

Гафурова Д.А.,
Салимова У.Г.,
Сувонова М. Т.,
Джурабекова А. Т.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГИПЕРАКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ С ДЕФИЦИТОМ ВНИМАНИЯ

Кафедра неврологии СамМИ

Гиперактивное расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ) постоянно привлекает интерес неврологов и психиатров в связи с высокой распространенностью в детской популяции, значительными трудностями обучения и выраженными нарушениями поведения у этих детей и вследствие этого - большой социальной значимостью проблемы. По данным эпидемиологических исследований, проводимых в разных странах, частота встречаемости ГРДВ в дошкольном и школьном возрасте колеблется от 4,0% до 18,0% (2,5,7). Считается, что в основе развития ГРДВ лежат повреждения развивающегося мозга в период беременности и родов, приводящие к нарушениям морфо-функционального онтогенеза нервной системы (1,4). Клиническую картину ГРДВ определяют избыточная двигательная активность, расстройства внимания и импульсивность поведения, которые сопровождаются слабой успеваемостью в школе, заниженной самооценкой (3,8). Несмотря на большое внимание к данной проблеме отечественных и зарубежных специалистов, данные об этиологии и патогенезе ГРДВ на современном этапе развития неврологии достаточно противоречивы, а лечение этого заболевания медикаментозными и немедикаментозными способами является предметом многочисленных исследований.

Цель. Изучить клиническое проявление гиперактивного расстройства у детей с дефицитом внимания.

Методы и материалы. Нами было исследовано 58 детей в возрасте от 4 до 12 лет. Дети с ГРДВ проходили комплексное обследование, включающее общий осмотр с оценкой роста-весовых показателей и соматического статуса, исследование неврологического статуса, психологическое исследование, нейропсихологическое тестирование, офтальмологическое исследование, электроэнцефалография, нейровизуализационные исследования.

Результат исследования. Представление клинических данных по группам исследованных больных преследует цель показать идентичность и сопоставимость рассматриваемых групп больных по полу, возрасту и основным проявлениям ГРДВ. Такие клинические проявления ГРДВ, как двигательная расторможенность и импульсивность

поведения начинают привлекать к себе внимание родителей и воспитателей ребенка в дошкольном возрасте, но наиболее частая обращаемость по поводу ГРДВ отмечается как среди мальчиков, так и среди девочек в возрасте 7-9 лет. То, что пик обращаемости родителей детей с ГРДВ за помощью к врачам приходится на младший школьный возраст, представляется не случайным, поскольку с началом школьного обучения возрастают требования к функциям внимания и самоконтроля ребенка. Родители характеризовали детей, как чрезвычайно подвижных и часто описывали их «постоянно двигающимися, как будто к ним прикрепили мотор», не способными усидеть на месте. Импульсивность наблюдалась у детей с ГРДВ в разнообразных повседневных ситуациях и при выполнении школьных заданий. На уроках они с трудом дожидались своей очереди, перебивали других, на вопросы отвечали невпопад. Родителей обычно раздражало то, что их дети беспокойны, эмоционально лабильны, недисциплинированны. Дома они не могли ответственно относиться к выполнению повседневных поручений, не помогали родителям, проявляли неаккуратность. Нарушение концентрации внимания (95,2% в основной группе и 93,4% в группе сравнения) являлось причиной плохого выполнения заданий на уроках в школе. Родители отмечали у детей неспособность удерживать внимание на деталях, сложности в организации самостоятельного выполнения домашних заданий, сопротивление вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного сохранения умственного напряжения, а также частую потерю своих вещей, необходимых в школе и дома. В табл. 1 представлена частота жалоб, предъявляемых при обращении к врачу, у пациентов основной группы и группы сравнения.

Наряду с трудностями концентрации внимания всем обследованным детям была свойственна повышенная отвлекаемость. У большинства детей отмечались трудности формирования школьных навыков (87,0% и 86,9%) и речевые нарушения (58,2% и 57,4%). В возрасте 4-6 лет характерным проявлением ГРДВ была задержка речевого развития, а начиная с 7 лет на смену нарушениям устной речи приходили трудности формирования

письменной речи. Письменные работы были неаккуратными из-за плохого почерка, колебаний величины букв, несоблюдения границ строк и полей, характеризовались ошибками, появляющимися в результате невнимательности и невыполнения указаний учителя. Элементы дисграфии были отмечены у 68,4%, дислексии - у 39,5%, дискалькулии - у 57,3% обследованных школьников. На высокую частоту встречаемости этих нарушений у детей с ГРДВ указывают многие исследователи. Отмечались чрезмерная говорливость, громкость речи, перескакивание с одной мысли на другую, неумение выслушать собеседника. У 34,0 % наблюдаемыми нами детей выявлены нарушения артикуляции речи (дислалия, дизартрия). Расстройства поведения отмечены у 24,2% детей основной и 21,3% группы сравнения. Оппозиционно-вызывающее расстройство характеризовалось не соответствующими возрасту упрямством, раздражительностью и вызывающими поступками. Ребенок легко раздражался и злился, часто бывал недоброжелательным и мстительным, намеренно досаждал окружающим. В 20,9% и 18,0% случаев родители сообщили, что у детей отмечаются сложности при завязывании шнурков, застегивании пуговиц, использовании ножниц, освоении навыков рисования и письма. Нарушения в эмоциональной сфере имели место у 11,3% и 14,7% детей соответственно. Они включали инфантильность поведения, стеснительность, обидчивость, раздражительность, плаксивость, некоторые дети считали себя несчастными и не могли постоять за себя. На головную боль жаловались 11,3% и 14,7% детей. Она возникала

чаще во второй половине дня, на фоне частотой от несколько раз в месяц до утомления после школьных занятий, с несколько раз в год. Интенсивность

головных болей варьировала от легкой степени выраженности до умеренной.

Таблица 1

Встречаемость различных жалоб в исследуемых группах больных

Жалобы	Р. основная группа	Группа сравнения
	%	%
Проявления гиперактивности и импульсивности	98,4	95,0
Нарушение концентрации внимания	95,2	93,4
Трудности формирования школьных навыков	87,	86,9
Речевые нарушения	58	57,4
Деструктивное поведение	24,2	21,3
Двигательная неловкость	20,9	18
Эмоционально-волевые нарушения	и,з	14,7
Головная боль	11,3	14,7
Трудность во взаимоотношениях со сверстниками	8	9,8
Тревожные расстройства	8	9,8
Невротические тики	8	6,5
Ночной энурез	8	11,5

В большинстве случаев головная боль проходила без приема лекарственных средств после отдыха или сна. (57,7%), деструктивное поведение (23,8%) и двигательная неловкость (19,5%). Отмечены различия встречаемости жалоб среди мальчиков и девочек в обследуемых группах. У мальчиков чаще встречались жалобы на оказаться в центре внимания, нарушение внимания, гиперактивность, неуверенностью в себе, боязнь новых ситуаций и избегание таких ситуаций. Социальные фобии были дискретными, то есть, связанными с какой-то конкретной ситуацией (прием пищи в присутствии «чужих» людей, публичное выступление и др.), либо диффузными, связанными с любыми социальными ситуациями вне семьи. По мере взросления ребенка частота простых и социальных фобий уменьшалась. Они носили характер вторичных нарушений, были связаны с конфликтными ситуациями в школе и дома, сложностями взаимоотношения с окружающими, проявлялись нежеланием посещать школу, навязчивыми движениями, трудностями засыпания и беспокойным сном. В 9 (7,3%) наблюдениях отмечались невротические тики. У 12 (9,7%) детей отмечался энурез со «светлыми промежутками» до 6 месяцев. Таким образом, у всех детей, страдающих ГРДВ, ведущими клиническими проявлениями были нарушения поведения - гиперактивность (27,4% и 31,1%), дистонии (8% и 9,8%) и и импульсивность (98,4%), нарушение концентрации внимания (94,3%), трудности формирования школьных

пациентов имелись изменения в рефлекторной сфере - в виде умеренного повышения сухожильных и периостальных рефлексов с анизорефлексией, патологических рефлексов. Нарушений поверхностной и глубокой чувствительности у детей с ГРДВ не отмечалось.

Наиболее характерными были нарушения в координаторной сфере. У всех детей (100%) обнаруживались нарушения тонкой моторики и элементы динамической атаксии, в 81,2% случаев - признаки статиколокомоторной недостаточности. Выявлялось значительное число ошибок, пошатывания, тенденция к использованию вспомогательных установок рук и к падению при выполнении заданий на ходьбу и равновесие. В пробах на чередование движений конечностей и мелкую моторику у обследуемых отмечались гиперметрия, дизритмия, большое количество зеркальных движений и синкинезий в виде сопутствующих произвольных движений мышц лица, головы, туловища, конечностей, медленный темп выполнения последовательных движений.

Таблица 2

Данные неврологического осмотра исследованных больных

Симптомы	Основная группа	Группа сравнения
	%	%
Нарушения черепной иннервации:		
Установочный горизонтальный нистагм	56,4	54,0
Саккадированный характер движения глазных яблок	6,4	6,5
Недоведение глазных яблок кнаружи	24,1	19,7
Недоведение глазных яблок кнутри	19,4	21,3
Косоглазие без диплопии	6,4	4,9
Сглаженность носогубной складки	16,1	18,0
Девияция языка	8,0	6,5
Нарушения в двигательной сфере:		
Умеренная мышечная гипотония	27,4	31,1
Умеренная мышечная дистония	8,0	9,8
Легкое повышение мышечного тонуса	6,4	6,5
Повышение сухожильно-периостальных рефлексов	16,1	16,4
Патологические рефлексы	п,з	13,1
Нарушения в координаторной сфере:		
Нарушение тонкой моторики	100	100,0
Элементы динамической атаксии	100	100,0
Элементы статико-локомоторной атаксии	82,3	81,9

Вывод. Таким образом, важная роль структура факторов риска была в формировании фенотипа ГРДВ неоднородной в разные возрастные периоды. Так, установлена возрастная принадлежность раннему повреждению ЦНС в периоды беременности и родов динамика факторов риска: преобладание ЦНС в периоды беременности и родов динамика факторов риска: преобладание (84,6% случаев). Наряду с биологическими факторами в младшем возрасте (4-6 лет) с последующим биологическими факторами возрасте (4-6 лет) с последующим определенную роль в формировании доминированием психологических факторов риска у детей более старшего ГРДВ у детей играют социально-психологические факторы, прежде всего, возраста (10-12 лет). У всех детей, внутрисемейные. Негативное воздействие внутрисемейных факторов клиническими проявлениями были на развитие детей с ГРДВ было выявлено нарушения поведения в виде гипер- в 63,4% случаев. Удельный вес и активности и импульсивности (98,4%), нарушение концентрации внимания (94,3%), трудности формирования школьных навыков (87,0%), речевые нарушения (57,7%), деструктивное поведение (23,8%) и двигательная неловкость (19,5%). Исследование неврологического статуса выявило недостаточность в координаторной сфере, нарушения со стороны динамического и кинестетического праксиса, нарушения тонкой моторики.

Литература

1. Ахутина Т.В., Фотекова Т.А. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов. - М., 2008.-С. 23-45.
2. Барашев Ю.И. К генезу минимальных мозговых дисфункций у детей // Росс, вестник перинатальной патологии и педиатрии. - 2009. - №6. - С.11 -18.
3. Батуева Ю.В. Особенности нервно-психического развития церебральной гемодинамики и микроциркуляции у детей 5-9 лет с гиперактивностью и дефицитом внимания: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Ниж. Новгород, 2010.-24 с.
4. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения. 4-е изд., М., БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008 - 368 с.
5. Barkley, Russell A. Take Charge of ADHD: The Complete Authoritative Guide for Parents (2009) New York: Guilford Publications.
6. Beliak L, Kay SR, Opler LA. (2008) «Attention deficit disorder psychosis as a diagnostic category». Psychiatric Developments, 5(3),
7. Conrad, Peter Identifying Hyperactive Children (Ashgate, 2008).
8. Hartmann, Thom «Attention Deficit Disorder, A Different Perception» subtitled «A Hunter in a Farmers World».
- 9.