



ОТ МАЛА ДО ВЕЛИКА

Авторы:

Леонид Семенович Чутко, профессор, д.м.н., заведующий лабораторией коррекции психического развития и адаптации, руководитель Центра поведенческой неврологии Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, профессор кафедры семейной медицины ФП и ДПО ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Елена Александровна Яковенко, к.б.н., научный сотрудник Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

Светлана Юрьевна Сурушкина, врач-невролог, к.м.н., научный сотрудник Института мозга человека им. Н.П. Бехтерева Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОТ РЕБЕНКА К ВЗРОСЛОМУ

«Все взрослые сначала были детьми, только мало кто из них об этом помнит» – эти слова принадлежат французскому писателю Антуану де Сент-Экзюпери и служат эпиграфом к его грустной сказке об одиночестве и доброте [1]. Мы, врачи, часто находим смысл в известных цитатах, и эти слова можно прочесть как понимание того, что многие заболевания, диагностируемые у взрослых, берут свое начало в детском возрасте. К числу таких расстройств относится и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Данное заболевание традиционно рассматривается в рамках детской неврологии и психиатрии, но, начиная свое развитие в детстве, это расстройство переходит во взрослый возраст. Клинические проявления СДВГ определяются тремя основными симптомокомплексами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

СДВГ является одним из самых частых расстройств в детской психоневрологии. Так, со-

гласно метаанализу 175 исследований, средняя цифра распространенности СДВГ у детей в возрасте до 18 лет составляет 7,2% [2]. Почти каждый десятый ребенок в США (9,8%) страдает СДВГ [3]. А недавнее исследование С. Рубен (С. Reuben) показало, что у 11,3% детей в возрасте от 5 до 17 лет отмечаются признаки СДВГ [4]. В детском возрасте СДВГ в 4–5 раз чаще встречается у мальчиков [5, 6].

В 10-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-10) данное заболевание рассматривается в рубрике F90 «Гиперкинетические расстройства» как нарушение активности и внимания. В 11-м пересмотре Международной классификации болезней (МКБ-11) это расстройство рассматривается в рубрике 6A05.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СДВГ У ДЕТЕЙ

Различные периоды возрастного развития ребенка (как стабильные, так и кризисные) со-

проводятся разнообразной симптоматикой. Считается, что нижней границей для выявления СДВГ является возраст 3–4 года [7].

В дошкольном возрасте основным проявлением заболевания выступает гиперактивность. Такие дети бесцельно слоняются, без умолку болтают, мешают занятиям других детей. Повышенная активность в этот период может быть вариантом нормального развития, обусловленным темпераментом. На нарушение указывают тяжесть и хронический характер проблемного поведения [8].

Наиболее ярко клинические проявления СДВГ становятся видны в младшем школьном возрасте. Учителя и родители отмечают, что дети чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и при выполнении домашних заданий. Данные проявления обуславливают появление низкой школьной успеваемости детей с СДВГ, несмотря на достаточный интеллект [7].

Эмоциональное развитие подростков с СДВГ, как правило, запаздывает, что проявляется неуравновешенностью, вспыльчивостью, заниженной самооценкой. В этом периоде нарастают семейные и школьные трудности [14].

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СДВГ У ВЗРОСЛЫХ

У взрослых людей СДВГ встречается несколько реже, но все же сохраняется в достаточно большом количестве случаев, – 2,5% людей в популяции (с диапазоном от 1,4 до 3,6%) [15]. Следует отметить, что у почти 7% взрослых людей выявлялись отдельные симптомы, не полностью соответствующие критериям заболевания («симптоматический СДВГ») [16]. Соотношение мужчин и женщин во взрослом возрасте становится значительно меньше и составляет 1,5:1 [17].

Согласно критериям DSM–V, поведение взрослого пациента в детском возрасте (ре-

НАИБОЛЕЕ ЯРКО КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В МЛАДШЕМ ШКОЛЬНОМ ВОЗРАСТЕ

Дети с СДВГ в среднем на год отстают от своих сверстников без СДВГ по стандартизованным тестам по чтению и математике к третьему году обучения. Они получают более низкий общий средний балл и более низкий средний балл во всех академических областях по сравнению со своими сверстниками без СДВГ [9]. По данным Н. Н. Заваденко, СДВГ – одна из наиболее частых причин школьной дезадаптации [10].

При своей явной гипербобщительности дети с СДВГ реже поддерживают длительные дружеские отношения. 56% таких детей не имели друзей по сравнению с 32% их одноклассников без СДВГ [11]. 52% детей с СДВГ отвергаются одноклассниками из-за своей нетерпеливости, конфликтности (по сравнению с 14% детей без СДВГ) [12].

В 50–80% случаев клинические проявления СДВГ переходят в подростковый возраст [7]. При этом отмечается снижение гиперактивности, которое трансформируется во внутреннее ощущение беспокойства. В подростковом возрасте на первое место выходит импульсивность, иногда сочетающаяся с агрессивностью [13].

троспективно) должно соответствовать критериям для СДВГ детского возраста и приводить к нарушениям социального, академического и профессионального функционирования. Таким образом, СДВГ у взрослого человека не может появиться вновь, а обязательно проистекает из детского возраста.

Невнимательность у взрослых пациентов с СДВГ выражается не только в отвлекаемости, но и в значительных трудностях при планировании и организации своей деятельности, сложностях в переключении внимания, избыточном сосредоточении на одном занятии (гиперфокус) [18]. Под гиперфокусом понимают состояние интенсивной и узкой концентрации внимания на стимуле, объекте или задаче, которое сопровождается снижением осознания себя, времени и окружения [19]. Находясь в таком состоянии, пациенты описывают трудности с отключением и переключением внимания на другие объекты или задачи. Проведенные нами ранее исследования показали, что взрослые с СДВГ были более утомляемыми, чем их здоровые сверстники [20].

Кроме ведущих симптомов СДВГ, взрослые пациенты характеризуются высоким уровнем тревожности, эмоциональной лабильностью, коморбидными депрессивными расстройствами [21–23]. У пациентов с СДВГ зарегистрировано двух-четырёхкратное повышение числа суицидальных попыток и самоубийств. Риск был более чем десятикратным в случаях, когда СДВГ сочеталось с другим психиатрическим диагнозом [24]. Необходимо отметить, что пациенты с СДВГ отличаются более высокой вероятностью употребления различных психоактивных веществ и более ранним возрастом начала их употребления, чем в среднем в популяции [25].

Описанные выше нарушения приводят к возникновению у пациентов с СДВГ большого количества социальных трудностей в различных сферах жизни. Так, они в 2 раза чаще пропустили работу по различным причинам и с ними в 2 раза чаще происходили несчастные случаи на работе [26]. Для них существует больший риск оказаться безработными или иметь более низкий доход, чем для людей без СДВГ [27]. Пациенты с СДВГ зачастую испытывают финансовые трудности из-за невозможности накопить денежные средства, проблемы со своевременной оплатой счетов, а также имеют склонность к импульсивным покупкам. Они зарабатывают на 38% меньше, чем здоровые люди из группы сравнения, и чаще имеют значительные проблемы с управлением личными финансами [28]. Почти половина взрослых с СДВГ сообщили, что у них есть долги (кроме ипотечных кредитов или кредитов на обучение) [27].

Следует отметить, что пациенты с СДВГ нередко совершают те или иные преступления. Так, у 26% взрослых лиц, находящихся в местах лишения свободы, диагностированы проявления СДВГ, что примерно в 10 раз больше, чем в общей популяции. Распространенность СДВГ среди отбывающих длительный срок наказания составила 40% [29]. Риск быть арестованным у взрослых людей с СДВГ в два раза выше независимо от пола. При этом среди страдающих СДВГ чаще встречаются рецидивы преступлений [30].

Пациенты с СДВГ нередко становятся и виновниками автомобильных аварий. Они быстрее теряют внимание к сигналам, связанным с дорожной обстановкой, характеризуются агрессивным стилем вождения [31, 32].

Недавние исследования показали, что продолжительность жизни взрослых людей с СДВГ короче, чем ожидаемая. Наличие диагноза СДВГ

связано с потерей почти 7 лет жизни у мужчин и почти 9 лет жизни у женщин. Причиной этого, скорее всего, являются модифицируемые факторы риска и неудовлетворенные потребности в поддержке и лечении как СДВГ, так и сопутствующих психических и физических заболеваний [33].

ЛЕЧЕНИЕ СДВГ

Лечение СДВГ должно быть комплексным, то есть включать как медикаментозную терапию, так и психотерапевтические методы. Согласно современным протоколам лечения СДВГ [34, 35], методы психологической коррекции и психотерапии являются ключевыми для помощи как детям (особенно в дошкольном возрасте), так и взрослым.

Основное звено в психотерапии детей с СДВГ – тренинг родительской компетентности, в ходе которого происходит трансформация поведения взрослых и замена неадаптивных подходов к своим детям на адаптивные. Родителей знакомят с общими принципами воспитания детей с СДВГ, обучают техникам, позволяющим изменять поведение ребенка. Необходимое условие улучшения – создание позитивной модели отношения к ребенку. Задача родителей – выйти на уровень поругать/похвалить в соотношении 1:4 [36].

При психотерапевтической коррекции СДВГ у взрослых обычно применяется психообразовательный подход, в рамках которого человеку предоставляют информацию о СДВГ. Осведомленность о заболевании помогает пациентам в управлении своим состоянием и включает данные об особенностях СДВГ, развитии стратегий управления и улучшения навыков организации и планирования [37].

Из психотерапевтических направлений в лечении как детей, так и взрослых с СДВГ наиболее широкое распространение получила когнитивно-поведенческая терапия (КПТ). Краеугольным камнем данного направления является принцип вознаграждения (материального подкрепления) пациента за требуемое поведение и наказания за неправильное. В рамках этого подхода пациента поощряют символическими жетонами, количество которых отражает его поведение, а при несоблюдении его наказывают, снижая количество выдаваемых жетонов [38].

В Северной Америке и западноевропейских странах препаратами первого ряда при лече-

нии СДВГ считаются стимуляторы центральной нервной системы, незарегистрированные в Российской Федерации. В нашей стране в качестве препаратов первого ряда для лечения СДВГ традиционно применяют ноотропные средства, оказывающие стимулирующее действие на недостаточно сформированные высшие психические функции. Наиболее часто в лечении СДВГ из препаратов данной группы используются гопантеновая кислота, полипептиды коры головного мозга скота, ацетиламиноянтарная кислота, антитела к мозгоспецифическому белку S-100 и т.д. [39–42]. В качестве препарата второго ряда для лечения СДВГ у детей начиная с шестилетнего возраста и взрослых как за рубежом, так и в нашей стране активно используют атомоксетин (атомоксетина гидрохлорид) [34, 35].

Несомненно, положительным фактом является расширение терапевтического арсенала детских неврологов за счет возможности использования нейротропных препаратов, применяемых ранее только у взрослых пациентов. В частности, стало возможным применение в нейрорепедиатрической практике препарата Мексидол. Мексидол (оригинальный этилметилгидроксипиридина сукцинат) состоит из двух связанных и функционально значимых соединений: 2-этил-6-метил-3-гидроксипиридина и сукцината, сочетание которых обуславливает его мультимодальные свойства. Основные фармакологические эффекты данного препарата – антиоксидантный, антигипоксанта́ный и мембраностабилизирующий. Благодаря сочетанию фармакологических свойств Мексидол оказывает ноотропный, антиамнестический, анксиолитический, противоастенический, вегетостабилизирующий и другие клинические эффекты. Данное лекарственное средство широко применяется при лечении различных заболеваний нервной системы у взрослых [43–45]. Согласно зарегистрированной общей характеристике лекарственного препарата, Мексидол повышает содержание в головном мозге дофамина, а также достоверно уменьшает выраженность проявлений СДВГ (невнимательности, гиперактивности/импульсивности) у детей в возрасте 6–12 лет и способствует клиническому улучшению. Применение препарата при СДВГ повышает концентрацию внимания, сосредоточенность, усидчивость, уменьшает признаки гиперактивности и снижает импульсивность, что способствует улучшению обучения и социальной адаптации детей [46].

В рамках многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования по оценке эффективности и безопасности препарата Мексидол в лечении СДВГ у детей (МЕГА) были доказаны эффективность и благоприятный профиль безопасности применения препарата Мексидол (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг) в лечении СДВГ у детей в возрасте 6–12 лет [47]. В ходе исследования Мексидол продемонстрировал статистически значимое преимущество над плацебо согласно первичному и большинству вторичных критериев эффективности. Схема лечения препаратом Мексидол по 1 таблетке 125 мг 2 раза в день в течение 6 недель превзошла по эффективности схему лечения с однократным приемом препарата (Мексидол таблетки 125 мг 1 раз в день) в течение того же времени. Соответственно, результаты исследования позволили показать преимущества двукратного приема в сутки над однократным. Так, по данным оценки первичной и вторичной конечных точек эффективности по окончании 6-недельной терапии были получены статистически значимые улучшения показателей невнимательности и гиперактивности. Результаты статистического анализа частоты возникновения нежелательных явлений, показателей лабораторных анализов и физического обследования продемонстрировали отсутствие значимых различий между сравниваемыми схемами лечения и плацебо по основным показателям безопасности. Таким образом, клиническая эффективность, безопасность применения и хорошая переносимость позволяют рекомендовать препарат Мексидол в качестве средства фармакотерапии СДВГ у детей.

У лекарственных средств, зарегистрированных в нашей стране, на сегодняшний день отсутствуют показания по лечению СДВГ у взрослых. Поэтому фармакотерапия носит симптоматический характер и должна быть направлена на лечение коморбидных когнитивных, астенических и эмоциональных нарушений.

СДВГ является социально-значимым заболеванием. Начинаясь в детском возрасте, это расстройство влияет как на обучение ребенка в школе, так и на социальную адаптацию подростка, а затем и профессиональные, семейные, экономические аспекты жизни взрослого человека. Дальнейшее изучение СДВГ поможет найти новые подходы к лечению данного расстройства и позитивно влиять на адаптацию человека в обществе.