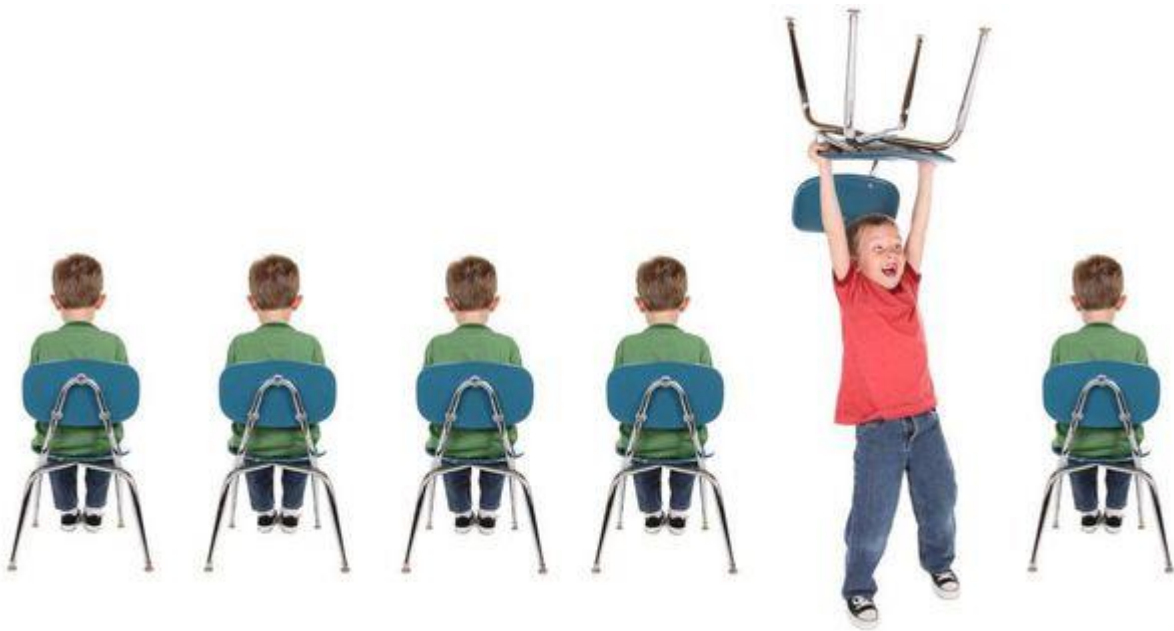


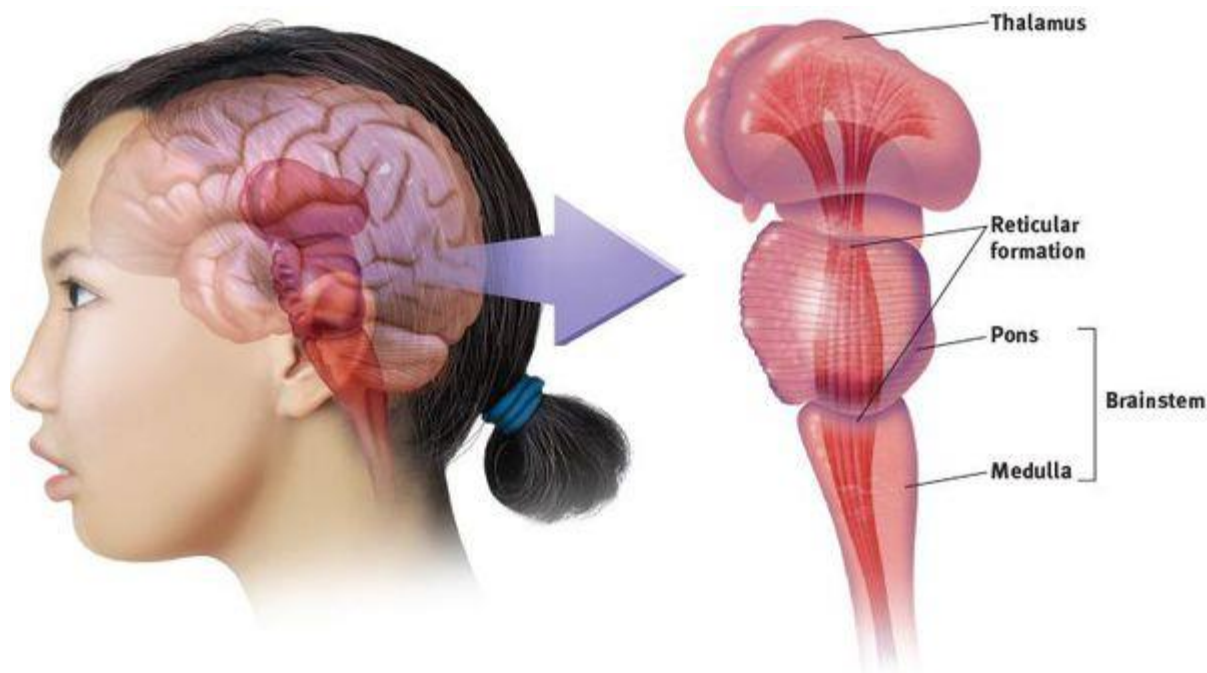
Синдром дефицита внимания (СДВГ) - симптомы и лечение

Определение болезни. Причины заболевания

Синдром дефицита внимания и/или гиперактивности (СДВГ) — неврологическо-поведенческое расстройство развития, которое возникает в детском возрасте.



При данном расстройстве нарушается функционирование центральной нервной системы (преимущественно в области ретикулярной формации головного мозга), которое приводит к трудностям с концентрацией и поддержанием внимания, нарушениям памяти и способности к обучению, а также сложностям в обработке информации.[\[1\]\[3\]](#)



Актуальность проблемы связана с высокой частотой этого синдрома в педиатрии (2,2-18 %).

СДВГ у взрослых

Синдром дефицита внимания встречается как у детей, так и у взрослых.^[4] Если СДВГ не выявлен в детском возрасте, то заболевание может переходить во взрослую стадию. Признаки СДВГ взрослых людей:

- частая забывчивость;
- плохая ориентация в продолжительности времени, частые опоздания;
- постоянный беспорядок на рабочем месте;
- неорганизованность в делах, много начатых, но незавершённых дел.^[3]

Причины СДВГ

Основным этиологическим фактором синдрома дефицита внимания и гиперактивности является минимальная дисфункция мозга, возникшая в перинатальный период развития. Значимую роль в возникновении заболевания играют патологии беременности и родов, инфекции и интоксикации первых лет жизни. Также доказана влияние алиментарного фактора — недоедание беременной и ребёнка в раннем детстве, генетическая обусловленность.^[2] С точки зрения неврологии основу СДВГ составляют мелкие, резидуальные (остаточные) повреждения мозга гипоксического генеза (в связи с нехваткой кислорода), которые классифицируются у детей как энцефалопатия.^[4]

При обнаружении схожих симптомов проконсультируйтесь у врача. Не занимайтесь самолечением - это опасно для вашего здоровья!

Симптомы синдрома дефицита внимания

- гиперактивность;
- нарушение внимания — трудно сосредоточиться и поддерживать концентрацию внимания в течение времени, характерного возрасту, не получается абстрагироваться от воздействия различных раздражителей внешней среды;
- лёгкие неврологические нарушения — подергивание мышц лица, дрожание пальцев рук (тремор), произвольные сокращения мышц (гиперкинезы), нарушение координации движений и сухожильных рефлексов, изменение ассоциативных движений;
- эмоциональная лабильность — частые смены настроения, повышенная раздражительность, тревожность, чувство страха, повышенная плаксивость, беспокойство;
- нарушение восприятия — чаще всего поражается зрительный анализатор, дети не могут обвести контуры рисунка, нарисовать предметы, различать размеры и направления, плохо ориентируются в пространстве, не могут отличить часть от целого, неправильно читают буквы, на слух плохо различают отдельные согласные звуки, неверно воспроизводят ритм;
- повышенная импульсивность;
- повышенная утомляемость (психическая и физическая);
- нарушения речи и произношения.

Вследствие дисфункции мозга у детей уже в раннем возрасте начинается вторичная невротизация.

Нарушения, сопутствующие СДВГ:

- невротические привычки — обкусывание ногтей (онихофагия), сосание большого пальца, многочисленные стереотипные движения (кивание головой, наклоны туловища, постоянное сжимание пальцев и т. п.). Всё это свидетельствует о состоянии внутреннего напряжения;
- нарушение сна с первых дней после рождения ребёнка. Нарушается ритм сна — сонливость днём и бодрствование ночью, в более старшем возрасте — позднее засыпание с тяжёлым подъёмом утром;
- боязливость;
- повышенная психическая утомляемость, которая проявляется как быстрая усталость и частые головные боли;
- нарушение аппетита;
- навязчивые тики — в большинстве случаев возникают на лице, но иногда на туловище и шее;
- заикание.

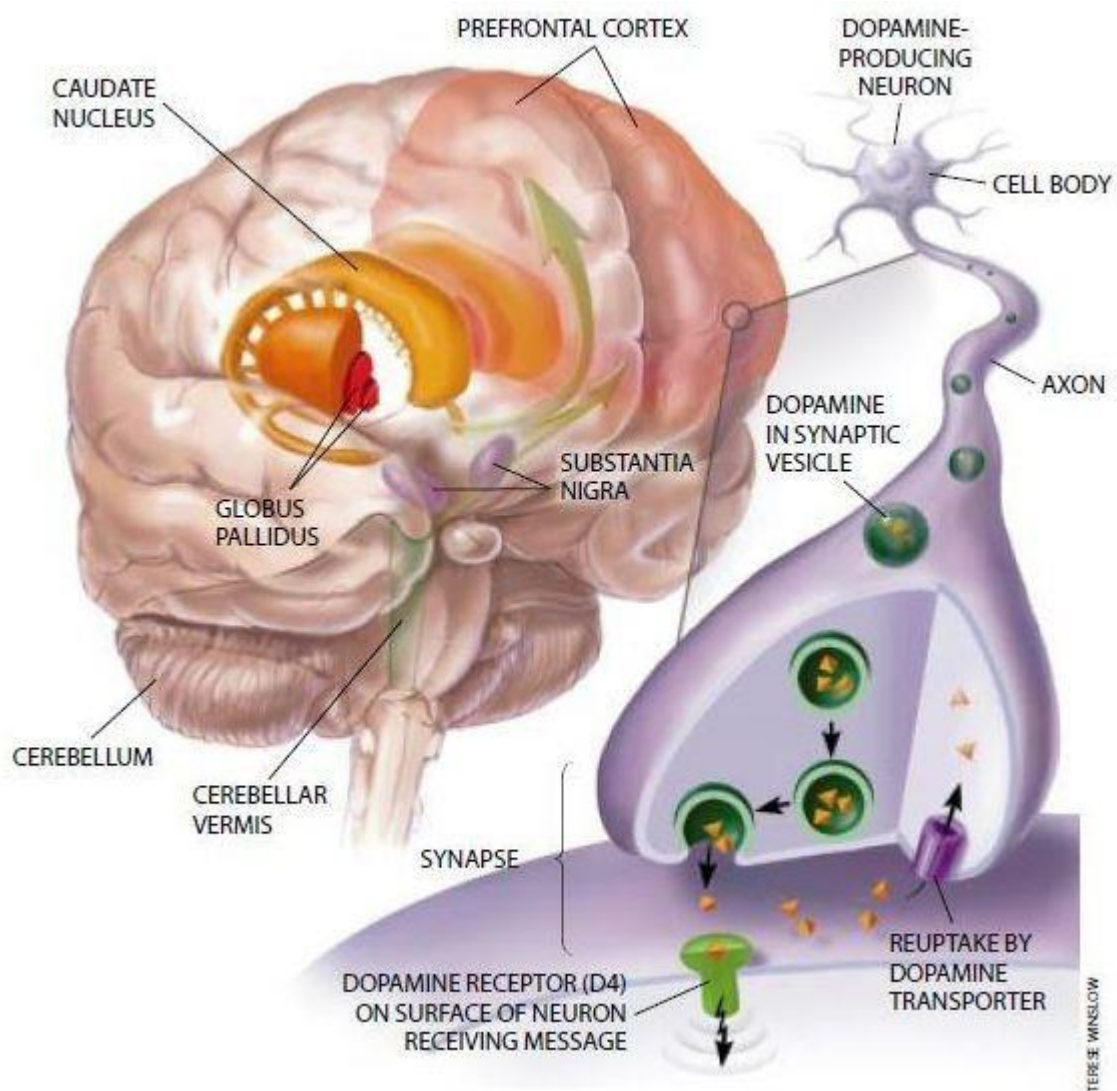
Тики и заикание являются проявлением недостаточной координации и повышенной возбудимости.[\[1\]\[2\]\[3\]\[6\]](#)

Патогенез синдрома дефицита внимания

В основе патогенеза синдрома дефицита внимания и гиперактивности лежит задержка формирования биоритмов в коре головного мозга. Основное значение придаётся нарушению морфофункциональной зрелости структур центральной нервной системы и в первую очередь лобных отделов коры.

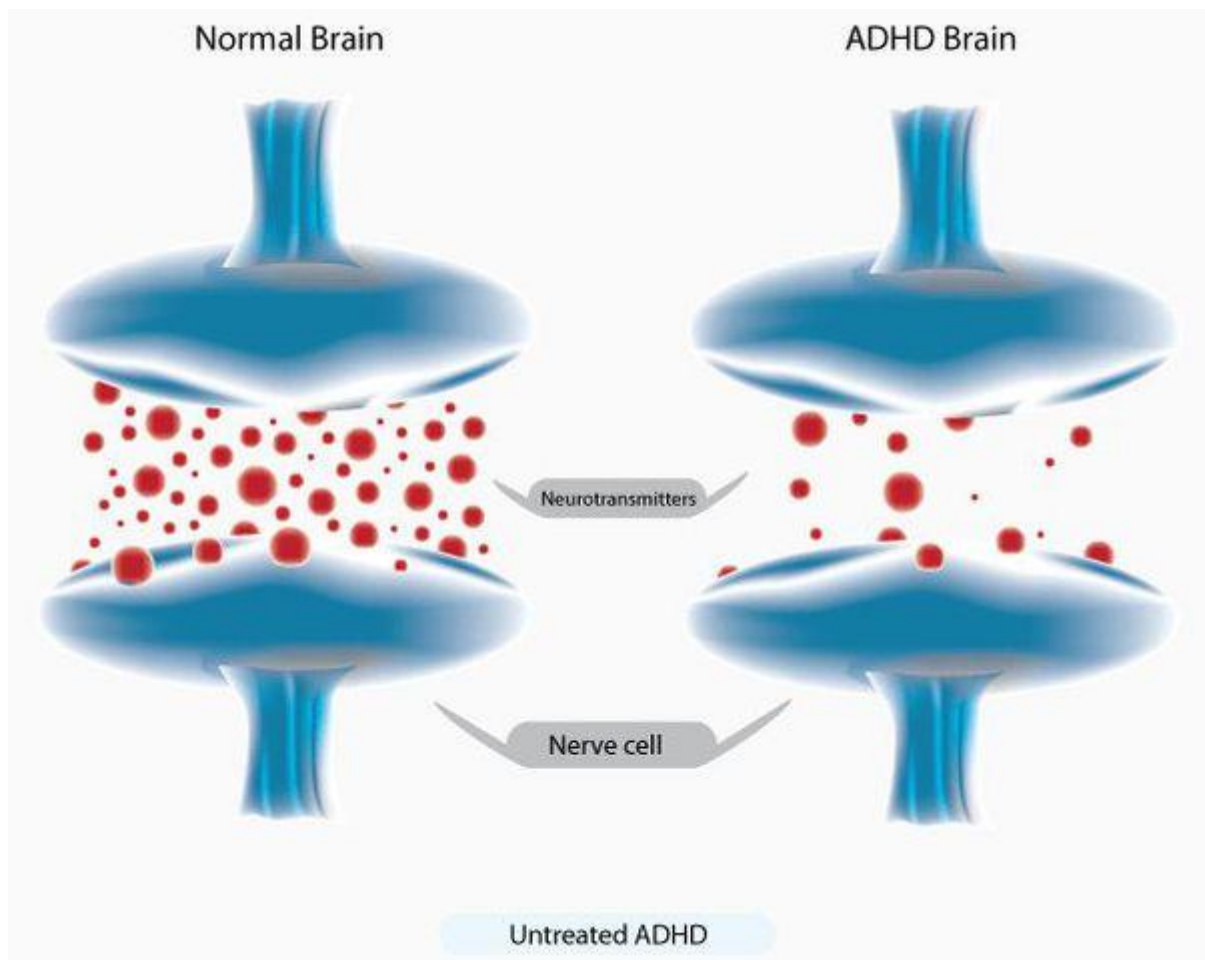
Основные причины, приводящие к этим нарушениям — быстро развивающиеся в пренатальном онтогенезе (внутриутробном развитии) первично-органические дефекты функциональных систем ствола мозга: ретикулярной формации, подкорковых образований, структур лимбической системы, нарушение обмена катехоламинов, частичная потеря тормозных синапсов, нарушение образования функциональной специализации полушарий головного мозга.

Вследствие этого ослабевает контроль ретикулярной формации ствола мозга над таламическими неспецифическими структурами, которые играют главную роль в согласованности функционирования между различными отделами головного мозга, принимающими участие в формировании памяти и обеспечивающими сохранность интеллекта у больного СДВГ.



Повреждения в стволовых и лимбических системах при СДВГ ведут к угнетению синтеза белков нейронов, разрежению клеточных слоёв и нарушению

дифференцировки нейронов. Наблюдаются нарушения обмена катехоламинов с развитием характерной гиперактивности.



Гиперактивность выступает в роли своеобразного защитного механизма, который поддерживает определённое функциональное взаимодействие между структурами мозга, обеспечивающими его нормальное развитие. [\[2\]\[3\]\[4\]\[7\]](#)

Классификация и стадии развития синдрома дефицита внимания

Согласно данным диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям Американской ассоциации психиатров (1994 год), выделяют три типа СДВГ:

- СДВГ с преобладанием дефицита внимания;
- СДВГ с преобладанием гиперактивности;
- смешанный вариант. [\[2\]\[3\]\[4\]](#)

Осложнения синдрома дефицита внимания

- плохая успеваемость в школе;
- эмоциональные проблемы (низкая самооценка, тревога, депрессия);
- социальные проблемы (отсутствие друзей);

- риск травмы;
- восприимчивость к злоупотреблению психоактивных веществ.

Диагностика синдрома дефицита внимания

В большинстве случаев первые клинические проявления резидуально-неврологических расстройств проявляются до 5-6 лет, а иногда уже на первом году жизни — в этот период лечение может быть особо эффективным. По данным разных авторов, СДВГ наблюдается у 8-68 % осмотренных детей. Такие показатели свидетельствуют о высокой актуальности этой темы.

Диагностические критерии DSM-5 для СДВГ

В DSM-5 выделяется три типа основных расстройств и два дополнительных ("другое уточнённое" и "неуточнённое"):

- расстройство дефицита внимания / гиперактивности: преобладание дефицита внимания;
- расстройство дефицита внимания / гиперактивности: преобладание гиперактивности и импульсивности;
- расстройство дефицита внимания / гиперактивности: смешанный тип;
- другое уточнённое расстройство дефицита внимания / гиперактивности;
- неуточнённое расстройство дефицита внимания / гиперактивности.

Для постановки диагноза СДВГ с преобладанием дефицита внимания для детей до 16 лет достаточно шести симптомов, для подростков старше 16 лет и взрослых — пяти. Ребёнок или взрослый с СДВГ:

- не уделяет внимания деталям, допускает небрежные ошибки в учёбе, работе или при других занятиях;
- испытывает трудности с удержанием внимания на задачах или играх;
- кажется, что не слушает, когда к нему обращаются напрямую;
- не выполняет инструкции и не успевает закончить учёбу, домашние дела или рабочие обязанности из-за того, что отвлекается;
- испытывает проблемы с распорядком дня;
- избегает, не любит или неохотно выполняет задачи, требующие продолжительных умственных усилий (например, домашние задания в школе);
- теряет свои вещи (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, деньги, ключи, документы, очки, мобильные телефоны);
- легко отвлекается;
- забывчив в повседневной деятельности;

Для постановки диагноза СДВГ с преобладанием гиперактивности для детей до 16 лет достаточно шести симптомов, для подростков старше 16 лет и взрослых — пяти. Ребёнок или взрослый с СДВГ:

- ёрзает на стуле, хлопает руками или ногами;

- покидает своё место за партой или рабочее место в ситуациях, когда это неуместно;
- не может спокойно играть или работать;
- активно двигается в ситуациях, когда это неуместно;
- слишком много говорит;
- отвечает до того, как вопрос завершен;
- при игре или общении не может дождаться своей очереди, часто перебивает других, вмешивается в разговоры или игры.

Симптомы дефицита внимания или гиперактивности должны присутствовать регулярно не менее шести месяцев.

Также должны быть соблюдены следующие условия:

- несколько симптомов дефицита внимания или гиперактивности наблюдались в возрасте до 12 лет;
- несколько симптомов присутствуют в двух или более условиях (например, дома и в школе или на работе и с друзьями);
- симптомы мешают или снижают качество учёбы или рабочей деятельности;
- симптомы не объясняются другими психическими расстройствами (например, тревожным, диссоциативным или расстройством личности) [\[12\]](#).

Клиническое обследование детей с СДВГ проводится, как правило, врачом-неврологом. Осуществляется опрос родителей: выясняют особенности перинатального периода развития. Врач уточняет, когда начались первые проявления заболевания, особенности симптомов у данного ребёнка, динамику развития патологических симптомов, выясняет эмоциональный фон пациента, его отношения с окружающими, изучает проведённые лечебные мероприятия и их эффективность. При обследовании важно обращать внимание на поведение ребёнка в различной обстановке (во время беседы, при осмотре, в момент тестирования).

Подробно исследуется неврологический статус:

- поведение ребёнка, его внешний вид;
- оценивается состояние черепно-мозговых нервов — глазные симптомы (ширина зрачков, их реакция на свет, объём движений глазными яблоками, ширина глазных щелей), степень симметрии мимической мускулатуры, наличие или отсутствие девиации языка, фонация;
- оценивается двигательная сфера — объём движений, мышечная сила, сухожильные рефлексy, наличие или отсутствие патологических рефлексов, гиперкинезов, координаторные пробы и чувствительность, тонкая моторика.

Далее используются объективные методы обследования (электроэнцефалография, ЭХО-ЭГ, нейросонограмма, компьютерная томография, доплерография и другие исследования по показаниям).

Как правило, в независимой экспертизе оценки состояния больного принимают участие несколько специалистов (невролог, нейрохирург, психотерапевт, нейропсихолог).

Нейропсихологическое исследование: подробно изучается анамнез для выявления психогений (острых или хронических), исследуется уровень стресса, при помощи опросника определяется степень эмоционально-социальной поддержки. С целью выявления гиперактивности у ребёнка применяются критерии по классификации DSM-IV.

В результате комплексного обследования у 90% больных СДВГ обнаруживаются какие-либо нарушения в перинатальном периоде развития.

Главные факторы, оказывающие влияние на развитие СДВГ:

- токсикозы при беременности у матери больного;
- угроза прерывания беременности;
- хронические заболевания матери;
- резус-конфликт и конфликт по системе АВО плода и матери;
- патологические роды;
- родовые травмы;
- инфекционные болезни ребёнка ([грипп](#) и другие);
- фебрильные судороги;
- черепно-мозговые травмы;
- менингеальные симптомы при гипертермии;
- наркозы в анамнезе.

Наиболее частые жалобы: избыточная возбудимость, импульсивность, раздражительность, частая смена настроения, невозможность длительного сосредоточения.

Во время осмотра у больных детей выявляются нарушения координации, дизритмия, статико-моторная неловкость, много синкинезий, повышенная двигательная возбудимость, быстрая утомляемость, капризность, нарушение поведения, трудности школьного обучения, дизграфия, дислексия.

Объективными методами обследования выявляются следующие нарушения:

- стёртые формы гидроцефалии (водянки головного мозга), косвенные признаки внутричерепной гипертензии, врождённые пороки развития, нейроортопедическая патология;
- нарушения мышечного тонуса;
- вегето-сосудистая дисрегуляция, слабость вестибулярного аппарата;
- экстрапирамидная недостаточность (снижение двигательной системы).

Как правило, неврологическая патология обнаруживается практически у 90% детей с диагнозом СДВГ.

Психологический анализ показывает большую роль психогенных факторов в формировании СДВГ у детей, к которым относится конфликтная обстановка в семье, злоупотребление родителями алкоголем. Важной причиной развития СДВГ является

нарушение эмоционального контакта с родителями, одноклассниками, преподавателями.

Дифференциальная диагностика СДВГ проводится с астеническими синдромами на фоне интеркуррентных заболеваний, специфическими нарушениями обучения (дискалькулия, дислексия и другие), заболеваниями щитовидной железы, олигофренией лёгкой степени и шизофренией. Однако при данном способе диагностики могут возникнуть затруднения в связи с возможностью сочетания СДВГ с другими заболеваниями и состояниями — психиатрической патологией ([депрессиями](#), [паническими атаками](#) или навязчивыми мыслями).^{[2][3][4][6][9]}

Лечение синдрома дефицита внимания

Наибольшего эффекта лечения удаётся достичь при сочетании разнообразных методик психологической работы (как с самим ребенком, так и с его родителями).

Психотерапевтические методики

Психотерапевтическое лечение заключается в системной семейной и групповой игровой психотерапии, индивидуальной патогенетической психотерапии и различных методах суггестии (прямой, косвенной, гипнотерапии).

Управление поведением. Когнитивно-поведенческая терапия способствует социализации детей с СДВГ. С помощью игровых методик детей обучают самоконтролю и целеполаганию. Поведение ребёнка часто нормализуется при контроле окружающего шума и визуальной стимуляции, новизне или индивидуальных занятиях с репетитором ^[11].

Медикаментозная терапия

Медикаментозная терапия целесообразна, если немедикаментозные методы коррекции не оказали должного эффекта: возможно назначение психостимуляторов, транквилизаторов, трициклических антидепрессантов и ноотропных препаратов.

Стимулирующие лекарственные препараты

Наиболее популярный во всём мире препарат для лечения детей и подростков с СДВГ — метилфенидат (известный как "Риталин") ^[13]. После приёма препарата увеличивается уровень дофамина и норадреналина в ЦНС. Это увеличение приводит к повышению активности в префронтальной коре и подавлению импульсивности, характерной для СДВГ ^{[14][15]}. Препарат разрешён в США, Канаде, Великобритании, Германии, Франции, Швеции и ряде других европейских стран. В России метилфенидат запрещён как психостимулятор.

Нестимулирующие препараты

При лечении СДВГ используется атомоксетин ("[Страттера](#)") — селективный ингибитор обратного захвата норадреналина. Препарат эффективен, но в некоторых случаях

может приводить к развитию побочных эффектов: тошноте, сонливости, раздражительности, приступам гнева, реже — токсическому поражению печени и суицидальным мыслям.

Антидепрессанты ([бупропион](#), клонидин и [гуанфацин](#)) и другие психоактивные препараты иногда применяют в случае неэффективности стимуляторов или тяжести побочных эффектов при их приёме, но они менее эффективны и не рекомендуются как препараты первой линии [11].

БОС-терапия (метод биологической обратной связи)

БОС-терапия позволяет безопасно и мягко скорректировать неврологические нарушения. Выполняя специальные задания в игровой форме, ребёнок учится регулировать свою активность и поведение.



Физиотерапия и массаж при СДВГ

Физическими методами реабилитации являются:

- массаж;
- физические упражнения;
- упражнения в воде — рефлексорные, пассивные, активные, подводный массаж, ванны с травяными настоями и отварами);
- кинезиотерапия;
- физиотерапевтические процедуры — тепловые процедуры, электрофорез шейного отдела или позвоночника (чаще всего со спазмолитиками) по методике А.Ю. Ратнера;

- общее ультрафиолетовое облучение;
- электросон.



Также многочисленными исследованиями доказан лечебный эффект акупунктуры (иглоукалывания). Китайская чжень-цзю терапия в западной медицине используется сравнительно недавно (несколько десятилетий), но уже зарекомендовала себя как действенный метод в лечении различных заболеваний, в том числе и СДВГ.

Массаж активных точек вызывает релаксацию мышц и усиливает эффективность других лечебных методов. [\[3\]\[5\]\[7\]](#)

Педагогические меры

Педагогам следует учитывать индивидуальные особенности детей со СДВГ и уделять особое внимание гиперактивному ребёнку с самого начала обучения. Важно подобрать подходящую длительность заданий и по возможности контролировать окружающий шум. В некоторых случаях могут потребоваться индивидуальные занятия с репетитором.

Советы родителям

При СДВГ необходим строгий распорядок дня, также важно оберегать ребёнка от переутомления. Родителям следует чаще хвалить ребёнка и подчёркивать его успехи, чтобы укрепить уверенность в собственных силах.

Можно ли вылечить СДВГ полностью

Вылечить СДВГ полностью невозможно. Системный подход к лечению позволит устранить ведущий синдром и предотвратить рецидив в будущем.

Прогноз. Профилактика

Прогноз болезни относительно благоприятный: у большинства детей симптомы исчезают в подростковом возрасте. По мере роста ребёнка компенсируются нарушения в медиаторной системе мозга и часть симптомов регрессирует. Но в 30-70% случаев симптомы СДВГ (вспыльчивость, рассеянность, чрезмерная импульсивность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые частые и быстрые смены настроения) могут наблюдаться и у взрослых.

При сочетании СДВГ с психическими заболеваниями, наличии психопатологии у матери, симптомах импульсивности у ребёнка прогноз заболевания становится неблагоприятным.^[10]

Возможность предотвращения СДВГ не доказана, однако существуют способы помочь детям добиться наилучших результатов в борьбе с этим синдромом:

- качественное дородовое наблюдение;
- сбалансированная диета;
- оптимальный объём физических нагрузок и активности;
- соблюдение чёткого распорядка дня;
- управление поведением ребёнка (построение положительных отношений между родителями и ребёнком).