

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Н. К. Сухотина, А. В. Красова

*Московский НИИ психиатрии*

Гиперкинетические расстройства являются широко распространенной формой психической патологии у детей: от 5 до 13% по данным популяционных исследований (11). В литературе приводятся и более значительные цифры – 15% (7), 16–34% среди мальчиков школьного возраста (2). Такой разброс в показателях в значительной степени обусловлен отсутствием специфических методов диагностики, хотя с уверенностью нельзя исключить наличие колебаний в распространенности данной патологии среди различных групп детского населения.

Объединенная по феноменологическому принципу в связи с наличием общих характеристик в виде слабо модулированного поведения с дефицитом внимания, импульсивностью и отсутствием устойчивой мотивации в деятельности, эта группа расстройств является весьма разнородной. С известной долей условности, поскольку речь чаще идет о смешанных расстройствах, выделяются энцефалопатические формы гиперкинетических расстройств, которые по своим клиническим характеристикам приближаются к синдрому дефицита внимания с гиперактивностью (F90.0 по МКБ-10), и преимущественно дизонтогенетические формы (возрастной эквивалент формирующейся психопатии), в большей степени соответствующие гиперкинетическим расстройствам поведения (F90.1 по МКБ-10).

В общем комплексе медико-психолого-педагогических мероприятий доля собственно медикаментозной терапии является предметом постоянных дискуссий. Наиболее категоричным является вывод диссертации Saskia van der Oord о том, что лекарства дают самый большой эффект при лечении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (16). Поэтому врачам, по ее мнению, при лечении синдрома лучше не комбинировать медикаментозную терапию с поведенческой, поскольку улучшение на фоне приема лекарств «не оставляют пространства для поведенческой терапии».

С другой стороны, подвергается критике растущая «медицинизация» проблематики, когда индивидуальные особенности в поведении ребенка интерпретируются как болезнь, которая подлежит медицинскому лечению (12). По мнению P.Altherr (10), воздействие только с помощью медикаментов представляет собой большую ошибку врачей. Большин-

ство же исследователей считает, что лечение должно быть комплексным и включать, наряду с медикаментозными препаратами, методы коррекции поведения и психотерапию (3, 5, 14, 16 и др.).

Основными медикаментозными средствами для лечения гиперкинетических расстройств за рубежом являются стимуляторы ЦНС. В США применение церебральных стимуляторов значительно увеличилось после 1970 года и продолжает неуклонно возрастать (14). Препаратами выбора остаются метилфенидат (риталин, центедрин, меридил) (14, 16–19 и др.). Амфетамин используется несколько реже из-за более частого возникновения эмоциональных побочных эффектов в виде раздражительности, плаксивости, тревоги (14). За 1999 год в США было выписано 11 миллионов рецептов на метилфенидат и 6 миллионов рецептов на амфетамин (21). В то же время в некоторых европейских странах, например, Швеции, эти средства используются крайне редко.

Проведено достаточно большое число рандомизированных плацебо-контролируемых исследований, показавших, что положительный эффект использования психостимуляторов достигается приблизительно у 70% пациентов (16, 17), хотя имеются публикации, показывающие, что респондерами оказываются не более 50% всех детей и взрослых с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) (20). Этот фактор в сочетании с наличием побочных эффектов и потенциальной опасностью развития зависимости, по мнению авторов статьи, послужил толчком для работы над синтезом эффективного препарата, не являющегося психостимулятором, для лечения СДВГ.

Атомоксетин – селективный ингибитор обратного захвата норэпинефрина – первый препарат, не относящийся к группе психостимуляторов, который был использован в США для лечения синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Препарат эффективен при всех вариантах синдрома (с преобладанием дефицита внимания, с преобладанием гиперактивности, при смешанном варианте) (15, 17, 20). Атомоксетин назначался детям и подросткам, хорошо его переносившим на протяжении 78 недель (20). Никаких серьезных побочных эффектов отмечено не было.

Сравнительное исследование эффективности лечения атомоксетином и метилфенидатом продолжительностью 10 недель не выявило статистически достоверных различий в полученных результатах. На основании этого авторами (14) делается вывод о том, что терапевтический эффект атомоксетина сопоставим с эффективностью метилфенидата. Вместе с тем, исследователи отмечают меньшую выраженность побочных эффектов, а также эффективность атомоксетина у пациентов, не реагирующих на психостимуляторы (15, 17).

В нашей стране, как известно, использование амфетамина в медицинских целях запрещено. В лечении гиперкинетических расстройств, в отличие от зарубежных стран и, в первую очередь, США, широко использовались и продолжают использоваться седативные препараты, преимущественно малые нейролептики (сонапакс, неулептил) и нейрометаболические стимуляторы. Так, Н.Н.Заваденко с соавт. (4) приводят данные об отчетливом улучшении состояния у 60% детей с СДВГ, прошедших лечение церебролизином. Авторы связывают сохранение положительного терапевтического эффекта церебролизина у детей с его нейротрофическим действием, рассматривая СДВГ как особую форму дизонтогенеза, характеризующуюся возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и асинхронностью их развития.

Поскольку нейротрофическим действием обладают и другие нейрометаболические стимуляторы, то механизм их терапевтического действия близок к описанному для церебролизина, хотя и представляется более сложным, поскольку все ноотропные препараты, помимо нейропротекторного действия, обладают и метабоотропным действием – способностью влиять на метаболические и биоэнергетические процессы, опосредуясь через нейромедиаторные системы.

Сравнительное исследование эффективности некоторых ноотропов и препаратов других групп с компонентами ноотропного действия у детей с СДВГ показало своеобразие действия каждого из них (3, 5). Положительным влиянием на поддержание внимания обладают все ноотропы. Состояние слухо-речевой памяти улучшали, по данным авторов, инстенон и фенибут, зрительной памяти – пирацетам и церебролизин.

Скептическое отношение к нейрометаболическим стимуляторам как к средству лечения СДВГ сохраняется до настоящего времени среди определенной, преимущественно зарубежной, части психиатров. В связи с этим в нашей клинике было проведено открытое плацебо-неконтролируемое сравнительное изучение терапевтической эффективности пантогама и препарата с признаками ноотропной активности элькара, использующегося при карнитиновой недостаточности в виде 20% раствора при лечении различных форм гиперкинетических расстройств (9). Полученные данные в целом по группам демонстрировали более низкие показатели терапевтической эффективности элькара по сравнению с пантогамом

по всем проявлениям СДВГ. Однако при индивидуальном анализе была выявлена небольшая группа детей (10%), у которых элькар оказался не менее эффективным средством лечения, чем пантогам.

С одной стороны, это еще раз подтверждает этиопатогенетическую неоднородность синдрома, с другой стороны, свидетельствует о необходимости индивидуального подхода с анализом каждого конкретного случая для подбора индивидуальной терапии.

Имеются данные и о положительном эффекте применения синтетического аналога адренокортикотропного гормона, выпускаемого в виде 0,1 % раствора под названием семакс и 0,01% под названием минисем. Однако ни одного исследования, отвечающего требованиям доказательной медицины в отношении данных препаратов, проведено не было.

Специального внимания заслуживает отечественный психостимулятор из группы фенилалкилсиднониминов – сиднокарб. По нейрхимическому механизму действия сиднокарб отличается от фенамина. Этим, по-видимому, определяются различия в клинической эффективности и переносимости сиднокарба по сравнению с фенамином. Он значительно менее токсичен. Его стимулирующее действие развивается постепенно, по сравнению с фенамином оно более длительное, не сопровождается эйфорией и двигательным возбуждением. В периоде последствия не отмечается общей слабости и сонливости (8).

Препарат достаточно широко использовался в 80-е годы в психиатрии, в том числе и у детей с задержками развития, органическими заболеваниями ЦНС при преобладании в клинической картине вялости, заторможенности, астении (1).

Препарат оказался эффективным при некоторых формах гиперкинетического синдрома. По данным В.А.Красова (6) при гиперактивном расстройстве внимания отчетливый терапевтический эффект при монотерапии сиднокарбом отмечался у 50% пролеченных детей. Редукция симптоматики в первую очередь касалась собственно двигательной расторможенности и отвлекаемости. Дети становились более собранными и спокойными, организованными и внимательными на занятиях, лучше усваивали школьный материал. При лечении детей с отчетливыми эмоционально-волевыми расстройствами, которые представляли собой возрастной эквивалент формирующейся психопатии, заметного улучшения состояния не отмечалось. У большинства из них наблюдалось усиление двигательной расторможенности, аффективной возбудимости, агрессивности, что требовало отмены препарата.

Исчезновение сиднокарба более чем на 15 лет с фармацевтического рынка не только сузило выбор терапевтических препаратов, использовавшихся для лечения СДВГ, но и остановило начатые исследования по влиянию сиднокарба на обмен биогенных аминов у детей с гиперкинетическими расстройствами.

В настоящее время выпуск сиднокарба возобновлен. В связи с этим нами было начато открытое плацебо-контролируемое сравнительное исследование терапевтической эффективности сиднокарба и ней-

рометаболических стимуляторов у детей с СДВГ. Предварительные данные свидетельствуют о том, что сиднокарб является эффективным средством при лечении гиперкинетических расстройств, однако его применение должно быть дифференцировано с учетом психопатологической структуры синдрома.

Отдельно следует сказать о нефармакологических способах терапии гиперкинетических расстройств. У ребенка с СДВГ в той или иной степени нарушены детско-родительские отношения, что требует длительной кропотливой семейной психотерапии. У детей не складываются взаимоотношения с одноклассниками, педагогами. Это приводит к вторичным негативным психологическим реакциям на окружающий их микросоциум с формированием невротических и патохарактерологических реакций, что усугубляет дезадаптацию ребенка в семье и школе, способствует социально-психологической деформации личности, девиантному и аддиктивному поведению. В связи с этим необходима психолого-педагогическая коррекция СДВГ, направленная на снижение неблагоприятных психосоциальных факторов.

Таким образом, проблема гиперкинетических расстройств является одной из наиболее актуальных проблем психиатрии детского возраста, не получившей должного внимания в отечественной пси-

хиатрии. В связи с этим, в нашем подразделении разработана и начинает осуществляться комплексная программа оказания медикаментозной и психолого-педагогической коррекции психических и поведенческих расстройств при СДВГ, учитывающая клинико-психологические и социально-психологические особенности школьной и семейной адаптации детей с гиперкинетическими расстройствами.

Как показал накопленный к настоящему времени опыт работы по организации помощи данному контингенту, наиболее адекватным является поэтапное ведение детей с использованием различных организационных форм: обследование с подбором терапии в условиях стационара или полустационара с последующим переводом на амбулаторное лечение с проведением курсов поведенческой и семейной психотерапии, при необходимости – длительное сопровождение на основе межведомственного взаимодействия со специалистами районных центров образования.

Только комплексный подход, включающий дифференцированные схемы медикаментозного лечения, различные методы и подходы к психолого-педагогической коррекции психических и поведенческих расстройств при СДВГ, позволит достичь компенсации состояния у значительного процента детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1981. – С. 101.
2. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. – М.: Медпрактика-М, 2002. – 128 с.
3. Заваденко Н.Н., Успенская Т.Ю., Суворина Н.Ю. Диагностика и лечение синдрома дефицита внимания у детей // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1997. – № 1. – С. 57–61.
4. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Румянцев М.В., Петрухин А.С. Церебролизин в лечении минимальных мозговых дисфункций у детей // Церебролизин: фармакологические эффекты и место в клинической практике. IV международный симпозиум. Сборник докладов. – М., 2002. – С. 66–79.
5. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Григорьева Н.В. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: современные подходы к фармакотерапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 2. – С. 47–55.
6. Красов В.А. Лечение сиднокарбом детей младшего школьного возраста с гипердинамическим синдромом // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1988. – Т. 88, № 8. – С. 97–101.
7. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространенность, факторы риска, профилактика. – М.: РАРОГЪ, 1997. – 200 с.
8. Машковский М.Д. Лекарственные препараты, часть 1. – М.: Медицина, 1984. – С. 113–114.
9. Сухотина Н.К., Крыжановская И.Л., Коновалова В.В., Куприянова Т.А. Опыт применения ноотропов при пограничных психических расстройствах у детей // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6, № 6. – С. 298–301.
10. Altherr P. Das hyperkinetische Syndrom des Kindesalters aus kinderpsychiatrischer Sicht // Haltung und Bewegung. – 1989. – N 2. – S. 7–12.
11. Buitelarj K., van Engeland H. Epidemiological approaches // Hyperactivity Disorders of Childhood / S.Sandberg (Ed.). – 1996. – P. 26–68.
12. Esser G., Schmidt M., 1987. Цит. по Маттнер Д. Сущность фе-

номена детской гиперактивности // Гиперактивные дети: коррекция психомоторного развития. – М., 2004. – С. 31.

13. Frankel F., Myatt R., Cantwell D.P. Parent-assisted transfer of children's social skill trainings effect on children with and without ADHD // Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1997. – Vol. 36, N 8. – P. 1056–1064.

14. Jacobs D., Sroufe L.A., Stewart M., Leffert N. Treatment of attentional and hyperactivity problems in children with sympathomimetic drugs: A comprehensive review // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 1990. – Vol. 29. – P. 677–688.

15. Kratochvil C.J., Heiligenstein J., Deinmann B. et al. Atomoxetine and Methylphenidat Treatment in Children with ADHD: A Prospective, Randomized, Open-Label Trial // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry. – 2002. – Vol. 41, N 7. – P. 776–783.

16. Saskia van der Oord. Critical Issues in Diagnosis and Treatment of Children with ADHD. – Nederlande, 2005.

17. Spenser T.J. The Newest ADHD Agent: its Place in the Therapeutic Armamentarium // Advanced Studies in Medicine. – 2003. – Vol. 3, N 5C. – P. 458–462.

18. Szymanski M.L., Zolotor A. Attention-deficit/hyperactivity disorder: management // Am. Fam. Physician. – 2001. – N 34. – P. 1352–1362.

19. Swanson J. Compliance with Stimulants for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Issues and Approaches for Improvement // CNS Drugs. – 2003. – Vol. 17, N 2. – P. 117–131.

20. Weknicke J.F., Cristopher J.K. Safety Profile of Atomoxetine in the Treatment of Children and Adolescents with ADHD // J. Clin. Psychiatry. – 2002. – Vol. 63, N 12. – P. 50–55.

21. Wernicke J.F., Kratochvil C., Milton D. et al. Long-term Safety of Atomoxetine in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder // Presented as a poster at: American Psychiatric Association; May 18–23, 2002; Philadelphia, PA.

22. Woodworh T. DEA congressional testimony: statement before the Committee on Education and the Workforce: Subcommittee on Early Childhood, Youth and Families [online]. Available from URL: <http://www.dea.gov/pubs/cngtrtest/ct051600.him> [Accessed 2000 May 16].

## CONTEMPORARY APPROACHES TOWARDS TREATMENT OF HYPERKINETIC DISORDERS IN CHILDREN

N. K. Soukhotina, A. V. Krasova

The article is based on current literature and describes different approaches towards treatment of hyperkinetic disorders in different countries. It covers different opinions concerning use of medication e.g.

stimulators and neurometabolics and also presents the authors' own position in the treatment of this disorder.