

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

Н. Ю. Суворинова, невролог, к.м.н., Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, коморбидные расстройства, тревожность, оппозиционно-вызывающее расстройство, Пантогам®.

Keywords: attention deficit disorder with hyperactivity, comorbid disorders, anxiety, oppositional-defiant disorder, Pantogam®.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – это расстройство, проявляющееся структурными, метаболическими, нейрохимическими, нейрофизиологическими изменениями, приводящими к нарушениям процессов обработки информации в центральной нервной системе (ЦНС) [3]. СДВГ является самой распространенной клинической формой нарушения внимания в детском возрасте, он может встречаться как в изолированном виде, так и сопровождать другие неврологические синдромы и заболевания. Распространенность СДВГ у детей школьного возраста составляет около 5%, у мальчиков расстройство встречается в 2 раза чаще, чем у девочек [6, 11].

В основе формирования СДВГ всегда лежат нейробиологические факторы: генетические механизмы и раннее органическое поражение ЦНС, а также их сочетания, приводящие к дисфункции нейромедиаторных систем головного мозга. Генетическая теория формирования СДВГ предполагает наличие структурного дефекта в строении и работе дофаминергических и норадренергических рецепторов. Adriani W. и соавт. (2017) оценили и проанализировали у 30 детей с СДВГ эпигенетический статус 5'-нетранслируемой области (UTR) в гене SLC6A3, кодирующий

переносчик дофамина человека (DAT). Исследовались буккальные мазки и сыворотки от 30 детей с СДВГ, клиническая картины у которых соответствовала критериям DSM-IV-TR. Была проведена корреляция между уровнем метилирования, клинической оценкой тяжести симптомов СДВГ по шкале CGAS и оценкой родителей по шкале Conners [9]. По сравнению со здоровыми детьми, составившими контрольную группу, уровень метилирования DAT у пациентов с СДВГ был значительно снижен. Авторами делается вывод о корреляции уровней метилирования DAT и степенью

тяжести проявления СДВГ, а также прогнозирования эффективности лечения [2, 8].

Согласно современным представлениям об этиологии СДВГ ведущее значение отводится дисфункции префронтальной области и коры теменной доли, приводящие к нарушениям обмена моноаминов, недостаточному функционированию фронтостриарных систем, снижению метаболизма в префронтальной коре, переднем отделе поясной извилины, подкорковых ганглиях [3]. Kim S.M. с соавт. (2017) проводили нейровизуацию головного мозга у детей с СДВГ с использованием 3,0 Тесла МРТ-сканера для оценки функциональной связи между червем мозжечка и другими областями ЦНС. С этой целью применялись функциональные пробы с измерением особенностей походки у 13 детей с СДВГ, которых затем сравнивали с 13 здоровыми сверстниками. Измерялась разница давления на центр правой и левой стопы при ходьбе. В результате исследования была обнаружена более высокая функциональная связь между мозжечком, правой средней лобной извилиной (премоторной корой) и медиальной лобной извилиной (сингулярной извилиной) в контрольной группе по сравнению с группой СДВГ. Были сделаны выводы о снижении связи между мозжечком и премоторной зоной коры головного мозга у детей с СДВГ [12].

Нейробиологические факторы являются основными при формировании СДВГ у детей. При сборе анамнеза выявляются отклонения течения у матери беременности и родов и/или наличие симптомов СДВГ у близких родственников. Однако социально-психологические факторы, не являясь основными, могут повлиять на течение СДВГ, способствуют усилению или ослаблению его симптомов. К социальным предикторам формирования СДВГ у детей дошкольного возраста часто относят материальное неблагополучие семьи, низкий уровень образования у родителей, асоциальное поведение, употребление алкоголя и психоактивных веществ, непоследовательные методы воспитания, безразличное отношение матери к педагогическому воздействию [2, 15].

Zhou R.Y. и соавт. (2017) обратили внимание на наличие в анамнезе у детей с СДВГ аллергического ринита, бронхиальной астмы. Также эти дети по сравнению со здоровыми сверстниками чаще страдают респираторными инфекциями верхних дыхательных путей. Было сделано предположение о том, что повторные вирусные инфекции оказывают негативное влияние на основные проявления СДВГ, ухудшая поведение и утяжеляя симптомы. В связи с этим была предложена версия воспалительной или иммунно-ассоциированной этиологии заболевания, которая может существовать наряду с биологическими и генетическими предпосылками. Роль иммунной системы в этиологии СДВГ на сегодняшний день окончательно не установлена и требует дальнейшего изучения [17].

К основным проявлениям СДВГ в детском возрасте относят нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) СДВГ обозначено как «гиперкинетическое расстройство» и представлено как группа расстройств, характеризующихся ранним началом (обычно в первые пять лет жизни), отсутствием настойчивости в деятельности, требующей умственной сосредоточенности, склонностью к частой смене видов деятельности, когда ребенок начинает новое занятие, не закончив предыдущее. Отличительными чертами ребенка являются низкая организованность и нерегулируемая, чрезмерная активность. Дети с гиперкинетическими расстройствами характеризуются как неугомонные и импульсивные, они более других подвержены несчастным случаям и дисциплинарным взысканиям, часто совершают необдуманные решения, нарушают правила, ведут себя вызывающе, не осознают своих ошибок. Их взаимоотношения со окружающими характеризуются расторможенностью, отсутствием дистанции, предусмотрительности и сдержанности. Они не пользуются любовью других детей и могут оказаться в изоляции. Для детей с СДВГ характерно недостаточное развитие познавательных функций. В анамнезе нередко встречаются специфические задержки моторного и/или речевого раз-

вития. К вторичным признакам относят асоциальное поведение и низкую самооценку [5].

В целом дети с СДВГ отличаются неумононностью, двигательной расторможенностью, непоседливостью. Они импульсивны и нередко действуют, не задумываясь, подчиняясь минутному порыву, принимают решение по первому побуждению. Несмотря на то, что их необдуманные действия часто приводят к негативным последствиям, дети не склонны анализировать и делать выводы, они вновь и вновь повторяют одни и те же ошибки в различных ситуациях. В своих поступках ребенок с СДВГ часто ведет себя инфантильно, его поведение отличается непоследовательностью и незрелостью. Характерно избегание неприятных ситуаций, уход от ответственности за свои проступки, вранье. Даже будучи уличенным в нарушении правил, ребенок не сознается и не раскаивается в содеянном, а упрямо повторяет снова и снова те действия, за которые уже был ранее наказан. В классе такие дети являются источником всеобщего беспокойства, на уроке они крутятся и вертятся, болтают, отвлекаются и отвлекают других, мешают работе класса. Отношения со сверстниками складываются сложно, ребенок с СДВГ испытывает значительные трудности при формировании дружеских связей из-за своей непоследовательности и нестабильности. Нередко здоровые сверстники избегают общения с ребенком с СДВГ, в классе он находится на позиции изгоя, не имеет друзей. Самым частым симптомом при СДВГ является нарушение внимания. Дети не могут длительно сосредотачиваться на каком-либо занятии, они отвлекаемы и рассеяны. Период активной концентрации внимания очень короткий, ребенок не в состоянии долго последовательно заниматься чем-нибудь одним, часто «перескакивает» с одного дела на другое, бросает незаконченную работу. Ему трудно самостоятельно организовывать свое времяпрепровождение, он требует постоянного контроля со стороны взрослых. Школьники с СДВГ отличаются низкой учебной мотивацией, не заинтересованы в результатах своего труда, часто получают плохие отметки и не пы-

таются достичь в учебе значимых результатов. Из-за высокой отвлекаемости и низкой умственной работоспособности дети с СДВГ тратят много времени на приготовление уроков, они медлительны, их успехи значительно ниже их способностей. Самостоятельная работа вызывает значительные затруднения, ребенок не в состоянии обходиться без помощи родителей при выполнении домашнего задания.

Согласно классификации DSM-IV выделяют основные симптомы СДВГ.

Нарушения внимания.

1. Не может сосредоточить внимание на деталях, допускает ошибки по невнимательности в выполняемой работе и в других видах деятельности.
2. Не может поддерживать внимание в течение длительного времени, даже когда играет или чем-нибудь увлечен.
3. Складывается впечатление, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Не может довести до конца выполнение задания в школе и дома.
5. Не может самостоятельно организовать свои занятия.
6. Старается избегать занятий, связанных с длительной умственной нагрузкой.
7. Часто теряет различные предметы (игрушки, карандаши, ластик).
8. Отвлекается от начатого занятия.
9. Забывает выполнять регулярные требования.

Проявление гиперактивности.

1. Не может сидеть спокойно, перебирает руками и ногами, ерзает, сидя на стуле.
2. Не может высидеть требуемое количество времени, например, в течение урока или во время обеда.
3. Слишком много бегает или залезает туда, куда нельзя.
4. С трудом может играть самостоятельно или заниматься спокойным делом.
5. Складывается впечатление, что ребенок все время в движении, как заведенный.
6. Избыточно общителен, болтлив.

Проявление импульсивности.

1. Отвечает на вопрос не задумываясь, не дослушав его до конца.

2. С трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
3. Мешает другим, пристаёт к окружающим, например, вмешивается в беседы или игры других детей.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы у пациента присутствовало не менее 6 из 9 симптомов невнимательности и/или импульсивности-гиперактивности. Симптомы должны встречаться большую часть времени и наблюдаться не менее, чем в двух видах окружающей обстановки, например, дома и в детском коллективе [11]. В зависимости от преобладания невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности выделяют типы СДВГ с преимущественными нарушениями внимания, с гиперактивностью и сочетанную форму, при которой в равной мере присутствуют невнимательность и двигательная расторможенность. Сочетанная форма СДВГ является самой тяжелой, она встречается чаще других и составляет до 63% всех случаев СДВГ. Форма с преимущественным нарушением внимания отмечается у 22% детей, а форма с преобладанием гиперактивности – у 15% [14].

Далеко не у всех детей с СДВГ клиническая картина заболевания включает все перечисленные симптомы, нередко они варьируют и меняются с течением жизни даже у одного ребенка. Существует возрастная динамика проявлений СДВГ. В клинической картине у дошкольников с СДВГ преобладают гиперактивность и импульсивность, а нарушение внимания менее выражено. При обследовании ребенка дошкольного возраста всегда следует учитывать, что у детей до 5 лет повышенная двигательная активность может быть вариантом нормального развития, поэтому следует избегать слишком ранней постановки диагноза. Тем не менее, уже к 5–6-летнему возрасту дети с СДВГ отличаются избыточной двигательной и словесной активностью, повышенной возбудимостью, неусидчивостью, несобранностью, агрессивностью. Они не могут длительно сохранять сосредоточенность при выполнении задания или во время игры, быстро устают и переключаются на другие

виды деятельности. Часто во время занятий, требующих усидчивости, они встают и начинают расхаживать по комнате, отказываются от дальнейшего выполнения задания, предпочитают шумные игры, часто являются источником конфликтов и ссор со сверстниками. Нередко дети проявляют несдержанность, могут обзывать или ударить другого ребенка, они непослушны, намеренно нарушают правила поведения в семье или в детском коллективе. Обращает на себя внимание их неловкость и неуклюжесть, они часто падают и получают травмы. Формирование мелкой моторики также происходит медленнее, чем у здоровых сверстников, дети испытывают трудности при работе с ножницами, рисовании, раскрашивании картинок, долго не могут научиться завязывать шнурки и застегивать пуговицы. В целом для ребенка с СДВГ характерны несобранность, низкая учебная мотивация, отвлекаемость и, как следствие, снижение побуждения к познавательной деятельности.

Начало школьного обучения характеризуется возрастанием нагрузки на функцию внимания и развития в значительной мере исполнительских функций. У детей с СДВГ учебные навыки нередко формируются со значительной задержкой. Это связано с трудностями сосредоточения на учебном материале, низкой мотивацией к обучению, отсутствием навыков самостоятельной работы, низкой концентрацией внимания и повышенной отвлекаемостью. На уроках такой ребенок не успевает за темпом работы класса, проявляет низкую заинтересованность в результате своей деятельности, он требует особого контроля и дополнительной помощи при выполнении заданий. Сохраняется неусидчивость, двигательная расторможенность, несдержанность, импульсивность поведения, болтливость и агрессивность. Нередко дети с СДВГ служат источником конфликтов и нарушителями школьной дисциплины. Характерно формирование негативного отношения к учебе, отказ от выполнения домашних заданий, в некоторых случаях дети проявляют прямое неповиновение указаниям учителя, нарушают правила поведения на уроке и переме-

нах, бывают шумными, неутомными, много бегают на переменах, мешают проведению урока, спорят со взрослыми, сорятся и дерутся с детьми. В большинстве случаев ребенок с СДВГ не имеет друзей, особенности его поведения вызывают недоумение и отторжение у одноклассников. Нередко дети «примеряют» на себя роль шута, дурачатся и совершают нелепые поступки, пытаясь подобным образом привлечь внимание сверстников. Пытаясь привлечь к себе внимание и завоевать хорошее отношение, дети с СДВГ воруют деньги у родителей и покупают на них игрушки, жвачку, конфеты для одноклассников.

Постепенно по мере взросления ребенка усиливается его негативное отношение к школе. У подростков постепенно снижаются проявления гиперактивности, на смену ей приходит чувство внутреннего беспокойства и неуверенности в себе [2, 7]. Сохраняются трудности концентрации внимания, повышенная отвлекаемость, забывчивость и рассеянность, низкая учебная мотивация, утомляемость и негативизм. Дети стараются избегать тех заданий, выполнение которых кажется им сложным или неинтересным, со дня на день откладывают работу и в итоге приступают к ней в последний момент, спешат и совершают нелепые ошибки, которых при иных обстоятельствах можно было бы избежать. Нередко у школьников с СДВГ формируется заниженная самооценка, когда ребенок чувствует себя намного хуже более успешных сверстников. Сохраняются конфликты с одноклассниками, учителями, родителями, не формируются дружеские отношения, нарушены социальные связи. У подростков с СДВГ существует риск алкоголизации, курения, употребления психоактивных веществ, совершения противоправных поступков, чаще под негативным влиянием авторитарных лиц. В подростковом возрасте также формируются и усиливаются такие негативные проявления, как оппозиционно-вызывающее расстройство, нарушение поведения, тревожные расстройства, школьная дезадаптация.

Коморбидные расстройства у детей и подростков с СДВГ осложняют течение и прогноз

заболевания. Они представлены экстернализованными (оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР), расстройство поведения), интернализованными (тревожные расстройства, расстройства настроения), когнитивными (нарушения развития речи, дисграфия, дислексия, дискалькулия) и двигательными (диспраксия развития, тики) нарушениями [3]. Всего в 30% случаев СДВГ протекает без осложнений, а в остальных сопровождается коморбидными расстройствами. Среди наиболее распространенных коморбидных расстройств встречаются нарушения сна (29,3%), трудности школьного обучения (24,4%), тревожные расстройства (24,4%), ОВР (22%), расстройства аутистического спектра (12%), задержка речевого развития (14,6%), а также энурез, головные боли напряжения, мигрени и тики [3, 7, 14].

ОВР и расстройство поведения относятся к экстернализованным расстройствам. ОВР встречается чаще у детей более младшего возраста и характеризуется непослушанием, выраженным вызовом окружающим, откровенным неподчинением правилам поведения. При этом ребенок не совершает правонарушительных действий, у него нет разрушительной агрессивности или диссоциального поведения [5].

Расстройства поведения чаще встречаются у подростков, характеризуются повторяющимся, устойчивым агрессивным или вызывающим поведением и необщительностью. Такое поведение можно было бы расценить как высшее проявление возрастных социальных нарушений, тем не менее оно может быть более тяжелым, чем обычное детское непослушание или подростковая недисциплинированность.

Критерии диагноза включают:

- чрезмерную драчливость и вздорность;
- жестокость по отношению к другим людям и животным;
- тяжелую порчу имущества;
- поджоги;
- воровство;
- постоянную лживость;
- прогуливание занятий в школе;
- побеги из дома;

- частые и тяжелые вспышки раздражения;
- непослушание.

Для постановки диагноза необходимо, чтобы у пациента встречался хотя бы один ярко выраженный симптом на протяжении не менее 6 месяцев [5].

Тревожные расстройства в детском возрасте представлены:

- тревожным расстройством, вызванным разлукой;
- фобическим тревожным расстройством;
- социальным тревожным расстройством;
- генерализованным тревожным расстройством.

Тревожное расстройство, вызванное разлукой, возникает в течение первых лет жизни ребенка. Проявляется оно повышенным беспокойством, плаксивостью, переживаниями ребенка при разлуке с матерью или другим значимым членом семьи. От нормального беспокойства, вызванного разлукой, данное расстройство отличается значительной степенью выраженности, продолжительностью во времени, связанными с ним нарушениями социального функционирования.

Фобическое тревожное расстройство в детском возрасте выражается в чрезмерных страхах. Социальное тревожное расстройство проявляется боязнью незнакомых лиц и тревогой, возникающей в социальной обстановке (школа, детский сад), беспокойством при получении неожиданных новостей, непонятных или угрожающих, по мнению ребенка, ситуациях. Страхи при всех фобиях возникают в раннем возрасте, имеют значительную степень выраженности и сопровождаются проблемами социального функционирования [5].

Генерализованное тревожное расстройство (ГТР) представлено постоянной, устойчивой и распространенной тревогой. Чувство тревоги при ГТР не связано с каким-либо постоянным объектом или ситуацией, как это бывает при фобиях. Однако неприятное «внутреннее» ощущение тревоги отмечается в разных условиях. К основным симптомам относят жалобы на:

- устойчивую нервозность,
- ощущение страха,
- мышечное напряжение,
- потливость,
- дрожь,
- головокружение,
- чувство дискомфорта в эпигастральной области [5].

Пациенты со страхом ожидают плохих известий, несчастного случая или болезни их самих или родственников в ближайшее время.

Нередко у одного ребенка имеется не одно, а несколько коморбидных расстройств, что значительно усугубляет клиническую картину СДВГ. Такие дети более расторможены, хуже адаптируются в детском коллективе, у них чаще встречаются агрессивные проявления и негативизм, они менее восприимчивы к терапии. Danforth J.S. и соавторы проводили исследование детей с коморбидными формами СДВГ с использованием шкал DSM-IV и детской шкалы аффективных расстройств и шизофрении (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Epidemiologic Version (K-SADS)). У детей с СДВГ и коморбидными тревожными расстройствами риск развития оппозиционно-вызывающего расстройства и нарушения поведения оказался выше, чем у детей с СДВГ без коморбидности. При анализе влияния СДВГ и симптомов оппозиционного вызывающего расстройства (ОВР) на самооценку и самовосприятие в раннем подростковом возрасте были сделаны выводы, согласно которым симптомы невнимательности значительно снижают самооценку, что опосредованно может способствовать развитию депрессии [13]. Имеющиеся у ребенка коморбидные расстройства по своей тяжести могут перекрывать основные симптомы СДВГ, и без их своевременной коррекции лечение основных проявлений становится неэффективным.

ЛЕЧЕНИЕ

При выборе терапии для лечения ребенка с СДВГ предпочтителен междисциплинарный подход, при котором медикаментозная терапия сочетается с немедикаментозными

методами. Наиболее эффективным является комплексное лечение, когда помощь ребенку с СДВГ и его семье оказывают врачи, психологи, педагоги, логопеды и дефектологи. Чем раньше выставлен диагноз и начато лечение, тем оптимистичнее будет прогноз. При оказании ранней адекватной помощи ребенку с СДВГ удастся в значительной мере преодолеть трудности в обучении, поведении и общении [3]. При решении вопроса о целесообразности проведения медикаментозной терапии ребенку с СДВГ всегда следует учитывать индивидуальные особенности пациента, форму и степень тяжести заболевания, возраст и наличие коморбидных расстройств.

Целью современной медикаментозной терапии является снижение выраженности как основных симптомов СДВГ, так и коморбидных расстройств. Назначая лекарственную терапию, следует учитывать этиологические факторы формирования СДВГ, его патогенез, клинические проявления. При медикаментозной терапии СДВГ предпочтение отдается препаратам, оказывающим стимулирующее воздействие на недостаточно сформированные у детей когнитивные функции (внимание, память, речь, праксис, программирование и контроль психической деятельности) [3]. Традиционно в нашей стране препаратами выбора являются ноотропные средства. Преимущество этой группы заключается в их умеренном стимулирующем воздействии на функции ЦНС, безопасности применения, хорошей переносимости и отсутствии привыкания.

Пантогам® является ноотропным препаратом смешанного типа с широким спектром клинического применения. По химической структуре Пантогам® близок к природным соединениям, представляет собой кальциевую соль D(+)-пантоил-гамма-аминоасляной кислоты и является высшим гомологом D(+)-пантотеновой кислоты (витамина B₅), в которой бэта-аланин замещен на гамма-аминоасляную кислоту (ГАМК). Этот гомолог, названный гомопантотеновой кислотой, является естественным метаболитом ГАМК в нервной ткани. Гомопантотеновая кисло-

та проникает через гематоэнцефалический барьер, практически не метаболизируется организмом, ее фармакологические свойства обусловлены действием целой молекулы, а не отдельных фрагментов. Ноотропные эффекты гомопантотеновой кислоты связаны с ее стимулирующим влиянием на процессы тканевого обмена в нейронах, она усиливает ГАМК-ергическое торможение через взаимодействие с системой ионотропного ГАМК-В рецептора, оказывает активирующее влияние на дофаминергическую и ацетилхолинергическую системы головного мозга, усиливает синтез ацетилхолина и улучшает транспорт холина в структурах, обеспечивающих механизм памяти [1]. Согласно современным экспериментальным данным Пантогам® оказывает активирующее влияние на обмен ацетилхолина, значительно всего повышая его содержание в больших полушариях головного мозга, а также способствует увеличению содержания дофамина, но не в больших полушариях, как ацетилхолин, а в базальных ганглиях [3]. Таким образом, Пантогам® оказывает положительное воздействие на структуры головного мозга, отвечающие за механизмы внимания, памяти, развития речи, регуляции и контроля, управляющие функции.

Чутко Л.С. и соавт. (2017) назначали Пантогам® 60 детям с задержками психического развития (ЗПР) в возрасте 5–7 лет, у 30 детей отмечалась церебрастеническая форма ЗПР, у 30 – гипердинамическая. Был использован Пантогам® в форме 10%-ного сиропа по 7,5 мл в сутки в течение 60 дней. Эффективность лечения оценивалась дважды, до начала терапии и после ее окончания. Были использованы методика оценки тонкой моторики, тест на запоминания 5 фигур, шкала SNAP-IV для оценки степени невнимательности, импульсивности, гиперактивности, 10-балльные шкалы для оценки степени выраженности речевых нарушений, визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для объективизации степени выраженности астенических расстройств. После лечения Пантогамом положительная динамика отмечалась у 39 детей, что составило 65%. У детей отмечалось улучшение памяти и внимания,

речевой активности в виде расширения активного словаря, снижения утомляемости, эмоциональной лабильности, истощаемости и повышения усидчивости. Оценка тонкой моторики показала улучшение двигательной функции и снижение диспраксии. У 7 пациентов (11,7%) в середине курса лечения отмечалось усиление гиперактивности, которое полностью завершилось после окончания лечения. Отмены препарата и коррекции дозы при этом не потребовалось [3].

Сухотина и соавт. (2010) исследовали эффективность влияния Пантогама по сравнению с плацебо на различные клинико-психопатологические проявления гиперкинетических расстройств. Всего в исследовании принимали участие 60 детей в возрасте от 6 до 12 лет, соответствующие критериям диагностики гиперкинетических расстройств по МКБ-10. Дети были рандомизированы в соотношении 3 : 1 на 6-недельный двойной слепой прием Пантогама (45 детей) или плацебо (15 детей). Дети в возрасте от 6 до 8 лет принимали Пантогам® или плацебо в суточной дозировке 500–750 мг, в возрасте от 9 до 12 лет – от 750 до 1250 мг. Доза подбиралась в зависимости от эффективности лечения. Оценка эффективности проводилась специально разработанной шкале «СДВГ-критерии МКБ-10», шкале общего клинического впечатления, теста Тулуз–Пьерона для оценки когнитивной продуктивности, а также тестов на исследование кратковременной и отсроченной слуховой памяти методом повторения 10 слов, памяти на цифры, зрительной памяти на образы. Также проводилось исследование психоэмоционального состояния ребенка при помощи детского депрессивного опросника М. Kovacs и уровня тревожности при помощи методики Спилберга–Ханина. В течение первых 14 дней значимого различия в лечебной и контрольной группах отмечено не было, но начиная с 14-го дня в группе детей, принимающих Пантогам®, отмечалось статистически достоверное снижение невнимательности, а с 30-го дня – гиперактивности и импульсивности. Помимо основных проявление СДВГ, авторы указывают на уменьшение выраженности некоторых коморбидных

расстройств. Дети становились более коммуникательными, у них улучшались отношения со сверстниками, учителями, повышалась результативность обучения, в результате чего уменьшался стресс, связанный с посещением школы и улучшались семейные взаимоотношения. Также авторы отмечают отсутствие побочных эффектов, требующих отмены или коррекции дозы препарата [6].

Маслова О.И. и соавт. (2006) назначали Пантогам® в форме 10%-ного сиропа 59 детям 7–9 лет с нарушением памяти и внимания. У 53 детей отмечалась хорошая переносимость Пантогама. Положительный эффект терапии проявлялся ускорениями сложных сенсомоторных реакций на звук, на свет, на цвет и на слово, повышением показателей кратковременной зрительной памяти, распределения и переключения внимания. Побочные эффекты отмечались в виде болей в животе в одном случае и кожными аллергическими проявлениями в 3 случаях, носили временный преходящий характер и не требовали отмены препарата [4].


С целью оценки терапевтического действия Пантогама в режиме монотерапии при длительном назначении препарата нами были обследованы 32 ребенка с СДВГ, 23 мальчика и 9 девочек в возрасте от 6 до 12 лет. Оценивалось действие Пантогама не только на основные клинические проявления СДВГ, но и на нарушения адаптации и социально-психологического функционирования. Пантогам® назначался в виде таблеток, в суточных дозах 500–1000 мг (20–30 мг/кг) в 2 приема, утром и днем, после еды; в начале лечения проводилось титрование дозы. Продолжительность терапии определялась индивидуально в зависимости от клинической динамики и составила от 4 до 8 месяцев. Оценка эффективности лечения осуществлялась с интервалами в 2 месяца. С этой целью проводилось тестирование родителей. Использовалась шкала оценки основных симптомов СДВГ–DSM-IV, версии для родителей, которая заполнялась исследователем. Шкала СДВГ–DSM-IV состоит из 18 пунктов, соответствующих основным симптомам СДВГ по DSM-IV. Выраженность каждого симптома оценивается по 4-балльной системе:

0 – никогда или редко; 1 – иногда; 2 – часто; 3 – очень часто. При включении пациентов в исследование суммарный балл по шкале СДВГ–DSM-IV составлял 27–55 у мальчиков и 26–38 у девочек. За улучшение состояния пациентов принималось снижение общего балла по шкале СДВГ–DSM-IV более чем на 25%. Рассчитывался общий балл и результаты по двум разделам: нарушения внимания и признаки гиперактивности–импульсивности. В качестве дополнительного метода оценки динамики состояния детей с СДВГ применялась шкала оценки функциональных нарушений М. Weiss, форма для заполнения родителями [16]. Эта шкала позволяет оценить не только симптомы СДВГ, но и степень выраженности нарушений в эмоциональной сфере и поведении. Шкала содержит оценку симптомов по 6 группам: семья; учеба и школа; базовые жизненные навыки; самооценка ребенка; общение и социальная активность; поведение, сопряженное с риском. Степень нарушений определяется следующим образом: 0 – отсутствие нарушений, 1 – легкая, 2 – умеренная, 3 – значительная степень нарушений. Нарушения считаются подтвержденными, если хотя бы по 2 показателям имеется оценка «2» или хотя бы по одному показателю оценка «3» [16]. У 22 пациентов продолжительность лечения составила 6 месяцев, у 6 детей – 4 месяца, у 4 – 8 месяцев. У 21 пациента было достигнуто улучшение клинической картины в виде снижения общего балла по шкале СДВГ–DSM-IV более, чем на 25%. Однако улучшение в виде снижения симптомов СДВГ у детей было достигнуто в разные сроки. Так, у 14 пациентов уже через 2 месяца отмечалась положительная динамика, у 5 детей эффект от лечения проявился через 4 месяца, еще у 2 – через 6 месяцев терапии Пантогамом. Таким образом, эффективность Пантогама у детей с СДВГ проявлялась в разные сроки, и несмотря на то, что у большинства пациентов улучшение наступило уже в начале лечения, достаточно большая группа, не давшая положительный ответ в первые месяцы, все же достигла его при продолжении терапии. Следует особо отметить, что у детей, отреагировавших на лечение уже в первые 2 месяца, эффект при дальнейшем при-

еме Пантогама не только не ослабевал, но даже усиливался. Балльная оценка за проявления невнимательности в первые 2 месяца снизилась с 19,0 до 14,8 ($p < 0,001$), гиперактивности и импульсивности – с 18,3 до 15,4 ($p < 0,001$). Через 6 месяцев средние балльные оценки симптомов нарушений внимания и гиперактивности–импульсивности составили соответственно 13,0 и 12,6 ($p < 0,001$).

Побочные явления у пациентов с положительным эффектом от лечения отмечались в 4 случаях: у 3 детей это были усиление возбудимости и эмоциональной лабильности в дневные часы, у 1 – беспокойный ночной сон. Все нежелательные явления были незначительно выраженными и не требовали отмены препарата или коррекции дозы.

У 11 пациентов эффекта от назначения Пантогама не было. В этой подгруппе у 5 детей отмечались побочные явления в виде нарушения сна – у 2, тиков – у 1, головных болей и возбудимости – у 1, возбудимости и эмоциональной лабильности – у 1. У детей, не отреагировавших на лечение, побочные эффекты были выражены сильнее, и им потребовалось дополнительное назначение других препаратов (тералиджен, стугерон) [3].

Таким образом, Пантогам® показал свою эффективность и безопасность в случае его назначения детям с СДВГ. Рекомендованная дозировка составляет 30 мг/кг массы тела в сутки. Длительность лечения должна определяться индивидуально, но курс лечения должен длиться не менее 2 месяцев. При этом следует помнить, что даже отсутствие явного эффекта в первые недели лечения ни в коей мере не позволяет делать выводы о неэффективности препарата, поскольку эффект во многих случаях является отсроченным и проявляется в разные сроки, от 2 недель до 4–6 месяцев от начала терапии. Побочные эффекты, возникающие при назначении Пантогама, встречаются редко, проявляются в основном возбудимостью и в большинстве своем не требуют отмены препарата или коррекции дозы. 

Список литературы находится в редакции

Пантогам®

гопантеновая кислота

*Активная
работа
мысли*



Форма выпуска:

- ✓ сироп 100 мг/мл 100 мл
- ✓ таблетки 250 мг №50
- ✓ таблетки 500 мг №50

При синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ):

- ▲ Улучшает память, активное внимание, эмоциональный фон
- ▲ Снижает гиперактивность
- ▲ Улучшает показатели поведения
- ▲ Безопасен при длительном применении



Включен в клинические рекомендации по лечению синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей