

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Эгамов Абдурасул

Бухарский государственный медицинский институт

E-mail: egamovabdurasul45@gmail.com

Аннотация: Синдром дефицита внимания и гиперактивности – это заболевание, связанное с нарушением развития нервной системы ребенка. Чаще всего заболевание проявляется в возрасте семи лет или с началом регулярного обучения (в школе или подготовительной группе).

- **Key words:** hyperactivity disorder
- being unable to sit still, especially in calm or quiet surroundings.
- constantly fidgeting.
- being unable to concentrate on tasks.
- excessive physical movement.
- excessive talking.
- being unable to wait their turn.
- acting without thinking.
- interrupting conversations

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) (attention-deficit/hyperactivity disorder — ADHD) представляет собой нейроповеденческое расстройство, характеризующееся такими симптомами, как невнимательность, гиперактивность, импульсивность, или сочетанием этих симптомов. Обычно синдром диагностируется в детстве, но часто имеет долговременные последствия, включая сниженную вероятность окончания школы или получения послешкольного образования, а также отсутствие нормальных отношений с ровесниками.

ЭТИОЛОГИЯ СДВГ является многофакторным расстройством, в патогенез которого вовлечены генетические, нервные и внешние причины. Во многих исследованиях изучалась связь генетических факторов с СДВГ, однако однозначной четкой ассоциации между ними установлено не было. Близнецовые и семейные исследования показали высокую вероятность наследования (0,8) и повышенный риск развития СДВГ у родственников первой линии, особенно в тех случаях, когда синдром сохраняется в подростковом и взрослом возрасте. Предположительно, за синдром отвечают гены дофаминергической и норадренергической систем мозга. Нейровизуализационные исследования (функциональная магнитно-резонансная томография и позитронная эмиссионная томография) показали структурные и функциональные отличия, особенно в лобных долях, нижней теменной коре, базальных ганглиях, мозолистом теле и черве мозжечка. Эти исследования продемонстрировали задержку кортикального созревания и заставляют предположить, что патофизиологические особенности синдрома включают крупные нейрональные сети, в том числе связи между лобной и теменной корой. Внешние причины включают пренатальное воздействие целого ряда веществ: алкоголь, никотин, некоторые лекарственные препараты и наркотики. Влияние свинца, органофосфатных пестицидов или полихлорированных бифенилов также является фактором риска. Кроме того, риск СДВГ повышается при поражениях нервной системы (травмы, инфекции).

Клинические проявления Многие из симптомов СДВГ похожи на проявления нормального развития, поэтому важно понять, выходят ли эти симптомы за рамки того, что можно считать нормой для данной стадии развития. Проявления невнимательности (ребенок не фиксирует внимание на деталях, не слушает, когда к нему обращаются), гиперактивности (ребенок непоседлив, неугомонен, вскакивает с места, когда должен сидеть), импульсивности (выкрикивает ответ, не дослушав вопроса) могут указывать на диагноз СДВГ.

Диагноз и оценка Клинический диагноз СДВГ ставится на основе анамнеза. Сведения, сообщенные родителями, учителями, другими взрослыми, а также самоотчеты подростков являются ключевыми для постановки диагноза. Сбор анамнеза должен осуществляться с помощью открытых вопросов (насколько это возможно), чтобы изучить особенности поведения ребенка и их влияние на его учебу в школе, отношения с членами семьи и ровесниками, безопасность, самооценку и повседневную жизнь. Однако в итоге установление диагноза требует количественного измерения симптомов с помощью утвержденных рейтинговых шкал. Клинические рекомендации требуют использования Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders) со специфическими критериями для диагностики СДВГ. Симптомы должны проявиться до возраста 12 лет и повлечь за собой значительные проблемы в учебе, работе и социальной жизни, при этом должны быть исключены другие психические заболевания. Изменения, внесенные в 5-е издание, включают возраст, до которого должны появиться симптомы (чтобы исключить более старших детей [в основном девочек], которые проявляют невнимательность, но у которых серьезные функциональные нарушения не фиксировались в раннем детстве); проявление симптомов более чем в одной обстановке и снижение числа симптомов до пяти для подростков 17 лет и старше.

Лечение Лечение начинается с признания СДВГ хроническим заболеванием и информирования пациента и его родителей о диагнозе, терапевтических возможностях и прогнозе. При надлежащем лечении, включающем коррекцию поведения и помощь в учебе в сочетании с медикаментозным вмешательством, у 80% пациентов наблюдается положительный ответ. Профилактические советы важны и включают стратегии, направленные на смягчение последствий заболевания и его влияния на учебу, социальные отношения, семейную жизнь и самооценку. Поведенческая терапия является основной для детей всех возрастов с СДВГ и должна быть ядром

лечения. Коррекция поведения включает установление четких правил и последовательность реакции взрослых на поведение ребенка; постановку адекватных целей. Совместная работа родителей, врача и учителей для удовлетворения потребностей ребенка также оказывает благоприятное влияние. Регулярное заполнение карточек-отчетов и другие формы документирования поведения могут помочь ребенку в организации его деятельности в определенной обстановке, например в школе. Педиатр должен настаивать на создании оптимальных условий обучения в школе. Детям может подойти индивидуальный учебный план с участием школьного психолога. Развитие социальных навыков и другие психологические вмешательства могут помочь ребенку изменить поведение или самооценку, особенно при наличии сопутствующих нарушений развития или психических проблем, также требующих лечения. Стимулирующие препараты (метилфенидат или амфетамины) являются препаратами первой линии для фармакотерапии СДВГ благодаря многочисленным свидетельствам их эффективности и безопасности. Кратковременные исследования показали существенную клиническую пользу стимулирующих препаратов для снижения невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Эти препараты доступны в формах краткосрочного, промежуточного и длительного действия. Врачи часто предпочитают препараты пролонгированного действия, однако данных о том, что такие препараты имеют преимущество перед препаратами краткосрочного действия, нет. Препараты выпускаются в виде жидкостей, жевательной резинки, таблеток, капсул, кожных пластырей, что позволяет врачу выбрать форму, наиболее подходящую для ребенка. Хотя в краткосрочных исследованиях и была показана польза стимулирующих препаратов для детей дошкольного возраста, стандартом лечения для этой возрастной группы остается поведенческая терапия. Препараты, не являющиеся стимуляторами, включая атомoksetин (ингибитор обратного захвата норадреналина), гуанфацин или клонидин (α -агонисты), могут исполь-

зоваться при отсутствии ответа на стимуляторы, по предпочтению семьи, из-за беспокойства по поводу привыкания или утечки лекарств, а также при наличии противопоказаний для использования стимуляторов. По мере накопления знаний об эффективности и побочных эффектах препараты совершенствуются, и авторитетные источники, такие как Центры по контролю и профилактике заболеваний и Американская академия педиатрии (ААП), могут предоставить самую современную информацию по доступным препаратам, дозировке и противопоказаниям, а также другие сведения, необходимые для оптимизации лечения. Побочные эффекты отмечаются примерно у одной трети пациентов и бывают достаточно серьезными: замена препарата или прекращение лечения требуются 15% детей. Наиболее частые побочные эффекты включают подавление аппетита и нарушения сна при использовании стимуляторов, желудочно-кишечные симптомы при лечении атомoksetином и седацию при α -агонистах. Побочные эффекты можно оценить, пока ребенок проходит лечение, при этом необходим тщательный контроль его роста и веса во время каждого визита к врачу. Врач должен корректировать дозу препарата и время приема, чтобы минимизировать побочные действия и добиться оптимального терапевтического эффекта. При лечении стимуляторами следует контролировать состояние сердечно-сосудистой системы пациента, особенно если есть подозрения на наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

REFERENCES:

РОБЕРТ КЛИГМАН, КАРЕН МАРКДАНТЕ. ОСНОВЫ ПЕДИАТРИИ ПО НЕЛЬСОНУ

Web-site: (<http://www/cdc.gov/ncbddd/adhd/diagnosis.html>)