

пациентов пожилого возраста с сочетанной патологией со стороны внутренних органов назначение препаратов следует производить с большой осторожностью. Не следует назначать одновременно несколько «новых» (для данного пациента!) препаратов, т.е. которых пациент ранее не принимал, чтобы представилась возможность проследить нефротоксический эффект и индивидуальную переносимость каждого из них.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аркин, Е.А. К учению о лекарственных сыпях / Е.А. Аркин – Врач, 1901. – №28. – С. 864-867.
2. Водоевич, В.П. Случай остро развившегося нефротического синдрома / В.П. Водоевич, Е.Н. Божко, О.Н. Зезюлина и др. Медицинская панорама №7, 2015. – С. 6-8.
3. Клиническая нефрология. Т.2 / Под ред. Е.М. Тареева АМН СССР. – М.: Медицина, 1983. – 416 с.
4. Тареев, Е.М. Лекарственная болезнь – аналог сывороточной болезни / Е.М. Тареев. Сов. мед., 1995. – №3. – С. 3-10.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Войтенко В.А., Харламенкова Р.А., Ермашева М.А.

*ГБОУ ВПО «Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

Актуальность. Синдром нарушения внимания с гиперактивностью (СДВГ) является одним из наиболее распространенных психоневрологических расстройств в детском возрасте. По данным популяционных исследований СДВГ встречается примерно у 5% детского и 2,5% взрослого населения и чаще диагностируется у пациентов мужского, чем женского пола в соотношении 2:1 среди детей и 1,6:1 среди взрослых. Разброс оценок объясняется различием в критериях диагностики, которая до недавнего времени являлась сугубо субъективной. Ранее данное заболевание в России было принято называть минимальной мозговой дисфункцией (ММД). Этот синдром характеризуется следующими особенностями поведения:

1. Невнимательностью, выражающейся в неспособности ребенка в течение длительного времени устойчиво концентрироваться на решении одной задачи.

2. Импульсивностью, выражающейся в неспособности подавить, затормозить ответную реакцию. Эти дети сначала действуют, потом думают.

3. Патологической отвлекаемостью, проявляющейся в частности, в чрезмерной ориентировочной реакции на любой внешний незначительный раздражитель.

4. Очень часто эти особенности поведения сопровождаются гиперактивностью, т.е. таким состоянием, когда общая двигательная и речевая активности значительно превышают таковые в норме. Природа СДВГ гетерогенна. Среди причин важную роль играет генетическая предрасположенность, а также нарушения кровоснабжения мозга плода на ранних этапах развития. Нарушения кровообращения могут вызываться различными факторами, в том числе курение матери во время беременности, злоупотребление алкогольными напитками, психо-эмоциональное перенапряжение. Социально-экономический статус семьи, коэффициент умственного развития родителей, аллергические реакции детей на пищевые компоненты. Современные методы исследования выявили незначительные уменьшения размеров лобных отделов коры и некоторых подкорковых структур у такой категории лиц, а также небольшое снижение метаболической активности в этих зонах мозга. Вместе с тем параметры количественной ЭЭГ, как в отношении мощностей тета- и бета-ритмов, значительно превышает соответствующие параметры, измеренные в группах здоровых детей. Поэтому такой метод все чаще используется в диагностике СДВГ. Особое место в диагностике занимает электромагнитная томография, которая позволит определить, какая корковая область ответственна за данную мозговую дисфункцию и своевременно подключить соответствующую терапию. Выделяют три типа расстройства: случаи с дефицитом внимания, с гиперактивностью и импульсивностью и смешанный тип, который включает в себя все три симптома. У многих пациентов симптомы СДВГ отмечаются в возрасте 3-4 лет. Прежде всего, это относится к гиперактивности и импульсивности. Но когда ребенок становится старше и поступает в школу, у него возникают дополнительные сложности. Именно в школьные годы становятся очевидными нарушения внимания. Кроме того, по сравнению с ровесниками, дети с СДВГ чрезвычайно подвижны, беспокойны, не могут усидеть на месте во время урока и выполнения домашних заданий, отвлекаются на посторонние предметы, плохо

учатся, несмотря на хорошие интеллектуальные способности [1]. Подростки с синдромом нарушенного внимания с гиперактивностью часто повержены вредным привычкам. Они являются группой высокого риска по аддиктивным расстройствам. Вероятность стать алкоголиком, наркоманом у таких детей в 8-10 раз больше, чем у обычных подростков. К подростковому периоду исчезают яркие проявления гиперактивности, но становятся очевидными отсутствие самостоятельности, низкая успеваемость в школе, частые конфликты с окружающими, плохие взаимоотношения со сверстниками, тревожность и низкая самооценка сохраняются [2-4]. Одновременно могут наблюдаться нарушения поведения. Хотя СДВГ долгое время рассматривался как расстройство детского возраста, было установлено, что в большинстве случаев СДВГ не исчезает с возрастом, претерпевая определенную трансформацию, это заболевание продолжает оказывать негативное влияние на различные образы жизни человека и во взрослом состоянии.

Целью данной работы явилось изучение распространенности и структуры синдрома нарушенного внимания с гиперактивностью в группе детей дошкольного возраста, выявление сопутствующей патологии, причин его формирования для тактического эффективного наблюдения за данной категорией детей в поликлинических условиях.

Методы исследования. Исследование выполнено с участием 98 детей в возрасте 5-6 лет, из них 49 мальчиков (50,0%) и 49 девочек (50,0%) девочек, посещающих подготовительную группу детской дошкольной образовательной организации. Детей пятилетнего возраста на 6 человек оказалось больше (n=52 ребенка, что составляет 53,1%), чем в возрасте шести лет (n=46 детей соответственно 46,9%). Анализ проведенного анкетирования родителей при помощи опросника, включающего 2 блока диагностических критериев СДВГ согласно DSM-V. Первый раздел, которого содержал пункты, направленные на выявление симптомов невнимательности, второй – симптомов гиперактивности и импульсивности. Диагностически достоверным считалось наличие 6 и более симптомов по обоим разделам или по одному из них. Кроме того, были включены вопросы, касающиеся обстановки, в которой наблюдаются данные симптомы, наличия нарушений сна, посещения развивающих занятий и спортивных секций, а также проявлений СДВГ у родственников. Клиническая оценка состояния здоровья осуществлялась в

соответствии с методическими рекомендациями, разработанными в НИИ гигиены детей и подростков. Комплексная оценка состояния здоровья проводилась с выделением пяти групп здоровья. Распределение детей по группам здоровья осуществлялось согласно приказам МЗ РФ № 621 от 30.12.2003г. и № 1346н от 21.12.2012г. Проводились неврологические осмотры детей с диагностически достоверным количеством симптомов СДВГ. Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью стандартного пакета программ с использованием параметрических и непараметрических критериев.

Результаты и их обсуждение.

Установлено, что у 8,2% дошкольников диагностирован СДВГ. Из них у 50,0% респондентов он протекал с преобладанием гиперактивности и импульсивности, у 25,0% с преобладанием дефицита внимания и у 25,0% по смешанному типу. Синдром нарушенного внимания с гиперактивностью в 1,6 раза чаще встречался у мальчиков (62,5%), чем у девочек (37,5%) и в 3 раза чаще приходился на пятилетний возраст (75,0%), что важно учитывать при разработке программ и проведении своевременной коррекции. Обращало на себя внимание, что у половины детей проявления симптомов двигательной гипермоторной активности возникали в любой обстановке. У 75,0% процентов дошкольников наблюдалось нарушение сна. В структуре сопутствующей патологии среди исследуемых детей наиболее распространены задержка нервно-психического развития (46,9%), функциональные изменения сердца (33,7%) и плоско-вальгусная стопа (27,5%). Как оказалось, 62,5% родителей страдают синдромом нарушенного внимания с гиперактивностью с раннего детства.

Выводы. Наиболее распространенным типом СДВГ у детей дошкольного возраста является синдром нарушенного внимания с преобладанием гиперактивности и импульсивности. Соотношение пациентов мужского пола к женскому полу составляет 1,7:1. Количество детей с симптомами СДВГ выше в младшей возрастной группе. У большинства из этих детей имеются различные нарушения сна. Важным фактором формирования СДВГ является наследственная предрасположенность, что важно учитывать при постановке диагноза и тактике наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Габдракипова В.И., Эйдемиллер Э.Г. Психологическая коррекция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. - М.: УЦ "Перспектива", 2009.
2. Кропотов Ю.Д. Современная диагностика и коррекция синдрома нарушения внимания: (нейрометрия, электромагнитная томография и нейротерапия). – СПб: «Эльби – СПб», 2005. - 148 с.
3. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. - М.: Генезис, 2010.
4. Фесенко Е. В. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей. Санкт-Петербург, 2009. – 220 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АГЕНЕЗИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ У РЕБЕНКА

Волкова М.П.^{*}, Эйсмонт Я.Ч.^{**}

^{*}Гродненский государственный медицинский университет,
^{**}Гродненская областная детская клиническая больница

Агенезия желчного пузыря – редкая врожденная аномалия (13–65 случаев на 100 000 пациентов), представляющая собой изолированное отсутствие желчного пузыря, может сочетаться с другими аномалиями развития органов пищеварения [1, 2]. По данным ВОЗ, до 15,0% детей рождаются с явными признаками различных аномалий развития. Однако врожденные аномалии могут проявиться и позднее, поэтому в целом частота пороков развития значительно выше. Заболевания билиарного тракта занимают одно из первых мест среди болезней органов пищеварения в детском возрасте. Наиболее часто у детей диагностируются аномалии развития билиарного тракта, его дисфункциональные расстройства, болезни обменного характера. Пороки развития желчного пузыря встречаются в 27,5% случаев пороков развития печени и желчевыводящих путей. В зависимости от того, на каком уровне происходит нарушение формирования желчного пузыря, различают 2 типа агенезии. Аномалии I типа связаны с нарушением отхождения желчного пузыря и пузырного протока из печёночного дивертикула передней кишки. Заболевание чаще протекает бессимптомно. Аномалии II типа связаны с нарушением формирования просвета в плотном зачатке желчного пузыря. Обычно они сочетаются с атрезией внепеченочных желчных протоков. Эти аномалии выявляются у младенцев с признаками врожденной атрезии желчных