

4. Лященко, Ю.Н. Энтеральное питание: история, современное состояние и перспективы развития. 1. История энтерального питания // Клиническое питание. - 2004. - № 3. - С. 20-25.
5. Попова Т.С., Шестопапов А.Е., Тамазашвили Т.Ш. и др. Нутритивная поддержка больных в критических состояниях. Т.С.Попова, А.Е.Шестопапов, Т.Ш.Тамазашвили [и др.] М., 2002.
6. Попова, Т.С. Синдром кишечной недостаточности в хирургии / Т.С.Попова, Т.Ш.Тамазашвили, А.Е.Шестопапова. - М.: Медицина, 1991.
7. Cera F. B. //Surgery. - 1987. - Vol. 101, № I. -P. 1-10.

УДК 616.89-008.019-053.2-085.214.31

© Л.Г. Цыпина, Л.Б. Новикова, Е.А. Ванзина, Л.М. Воронцова, 2009

Л.Г. Цыпина¹, Л.Б. Новикова¹, Е.А. Ванзина², Л.М. Воронцова²
**НООТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ АКТИВНОСТИ,
 ВНИМАНИЯ И ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

¹ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г.Уфа.

²Детский центр психоневрологии и эпилептологии при РКБ №2 г.Уфы

Целью исследования явилось определение клинической активности и переносимости омарона. В исследование были включены 104 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет. Период наблюдения составил от 6 месяцев до 2 лет. Терапевтическая ремиссия при применении омарона была достигнута у 68,3% больных, уменьшение клинических симптомов у 20,2%. Побочных эффектов не отмечалось.

Ключевые слова: Аффективные симптомы, поведения расстройства, ноотропные средства, дети.

L.G. Tsyypina, L.B. Novicova, E.A. Vansina, L.M. Voronzova
**NOOTROPIC THERAPY FOR ATTENTION DEFICIT
 HYPERACTIVITY DISORDER OF CHILDREN**

The study objective was to identify clinical efficacy and tolerability of omaroni administered as mono and polytherapy. A total of 104 patients at the age from 6 to 12 years. The observation period lasted from 6 months to 2 years. Full therapeutic remission at achieved in 68,3% of patients, the number of clinic syndromes decreased by over 20,2%. Side effects were no noted.

Key words: affective symptoms, conduct disorder, nootropic agents, child.

В настоящее время расстройства активности, внимания и поведения, обозначаемые как «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) представляют серьезную социальную проблему, занимают одно из первых мест в детской неврологической заболеваемости [2,4,6]. Согласно исследованиям последних лет [3,4,6], в основе данного синдрома лежит морфологическая или функциональная незрелость префронтальных областей и фронто-стриарных систем головного мозга. Именно уровень внимания характеризует функциональное состояние нервной системы, служит основой для усвоения навыков, формирования высших психических функций, сенсомоторной и аналитической деятельности.

Материал и методы

В исследование участвовало 104 ребенка в возрасте от 6 до 12 лет, с проявлениями синдрома дефицита внимания, гиперактивностью, поведенческими нарушениями. Среди обследованных прослеживалось преобладание мальчиков 2,8:1,0, что совпадает с литера-

турными данными [2,6]. Всем больным проводилась диагностика неврологического статуса по общепринятым методикам, психологического состояния [1], инструментальное обследование: электроэнцефалограмма (ЭЭГ), ультрозвуковая доплерография (УЗДГ). Для оценки степени гиперактивности использовалась шкала дефицита внимания и гиперактивности Abicoff H., Klein R.G., (Attention deficit hyperactivity disorder, 1992), по которой учитывались 10 основных симптомов с оценкой каждого по 3-х бальной системе (табл.).

Анализ результатов по шкале Abicoff H., Klein R.G., выявил средний балл отклонений: при легкой степени - $8,5 \pm 1,5$ баллов, средней - $16,4 \pm 3,6$, и тяжелой - $27,3 \pm 2,7$. Часто наблюдалось «смещение степеней» выраженности симптомов СДВГ у одного больного, например, «затруднения в спокойных играх, привычка мешать» соответствовали средней степени, а «разрушительный характер действий» был на уровне легкой. Период наблюдения за обследованной группой составил от 6 месяцев до 1,5 лет.

Цель настоящего исследования: 1 - изучение особенностей анамнеза и клиники СДВГ в различные возрастные периоды у детей, 2 - оценка показаний и лечебной эффективности ноотропного препарата омарон при нарушении внимания и активности.

Таблица.

Шкала дефицита внимания и гиперактивности
(Attention deficit hyperactivity disorder) Abicoff H, Klein R.G., 1992)

№	Клинические проявления по степени тяжести	легкая	средняя	тяжелая
1	Беспокойство рук и ног при сидении	1	2	3
2	Рассеянность	1	2	3
3	Затруднения при направленном ожидании	1	2	3
4	Затруднения при переходе выполнения с одной инструкции на другую	1	2	3
5	Потеря существенных деталей в выполнении задания	1	2	3
6	Разрушительный характер действий	1	2	3
7	Двигательная расторможенность и бесцельная гиперактивность	1	2	3
8	Затруднения в спокойных играх, привычка мешать, вторгаться	1	2	3
9	Снижение анализа своих поступков	1	2	3
10	Нарушение развития	1	2	3

Результаты и обсуждение

Проведенное обследование показало, что среди наблюдаемых больных у 104 детей СДВГ имел приобретенный характер с акцентом на неблагополучие перинатального периода у 73,1% детей и у 68,3% преимущественно гипоксического генеза. По литературным данным, перинатальная патология при СДВГ отмечается до 90% больных и в 69,7% из них связана с постгипоксическими осложнениями [2,3,4,8]. У 18 больных признаки СДВГ сформировались на фоне фенилкетонурии, клинические характеристики его не отличались какими-либо особенностями, но имели тенденцию к усилению симптомов при повышении уровня фенилаланина более 8-10мг%. У 13 больных, в основном мальчиков, имела наследственная предрасположенность развития СДВГ по мужской линии (отец, племянники)

Клинические проявления СДВГ отличали возрастные особенности. В раннем детском возрасте преобладала двигательная гиперактивность, уровень которой достигал «нетерпимости» к 3-5 годам, моторная неловкость, нарушение сна, задержка становления речевых и познавательных функций. В возрасте 7-9 лет проявления СДВГ сохранялись у 69,9% больных в виде эмоционально-поведенческих нарушений, негативизма и бесцельной двигательной активности, со склонностью к разрушительным действиям. В

школьном возрасте СДВГ сочетался с инфантилизмом, снижением памяти, трудностью удержания и восприятия информации, инертностью мышления, что способствовало замедлению формирования процессов познания и снижению школьной успеваемости. До 70% больных 10-12 лет имели трудности взаимоотношений в коллективе, вспыльчивость, упрямство, снижение адекватности реагирования или контролирования производимых действий и поступков.

При функциональном обследовании у 71,2% больных в записи ЭЭГ были выражены признаки ирритации гипоталамических структур, дезорганизации основного ритма, что характерно при СДВГ [3]. Ультразвуковая доплерография у 84,6% детей выявила нестабильность базилярного кровотока, интракраниальную венозную дисфункцию.

В лечение СДВГ показано назначение ноотропов мультимодального действия, таких как пирацетам, луцетам, пантогам, омарон. Наблюдение показало, что наиболее выраженный положительный эффект наблюдался при использовании луцетама у 15 детей, пантогама - 26 пациентов, омарона у 63 больных. В проводимом обследовании нами делался некоторый акцент на применение омарона, представляющего собой сбалансированную комбинацию пирацетама 400мг и циннаризина 25мг. Омарон повышает устойчивость мозга к гипоксии, обладает выраженным нейротропным действием, улучшает региональный кровоток [5]. Наблюдаемым 63 больным омарон назначался по 1 таблетке утром однократно, с продолжительностью лечения 5-8 недель. Длительность применения омарона обусловлена наличием отсроченного нейротрансмиссерного действия препарата. Для коррекции адаптивно-поведенческих нарушений омарон назначался в сочетании с глицином, атараксом, при вегетативных дисфункциях с тревожностью - с грандаксином. Редукция нервно-психических нарушений начиналась с второй-третьей недели приема омарона, наблюдалось повышение интеллектуальной активности и работоспособности, что не сопровождалось двигательным и психо-речевым возбуждением.

Данные функционального обследования до и после лечения омароном отразили улучшение у 34,6% детей - в записи ЭЭГ сглаживались признаки дисфункции срединно-стволовых структур, дезорганизации ритма, по результатам УЗДГ отмечалось уменьшение признаков дисгемии.

Стойкая ремиссия с нормализацией эмоционально-поведенческих параметров наблюдалась в течение 1,5-3 месяцев у 68,3% пролеченных пациентов и более шести месяцев у 20,2%. Побочных явлений на прием омарона, аллергических реакций, провокации пароксизмальных состояний не зафиксировано.

Заключение

Расстройства активности, внимания и поведения представляют серьезное заболевание детского возраста, связанное с нарушением лобно-стриарно-мозжечковых взаимоотношений, отличаются возрастными особенностями и стойкостью клинических проявле-

ний. Для детей с СДВГ характерны нарушения способности планирования, запоминания, адаптации, трудности в обучении и нейропротективная терапия является обязательным условием в лечение данного заболевания. При применении омарона, в моно- или политерапии, положительная динамика отмечена у более 80% больных, что свидетельствует о достаточной эффективности препарата, подтверждена его хорошая переносимость, сочетаемость с другими методами лечения, не наблюдалось побочных и нежелательных реакций, усиления гипервозбудимости, провокации судорожных проявлений.

Сведения об авторах статьи

Цыпина Лариса Григорьевна ассистент кафедры неврологии ИПО Башкирского Государственного медицинского университета, к.м.н., зав. отделением Детского центра психоневрологии и эпилептологии РКБ №2 г. Уфы
Адрес – 450009, г. Уфа, ул. Тихорецкая 10, Детский центр психоневрологии и эпилептологии
р.т. (347) 282-04-08, факс (347) 282-29-16

Новикова Лилия Бареевна д.м.н., зав. кафедрой неврологии и нейрохирургии ИПО БГМУ, профессор. Адрес – Уфа, 450106, ул. Батырская 39/2, Больница скорой медицинской помощи №22, т. 255-38-10

Ванзина Елена Анатольевна врач невролог Детского центра психоневрологии и эпилептологии РКБ №2, г. Уфа, ул. Тихорецкая 10, т. 282-04-08

Воронцова Людмила Михайловна врач невролог-эпилептолог Детского центра психоневрологии и эпилептологии РКБ №2, г. Уфа, ул. Тихорецкая 10, т. 282-25-20

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахутина Г.В. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов // Ахутина Г.В., Семаго М.М., Семаго Н.Я., и др./ М.-1999.-134с.
2. Баранов А.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: этиология, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). // Баранов А.А., Белоусов Ю.Б., Бычков И.П. и др. / Программа «Внимание», М. - 2007.-30с.
3. Журба Л.С. Клинико-генетические, УЗИ и ЭЭГ исследования синдрома гипервозбудимости ЦНС у детей раннего возраста // Журба Л.С., Тимонина О.В., Строганова Г.Н., Посикера И.И. / Методические рекомендации. М.-2000.-43с.
4. Заваденко Н.Н. Атомоксетин и пираретам в терапии гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей // Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю./ Ж. Неврол. и психиатр. 2008.-т.108.- №7.- с.43-47
5. Студеникин В.М. Перспективы применения в неврологии нового комплексного препарата ноотропного и сосудистого действия. // Медицинский вестник, №24 (409), 2007.
6. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: современное состояние проблемы и пути ее решения // Доклад Рассела Баркли / Русс. журн.детской неврологии.- 2006.-т.1.-в.1.-с.3-5.
7. Abicoff H, Klein R.G. Attention deficit hyperactivity and conduct disorder:comorbidity and implication for treatment. // J. Consult-Clin-Psychol., 1992, 60, 6, 881-892
8. Biederman J. Attention deficit hyperactivity disorder: a selective overview. Biol Psychiat 2005, 57, 1215-1220.