980 г. Американской ассоциацией психиатров была разработана рабочая классификация – DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition), согласно которой случаи, описанные ранее как минимальная мозговая дисфункция, предложено рассматривать как синдром дефицита внимания и синдром гиперактивности. В последней классификации DSM-V данные синдромы объединены под одним названием “синдром дефицита внимания и гиперактивности”.

Эпидемиология, этиология и патогенез

В 2004 г. Всемирной ассоциацией детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IACAPAP) СДВГ был признан «проблемой номер один» в сфере охраны психического здоровья детей и подростков. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) встречается приблизительно у 1 из 20 современных детей и подростков. СДВГ привлекает к себе значительный интерес в связи с высокой распространенностью и социальной значимостью проблемы. Результаты исследований подтверждают, что примерно у 50% пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, продолжают присутствовать и во взрослом возрасте. Манифестация СДВГ происходит часто у дошкольников, достигает максимума клинических проявлений в начальной школе и эволюционируя, не исчезает ни у подростков, ни у взрослых, а по мере взросления трансформируется и претерпевает изменения в количественном и качественном соотношении симптомов [3]. Следовательно, во многих случаях СДВГ характеризуется длительным, хроническим течением. По данным ВОЗ от 3% до 7% детей в мире страдает

синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). По данным эпидемиологических исследований, частота встречаемости СДВГ в РФ у детей 6–15 лет составляет 4,0–9,5%, а по данным некоторых зарубежных авторов, она достигает даже 20–28%. Распространенность баллов среди детей младшего школьного возраста составляет 1% для гиперкинетического расстройства и 5% для СДВГ (М: F = 3: 1). Девочки составляют 25% гиперкинетических больных. Они демонстрируют меньше импульсивности и агрессии, но больше страха, перепадов настроения, социальной замкнутости, когнитивных и языковых проблем [4, 5].

ОБСУЖДЕНИЕ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Дискутабельность вокруг этиологии и патогенеза СДВГ не прекращается. Ранее это расстройство рассматривалось в контексте минимальной мозговой дисфункции и основной причиной его возникновения считалось органическое повреждение головного мозга. Одна из первых теорий развития СДВГ основана на данных о перинатальной обусловленности этого расстройства, т. е. указанная патология рассматривается как следствие органического поражения ЦНС, возникшего в антенатальный и/или ранний неонатальный периоды под влиянием различных средовых факторов. Лекарства, используемые для лечения СДВГ, такие как метилфенидат, амфетамин и атомоксетин, указывают на дефицит дофамина и норэпинефрина как нейрохимическую основу СДВГ, но этиология более сложна. В современных концепциях патогенеза СДВГ рассматривается как следствие нарушений заднемозговой системы внимания, регулируемой норадреналином, тогда как характерные расстройства поведенческого торможения и самоконтроля – как недостаточность дофаминергического влияния на поступление импульсов к переднемозговой системе внимания [6, 7]. Восприимчивость этих структур по отношению к поступающим сигналам модулируется за счет дофаминергической иннервации от вентрального ядра покрышки среднего мозга. Дофамин избирательно регулирует и ограничивает возбуждающую импульсацию к префронтальной коре и поясной извилине, обеспечивая снижение излишней нейрональной активности [6, 7]. Определенными доказательствами этой гипотезы явились достижения молекулярной генетики, а именно выделение у детей с СДВГ генов, ответственных за обмен дофамина и норадреналина.

Диагностика

При диагностике людей на предмет синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) или гиперкинетического расстройства до постановки официального диагноза типично используются несколько этапов оценки, в том числе:

- Клинические обследования (исследование неврологического статуса).
- Инструментальные обследования, рейтинговые шкалы и шкалы оценок (заполнение опросников, анкет, оценочных шкал).
- Критерии оценок СДВГ по DSM-IV и/или DSM-V.
- Клинические интервью (собеседование) с пациентом и родителями, учителями детей и подростков или партнерами для взрослых с СДВГ.
- Прямое наблюдение в различных условиях (наблюдение за поведением).
- Оценка социально-психологического функционирования и трудностей адаптации у лиц с СДВГ различного возраста.
- Продолжительность симптомов (как долго проявляются те или иные симптомы).

Диагностика СДВГ также должна основываться на полной клинической и психосоциальной оценке, полном анамнезе развития и психиатрии, а также на отчетах наблюдателей о психическом состоянии человека. Согласно рекомендациям NICE, для диагностики СДВГ симптомы гиперактивности-импульсивности и / или невнимательности должны соответствовать диагностическим критериям в диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-е издание (DSM-V) для СДВГ и 10-го пересмотра Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Обратите внимание, что в 2018 году МКБ-10 была обновлена до 11-й редакции Международной классификации болезней (МКБ-11), где НКД теперь называется ADHD.

Лечения

Основные классы доступных фармакологических методов лечения СДВГ включают [8, 9]:

Стимуляторы:

Метилфенидат (Риталин, Медикинет, Бифентин, Концерта, Эквасим),
Амфетамин (Adderall, Amfexa, Dexedrine, Elvanse, Elvanse Adult),
Лиздексамфетамин (Vyvanse, Tyvense).

Не стимуляторы: Атомоксетин (Strattera), Модафенил (Provigil). (off-label),
Гуанфацин (Интунив), Ребоксетин (Edronax).

Ноотропные препараты: Гопантенная кислота (Пантогам, Пантокальцин, Гопантам, Когнум).

Наиболее частые побочные эффекты стимуляторов это - снижение аппетита, нарушение сна. При приеме стимуляторов, хотя и редко были выявлены серьезные побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы [10]. В США, Канаде и Европе был достигнут консенсус в отношении того, что рутинный электрокардиографический скрининг и / или кардиологические обследования перед началом приема стимуляторов необходимы только тем, у кого есть положительный семейный или личный кардиологический анамнез [11, 12]. Некоторые дети могут не реагировать на стимулирующие препараты или могут не переносить стимулирующие препараты из-за побочных эффектов (например, потери аппетита). Таким образом, несколько не стимулирующих препаратов также используются для фармакотерапии СДВГ. Модафинил [13] и ребоксетин [14, 15] показали некоторые перспективы в лечении СДВГ. Был опубликован ряд отчетов об использовании альтернативных и дополнительных лекарств при лечении СДВГ. Положительные результаты были заявлены для гинкго билоба [16]. Короткоцепочечные жирные кислоты [17] и жирные кислоты омега-3 / омега-6 [18] не оказались эффективными. На данный момент единодушное мнение относительно большинства альтернативных и дополнительных методов лечения состоит в том, что эти методы лечения лучше всего использовать в качестве дополнения к текущей фармакотерапии, а не в качестве альтернативы.

Психосоциальное лечение СДВГ

Психосоциальное лечение СДВГ в первую очередь сосредоточено на следующих четырех простых, но трудных для реализации принципах: вознаграждать за позитивное поведение; игнорировать неподобающее поведение; наказывать за неприемлемое поведение; адаптируйте занятия к способностям ребенка.

ВЫВОДЫ

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) — это невидимая инвалидность. Это нейробиологическое расстройство, которое влияет на поведение, самоконтроль, мотивацию, двигательную активность, импульсивность, эмоции, способность направлять и поддерживать внимание, коммуникабельность, доступность для обучения и способ обработки информации мозгом. Ребенок не выглядит больным в традиционном

понимании этого состояния, но если оставить без внимания ребенка или подростка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), то в будущем для ребенка это создаст значительные трудности в учебе, межличностных отношениях, в социальном и эмоциональном развитии, что, в свою очередь может привести к возникновению асоциального поведения.

REFERENCES

1. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. *Вопр. соврем. педиатрии*. 2014; 13: 4: 48–53. / Zavadenko N.N. Sindrom defitsita vnimanii i giperaktivnosti: sovremennye printsipy diagnostiki i lecheniia. *Vopr. sovrem. pediatrii*. 2014; 13: 4: 48–53. [in Russian]
2. Jensen CM, Steinhausen HC. Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder* 2015; 7 (1): 27–38.
3. Куташов В.А., Сахаров И.Е., Будневский А.В. Неврология и психиатрия детского возраста. Воронеж: ВГМА; 2015.: 292-320.
4. Dopfner M, Breuer D, Wille N, et al. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample: results of the BELLA study. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2008; 17:59–70.
5. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJ, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyper-activity disorder and hyperkinetic disorder. *Lancet* 1998; 351:429–33.
6. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: диагностика, патогенез, принципы лечения. *Вопросы практической педиатрии*. 2012; 7 (1): 54–62.
7. Куташов В.А., Сахаров И.Е., Будневский А.В. Неврология и психиатрия детского возраста. Воронеж: ВГМА; 2015.: 292-320.
8. <https://adhd-institute.com/disease-management/pharmacological-therapy/>
9. “Динамика уровня социального функционирования при аугментации Пантогамом при лечении детей с гиперкинетическим расстройством поведения” *Журнал Психиатрия и психофармакотерапия*. Том 19 №4 2017 Т.А.Куприянова, Е.В.Корень.
10. Yu ZJ, Parker-Kotler C, Tran K, Weller RA, Weller EB. Peripheral vasculopathy associated with psychostimulant treatment in children with attention-

- deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12(2):111–115. doi: 10.1007/s11920-010-0093-y.
11. Warren AE, Hamilton RM, Belanger SA, Gray C, Gow RM, Sanatani S, Cote JM, Loughheed J, LeBlanc J, Martin S. et al. Cardiac risk assessment before the use of stimulant medications in children and youth: A joint position statement by the Canadian Paediatric Society, the Canadian Cardiovascular Society, and the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Can J Cardiol.* 2009;25(11):625–630. doi: 10.1016/S0828-282X (09)70157-6.
12. Banaschewski T. Joint position of the Guideline Group of the European Network for Hyperkinetic Disorders (EUNETHYDIS) and the German Central ADHD Network for ECG Recording on methylphenidate prescriptions. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2008;36(6):437–439.
13. Khabazi M, Ghoreishi A, Rahiminejad F, Mohammadi MR, Kamalipour A, Akhondzadeh S. A randomized, double-blind and placebo-controlled trial of modafinil in children and adolescents with attention deficit and hyperactivity disorder. *Psychiatry Res.* 2009;168(3):234–237.
14. Arabgol F, Panaghi L, Hebrani P. Reboxetine versus methylphenidate in treatment of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2009;18(1):53–59. doi: 10.1007/s00787-008-0705-9.
15. Cohen-Yavin I, Yoran-Hegesh R, Strous RD, Kotler M, Weizman A, Spivak B. Efficacy of reboxetine in the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in boys with intolerance to methylphenidate: an open-label, 8-week, methylphenidate-controlled trial.
16. Niederhofer H. Ginkgo biloba treating patients with attention-deficit disorder. *Phytother Res.* 2010;24(1):26–27. doi: 10.1002/ptr.2854.
17. Raz R, Carasso RL, Yehuda S. The influence of short-chain essential fatty acids on children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a double-blind placebo-controlled study. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2009;19(2):167–177. doi: 10.1089/cap.2008.070.
18. Johnson M, Ostlund S, Fransson G, Kadesjo B, Gillberg C. Omega-3/omega-6 fatty acids for attention deficit hyperactivity disorder: a randomized placebo-controlled trial in children and adolescents. *J Atten Disord.* 2009;12(5):394–401. doi: 10.1177/1087054708316261.