

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Евсегнеева Е. Р.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) согласно данным эпидемиологических исследований во всем мире по распространенности занимает второе место среди детских психических и поведенческих расстройств и встречается у 3-15% педиатрической популяции, примерно в 4 раза чаще среди мальчиков [1,5,6,9,12]. Унифицированные критерии диагностики СДВГ представлены двумя основными международными классификациями – DSM-4 и МКБ-10. Принципиальные различия в подходах к диагностике в обозначенных классификациях незначительны, но имеются и достаточно важные различия. DSM-4 выделяет три подтипа расстройства – с преобладанием гиперактивности/импульсивности, невнимательности и смешанный вариант, каждый из которых имеет различную клинику, прогноз и схемы лечения. МКБ-10 не выделяет подобных подтипов, но, наряду с СДВГ (гиперактивное расстройство внимания- F 90.0) выделяет гиперкинетическое расстройство поведения (F 90.1), которые объединены в общую рубрику – гиперкинетические расстройства (F90) [1,4,8,9,12]. Обе классификации не ранжируют симптомы, содержащиеся в критериях, по степени выраженности, что создает трудности с оценкой тяжести расстройства и дифференциации субпороговых состояний, а так же допускает определенную долю субъективизма у врача при постановке диагноза. В данном случае, а так же объективной оценки проводимых вмешательств, на помощь приходят стандартизированные оценочные шкалы, некоторые из которых были валидизированы для использования и на постсоветском пространстве. Например, Шкала оценки СДВГ, основанная на критериях МКБ-10 [2], Connor s revised rating scale (CRS-R), Vanderbilt Scale [7,8].

В лечении СДВГ в зарубежной литературе огромное место отводится назначению психостимуляторов, в отношении которых наработан большой опыт применения в педиатрической популяции, которые признаны эффективным и безопасным при адекватном назначении средством [1,4,5,6,9,10,11,12]. В нашей стране, как и во многих странах постсоветского пространства, данный класс лекарств не зарегистрирован для использования. Отечественный Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами за 2010 год в качестве средств первой линии для лечения данного расстройства называет “ноотропы” – то есть класс лекарств, никогда не исследовавшихся с позиций доказательной медицины в условиях двойных слепых рандомизированных контролируемых исследований [3].

В доброкачественных клинических руководствах рекомендации по психофармакотерапии выглядят следующим образом. В качестве препаратов первой линии выступают психостимуляторы – *метилфенидат* (брендовые названия оригинальных препаратов Риталин, Концерта, Метадат, Фокалин), *декстроамфетамин* (Декседрин, Декстростат), *соли амфетамина* (Аддерал). Все они одобрены к применению при СДВГ контролирующим агентством FDA, что приравнивается к лучшей из возможных «хороших практик». К препаратам второй линии относятся антидепрессанты – *атомоксетин* (Стратерра), *бупропион* (Велбутрин) и *венлафаксин* (Эффексор). Однако с точки зрения FDA они менее безопасны в связи с ростом суицидальности на фоне приема. Препараты третьей линии – трициклический антидепрессант имипрамин, клонидин (при сочетании с тиками), атипичные (рисперидон, кветиапин) и типичные нейролептики (галоперидол, хлорпромазин) [1,4,5,6,9,10,11,12]

В качестве сопутствующих (в самых легких случаях единственных мер) при СДВГ называются психообразование семьи, тренинговые навыки, когнитивно-бихевиоральная терапия, тренинг социальных навыков, а так же группы поддержки для семьи.

Таким образом, в исторически сложившейся ситуации в ряде стран бывшего СССР отсутствуют возможности для

адекватной психофармакотерапии такого распространенного для детской популяции расстройства, как СДВГ, что не может не отражаться на социальном пути детей, их семей и общества в целом.

Представляется целесообразным создание условий для улучшения диагностики (внедрение стандартизованных шкал) и лечения данного расстройства (психостимуляторы, расширение возможностей для психотерапии и психологической коррекции, создание общественных организаций для родителей)

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия /2-е изд. Пер. с англ. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2008. – 405 с.
2. Емельянцева Т.А., Кириллюк В.С., Наливко И.И. Диагностика гиперкинетических расстройств у детей/ Пособие для врачей-психиатров// Инструкция по применению.- Минск, 2011.- 39с.
3. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами/ Минск .- 2010.- 440 с.
4. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка/ Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 522 с.
5. Оксфордское руководство по психиатрии. М. Гельдер, Д.Гэт, Р.Мейо/ Киев: «Сфера».-1997.- 435 с.
6. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: Пер с англ. /Под ред. .С.Робсона./М.:Медицина, 1999.- 488 с.
7. Сухотина Н.К. О разработке протокола ведения больных «Гиперкинетические расстройства у детей и подростков //Журнал неврологии и психиатрии, 4, 2009, стр 43-49.
8. Сухотина Н.К., Егорова Т.И. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.//Социальная и клиническая психиатрия, том 18, выпуск 4, Москва, 2008, стр.15-21
9. Clinical Child Psychiatry, Second Edition. Edited by W.M. Klykylo and J.L. Kay/ John Wiley & Sons Ltd, 2005. - 573 p.
10. Harsh K., Jeryl D. Kersher. Child and adolescent psychiatry for pediatrics and primary care. /Cambridge, Hogrefe, 2009. – 182 p.
11. Pediatric psychopharmacology : principles and practice / edited by Andre's Martin et all, OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003. - 791 p.
12. Stubbe D. Child and adolescent psychiatry: A practical guide/ Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2007. – 283 p.