

УДК: 616.89-008.47/.48-053.2-085

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ: ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Юрий Кононович Больбот

*Профессор, д.мед.н., Государственное учреждение «Днепропетровская
медицинская академия МЗ Украины», г.Днепропетровск, Украина*

bolbot.u@gmail.com

Тина Андреевна Бордий

*Доцент, к.мед.н., Государственное учреждение ГУ «Днепропетровская
медицинская академия МЗ Украины», г.Днепропетровск, Украина*

tina_bordiy@ua.fm

Аннотация. В статье представлены результаты изучения эффективности применения комплексного гомеопатического препарата Киндинорм с целью коррекции проявлений синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. Показано, что через 28 дней лечения достоверно уменьшается выраженность невнимательности, гиперактивности, импульсивности и сопутствующих расстройств при отсутствии побочных эффектов.

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, лечение, Киндинорм

ATTENTION DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN: POSSIBLE THERAPEUTIC CORRECTION

Yuriy Kononovich Bolbot

*Professor, MD, State Establishment “Dnepropetrovsk Medical Academy of
Ministry of Health of Ukraine”, Dnepropetrovsk*

bolbot.u@gmail.com

Tina Andreevna Bordiy

*Associate Professor, PhD, State Establishment “Dnepropetrovsk Medical
Academy of Ministry of Health of Ukraine”, Dnepropetrovsk*

***Abstract.** The article presents the results of the study in which complex homeopathic medication Kindinorm efficacy in correction attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in children was investigated. It is shown that after 28 days of treatment the severity of inattention, hyperactivity, impulsivity, and related disorders significantly reduced in the absence of side effects.*

***Keywords:** children, attention deficit/hyperactivity disorder, treatment, Kindinorm*

Актуальность. Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) является хроническим психическим расстройством, которое проявляется гиперактивностью и импульсивностью в сочетании с невнимательностью, приводящими к стойкой социальной или школьной дезадаптации. Это расстройство имеет целый ряд социально значимых негативных последствий, таких как формирование оппозиционно-вызывающего или асоциального поведения, развитие зависимости от психоактивных веществ, тревожно-депрессивных расстройств, а также увеличение детского травматизма.

По различным оценкам, частота выявления СДВГ у детей в различных странах колеблется от 2 до 20%, в среднем составляя около 5%. Учитывая высокую распространенность СДВГ и столь значимые его социальные последствия, Всемирная ассоциация детской и подростковой психиатрии и смежных профессий (IACAPAP) признала СДВГ проблемой номер один в сфере здравоохранения детей и подростков [1].

В последние годы в Украине значительно возрос интерес к проблеме СДВГ. В 2009 году был утвержден национальный протокол по диагностике и лечению данного расстройства, соответствующий международным стандартам ведения пациентов с СДВГ. Согласно этому протоколу школьные психологи, педагоги и врачи первого контакта – педиатры и семейные врачи

– являются обязательными участниками диагностического процесса. На них возлагается задача первичной диагностики СДВГ и исключение соматических, неврологических или психологических проблем, которые могут иметь симптомы, подобные СДВГ [2].

Согласно принятому в Украине протоколу, диагностика СДВГ осуществляется этапно. Первый этап – это первичный скрининг, осуществляемый педагогами детских дошкольных учреждений, учителями и школьными психологами. На этом этапе проводится оценка детей по учительским и родительским протоколам шкалы Коннера, выявляются и исследуются академические проблемы детей (наличие трудностей обучения, дислексии, дисграфии, дискалькулии и т.д.), изучаются особенности взаимоотношений в семье, а том числе и на предмет наличия признаков недоброжелательного отношения к ребенку, психотравмирующих ситуаций, асоциального поведения родителей, а также физического и/или сексуального насилия по отношению к ребенку.

Второй этап – первичная диагностика СДВГ педиатрами/семейными врачами и детскими неврологами. На этом этапе проводится сопоставление информации, полученной от педагогов и психологов, с диагностическими критериями СДВГ, а также проводится дифференциальная диагностика с различными общемедицинскими проблемами, имеющими симптомы, схожие с СДВГ. Так, должны быть исключены проблемы со слухом или зрением, нарушения сна, эпилепсия, гипертиреоз, синдром ломкой X-хромосомы, кожные болезни, злоупотребление психоактивными веществами. Кроме того, симптомы, напоминающие СДВГ, могут отмечаться у детей, перенесших сильный стресс (смерть одного из родителей или бабушки/дедушки, развод родителей, потеря работы родителями и др.), имеющих трудности обучения, связанные с несоответствием учебных нагрузок интеллектуальным и физическим возможностям ребенка, а также у детей с тревожностью или депрессией.

И, наконец, третий этап – заключительная диагностика СДВГ детскими психиатрами. Задачами детского психиатра являются: подтверждение наличия СДВГ у ребенка, диагностика коморбидных расстройств, дифференциальная диагностика с другими психическими и поведенческими расстройствами. На этом этапе специалисты могут использовать целый ряд опросников, шкал, а также психо-физиологических тестов. В исследовании принимает участие не только ребенок, но и его родители, педагоги, няни. По возможности, диагностика должна проводиться не в стенах психиатрического учреждения, а в специальных территориальных кабинетах медицинской, психотерапевтической и коррекционно-педагогической помощи детям с СДВГ.

Лечение детей с СДВГ предусматривает комбинацию социальной (поведенческой) терапии и медикаментозного влияния. Препаратами первой линии в терапии СДВГ являются метилфенидат (психостимулятор) и атомoksetин (селективный ингибитор обратного захвата норадреналина). Доказано, что медикаментозная терапия способствует не только устранению проблем с обучением и поведением детей, но также имеет положительные долгосрочные эффекты. Среди взрослых, которым в детстве был поставлен диагноз СДВГ и проводилась медикаментозная терапия, достоверно меньше лиц, совершавших преступления и страдающих наркотической зависимостью, по сравнению с теми, кто не получал медикаментозного лечения.

В то же время назначение психостимуляторов имеет и существенные ограничения. Так, около 30% пациентов с СДВГ неадекватно отвечают на терапию или вообще не переносят ее. Эффект психостимуляторов зависит от соблюдения дозы и режима приема препарата, что требует высокого уровня комплаенса. Применение психостимуляторов может сопровождаться развитием нежелательных побочных эффектов, таких как нарушения сна, аппетита, настроения, повышение тревожности. Существует вероятность злоупотребления и незаконного распространения этих препаратов, что

обуславливает необходимость жесткого контроля [3]. В связи с этим в Украине, как и во многих других странах, назначать психостимуляторы детям с СДВГ имеют право только психиатры.

В связи с этим существует потребность поиска эффективных, но более безопасных способов коррекции проявлений СДВГ, таких, которые могли бы назначаться педиатрами, семейными врачами, психотерапевтами в случаях, когда социальная терапия оказывается недостаточно эффективной. В настоящее время активно изучается возможность применения при СДВГ различных немедикаментозных методик: коррекции питания, применения пищевых добавок, фито- и гомеопатических препаратов. Одним из таких препаратов является комплексный гомеопатический препарат Киндинорм (Дойче Хомеопати-Унион ДХУ-Арцнаймиттель ГмбХ & Ко. КГ). Десять грамм гранул Киндинорма содержат: Calcium hypophosphorosum D4 – 16,67мг; Kalium phosphoricum D6 – 16,67мг; Valeriana D6 – 16,67мг; Cuprum metallicum D10 – 16,67мг; Chamomilla D12 – 16,67мг; Staphisagria D12 – 16,67мг. Активные компоненты препарата ослабляют симптомы поведенческих и когнитивных расстройств у детей и взрослых, такие как нарушение концентрации внимания, повышенную возбудимость, непоседливость, трудности в обучении, расстройства сна и состояния общей слабости. Также препарат обладает успокаивающим и стабилизирующим действием на психическое состояние пациента. Предыдущие исследования показали, что эффективность Киндинорма при СДВГ у детей приближается к таковой у метилфенидата, однако профиль побочных эффектов намного ниже.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение эффективности применения препарата Киндинорм у детей дошкольного и школьного возраста с СДВГ.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 24 ребенка в возрасте от 4 до 13 лет с СДВГ: 10 мальчиков (41,7%) и 14 девочек (58,3%). Все дети получали Киндинорм по 10 крупинок трижды в сутки. Диагноз

СДВГ устанавливался на основании критериев МКБ-10 [4]. Все дети были осмотрены детским психоневрологом для подтверждения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Выраженность проявлений СДВГ оценивалась в динамике по 4 блокам симптомов: невнимательность (I блок), гиперактивность (II блок), импульсивность (III блок) и дополнительные (второстепенные) симптомы (IV блок). В пределах каждого блока определялось от 3 до 9 признаков, наличие которых оценивалось в 1 балл. Далее проводился подсчет сумм баллов в каждом блоке. Оценка проводилась в начале лечения, на 14-й и 28-й дни терапии. Для определения достоверности разницы полученных результатов использовался парный T-критерий Уилкоксона.

Результаты и обсуждение. В начале лечения по шкале «невнимательность» у детей регистрировалось в среднем $7,25 \pm 0,35$ балла (из 9 возможных), по шкале «гиперактивность» – $3,17 \pm 0,42$ балла (из 6 возможных), по шкале «импульсивность» – $2,58 \pm 0,19$ балла (из 3 возможных). Среди 5 второстепенных симптомов (беспокойство, инсомния, фобии, ночные кошмары/ужасы, энурез) в среднем насчитывалось $2,75 \pm 0,37$ балла. Общая сумма баллов в начале лечения составляла $15,75 \pm 0,96$ из 23 возможных.

Через 14 дней лечения средние показатели сумм баллов по каждой шкале достоверно уменьшились: невнимательность – $4,17 \pm 0,6$ балла, гиперактивность – $2,33 \pm 0,5$ балла, импульсивность – $2,08 \pm 0,26$ балла, дополнительные симптомы – $1,5 \pm 0,45$ балла. Общая сумма баллов на 14-й день лечения составила в среднем $10,08 \pm 1,1$ балла. На 28-й день лечения положительная динамика стала еще заметнее: невнимательность – $1,92 \pm 0,48$ балла, гиперактивность – $1,5 \pm 0,43$ балла, импульсивность – $1,33 \pm 0,26$ балла, дополнительные симптомы – $0,42 \pm 0,26$ балла, общая сумма – $5,17 \pm 1,05$ балла.

Среди родителей пациентов с СДВГ 67% опрошенных оценили эффективность препарата как отличную, остальные – как хорошую.

Нежелательных побочных эффектов во время приема Киндинорма зарегистрировано не было.

Таким образом, Киндинорм является эффективным и безопасным препаратом для коррекции проявлений СДВГ. Препарат может быть назначен педиатром или семейным врачом без необходимости предварительного согласования с детским психиатром как дополнение к социальной терапии.

Список литературы:

1. Barkley, R. A. (2006). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment (3rd edition). New York: Guilford Press, 72 Spring St., New York, NY 10012 (800-365-7006 or info@guilford.com).
2. Програмно-цільове обслуговування дітей із гіперкінетичними розладами (метод. рекомендації) / Марценковський І.А., Підкоритов В.С., Казакова С.Є. та ін. – К., 2009. – 62 с.
3. Rappley MD. Clinical practice. Attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med. Jan 13 2005;352(2):165-73.
4. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines– Geneva: WHO, 1992. – 136 p.