

the effects of parental attributions in an RCT of Stepping Stones Triple P for the ASD population // Research in Autism Spectrum Disorders. – 2009. –V. 3 (1). – P. 129-144.

5. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем. / Ред. Х. Ремшмидт. – М. : Мир, 2000. – С.476-499.

Актуальные проблемы комплексного лечения детей с СДВГ

Каркашадзе Г. А., Маслова О.И.,

Научный центр здоровья детей РАМН

karkga@mail.ru

В последние годы мировой наукой достигнуты большие успехи в изучении одной из самых актуальных проблем неврологии - синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей (СДВГ). Актуальность проблемы обусловлена высокой распространённостью синдрома в детской популяции и его большой социальной значимостью. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью находится в фокусе интересов различных специалистов из разных ведомств: неврологов, психиатров, психологов, дефектологов и педагогов, - в связи с чем, традиционно для полидисциплинарных предметов, актуальны вопросы синтетического восприятия проблемы и междисциплинарного взаимодействия.

Частота СДВГ в мире по различным данным варьирует от 2,2 до 9,5 % у детей школьного возраста [1] . В Соединенных Штатах примерно 2-6% школьников ставится диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью [2]. В исследовании Н.Н. Заводенко и соавторов частота СДВГ у школьников в Москве составила 7,6% [1] . Мальчики страдают в 2 раза чаще девочек.

Среди этиологических причин СДВГ выделяют три группы факторов: генетические; пре- и интранатальные, а также другие факторы

органического поражения мозга и социальные. Большинство исследователей предполагают генетическую природу синдрома. По современным представлениям генетическая опосредованность характерна от 40% до 75% случаев болезни [3, 4]. Предполагается, что СДВГ детерминируется мутациями 3 генов, регулирующих дофаминовый обмен - гена D4 рецепторов, гена D2 рецепторов и гена, ответственного за транспорт дофамина [5].

К факторам органического повреждения мозга относятся: хроническая гипоксия плода, гипоксические, токсические, травматические, воспалительные поражения мозга в перинатальный период и другие состояния.

Семейно-социальными факторами являются: низкое социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями. Так, по данным российского исследования в 2007 году материальный достаток ниже среднего отмечался в почти 45% семьях с детьми с СДВГ, а воспитание в неполных семьях - в 38% случаев СДВГ (вдвое чаще, чем в семьях без СДВГ) [6]. Средовое воздействие и влияние иных факторов (недоношенность, низкая масса тела при рождении, курение матери во время беременности и т. д.) признается, но считается менее значимым. В России наследственный анамнез по алкоголизму отягощен у 23% детей с СДВГ [6].

Как известно, диагноз СДВГ выставляется согласно критериям DSM-IV, которые хорошо известны специалистам, что, однако, не избавляет нас от случаев гипердиагностики (ложной диагностики). По нашим данным в Москве в 40-45% случаев диагноз СДВГ выставляется безосновательно. К гипердиагностике, как правило, приводит невнимательное отношение к таким критериям постановки диагноза, как наличие нарушений в 2-х и более различных социальных средах, наличие неуспешности в обучении и социальных функциях и длительность нарушений более 6 мес. Кроме того, врачи часто не проверяют достоверность критериев СДВГ у ребёнка

непосредственно на приёме, полагаясь на описательные характеристики близких.

Лечение детей с СДВГ в России недостаточно систематизировано, что является частным отражением неполноценности междисциплинарного взаимодействия. Несмотря на применение большого количества способов лечения и коррекции неврологами, психиатрами, нейропсихологами и психологами, на практике конкретный ребёнок с СДВГ редко получает структурированную комплексную лечебную помощь. Среди методов лечения выделяются немедикаментозные и медикаментозные. Немедикаментозное лечение включает в себя методы модификации поведения, психотерапию, педагогическую, нейропсихологическую коррекцию, метод биологической обратной связи, а также методы диетотерапии.

По настоящее время не существует единой точки зрения на показания к назначению медикаментозной терапии и её применения сразу после постановки диагноза или в случае недостаточной эффективности немедикаментозных методов.

В ряде стран широко применяются фармакологические средства, относящиеся к стимуляторам ЦНС метилфенидат (риталин, Concerta и др.). Во многих странах они считаются препаратами первого выбора, но в нашей стране они пока не зарегистрированы. Поэтому наши специалисты используют в лечении ноотропные препараты (пантогам, ноотропил и др.) и антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин и др.). Более новым препаратом для лечения СДВГ является атомоксетин, лечебный эффект которого основан на пре- и постсинаптической модуляции дофамина и норадреналина на рецепторном уровне. Препарат атомоксетин (Страттера), единственное предназначение которого заключается в лечении СДВГ, прошел клинические испытания, зарегистрирован в РФ и успел хорошо зарекомендовать себя в России. Однако наибольший эффект как по нашим данным, так по данным других, в том числе зарубежных авторов

заключается в грамотном комбинировании медикаментозных и немедикаментозных методов [7,8]. Оптимальным является совместная разработка стратегии и тактики лечения неврологом/психиатром и психологом. Однако, к сожалению, в Российской практике это условие чаще не соблюдается, чем соблюдается.

Прогноз СДВГ можно считать относительно благоприятным, так как по мере роста ребенка нарушения в нейромедиаторной системе мозга компенсируются, и часть симптомов постепенно регрессирует в подростковом возрасте. Однако в 30-70% случаев клинические проявления СДВГ (чрезмерная импульсивность, вспыльчивость, рассеянность, забывчивость, непоседливость, нетерпеливость, непредсказуемые, быстрые и частые смены настроения) могут наблюдаться и у взрослых. [9]. Повышение эффективности лечения детей с СДВГ может быть достигнуто созданием команд специалистов с четкой иерархией компетенции и принятия решений в составе как медицинских, так немедицинских учреждений, оказывающих помощь этой группе больных.

Литература

1. Заводенко Н.Н., Петрухин А.С., Семенов П.А. и др. Лечение гиперактивности с дефицитом внимания у детей: оценка эффективности различных методов фармакотерапии. Московский мед журн., 1998; 19-23.
2. Amir Raz, Ph.D. Brain Imaging Data of ADHD. Psychiatric Times. Vol. 11 № 9.
3. Barkley R. A. International consensus statement on ADHD // Clin. Child. Fam. Psychol. Rev. 2002. V. 5. P. 89–111.
4. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей. – М.: Генезис., 2010.
5. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад), М.: САФ. 2007. 64 с.

6. Faraone S.V., Biederman J. Neurobiology of attentiondeficit hyperactivity disorder. Biol Psychiatry 1998; 44: 10: 951-958.
7. Семакова Е.В., Макарова И.Ю. Семейно-социальные условия развития гиперактивности. "Успехи современного естествознания"., 2007., №9.
8. Frankel F., Myatt R., Cantwell D.P. Parent-assisted transfer of childrens social skills training; effect on children with and without ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36: 8: 1056-1064.
9. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Normalized functioning in youths with persistent attention-deficit/hyperactivity disorder. J Pediatr 1998; 133: 4: 11: 544-551.

Роль семьи в психотерапии детей и подростков

Корнилов А.А.,

ГПП № 223, г. Москва

aleks-kornilov@yandex.ru

Работа основана на данных, полученных в результате консультирования и лечения детей и подростков, обратившихся за психотерапевтической помощью в ГПП №223 Департамента здравоохранения г.Москвы за период 2008-2011 годов. Проанализировано 84 клинических случая.

Основной контингент на амбулаторном приеме у врача психотерапевта составляют дети с невротическими и психопатоподобными расстройствами. Представляется возможным выделить два аспекта проблемы – симптоматический (проявления клинической симптоматики невротического уровня) и социально – педагогический. Второй выражается в социально значимом изменении поведения ребенка, на что детально обращают внимания родители и педагоги. Характерно, что родители чаще склонны актуализировать внимание на последнем аспекте.

Изменения в поведении ребенка или появление симптомов, проявляющихся в отклонении поведения и снижении школьной