

© Л. С. Чутко, С. Ю. Сурушкина,
Т. И. Анисимова, А. М. Ливинская

Институт мозга человека имени
Н. П. Бехтерева РАН Санкт-Петербург,
Санкт-Петербургская государственная
педиатрическая медицинская академия

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Резюме. Статья посвящена проблеме классификации синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. С учетом гетерогенности клинической симптоматики и наличия коморбидных расстройств предложено выделение формы заболевания (простая и осложненная) и вариантов клинической картины (идиопатический, резидуально-органический и неврозоподобный), так как более детальная клиническая типология позволяет выработать оптимальную терапевтическую тактику.

Ключевые слова: невнимательность; гиперактивность.

ВВЕДЕНИЕ

Широкая распространенность синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) и социальная дезадаптация, возникающая на его фоне, заставляет заниматься данной проблематикой как врачей (неврологов, психиатров, психотерапевтов), так и психологов. Клинические проявления СДВГ определяются тремя основными симптомами: невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью.

Клиническая картина заболевания характеризуется гетерогенностью симптоматики и онтогенетической дифференцированностью. Основные симптомы заболевания могут быть представлены неравномерно. З. Тржесоглава приводит следующие цифры частоты встречаемости основных симптомов заболевания: гиперактивность отмечалась в 80 % случаев, эмоциональная лабильность в 70 %, повышенное беспокойство в 67 %, агрессивность в 44 %, повышенная импульсивность в 66,5 % случаев [1]. J. T. Nigg и соавторы свидетельствуют о равной степени выраженности нейропсихологических нарушений при различных типах заболевания [6]. Исходя из этого, существуют различные классификации СДВГ, отражающие ряд особенностей клинической картины и выделяющие различные типы заболевания.

Согласно DSM-IV выделяют СДВГ с преобладанием гиперактивности (СДВГ-ГИ), СДВГ с преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) и комбинированный тип заболевания.

Пациенты с СДВГ-Н характеризуются выраженными проявлениями невнимательности и незначительными проявлениями гиперактивности. Показатели импульсивности сохраняются при этом в пределах возрастной нормы. Дети с данным типом заболевания производят впечатление заторможенных, «спящих на ходу». Они медленнее своих сверстников воспринимают информацию, хуже запоминают. Такие дети производят впечатление сонливых, робких, застенчивых, апатичных. По мнению R. Barkley, такой тип отмечается у 30–50 % детей с СДВГ [2]. По мнению R. Milich и соавторов, данное расстройство представляет собой совершенно другое, отличное от других типов, заболевание [4]. В МКБ-10 данное расстройство классифицируется как дефицит внимания без гиперактивности (ADD (H) — F.98.8). По нашим наблюдениям этот тип заболевания более характерен для девочек.

У детей, страдающих СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ), в клинической картине доминируют симптомы нарушения контроля поведения. Для этих детей характерна высокая нецеленаправленная двигательная активность, необдуманность своих поступков, нетерпение, неумение вовремя остановиться, изменить модель поведения, трудности при выпол-

УДК: 616.89-008.47-053.2

нении монотонной кропотливой работы. В психологическом плане дети с СДВГ с преобладанием гиперактивности характеризуются вспыльчивостью, раздражительностью, высоким уровнем агрессивности, оппозиционности. В связи с этим у них чаще возникают проблемы в общении со сверстниками, учителями, т.е. трудности в социальной адаптации. Такие дети в условиях индивидуального обучения могут успешно справляться с программой, но в условиях массовой школы испытывают значительные трудности, причем неудовлетворительные оценки носят часто «дисциплинарный» характер.

Комбинированный тип является наиболее распространенным. Пациенты, страдающие комбинированным типом СДВГ, характеризуются примерно одинаковой степенью невнимательности и гиперактивности, при этом они отличаются несколько меньшей степенью импульсивности, чем дети с преобладанием гиперактивности и импульсивности.

Существовали также попытки разделения заболевания на когнитивный и поведенческий подтипы [9]. Если первый подтип, по мнению авторов, характеризовался низкой академической успеваемостью и дефицитом восприятия из-за невнимательности и гиперактивности (при невысоком уровне импульсивности), то второй подтип отличался антисоциальным поведением при нормальном уровне познавательных способностей.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 973 ребенка, в возрасте от 5 до 14 лет, страдающих СДВГ. Диагностика клинических проявлений СДВГ и сопутствующих расстройств, проводилась в соответствии с критериями МКБ-10 и классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-IV. В соответствии с классификацией DSM-IV из наблюдаемой нами группы, включающей 973 ребенка, с СДВГ нами были выделены пациенты со следующими типами заболевания:

1. С преобладанием невнимательности (СДВГ-Н) — 152 человека (15,6%);
2. С преобладанием гиперактивности и импульсивности (СДВГ-ГИ) — 246 человек (25,3%);
3. Комбинированный тип (СДВГ-К) — 575 человек (59,1%).

Учитывая наличие тех или иных коморбидных расстройств, нами были выделены две функциональные формы СДВГ.

Простая форма — характеризовалась симптомами асинхронии развития: невнимательность,

гиперактивность, дислексия, дисграфия, первичная форма энуреза.

Осложненная форма — характеризовалась тем, что к симптомам асинхронии развития присоединялись «вторичные» симптомы появляющиеся с возрастом: тики, головные боли, вторичная форма энуреза, энкопрез, заикание, расстройство социального поведения, фобические расстройства, парасомнии.

Оценка степени тяжести проводилась с помощью шкалы SNAP-IV, которая представляет собой опросник для родителей, состоящий из 43 вопросов, позволяющих в баллах оценить степень невнимательности, гиперактивности и импульсивности [6]. Кроме этого использовался психофизиологический тест TOVA (The Test of Variables of Attention) основанный на предъявлении зрительных стимулов. TOVA — тест непрерывной деятельности, позволяющий оценить состояние внимания по отношению к нормативным данным, основан на предъявлении испытуемому значимых и незначимых стимулов в виде геометрических фигур [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При наличии симптомов характерных как для простой, так и для осложненной формы заболевания состояние пациента трактовалась как осложненная форма.

Проведенные нами исследования свидетельствуют, что простая форма встречается в 387 случаях (39,8%), а осложненная в 586 случаях (60,2%).

С возрастом выявлялась тенденция к увеличению количества пациентов с осложненной формой заболевания. Преобладание пациентов с данной формой было особенно выражено в старшем школьном возрасте. Возможно, с возрастом происходил переход из первой формы заболевания во вторую. Данный переход часто отмечался в 7-летнем возрасте. На наш взгляд, поступление ребенка в школу являлось одним из факторов, влияющих на переход из одной функциональной формы в другую. Дети с осложненной формой СДВГ отличались более высоким уровнем гиперактивности и импульсивности.

При анализе клинических проявлений различных типов СДВГ, степени выраженности основных симптомов и наличия тех или иных коморбидных расстройств нами были отмечены некоторые закономерности их сочетания. Систематизировав наши наблюдения, мы сочли целесообразным выделение нескольких вариантов клинической картины СДВГ с учетом возможного патогенеза за-

болевания и различий в подходах к дальнейшему лечению.

1) Идиопатический вариант, характеризующийся умеренно выраженными проявлениями невнимательности и гиперактивности. В данном случае мы имеем дело с парциальным функциональным расстройством мозговых функций, а именно нарушением работы системы тормозного контроля двигательной активности и психической деятельности. Такое расстройство, по нашему мнению, может быть генетически детерминировано, т. е. носить наследственный характер. Данный вариант заболевания, по нашим данным, регистрировался у 280 детей (28,8%).

2) Резидуально-органический вариант, характеризующийся выраженными проявлениями как невнимательности, так и гиперактивности/импульсивности. Последние часто приобретают характер расторможенности. В анамнезе у таких детей можно встретить отставание в психомоторном развитии в течение первого года жизни, задержку речевого развития. Кроме этого можно отметить снижение памяти, относительно бедный словарный запас, слабую выраженность интеллектуальных интересов, запаздывание развития эмоционально-волевой сферы (инфантилизм). Течение заболевания в таких случаях носит относительно постоянный характер. При неврологическом осмотре у таких детей можно заметить нарушения мелкой моторики (диспраксия, элементы мозжечковой атаксии). Частыми сопутствующими расстройствами при таком варианте являются энурез, неврозоподобные тики, расстройство обучаемости (дисграфия, дислексия). Клиническая картина данного варианта течения СДВГ свидетельствует о нарушении нормального развития сразу нескольких высших мозговых функций. Причиной расстройства в таких случаях, наиболее вероятно, может служить патология перинатального периода. Данный вариант регистрировался у 466 (47,9%).

3) Неврозоподобный вариант характеризуется умеренно выраженными проявлениями невнимательности, гиперактивности и импульсивности с сопутствующими невротическими тиками, заиканием, тревожными расстройствами. В генезе развития клинической картины играют роль, как наследственные и перинатальные патогенетические факторы, так и психотравмирующие обстоятельства. Данный вариант регистрировался у 227 детей (23,3%).

Среди обследованных нами пациентов умеренная степень СДВГ отмечалась в 360 случаях (37,0%), а выраженная степень — в 613 случаях

(63,0%). Необходимо отметить, что степень социальной и школьной дезадаптации далеко не всегда коррелирует со степенью количественных показателей невнимательности, гиперактивности и импульсивности. Достаточно часто у ребенка с выраженной дезадаптацией отмечается умеренная степень СДВГ. В таких случаях основное внимание надо уделять психологическим корням данной ситуации.

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, на основе анализа клинических данных нами была разработана многоосевая классификация, учитывающая наличие различных типов, форм и вариантов клинического течения СДВГ, позволяющая найти оптимальный подход для подбора последующей терапии.

Типы СДВГ (по DSM-IV):

1. С преобладанием невнимательности.
2. С преобладанием гиперактивности и импульсивности.
3. Комбинированный (смешанный) тип.

Формы СДВГ:

1. Простая форма.
2. Осложненная форма:

Варианты:

1. Идиопатический.
2. Резидуально-органический.
3. Неврозоподобный.

Степень тяжести:

1. Умеренная.
2. Выраженная.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Тржесоглава З.* Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. — М.: Медицина, 1986. — 194 с.
2. *Barkley R. A.* Taking charge of ADHD. — N. Y.: Guilford press. — 1995. — 480 p.
3. *Greenberg L. M., Waldman I. D.* Developmental normative data on the Test of Variables of Attention (T.O.V.A.). // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* — 1993. — Vol. 34. — P. 1019–1030.
4. *Milich R., Ballentine A. C., Lynam D.* ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders // *Clin. Psychol.: Science and Practice.* — 2001. — Vol. 8. — P. 463–488.
5. *Nigg J. T., Blaskey L. G., Huang-Pollock C. L., Rappley M. D.* Neuropsychological executive functions and DSM-IV ADHD subtypes // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* — 2002. — Vol. 41, N1. — P. 59–66.
6. *Swanson J. M.* School-based assessments and interventions for ADD students. — Irvine: K. C. Publishing, 1992. — 184 p.

CLINICAL DIFFERENTIATION OF ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER

Chutko L. S., Surushkina S. Yu., Anisimova T. I., Livinskaya A. M.

◆ **Resume:** Article is devoted to the classification of attention deficit hyperactivity disorder. Given the heterogeneity of clinical symptoms and presence of comorbid disorders prompted the selection form of the disease (simple and complicated) and clinical options (idiopathic, residual-organic and neurosis), since a more detailed clinical thypology allows to develop an optimal therapeutic tactics.

◆ **Key words:** attention deficit; hyperactivity.

◆ Информация об авторах

Чутко Леонид Семенович — профессор, доктор медицинских наук, руководитель Центра поведенческой неврологии, Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой; заведующий кафедрой психосоматики и психотерапии СПбГПМА. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: chutko5@rambler.ru.

Сурушкина Светлана Юрьевна — врач-невролог, кандидат медицинских наук, младший научный сотрудник, Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой; доцент кафедры психосоматики и психотерапии СПбГПМА. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: su.svetlana@mail.ru.

Анисимова Татьяна Игоревна — медицинский психолог, младший научный сотрудник, Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой; доцент кафедры психосоматики и психотерапии СПбГПМА. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Ливинская Анна Михайловна — кандидат медицинских наук, врач невролог, Институт мозга человека РАН им. Н. П. Бехтеревой; доцент кафедры психосоматики и психотерапии СПбГПМА. 197376, Санкт-Петербург, ул. Академика Павлова, д. 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Chutko Leonid Semenovich — doctor of medical science, professor, head of the Center of behavioral neurology Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, chair of the psychosomatics and psychotherapy department of faculty of Clinical Psychology SPbSPMA. 197376, Saint-Petersburg, Academician Pavlov street, 9. E-mail: chutko5@rambler.ru.

Surushkina Svetlana Yurievna — PhD, neurologist, junior researcher at the Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, assistant professor of the psychosomatics and psychotherapy department of faculty of Clinical Psychology SPbSPMA. 197376, Saint-Petersburg, Academician Pavlov street, 9. E-mail: su.svetlana@mail.ru.

Anisimova Tatyana Igorevna — clinical psychologist, junior researcher at the Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, assistant professor of the psychosomatics and psychotherapy department of faculty of Clinical Psychology SPbSPMA. 197376, Saint-Petersburg, Academician Pavlov street, 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.

Livinskaya Anna Mikhailovna — PhD, neurologist at the Institute of Human Brain Russian Academy of Sciences, assistant professor of the psychosomatics and psychotherapy department of faculty of Clinical Psychology SPbSPMA. 197376, Saint-Petersburg, Academician Pavlov street, 9. E-mail: info@spbnevrolog.ru.