

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра педиатрии ИПО

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Таранушенко Т.Е.

Проверил: к.м.н., ассистент Кустова Т.В.

Реферат

На тему: «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей»

Выполнил: врач-ординатор

Ефимовская А.Г.

г. Красноярск, 2018 год.

Оглавление

Список сокращений	3
Введение	4
Этиология СДВГ	5
Диагностические критерии синдрома.....	5
Дифференциальная диагностика.....	9
Рекомендованный алгоритм нейропсихологического тестирования	9
Принципы комплексной терапии СДВГ	10
Заключение.....	13
Список литературы	14

Список сокращений

СДВГ - синдром дефицита внимания с гиперактивностью

ММД - минимальная мозговая дисфункция

ГАМК – гамма аминomásляная кислота

Введение

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) является самой частой причиной нарушений поведения и трудностей обучения в дошкольном и младшем школьном возрасте.

По данным зарубежных и отечественных эпидемиологических исследований, частота встречаемости СДВГ у детей 6—10 лет составляет 4,0—9,5% (М. Rutter et al., 1970; В. Kadesio, С. Gillbarg, 2001; К. Гилберг, 2004; Н.Н. Заваденко, 2001), а по данным некоторых авторов, она достигает даже 20—28% (З. Тржесоглава, 1986; Е.Д. Белоусова, М.Ю. Никанорова, 2000; И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова, 2002; Е.В. Григорьева, 2004; А.В. Малахова, 2005).

По данным В.И. Покровского (2006), 1—2 млн детей России живут с СДВГ, который вызывает значительные социальные последствия, выраженные в росте преступности, алкоголизма, наркомании и СПИДа. СДВГ значительно чаще встречается в популяции у лиц мужского пола (в среднем в соотношении 3:1).

Своевременное лечение может помочь предотвратить у детей с СДВГ академическую неуспеваемость, отстранение от общества, а возможно, и криминальное поведение.

Симптомы гиперактивности были впервые описаны как расстройство в 1902 году Джоржем Стиллом, полагавшим, что их появление вызвано слабым «тормозящим волеустремлением» и «недостаточным моральным контролем». В 1917–1918 годах в США после эпидемии энцефалита у многих выживших детей появились разнообразные проблемы с поведением (включая раздражительность, нарушение внимания, ослабленный контроль моторики и гиперактивность), симптомы были объединены термином «дети с синдромом повреждения мозга», который связывали с задержкой умственного развития. Данный термин применяли и к детям со сходным поведением, но без признаков повреждения мозга или задержки умственного развития, что привело к использованию в сороковых и пятидесятых годах терминов «минимальное повреждение мозга» и «минимальная мозговая дисфункция» (ММД). С 1970-х годов к симптомам гиперактивности были добавлены симптомы недостатка (дефицита) внимания и слабого контроля импульсивности. В современном

обозначении синдром дефицита внимания вошел в клинико-психологическую практику с 90-х годов XX века.

Этиология СДВГ

Существует несколько концепций происхождения данного синдрома, одна из которых – генетическая концепция, согласно которой СДВГ является полигенным расстройством, его развитие детерминировано множеством генов. Нейробиологическая и нейрофизиологическая концепции связывают появление СДВГ со снижением локального мозгового кровотока в лобной коре и подкорковых узлах, дефицитом торможения в сенсомоторной системе как на уровне корковых структур (лобной доли), так и на уровне подкорковых образований (хвостатое ядро), вызывающих активацию сенсомоторной коры.

Такие средовые медико-биологические и социально-психологические факторы, как пренатальная и перинатальная патология, недоношенность, задержка внутриутробного развития, токсикозы и угроза прерывания беременности на ранних сроках, родовые травмы, гипоксия плода, внутриутробные интоксикации и инфекции, искусственное вскармливание, алиментарная недостаточность, авитаминозы, травмы, интоксикации, особенности воспитания, играют значительную роль в происхождении СДВГ.

Диагностические критерии синдрома

Ведущими клиническими симптомами состояния следует считать: нарушение (дефицит) внимания, гиперактивность (двигательная расторможенность), импульсивность.

Обычно выделяют три типа СДВГ:

1. Смешанный тип: гиперактивность в сочетании с нарушениями внимания. Это наиболее распространенная форма и на ее долю приходится 50-75% случаев.
2. Невнимательный тип (диагностируется в 20-30% случаев): преобладают нарушения внимания. У подростков данная форма может формироваться как исход сочетанной формы СДВГ, так как проявления гиперактивности к подростковому возрасту обычно регрессируют.
3. Гиперактивный тип: преобладают гиперактивность и импульсивность. Под гиперактивностью у детей с СДВГ обычно понимают повышенную двигательную

(моторную) активность, под импульсивностью – невозможность контроля над своими импульсами. На данную форму приходится около 15% случаев.

Основанием для введения в 1980 г. в классификации Американской психиатрической ассоциации и затем в классификации МКБ-10 (1994) диагностического термина «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» послужили результаты исследований процесса внимания, проявлений импульсивности и когнитивных функций у детей с гиперактивным поведением.

Определяющую роль в формировании современной концепции СДВГ сыграли работы, в которых в качестве первичного дефекта рассматривался дефицит внимания с аномально коротким периодом его удержания на каком-либо объекте или действии. Наряду с такими типичными проявлениями синдрома, как дефицит внимания, импульсивность моторных и вербальных реакций, гиперактивность, у детей с СДВГ была отмечена необходимость существенно большего, чем в норме, положительного подкрепления для формирования поведенческих паттернов.

Дефицит внимания проявляется, в основном, в нарушениях поддерживаемого внимания, т.е. в невозможности выполнения длительных, монотонных заданий, в увеличении количества ошибок при увеличении продолжительности задания. Было высказано предположение о связи поведенческих и когнитивных нарушений при данном синдроме с конституциональной предрасположенностью нейроанатомической природы, которая обуславливает снижение тормозящего контроля, нарушение модуляции уровней активности. В результате формируются стойкие нарушения мотивации к деятельности, ограничения в развитии схем поведения, дети с СДВГ чаще, чем сверстники, сталкиваются с неудачами и у них развиваются реакции избегания и изоляции, усиливается импульсивность.

В литературе можно встретить различные синонимы данного синдрома, такие как «минимальная мозговая дисфункция», «синдром двигательной расторможенности», «органическая мозговая дисфункция», «гиперкинетический синдром», «гиперактивное расстройство с дефицитом внимания», «синдром гиперактивности», что подтверждает разнообразие взглядов на этиологию и диагностику синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.

В настоящее время диагностика СДВГ основывается на критериях *Международной классификации болезней 10-го пересмотра* (МКБ-10). Одновременно используются критерии классификации Американской психиатрической организации DSM-IV, рекомендованные ВОЗ.

В МКБ-10 этот синдром отнесен к классу «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F9), составляя группу «Гиперкинетические расстройства» (F90), в которой выделяют подгруппы: F90.0 – нарушение активности и внимания (расстройство или синдром дефицита внимания с гиперактивностью и гиперактивное расстройство дефицита внимания); F90.1 – гиперкинетическое расстройство поведения. В DSM-III-R данное расстройство с 1987 года именуется «attention deficit hyperactivity disorder» (ADHD) – «синдром дефицита внимания с гиперактивностью».

Для диагностики невнимательности из перечисленных ниже симптомов не менее шести должны наблюдаться в течение полугода:

1. Ребенок часто неспособен удерживать внимание на деталях; из-за небрежности, легкомыслия допускает ошибки в школьных заданиях, в выполняемой работе и других видах деятельности.
2. Обычно с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр.
3. Часто складывается впечатление о том, что ребенок не слушает обращенную к нему речь.
4. Ребенок часто оказывается не в состоянии придерживаться предлагаемых инструкций и справиться до конца с выполнением уроков, домашней работы или обязанностей на рабочем месте (что не связано с негативным или протестным поведением, неспособностью понять задание).
5. Ребенок часто испытывает сложности в организации самостоятельного выполнения заданий и других видов деятельности.
6. Ребенок часто высказывает недовольство, избегает или сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы).

7. Ребенок часто теряет вещи, необходимые в школе и дома (например, игрушки, школьные принадлежности, рабочие инструменты).
8. Ребенок легко отвлекается на посторонние стимулы.
9. Ребенок часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях.

Для диагностики гиперактивности и импульсивности из перечисленных ниже симптомов также не менее шести должны наблюдаться в течение полугода:

1. У ребенка часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.
2. Ребенок часто встает со своего места в классе во время уроков или в других ситуациях, когда нужно оставаться на месте.
3. Ребенок часто проявляет бесцельную двигательную активность: бегает, крутится, пытается куда-то залезть, причем в таких ситуациях, когда это неприемлемо.
4. Ребенок обычно не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.
5. Ребенок часто находится в постоянном движении и ведет себя так, «как будто к нему прикрепили мотор».
6. Ребенок часто бывает болтливым.
7. Ребенок часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца.
8. Обычно с трудом дожидается своей очереди в различных ситуациях.
9. Часто мешает другим, пристает к окружающим (например, вмешивается в беседы или игры).

Необходима более углубленная клиническая диагностика, если имеющиеся у ребенка симптомы выявляются, по меньшей мере, в двух сферах деятельности (в школе, дома, на улице, в играх, в труде); не обусловлены психоэмоциональными расстройствами или психопатиями; вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию; первые их проявления отмечались в возрасте до 7 лет. Для окончательной постановки диагноза проводится комплексное медико-психологическое обследование с повторной проверкой наличия симптомов заболевания через полгода, а также анкетирование и опрос родителей и учителей.

Тяжесть СДВГ оценивается по шкале Коннерса (1997):

- минимальная – незначительное отличие поведения от здоровых детей;
- легкая – ухудшение поведения в новом окружении;
- умеренная – значительные трудности в школе;
- выраженная – значительные трудности в школе и в общении с окружающими.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз СДВГ включает в себя индивидуальные особенности личности и темперамента, при этом характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший. Помимо этого, выделяют ряд нозологических форм, требующих дифференциальной диагностики с СДВГ:

- тревожные расстройства;
- последствия перенесенной черепно-мозговой травмы;
- нейроинфекции, интоксикации;
- астенический синдром при соматических заболеваниях;
- специфические расстройства развития школьных навыков: дислексия, дисграфия, дискалькулия;
- эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет);
- нейросенсорная тугоухость;
- наследственные синдромы: Туретта, Вильямса, Смита–Мажениса, Беквита–Видемана, фрагильной X-хромосомы;
- психические расстройства: нарушения поведения, аффективные расстройства, умственная отсталость, аутизм, шизофрения.

Рекомендуемый алгоритм нейропсихологического тестирования

Для психологической оценки показателей внимания может применяться компьютерный психодиагностический комплекс Effecton Studio 2006.

Дошкольный возраст – пакет диагностических игр «Зоопарк»:

- тест «Найди ежика» – интенсивность внимания;
- тест «Поиграй с фламинго» – устойчивость внимания;
- тест «Накорми обезьян» – переключаемость внимания.

Школьный возраст – пакет «Внимание»:

- тест «Корректор» (компьютерный вариант корректурной пробы Бурдона) – концентрация внимания;
- тест «Красное и черное» (компьютерный вариант 3-й части теста Шульте–Горбова) – переключение внимания;
- тест «Нарисуй человека» (методика составления рассказа по серии последовательных картинок, зрительно-моторный гештальт-тест Бендер) – суммарная оценка развития речи и мышления.

Принципы комплексной терапии СДВГ

Психолого-педагогическая коррекция:

Консультации психолога и педагога следует проводить на протяжении всего лечебного процесса не менее 1 раза в 2 мес. В ходе первичного психологического обследования определяется психолого-педагогический статус ребенка, основные симптомы дефицитарности и несформированности высших психических функций. Составляется индивидуальная коррекционная программа, направленная на формирование либо перестройку несформированных, поврежденных функций, профилактику возникновения вторичных симптомов с применением Монтессори-материалов. Родители обучаются основным коррекционным приемам работы с ребенком, информируются о новых способах общения с детьми, решения конфликтных ситуаций в школе и дома, знакомятся с отличными от общеобразовательной школы способами формирования школьных навыков на основе Монтессори-педагогике, с методикой изготовления Монтессори-материалов из подручных средств.

Монтессори-терапия основана на принципах Монтессори-педагогике, разработанной итальянским педагогом и врачом Марией Монтессори (1870–1952).

Основополагающая идея Монтессори-педагогике – свободное гуманистическое воспитание под девизом: «Помоги мне сделать это самому». При обучении ребенок и его индивидуальность ставятся во главу угла. Влияние педагога на ребенка в «Монтессори-среде» опосредовано, осуществляется с помощью автодидактизма: дети сами свободно выбирают себе материал для обучения, но работают с ним так, как задумал педагог и как того требует дидактический материал. Темп обучения

индивидуальный, зависит от личностных особенностей и способностей ребенка, его темперамента, уровня развития и обучаемости.

Рекомендации родителям по Монтессори-педагогике:

- Структурирование пространства жизни ребенка: в помещении проживания не должно быть хаоса, исключается большое количество игрушек, элементов мебели; зона для занятий отделена от игровой, обеспечивается свободный доступ ко всем личным предметам: одежде, игрушкам, средствам гигиены; расположение вещей упорядочено, наиболее значимые предметы должны находиться на доступном уровне для визуального восприятия.
- Строгое соблюдение режима дня с обязательным символическим обозначением разных видов деятельности ребенка с помощью графических рисунков и меток.
- Единые требования родителей к ребенку и система поощрений и наказаний.
- В процессе занятий инструкции и просьбы должны быть четкими и конкретными, чтобы не отвлекать ребенка от выполнения заданий. При формулировке инструкции рекомендуется устанавливать телесный контакт (например, взять ребенка за руки, посадить на колени и т. д.).
- Ребенок должен самостоятельно выбирать задания для выполнения (выбор ограничивается 2–3 заданиями).
- Для формирования обобщающей функции речи необходимо использовать 3-ступенчатый урок (знакомство ребенка с каким-либо понятием, возможность самостоятельной работы, введение понятия в активный словарь).
- Для развития произвольной концентрации внимания при работе с Монтессори-материалом акцентировать внимание на последнем действии (зрительное сосредоточение на последней капле при переливании из кувшина в кувшин, рассыпанные горошины на подносе при пересыпании и т. д.).
- Принцип ограничения рабочего места в процессе индивидуальной работы (стол, поднос, коврик).
- Для формирования сенсомоторных функций использовать упражнения по отработке бытовых навыков (пересыпание, переливание, работа с различными рамками, застежками и проч.).

- Для улучшения зрительно-моторной координации использовать работу с Монтессори-материалами: рисование на песке и манке, обводка шероховатых букв и цифр, различные виды штриховок, применение двойной линии контура обводки.
- Для формирования математических навыков использовать Монтессори-материалы, позволяющие перевести абстрактные математические действия (сложение, вычитание, умножение и деление) в предметный план (работа с числовыми штангами, числовыми веретенами и т. д.).
- В процессе занятий физкультурой в домашних условиях уделять особое внимание движениям по кругу в сочетании с постановкой правильного дыхания.

Рекомендации родителям и близким по поведению с детьми с СДВГ:

- В своих отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил, подчеркивайте успехи. Это поможет укрепить уверенность ребенка в собственных силах.
- Избегайте повторения слов «нет» и «нельзя».
- Говорите сдержанно, спокойно, мягко.
- Давайте ребенку только одно задание на определенный отрезок времени, чтобы он мог его завершить. Для подкрепления устных инструкций используйте зрительную стимуляцию.
- Поощряйте ребенка за все виды деятельности, требующие концентрации внимания (например, работа с кубиками, раскрашивание, чтение).
- Поддерживайте дома четкий распорядок дня. Время приема пищи, выполнение домашних заданий и сна ежедневно должно соответствовать этому распорядку.
- Избегайте по возможности скоплений людей. Пребывание в крупных магазинах, на рынках, в ресторанах и т. д. оказывает на ребенка чрезмерное стимулирующее действие.
- Во время игр ограничивайте ребенка лишь одним партнером. Избегайте беспокойных, шумных приятелей.
- Оберегайте ребенка от утомления, приводящего к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

- Давайте ребенку возможности расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе: длительные прогулки, бег, спортивные занятия.
- Помните о том, что присущая детям с данной патологией гиперактивность хотя и неизбежна, но может удерживаться под разумным контролем с помощью перечисленных мер.

Фармакотерапия

Программа медикаментозного лечения СДВГ заключается в последовательном назначении комплексов препаратов различных фармакологических групп. Следует подчеркнуть, что большинство препаратов для лечения СДВГ, применяемых на Западе, либо полностью запрещены в России (амфетамин, декстроамфетамин, метилфенидат), либо не одобрены для применения при СДВГ и не применяются в детской практике (клонидин, гуанфацин, бупропион, имипрамин). В России терапия СДВГ традиционно включает препараты ГАМК, ноотропные и нейрометаболические препараты, а также некоторые транквилизаторы, атипичные нейролептики, антидепрессанты и ингибитор обратного захвата серотонина атомоксетин. К сожалению, вопрос об эффективности медикаментозных методов коррекции СДВГ остается дискуссионным. Очевидно, лекарственная терапия синдрома для достижения стойкого и длительного результата должна сочетаться с методиками педагогической коррекции и психотерапией.

Заключение

Таким образом, СДВГ является актуальной проблемой современного общества. В последние годы достигнут значительный прогресс в изучении патогенеза данного состояния, активно исследуются генетические, нейрохимические, нейрофизиологические и морфологические аспекты развития СДВГ. Результаты исследований способствуют разработке новых подходов к диагностике и лечению СДВГ.

Список литературы

1. Абшилава, Э. Ф. Клинико-психопатологические и патопсихологические особенности детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью / Э. Ф. Абшилава // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2015. – № 1. – С. 29-34.
2. Клинико-физиологические проявления синдрома дефицита внимания с гиперактивностью / М. Н. Панков, А. В. Грибанов, И. С. Депутат [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 3. – С. 91 – 97.
3. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Клиническая лекция / А. С. Котов, М. Н. Борисова, М. В. Пантелеева [и др.] // Русский журнал детской неврологии. – 2015. – № 2. – С. 54-58.
4. Никишина, В. Б. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: критериально-диагностический аспект / В. Б. Никишина // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2013. – № 1. – С. 141-148.
5. Зиновьева, О. Е. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей / О. Е. Зиновьева, Е. Г. Роговина, Е. А. Тыринова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 1. – С. 4-8.