© Корабельникова Е.А., 2019

DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-5-114-122
https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-5-114-122

Е.А. Корабельникова

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет), г. Москва, РФ

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет собой актуальную проблему в связи с высокой частотой встречаемости, достигающей 3–5% в детской популяции. В статье рассмотрены диагностические критерии СДВГ, особенности проявления заболевания в разные возрастные периоды. Обсуждены вопросы этиопатогенеза СДВГ как мультифакториального расстройства развития. Рассмотрены основные группы препаратов, используемые для фармакологической коррекции заболевания, среди которых особое место занимают ноотропы, в частности препараты аминофенилмасляной кислоты («Анвифен»). Обсуждена и обоснована необходимость комплексного подхода к лечению СДВГ, которое должно сочетать фармакотерапию, нейропсихологическую коррекцию и психотерапию с ребенком, родителями и педагогами.

Ключевые слова: *синдром дефицита внимания и гиперактивности, этиопатогенез, диагностические критерии, комплексное лечение, фармакотерапия, психокоррекция, ноотропы, Анвифен.*

Цит.: *Е.А. Корабельникова. Современные подходы к диагностике и терапии синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Педиатрия. 2019; 98 (5): 114–122.*

E.A. Korabelnikova

MODERN APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is an urgent problem due to the high incidence rate, reaching 3–5% in the child population. The article discusses diagnostic criteria for ADHD and manifestation peculiarities in different age periods. It also duscusses etiopathogenesis of ADHD as a multifactorial developmental disorder; reviews main groups of drugs used for the pharmacological correction of the disease, among which nootropics, in particular aminophenylbutyric acid («Anvifen»), occupy a special place. Author discusses and justifies the need for an integrated approach to ADHD treatment, which should combine pharmacotherapy, neuropsychological correction and psychotherapy with a child, parents and teachers.

Keywords: *attention deficit hyperactivity disorder, etiopathogenesis, diagnostic criteria, complex treatment, pharmacotherapy, psychocorrection, nootropics, Anvifen.*

Quote: *E.A. Korabelnikova. Modern approaches to diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. Pediatria. 2019; 98 (5): 114–122.*

Контактная информация:
Корабельникова Елена Александровна – д.м.н., проф. каф. нервных болезней ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский университет)
Адрес: Россия, 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2
Тел.: (910) 414-09-34, **E-mail:** e_korabel@mail.ru
Статья поступила 9.09.19, принята к печати 20.09.19.

Contact Information:
Korabelnikova Elena Alexandrovna – MD., prof. of Nervous Diseases Department, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University
Address: Russia, 119991, Moscow, Trubetskaya str., 8/2
Tel.: (910) 414-09-34, **E-mail:** e_korabel@mail.ru
Received on Sep. 9, 2019, submitted for publication on Sep. 20, 2019.

Понятие, эпидемиология. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (англ. Attention Deficit Hyperactivity Disorder – ADHD) представляет собой распространенное поведенческое расстройство детского возраста, характеризующееся триадой симптомов: нарушениями внимания, гиперактивностью, импульсивностью.

Вопросы изучения гиперактивности у детей волновали врачей и педагогов с середины XIX века. В Германии популярны детские стихи «Филипп-непоседа», написанные в 1845 г. врачом Генрихом Гофманом, благодаря которым в этой стране аналогично называют гиперактивных детей. Считается, что изучение данного состояния начинается с публикаций Г.Ф. Стилла [1] и С. Тредголда [2], а в 60-е гг. XX века в медицину было введено понятие «минимальные мозговые дисфункции». С 80-х гг. XX века состояние чрезмерной двигательной активности (гиперактивность) выделено как самостоятельное заболевание и внесено в международные классификации болезней (МКБ и DSM) как синдром нарушения (или дефицита) внимания с гиперактивностью.

СДВГ представляет собой актуальную проблему в связи с высокой распространенностью среди детского населения. Заболевание встречается у 3–5% детей, т.е. у одного из 20 современных детей и подростков [3, 4]. Практически в каждом школьном классе есть по крайней мере один ребенок с данным заболеванием. Мальчики страдают им в 2 раза чаще, чем девочки [4]. Примерно у 50% пациентов симптомы СДВГ, претерпевая определенную трансформацию, сохраняются и во взрослом возрасте [3–7].

Этиопатогенез. СДВГ относят к категории мультифакториальных расстройств развития, при этом всегда следует иметь в виду возможность воздействия нескольких факторов, влияющих друг на друга. Среди них в первую очередь выделяют генетические и перинатальные.

Так, было отмечено, что родственники детей с СДВГ нередко в школьном возрасте имели аналогичные нарушения [8–11]. К числу генов, детерминирующих предрасположенность к развитию СДВГ (роль некоторых из них в патогенезе СДВГ подтверждена, а другие рассматриваются в качестве кандидатных), относятся гены, регулирующие обмен нейромедиаторов в мозге, в частности гены дофаминергической и норадренергической систем [12, 13]. Однако генетические предпосылки к развитию СДВГ проявляются во взаимодействии с внешней средой, которая может усилить их или ослабить [14, 15].

Пре- и перинатальные факторы риска развития СДВГ включают асфиксию новорожденных, употребление матерью во время беременности алкоголя, некоторых лекарственных препаратов, курение, иммунологическую несовместимость (по резус-фактору), угрозы выкидыша, хронические заболевания матери, преждевременные, скоротечные или затяжные роды, стимуляцию родовой деятельности, осложнения наркоза, кесарево сечение, родовые осложнения [16].

Показано, что СДВГ сопровождается структурными, метаболическими, нейрохимическими, нейрофизиологическими изменениями, а также нарушениями процессов обработки информации в ЦНС. Результаты ряда исследований выявили взаимосвязь нарушения внимания, управляющих функций, процессов обработки информации и дефицит контроля над импульсами со следующими механизмами [17–19]: нарушением активирующей системы ретикулярной формации; дисфункцией префронтальной области, подкорковых ядер и соединяющих их проводящих путей, коры теменной доли; нарушениями регуляции обмена моноаминов; снижением метаболизма в префронтальной и теменной коре, переднем отделе поясной извилины, подкорковых узлах.

Ведущие на сегодняшний день гипотезы анализируют СДВГ с позиций недостаточной сформированности управляющих функций префронтальных отделов головного мозга, отвечающих за саморегуляцию (самосознание), планирование, самоконтроль, самооценку [20, 21]. Кроме того, дисфункция лобных отделов коры больших полушарий приводит к нарушению процессов перцепции, в частности избирательного внимания, необходимых для формирования и совершенствования механизмов восприятия и переработки поступающей информации [5, 22].

Нельзя недооценивать воздействие на детей с СДВГ негативных социально-психологических факторов (прежде всего внутрисемейных), которые, не являясь непосредственной причиной развития СДВГ, тем не менее способствуют усилению отмечающихся у ребенка симптомов и трудностей адаптации.

Клинические проявления. Ведущими клиническими проявлениями СДВГ у детей являются нарушения внимания, гиперактивность и импульсивность, которые имеют постоянный, не соответствующий возрасту характер [23].

Считается, что нижней границей для выявления СДВГ является возраст 3–4 года. Большинство специалистов считает постановку диагноза «СДВГ» до 3 лет преждевременной, так как это чревато гипердиагностикой. Тем не менее даже в раннем возрасте можно выделить «кандидатов» на синдром гиперактивности. Такие дети уже на 1-м году жизни чрезмерно чувствительны к разным раздражителям (искусственный свет, звуки, пеленание и др.), отличаются громким плачем, нарушениями сна. В первые годы жизни ребенка основное беспокойство родителей вызывают избыточное количество движений малыша, их хаотичность. Исследование предметов детьми носит интенсивный, но ненаправленный характер. Их внимание легко привлечь, но невозможно удержать. Может отмечаться небольшая задержка в двигательном и речевом развитии.

После 3 лет СДВГ приобретает более ясные очертания. Прежде всего это относится к гиперактивности и импульсивности. Обычно именно эти проявления и становятся причиной обращения к специалистам [17]. Нередко поведенческие

нарушения становятся заметными только при поступлении ребенка в детский сад, когда воспитатели начинают жаловаться на его неуправляемость, расторможенность, неспособность усидеть во время занятий и выполнить предъявляемые требования.

Признаки заболевания усугубляются с началом систематического обучения (в возрасте 5–6 лет) в старшей и подготовительной группах детского сада, когда на арену клинических симптомов выходят нарушения внимания. Все упомянутые выше проявления обусловливают низкую успеваемость детей с СДВГ в школе, несмотря на их достаточно высокий интеллект, и приводят к нарушениям адаптации в коллективе, конфликтам со сверстниками и взрослыми, что усугубляет имеющиеся проблемы с обучением. Более частые обращения за медицинской помощью у них бывают связаны со случайными травмами, в т.ч. черепно-мозговыми [24].

В подростковом возрасте исчезают яркие проявления гиперактивности, на первое место выходит асоциальное поведение, в котором импульсивность нередко сочетается с агрессивностью [5, 17]. Вместе с тем сохраняются когнитивные нарушения: несформированность управляющих функций, расстройства внимания и рабочей памяти [4, 5], инфантильность и неспособность работать без посторонней помощи. Могут наблюдаться рискованное поведение, трудности в соблюдении правил, подчинении нормам и законам. Таким образом, течение СДВГ может принимать многолетний характер.

Выделяют 3 варианта течения СДВГ в зависимости от преобладающих признаков: синдром гиперактивности без дефицита внимания; синдром дефицита внимания без гиперактивности (чаще наблюдается у девочек – они достаточно спокойные, тихие, «витающие в облаках»); синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность (наиболее распространенный вариант) [16]. Кроме того, выделяют простую и осложненную формы заболевания. Если первая характеризуется только невнимательностью и гиперактивностью, то при второй к симптомам присоединяются психовегетативные расстройства и т.н. системные невротические нарушения: тики, заикание, энурез, головные боли, нарушения сна и др. Развитие коморбидных расстройств у многих пациентов приводит к утяжелению клинических проявлений СДВГ, ухудшению отдаленного прогноза и снижению эффективности проводимого лечения.

Критерии диагноза. Диагностика СДВГ основывается на стандартных международных критериях, представляющих собой перечни наиболее характерных и четко прослеживаемых признаков этого расстройства. В Российской Федерации принята классификация МКБ-10 [25], в соответствии с которой СДВГ диагностируют в рамках гиперкинетических расстройств (F90) (табл. 1).

В 2013 г. опубликована новая версия диагностических критериев СДВГ в классификации DSM-V [23], согласно которой он рассматривается в главе «Расстройства развития нервной системы». Диагностические критерии СДВГ, по классификации DSM-V, приведены в табл. 2 (отсутствует перечисление конкретных проявлений гиперактивности, импульсивности и невнимательности).

Основные характеристики СДВГ представлены так, что они наиболее полно описывают симптомы у пациентов разного возраста, отражая возрастную динамику проявлений СДВГ. Клиническую картину СДВГ определяют не только выраженность основных симптомов данного расстройства (избыточная двигательная

Таблица 1

Основные проявления СДВГ по МКБ-10

Группы симптомов	Основные проявления
Нарушение внимания	Не удерживает внимание на деталях, допускает много ошибок С трудом сохраняет внимание при выполнении школьных и других заданий Не слушает обращенную к нему речь Не может придерживаться инструкций и довести дело до конца Не способен самостоятельно спланировать, организовать выполнение заданий Избегает дел, требующих длительного умственного напряжения Часто теряет свои вещи Легко отвлекается Проявляет забывчивость
Гиперактивность	Часто совершает беспокойные движения руками и ногами, ерзает на месте Не может усидеть на месте, когда это необходимо Часто бегает или куда-то забирается, когда это неуместно Не может тихо, спокойно играть Чрезмерная бесцельная двигательная активность имеет стойкий характер, на нее не влияют правила и условия ситуации
Импульсивность	Отвечает на вопросы, не выслушав до конца и не задумываясь Не может дожидаться своей очереди Мешает другим людям, перебивает их Болтлив

Таблица 2

Диагностические критерии СДВГ по классификации DSM-V

А. Постоянный паттерн проявлений невнимательности и гиперактивности-импульсивности, оказывающий влияние на функционирование и развитие и характеризующийся симптомами из разделов (1) и/или (2).
(1) Невнимательность: 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 мес в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.
Примечание. Симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также с неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 и более лет) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.
...
(2) Гиперактивность и импульсивность: 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 мес в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.
Примечание. Симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также с неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 и более лет) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.
...
Б. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.
В. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности отмечаются в 2 или более видах обстановки (дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, другие виды деятельности).
Г. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере.
Д. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психотического расстройства, не могут быть объяснены наличием иного психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

активность и импульсивность поведения), но и нарушения когнитивных функций, показателей социально-психологического функционирования и трудностей адаптации.

При неврологическом осмотре детей с СДВГ очаговая неврологическая симптоматика, как правило, отсутствует. Могут отмечаться недостаточность тонкой моторики, нарушения реципрокной координации и умеренная атаксия. Чаще, чем в общей детской популяции, наблюдаются речевые нарушения [26].

Обследование пациентов с СДВГ должно быть комплексным, с использованием клинического, психологического и нейропсихологического методов, привлечением сведений, полученных не только от ребенка и родителей, но и от учителей, воспитателей и психологов, работающих в детских учреждениях. Применяют следующие методы: клиническое собеседование; наблюдение за поведением; заполнение опросников, анкет, оценочных шкал; получение дополнительной информации (от учителя, школьного психолога, из видеозаписей); исследование неврологического статуса; психологическое обследование с применением нейропсихологических и психометрических методов. Диагноз «СДВГ» строится с учетом характерной комбинации симптомов, их выраженности, стабильности и возрастных особенностей в дошкольном, школьном и подростковом возрасте.

Дифференциальный диагноз. Диагноз СДВГ в настоящее время стал диагностическим ярлыком, который зачастую приклеивают как к абсолютно здоровым детям, так и к тем, у кого значительно более серьезные и глубокие психические и неврологические отклонения. Это отнюдь не результат некомпетентности лечащих врачей, а следствие диагностических сложностей, связанных с высокой частотой встречаемости состояний-имитаторов СДВГ: у 15–20% детей школьного возраста периодически наблюдаются внешне похожие на СДВГ формы поведения [17]. В связи с этим дифференциальная диагностика синдрома проводится с рядом патологических и непатологических состояний, сходных с ним по внешним проявлениям, но отличающихся по причинам и методам коррекции (табл. 3).

Лечение. В разных странах подходы к лечению и доступные методы коррекции СДВГ могут различаться. Однако большинство специалистов считает наиболее эффективным комплексный подход [17, 28], включающий фармакотерапию, различные методы нелекарственной коррекции, психотерапии, социально-средовые методы (табл. 4).

Вне зависимости от особенностей клинических проявлений, степени выраженности СДВГ и возраста пациента ведущим методом лечения является психотерапия детей с обязательным привлечением к работе членов семьи и учителей. Психотерапия должна включать: приемы семейной и поведенческой терапии, обеспечивающие лучшее взаимодействие с детьми, страдающими СДВГ; формирование навыков социального взаимодействия; коррекцию плана школьного обучения через особую подачу материала и создание такой атмосферы на уроке, которая повышает возможности обучения детей.

Работа с родителями включает информирование об особенностях течения заболевания, выдачу практических рекомендаций по специфике построения взаимоотношений с детьми,

Таблица 3

Состояния, которые необходимо отличать от СДВГ

Группа состояний	Варианты физиологических и патологических состояний
Вариант нормального развития	Акцентуация характера
Невротические расстройства	Тревожные расстройства, невротическая депрессия
Специфические нарушения развития школьных навыков	Дислексия, дисграфия, дискалькулия и др.
Церебральная органическая патология	Нейроинфекции, травмы ЦНС, нейросенсорная тугоухость, нейродегенеративные заболевания, эпилепсия
Соматическая патология	Астенический синдром с когнитивными ипсевдокогнитивными нарушениями на фоне различных соматических заболеваний
Эндокринные заболевания	Патология щитовидной железы, сахарный диабет
Наследственные синдромы	Синдромы Туретта, Вильямса, Смита–Мажениса, Беквита–Видемана, ломка Х-хромосомы
Психические расстройства	Оппозиционно-вызывающее расстройство поведения, интермиттирующее эксплозивное расстройство, расстройства личности, депрессия, биполярное расстройство, умственная отсталость, аутизм, шизофрения
Побочные эффекты лекарственных препаратов	Реакция на прием барбитуратов, бензодиазепинов, нейролептиков, ноотропных препаратов

Таблица 4

Общая схема терапии детей с СДВГ

Метод воздействия	Содержание (структура) метода
Психотерапия	Психокоррекционная работа с детьми Психотерапия с родителями гиперактивного ребенка Психологическое консультирование педагогов
Другие нелекарственные методы воздействия	Нейропсихологическая коррекция Биологическая обратная связь Методы физиогенного и психосенсорного воздействия
Фармакотерапия	Психостимуляторы Симпатомиметики Ноотропные препараты Холиномиметики Трициклические антидепрессанты Нейролептики
Социально-средовые методы (обучение)	Педагогические, дидактические методы Семейная терапия Коррекционные группы Литература для пациентов 5. Средства массовой информации

замену неадаптивных подходов к ним на адаптивные, тренинг родительской компетентности (табл. 5).

Психологическое консультирование педагогов направлено на выработку индивидуального психологического подхода к конкретному ребенку, информирование об особенностях его личности и течения заболевания, выдачу практических рекомендаций по специфике построения взаимоотношений с ребенком (табл. 5).

В настоящее время имеется большой арсенал методов психокоррекционной работы с детьми с СДВГ: методы поведенческой психотерапии, основанные на оперантном подходе, музыкотерапия, арттерапия, сказкотерапия, дыхательная гимнастика, аутогенная тренировка, глубинная мышечная релаксация, медитация-визуализация и др. Эффективность психокоррекционной работы зависит прежде всего от систематичности и рациональности ее использования. Задачи психокоррекционной работы следующие [28]:

1) развитие познавательных процессов, объема, устойчивости внимания, умения сосредотачиваться на материале, мнемонических функций, наглядно-образного и словесно-логического мышления;

2) нормализация эмоционального состояния, обучение навыкам эмоционально-волевой устойчивости;

3) формирование позитивного отношения к себе, самопонимания и самопринятия;

4) выработка успешных стратегий взаимодействия с окружающим миром.

Для лечения детей с СДВГ, наряду с психотерапией, предлагаются и другие методы нелекарственного воздействия [29, 30]. В частности, имеются сведения об эффективном применении транскраниальной микрополяризации (ТКМП)

Таблица 5

Поведенческие рекомендации родителям и педагогам гиперактивного ребенка

Рекомендации родителям	Рекомендации педагогам
1. Информирование родителей о природе и особенностях проявлений СДВГ **2.** Положительное подкрепление правильного поведения, похвала, система поощрений (в т.ч. телесных) должны преобладать над отрицательным **3.** Не ждать от ребенка быстрого изменения поведения **4.** Чаще говорить о своих чувствах **5.** Избегать телесных наказаний, отдавая предпочтение изоляции или запрету на просмотр телевизора, игр за компьютером, телефонных разговоров **6.** Подвижные игры, занятия в секциях, связанных с физической активностью **7.** Разрешать ребенку периодически двигаться во время занятий **8.** Составить четкий режим и список дел **9.** Ограничить время, проведенное у телевизора и за компьютером **10.** Поощрять деятельность ребенка, направленную на тренировку внимания **11.** Избегать чрезмерных мягкости и жесткости **12.** Избегать переутомления и недосыпания ребенка **13.** Определить допустимые рамки поведения: ребенок должен ясно понимать, что можно, а что нельзя **14.** Проявлять последовательность и настойчивость в своих запросах и установках по отношении к ребенку **15.** Давать краткие и четкие инструкции **16.** Подкреплять устные требования зрительным примером того, как нужно правильно делать **17.** Заранее сообщать ребенку временные рамки для его игровой деятельности, можно использовать будильник или таймер **18.** Стараться ежедневно обеспечивать ребенку длительные прогулки на свежем воздухе **19.** Прививать ребенку интерес к какой-либо деятельности. Гиперактивному ребенку важно ощущать себя способным в чем-то	**1.** Ознакомиться с информацией о природе и проявлениях СДВГ, обратить внимание на особенности этих проявлений во время пребывания ребенка в школе **2.** Стараться строить индивидуально работу с гиперактивным ребенком **3.** Оптимальное место в классе для гиперактивного ребенка – 1-я парта напротив стола учителя или в среднем ряду **4.** Разрешать ребенку в случаях любых затруднений сразу же обратиться за помощью к учителю **5.** Включать в урок физкультминутки **6.** С учетом того, что ребенок с СДВГ не может одновременно удерживать несколько функций (внимательно слушать учителя и спокойно сидеть при этом, следить за правильностью выполнения задания и одновременно быть аккуратным и др.), желательно направлять свой контроль поочередно на одну из этих функций, соответственно понижая требования к удержанию других **7.** Направлять энергию ребенка в полезное русло: вымыть доску, раздать тетради и др. **8.** Стараться спокойнее относиться к движениям ребенка (он может теребить предметы, постукивать ногой и др.), помочь ребенку найти такие формы двигательной активности, которые не мешали бы ему и другим **9.** Избегать завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ **10.** Давать задания в соответствии со способностями ребенка; большие задания разбивать на последовательные части, контролируя каждое из них **11.** Создавать ситуации, в которых ребенок может показать свои сильные стороны и стать экспертом в классе в некоторых областях знаний; научить ребенка компенсировать нарушенные функции за счет сохранных **12.** Использовать телесный контакт (прикосновение) для выработки у ребенка рефлекса сосредоточения внимания **13.** В случае если ребенок перестал воспринимать информацию, позволить ему немного отдохнуть, а потом повторить задание индивидуально

– воздействии постоянного (гальванического) электрического тока небольшой силы на ткани головного мозга. Метод ТКМП разработан в НИИ экспериментальной медицины в Ленинграде в 70–80-е гг. XX века. Механизмом ТКМП являются стимуляция неспецифических активирующих систем головного мозга и интенсификация процессов морфофункционального развития незрелых элементов коры вследствие нормализации нейродинамики.

Еще один нелекарственный способ лечения СДВГ – биологическая обратная связь (БОС), – суть которого состоит в том, что в процессе регистрации ЭЭГ ребенку предлагается в игровой форме «усилием волн» найти пути снижения патологической активности мозга, отображающейся на мониторе компьютера, и привести показатели энцефалограммы к норме, образец которой приведен на экране. Задача ребенка – запомнить это нормальное состояние, попытаться сохранить его и научиться вызывать по желанию.

Лечение детей с СДВГ включает физическую реабилитацию (упражнения, направленные на восстановление поведенческих реакций, координации движения), а также разнообразные методы физиогенного и психосенсорного воздействия [30].

Немаловажная роль отводится нейропсихологической коррекции, в основе которой лежат учение советского психолога А.Р. Лурия о закономерностях развития и иерархическом строении мозговой организации высших психических функций и его теория функциональных блоков [31]. Нейропсихологическая коррекция при СДВГ направлена на оптимизацию деятельности каждого из функциональных блоков [32] и включает в себя растяжку, дыхательные и глазодвигательные упражнения, упражнения для языка и мышц челюсти, перекрестные (реципрокные) телесные упражнения, упражнения для развития мелкой моторики рук, коммуникативной и когнитивной сферы, для релаксации и визуализации, функциональные упражнения, упражнения с правилами.

Медикаментозная терапия СДВГ назначается по индивидуальным показаниям тогда,

когда когнитивные и поведенческие нарушения не могут быть преодолены с помощью методов психотерапии и психолого-педагогической коррекции. Лекарственная терапия требует достаточной продолжительности, планировать ее целесообразно на несколько месяцев, вплоть до учебного года.

Особое место в фармакотерапии СДВГ занимают препараты ноотропного ряда. Их применение патогенетически обосновано, поскольку они оказывают стимулирующее действие на недостаточно сформированные высшие психические функции (внимание, память, речь, праксис, организация, программирование и контроль психической деятельности), а также положительно действуют на обменные процессы в ЦНС и способствуют созреванию тормозных и регуляторных систем мозга [20]. В целом, спектр клинической активности ноотропов многообразен и представлен следующими эффектами: мнемотропный; адаптогенный; антиастенический; психостимулирующий; анксиолитический; седативный; антидепрессивный; вегетотропный; повышение уровня бодрствования, ясности сознания; улучшение интеллектуальных способностей.

Одним из классов ноотропных препаратов, относительно равновесно комбинирующих в себе все вышеперечисленные свойства, являются препараты на основе аминофенилмасляной кислоты с известными торговыми названиями «Анвифен», «Фенибут», «Ноофен». Аминофенилмасляная кислота (АФК) представляет собой фенильное производное гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и облегчает GABA-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС (прямое воздействие на GABA-ергические рецепторы). АФК рассматривается в качестве ноотропного, транквилизирующего, психостимулирующего, антиагрегантного и антиоксидантного средства [33, 34].

В настоящее время в терапии детей с СДВГ все большую популярность приобретает «Анвифен». Доказано, что препарат улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации его метаболизма и влияния на мозговой кровоток (увеличивает объемную и линейную скорости, уменьшает сопротивление сосудов, улучшает микроциркуляцию, оказывает антиагрегантное действие) [35]. При курсовом приеме повышает физическую и умственную работоспособность (внимание, память, быстроту и точность сенсорно-моторных реакций), чего нет в спектре эффектов психотропных препаратов. Одновременно с этим «Анвифен» способствует снижению чувства тревоги, напряженности и беспокойства, нормализует сон, т.е. в его действии комбинируются ноотропный и психотропный эффекты, что особенно важно в терапии детей с СДВГ. Таким образом, по спектру терапевтической эффективности препарат является полимодальным. Особенно широкий круг показаний он имеет для детского возраста. Доказана его эффективность при тревожно-фобических расстройствах [36], астенических состояниях [35], негрубых тикозных расстройствах и заикании [37], нейросенсорной тугоухости [38], головной боли напряжения [39] и других заболеваниях у детей.

Показан положительный эффект препарата ГАМК «Анвифен» при СДВГ у детей, особенно если в структуре синдрома преобладают проявления гиперактивности [16, 34]. Данный препарат положительно регулирует тормозящие, контролирующие реакции в головном мозге. При курсовом приеме у детей с СДВГ «Анвифен» повышает физическую, умственную работоспособность и улучшает когнитивные функции (внимание, память), увеличивает скорость и точность сенсомоторных реакций. Капсульная форма «Анвифена» выгодна ввиду крайне низкого содержания вспомогательных веществ, что уменьшает вероятность и частоту побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта [34, 36]. Принимается курсами по 2–3 недели с последующим перерывом. По показаниям возможен более длительный прием – до 6 месяцев.

В ходе недавно проведенного открытого многоцентрового рандомизированного исследования эффективности и безопасности применения «Анвифена» в капсулах (держатель РУ ООО «АнвиЛаб») по сравнению со стандартной терапией (только нейропсихологическая коррекция) у детей с СДВГ в возрасте 5–13 лет был показан высокий терапевтический потенциал препарата. Работа проводилась на базе ГБУЗ Пермского края Городская детская клиническая поликлиника № 5 и ФБГУ Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины Федерального медико-биологического агентства г. Москвы, в исследовании приняли участие 124 пациента. Оценка эффективности препарата проводилась с использованием шкалы оценки симптомов СДВГ для учителя/воспитателя, шкалы оценки симптомов СДВГ для родителя, корректурной пробы Бурдона, шкалы общего клинического впечатления (тяжесть состояния и степень его изменения). Сравнительная оценка изменения суммарного балла проводилась по шкале оценки симптомов СДВГ для учителя/воспитателя от 1-го к 5-му визиту пациента к специалисту в двух стратах: страта I – пациенты в возрасте 5–8 лет включительно (62 человека), страта II – пациенты в возрасте 9–13 лет включительно (62 человека). В каждой страте выделялись 2 группы: T – дети, получавшие «Анвифен», R – дети, получавшие только нейропсихологическую коррекцию (НПК). Режим дозирования определялся возрастом ребенка: детям 5–8 лет препарат назначался внутрь после еды по 100 мг 3 раза в день в течение 2 недель, а детям 9–13 лет – по 250 мг 3 раза в день. В результате исследования было показано, что у пациентов, получавших «Анвифен», изменение суммарного балла по шкале оценки симптомов

СДВГ для учителя/воспитателя к 5-му визиту составило 22,05±8,27, а у пациентов группы R – 14,76±8,5 (p=0,000 – значимое различие). Разность средних значений величины изменения суммарного балла по шкале оценки симптомов СДВГ для учителя/воспитателя к 5-му визиту по сравнению с 1-м между группами 1 («Анвифен» + НПК) и 2 (НПК) по стратам составила: 1 страта (дети 5–8 лет) – 6,161 балла и 95% доверительный интервал для разницы 1,016±11,306 балла; 2 страта (дети 9–13 лет) – 8,419 балла и 95% доверительный интервал для разницы 5,249±11,589 балла. Таким образом была установлена статистически значимая разница (p=0,02 и p=0,000) средних величин основного показателя эффективности между группами лечения. Вместе с тем по результатам оценки витальных функций, общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи отрицательная динамика не обнаружена. Выявленные отклонения лабораторных показателей от нормальных значений были расценены врачами-исследователями как клинически незначимые. Проведенное наблюдение показало достоверно более высокую по всем показателям эффективность терапии, включившей как НПК, так и «Анвифен», по сравнению с терапией, включившей только НПК, что подтвердило гипотезу о превосходстве эффективности терапии препаратом «Анвифен» над эффективностью стандартной терапии. На основе данного исследования в январе 2019 г. в инструкцию по применению «Анвифена» добавлено показание «синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей в возрасте 5–13 лет в составе комплексной терапии».

Структура поведенческого симптомокомплекса определяет выбор психотропных препаратов, диапазон которых может быть достаточно широким. Среди них можно отметить незарегистрированные в России психостимулирующие средства (риталин, центедрин, мередил), а также атомоксетинагидрохлорид (страттера), эффект которых основан на увеличении содержания дофамина и норадреналина [40–42]. При дисфориях и других расстройствах настроения возможно назначение антидепрессантов (амитриптилина, кломипрамина). В случаях осложнения выраженных поведенческих расстройств с эксплозивностью (аффективной взрывчатостью) и извращением влечений показано назначение седативных нейролептиков (тиоридазина, алимемазина, перициазина) [41, 43].

Таким образом, лечение СДВГ наиболее эффективно при комплексном подходе, объединяющем усилия врачей различных специальностей (педиатров, неврологов, психиатров и психотерапевтов), психологов, педагогов и членов семьи. Раннее выявление СДВГ у детей и безотлагательное проведение коррекционных мероприятий с применением комплекса эффективных современных методов позволяют достичь значительных результатов и преодолеть характерные для них трудности адаптации.

Финансирование: *статья поддержана ФармФирмой «Сотекс».*

Конфликт интересов: *отсутствует.*

Korabelnikova E.A. 0000-0003-4548-0012

Литература

1. *Still GF.* Some abnormal psychical conditions in children: the Goulstonian lectures. Lancet. 1902; 1: 1008–1012.

2. *Tredgold CH.* Mental deficiency (amentia) 1. New York: Wood, 1908.

3. *Заваденко Н.Н.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. Вопросы современной педиатрии. 2014; 13 (4): 48–53.

4. *Young S, Fitzgerald M, Postma MJ.* ADHD: making the invisible visible. An Expert White Paper on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): policy solutions to address the societal impact, costs and long-term outcomes, in support of affected individuals. London, 2013: 26.

5. *Barkley RA.* Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbookfor diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: Guilford Press, 2005: 770.

6. *Biederman J, Pettya CR, Clarkea A, Lomedicoa A, Faraone SV.* Predictors of persistent ADHD: An 11-year Follow-up Study. J. Psychiatr. Res. 2011; 45 (2): 150–155.

7. *Kooij S, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugue M, Carpentier PJ, Edvinsson D, Fayyad J, Foeken K, Fitzgerald M, Gaillac V, Ginsberg Y, Henry C, Krause J, Lensing MB, Manor I, Niederhofer H, Nunes-Filipe C, Ohlmeier MD, Oswald P, Pallanti S, Pehlivanidis A, Ramos-Quiroga JA, Rastam M, Ryffel Rawak D, Stes S, Asherson P.* European consensus statement ondiagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network. BMC Psychiatry. 2010; 10: 67.

8. *Wallis D, Russell HF, Muenke M.* Genetics of attention deficit/hy-peractivity disorder [Review]. J. Pediatr. Psychol. 2008; 33: 1085–1099.

9. *Castellanos F, Tannock R.* Neuroscience of attention-deficit/hy-peractivity disorder: the search for endophenotypes. Nat. Rev. Neurosci. 2002; 3: 617–628.

10. *Weinstein CS, Apfel RJ, Weinstein SR.* Description of mothers with ADHD with children with ADHD. Psychiatry. 1998; 61 (1): 12–19.

11. *Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P.* Molecular genetics of attention deficit/hyperactivity disorder. Biol. Psychiatry. 2005; 57: 1313–1323.

12. *Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM, Maes HH, Simonoff E, Pickles A, Rutter M, Neale MC, Reynolds CA, Erikson MT.* Genetics and developmental psychopathology: 2. The main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. J. Child Psychol. Psychiatry. 1997; 38: 965–980.

13. *Biederman J, Faraone S.* Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet. 2005; 366: 237–248.

14. *Castellanos F, Tannock R.* Neuroscience of attention-deficit/hy-peractivity disorder: the search for endophenotypes. Nat. Rev. Neurosci. 2002; 3: 617–628.

15. *Banerjee TD, Middleton F, Faraone SV.* Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Paediatr. 2007; 96: 1269–1274.

16. *Пизова Н.В.* Синдром дефицита внимания и гиперактивности. Consilium medicum. Педиатрия (прил.). 2012; 2: 27–31.

17. *Заваденко Н.Н.* Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005: 256.

18. *Faraone SV, Biederman J.* Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. Biol. Psychiatry. 1998; 44 (10): 95195–95198.

19. *Amen DG, Carmichael BD.* High-resolution brain SPECT imaging in ADHD. Ann. Clin.Psychiatry. 1997; 9 (2): 81–86.

20. *Заваденко Н.Н.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Медицинский совет. 2007; 2: 65–70.
21. *Pennington J, Ozonoff S.* Executive functions and developmental psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1996; 37: 51–87.
22. *Voeller KK.* What can neurological model of attention, intention, and arousal tell us about Attention Deficit Hyperactivity Disorder? J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 1991; 3: 209–216.
23. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM–V). American Psychiatric Association. Washington, 2013: 947.
24. *Bruce B, Kirkland S, Waschbusch D.* The relationship between childhood behaviour disorders and unintentional injury events. Paediatrics & Child Health. 2007; 12 (9): 749–754.
25. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СтП, 1994: 208.
26. *Purvis KL, Tannock R.* Language abilities in children with attention deficit hyperactivity disorder, reading disabilities, and normal controls. J. Abnorm. Child Psychol. 1997; 25 (2): 133–144.
27. *Баркли Р.А.* Дети с вызывающим поведением. Клиническое руководство по обследованию ребенка и тренингу родителей: Пер. с англ. М.: Теревинф, 2011: 272.
28. *Кузнецова Л.Э., Гладько В.В.* Психологические особенности детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, условия их психокоррекции. Молодой ученый. 2016; 7: 327–331.
29. *Чутко Л.С.* Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. СПб.: Хока, 2007: 136.
30. *Брязгунов И.П., Касатикова Е.В.* Непоседливый ребенок, или все о гиперактивных детях. М.: Издательство Института психотерапии, 2001.
31. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М.: Изд-во МГУ, 1973.
32. *Глозман Ж.М., Шевченко И.А., Глозман Ж.М., Шевченко И.А.* Проблема синдрома дефицита внимания с гиперактивностью и подходы к его коррекции. Вестник КемГУ. 2013; 1; 3 (55): 129–135.
33. *Дробижев М.Ю., Федотова А.В., Кикта С.В., Антохин Е.Ю.* Феномен аминофенилмасляной кислоты. Российский медицинский журнал. 2016; 17: 1–7.
34. *Лукушкина Е.Ф., Карпович Е.И., Чабан О.Д.* Аминофенилмасляная кислота (Анвифен): клинико-фармакологические аспекты и опыт применения в детской неврологии. Российский медицинский журнал. 2014; 3: 228–231.
35. *Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С.* Астенические расстройства у детей и подростков: Клиническая гетерогенность и их дифференцированная терапия. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014; 12: 99–103.
36. *Зыков В.П., Комарова И.Б.* Возможность использования аминофенилмасляной кислоты в практике детского невролога. Российский медицинский журнал. Педиатрия. 2013; 24: 1166–1167.
37. *Зыков В.П., Айвазян С.О., Ширяев Ю.С.* Дифференциальная диагностика гиперкинезов с эпилептическими приступами у детей. Российский медицинский журнал. Педиатрия. 2012; 2: 41–45.
38. *Шахова Е.Г.* Результаты комплексного лечения больных сенсоневральной тугоухостью с применением Фенибута. Российская оториноларингология. 2008; 1 (32): 22–25.
39. *Есин Р.Г., Есин О.Р., Шамсутдинова Р.Ф.* Современные подходы к коррекции дезадаптационных (психовегетативных) расстройств у детей и подростков с головной болью напряжения. Педиатрия. 2015; 1: 105–111.
40. *Correia Filho AG, Bodanese R, Silva TL, Alvares JP, Aman M, Rohde LA.* Comparison of risperidone and methylphenidate for reducing ADHD symptoms in children and adolescent with moderate mental retardation. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. 2005; 44 (8): 748–755.
41. *Сухотина Н.К.* Гиперкинетические расстройства у детей и подростков. В кн.: Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. Ю.С. Шевченко, ред. М.: МИА, 2011: 516–537.
42. *Altin M, El-Shafei AA, Yu M, Desaiah D, Treuer T, Zavadenko NN, Gao HY.* Pharmacological treatment for attention deficit hyperactivity disorder: functional outcomes in children and adolescents from non-Western countries. Drugs in Context. J. Interventions Clin. Pract. 2013; 212–260: 1–12. Doi: 10.7573/dic.212260 www.drugsincontext.com (open access).
43. *Шевченко Ю.С.* Коррекция поведения детей с гиперактивностью и психопатоподобным синдромом: Практическое руководство для врачей, психологов и педагогов. 2-е изд. М.: Вита-Пресс, 1997: 52.

© Коллектив авторов, 2019

DOI: 10.24110/0031-403X-2019-98-5-122-127
https://doi.org/10.24110/0031-403X-2019-98-5-122-127

Н.Г. Короткий[1,2], А.С. Боткина[1,2]

КОРНЕОТЕРАПИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

[1]ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, [2]ОСП «Российская детская клиническая больница» ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, г. Москва, РФ

Атопический дерматит (АтД) является одним из самых распространенных заболеваний, сопровождающихся нарушением целостности эпидермиса и снижением его барьерных свойств. В последние десятилетия отмечаются неуклонный рост и трансформация АтД в более тяжелое

Контактная информация:
Короткий Николай Гаврилович – д.м.н., проф., зав. каф. дерматовенерологии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, зав. дерматовенерологическим отделением ОСП «Российская детская клиническая больница» ФГБОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ
Адрес: Россия, 119997, г. Москва, ул. Островитянова, 1
Тел.: (916) 737-01-49, **E-mail:** kng40@mail.ru
Статья поступила 6.09.19, принята к печати 20.09.19.

Contact Information:
Korotkiy Nikolai Gavrilovich – MD., prof., head of Dermatovenereology Department, Pediatrics Faculty, Pirogov Russian National Research Medical University; head of Dermatovenereology Department, Russian Children's Clinical Hospital, Pirogov Russian National Research Medical University
Address: Russia, 119997, Moscow, Ostrovityanova str., 1
Tel.: (916) 737-01-49, **E-mail:** kng40@mail.ru
Received on Sep. 6, 2019, submitted for publication on Sep. 20, 2019.