

ОПТИМИЗАЦИЯ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

УДК 616.8-08

© В. В. Глущенко

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Великий Новгород

Ключевые слова:

синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ); антидепрессанты; феварин; сертралин.

Резюме:

Цель исследования была направлена на оптимизацию внимания и эмоциональной сферы за счет снижения гиперактивности пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Оценивали динамику психического состояния в ходе лечения 78 пациентов методом синдромонаправленной фармакотерапии на фоне рациональной психотерапии с верификацией психометрическими тестами. Получено клиническое уменьшение импульсивности в поведении обусловленное уменьшением скоростных параметров принятия решения с увеличением концентрации внимания, что способствовало активации когнитивной сферы на фоне лечения антидепрессантами. Положительный поведенческий ответ и выравнивание внимания получено даже после месячного курса реабилитации. При исследованном варианте расстройства наиболее предпочтительными являются фармакологические средства, имеющие в спектре активности сочетание активирующего и антидепрессивного действия. К числу таких препаратов можно отнести феварин и сертралин.

Библиографическая ссылка:

Глущенко В. В. Оптимизация работоспособности пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью антидепрессантами // *Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии.* — 2010. — Т. 8, № 4 — С. 60–64.

зрения о СДВГ как о крайнем проявлении «активного» темперамента и СДВГ как психическое расстройство, начинающееся обычно в детском и подростковом возрасте (F90). Общий аспект разных подходов в том, что данный синдром отличает постоянство в различных ситуациях и с течением времени. Однозначно принято, что СДВГ это биопсихосоциальная проблема, при которой главные этиологические факторы — биологические, а основные прогностические — психосоциальные. Научно доказаны гипотезы о генетически обусловленных нарушениях функций нейротрансмиттерных систем дофамина и норадреналина, что не противоречит ни гипотезе о «крайнем» темпераменте, ни патогенезу психического расстройства [1]. Кроме того, положение о том, что СДВГ является продолжением спектра активного темперамента, не преуменьшает ни реальности нарушения, ни связанных с ним проблем, ни важности своевременного и эффективного вмешательства. Следует отметить, что при оценке «активного» темперамента используются одинаковые с СДВГ психологические характеристики, а именно: раннее начало чрезмерно активного, слабо поддающегося регуляции поведения с отсутствием настойчивости в выполнении задач. Динамические характеристики учитывают скорость когнитивных процессов, преобладающую модальность эмоции; выраженность и направленность вегетативного подкрепления эмоционального переживания; скорость двигательных актов, характеризующих быстроту появления ответа на раздражитель (сенсомоторная реактивность, активность, импульсивность) [2]. Понимая, что темперамент при СДВГ конституционален морфологически, биохимически, физиологически по механизму, генетически предопределен, концептуально возможно оценить влияние психофармакотерапии на акцентированные динамические характеристики. Цель проведенного исследования формулировалась как оптимизация внимания и эмоциональной

Терминологически в понятие «синдром дефицита внимания с гиперактивностью» (СДВГ) включается широкий спектр расстройств, среди которых точка

■ Таблица 1. Динамика изменения тяжести компонентов СДВГ в балах

Обследуемые подгруппы пациентов, получавшие		Компоненты СДВГ относительно лечения по шкале тяжести		
		Когнитивный	Поведенческий	Эмоциональный
Феварин (n=19)	До	3,84±0,09	2,54±0,15	1,78±0,18
	После	2,58±0,09*	0,77±0,15*	1,13±0,18*
Сертралин (n=20)	До	3,76±0,12	2,49±0,18	1,76±0,24
	После	2,68±0,12*	0,73±0,18*	1,05±0,24*
Сонапакс (n=20)	До	3,79±0,12	2,98±0,18	1,85±0,24
	После	3,95±0,12	0,59±0,12*	1,68±0,18
Контроль (n=19)	До	3,73±0,07	2,62±0,22	1,56±0,29
	После	3,80±0,07	1,87±0,22	1,66±0,29

Примечание. * $p < 0,05$ относительно показателя до лечения.

сферы за счет снижения гиперактивности пациентов, страдающих синдромом дефицита внимания с гиперактивностью. Поиск фармакологических композиций остановился на группе препаратов, которые оказывая влияние на медиаторные процессы организма, упорядочивали систему психического регулирования. Выбор препаратов диктовался известным фактом благоприятного влияния на гиперактивность нейрелептиков и антидепрессантов [3]. Динамика фармакотерапии изучалась при лечении 78 подростков, страдающих СДВГ. Подростки 13–15 лет через родителей обратились к психиатру Новгородского областного психоневрологического диспансера с жалобами на отказ от посещения школы; трудности сосредоточения, конфликты с учителями и родителями. Среди обследованных 42 (52,34%) юноши и 36 (47,66%) девушек. Традиционно психопатологическое обследование верифицировалось оценкой динамических показателей с использованием корректурной пробы (в нашем исследовании «тест Э. Ландольта») [4]. Оценка вегетативного обеспечения энергетических ресурсов организма проводилась при подсчете коэффициента К. Шипоша по тесту М. Люшера [5]. Оценивалась динамика эмоционального состояния по шкале самооценки уровня депрессии Цунга [6]. При психопатологическом обследовании подростков в структуре диагностированного синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (с учетом анамнестически-биографических данных) выделены следующие составляющие расстройства, а именно: нарушения поведения (моторно-наблюдаемый компонент СДВГ), когнитивная дисфункция и эмоционально-мотивационные изменения. К моторно-наблюдаемой гиперактивности были отнесены такие качественные и количественные нарушения двигательной активности, как постоянное беспокойство, суетливые движения руками, ногами; непоседливость; многоречивость; постоянная подвижность; нарушение последова-

тельности движений (дискоординация равновесия и мимики); дисфункция зрительно-пространственной координации движений. Дисфункция внимания верифицировалась показателями корректурной пробы, а эмоционально-мотивационные нарушения подтверждались данными теста М. Люшера и показателями самооценки по шкале депрессии Цунга. Проводился сравнительный анализ изменения психофизиологических показателей на фоне приема нейрелептика (сонапакс) и антидепрессантов (сертралин; феварин). Методом случайной выборки из числа подростков с СДВГ сформированы 4 подгруппы по 19–20 человек, 3 из которых в дальнейшем получали психофармакотерапию на фоне рациональной психотерапевтической коррекции и подгруппа без фармакотерапии на фоне психотерапии (контрольная). Лечение проводили терапевтическими дозами препаратов в течение месяца в виде монотерапии. Объективные показатели регистрировались до начала лечения и после. В сравнении с контрольной подгруппой все препараты проявили терапевтическое действие, степень которого была различна. Так, антидепрессанты (сертралин и феварин) достоверно уменьшили выраженность нарушений в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах, тогда как сонапакс проявил эффект только в отношении поведенческого (моторно-наблюдаемого) компонента, ухудшив при этом когнитивные показатели (табл. 1).

Выявлена положительная динамика клинического состояния с угасанием импульсивности и чрезмерной подвижности на фоне приема нейрелептиков, но с увеличением нарушений внимания. Антидепрессанты проявили сбалансированную эффективность на компоненты СДВГ, а именно моторно-наблюдаемая деятельность приобрела целенаправленный характер, а субъективно-когнитивный компонент по объективным характеристикам достоверно улучшился. Так, в динамике клинического со-

■ **Таблица 2.** Оценка клинического впечатления и общего впечатления пациента в баллах

Подгруппы пациентов, получавших	Баллы клинического впечатления	Баллы общего впечатления пациента	Критерий различия (t)	
			Клинического впечатления препарата по отношению к контролю	Общего впечатления пациента по отношению к контролю
Феварин (n = 19)	2,93 ± 0,09	2,78 ± 0,09	12,89*	12,37*
сертралин (n = 20)	2,80 ± 0,12	2,86 ± 0,12	11,43*	10,43*
Сонапакс (n = 20)	2,75 ± 0,12	2,69 ± 0,06	12,50*	18,51*
Психотерапия (контрольная, n = 19)	1,20 ± 0,07	1,16 ± 0,07		

Примечание. * p < 0,001 по отношению к контролю.

стояния при приеме феварина отмечено улучшение работоспособности, улучшение настроения, стабилизация двигательной активности. Родители отмечали улучшение коммуникативной функции. Клинически регистрировали выравнивание поведения, но сохранялась мотивационная неустойчивость, произвольность волевых усилий, отмечалось оживление идеаторных процессов, некоторая непоследовательность мышления. После приема феварина на фоне улучшения работоспособности уменьшилась раздражительность. Отмечалась тенденция к рационализации поступков, объяснения навязчивостей. На фоне приема сертралина родители отметили, что дети стали более сосредоточены и внимательны. Клинически отмечалось уменьшение эмоционального напряжения и беспокойства. При осмотре в динамике регистрировали редукцию эмоциональной неустойчивости с выравниванием поведения за счет организованности деятельности. При приеме сонапакса клинически отмечалось незначительное уменьшение эмоционального напряжения и беспокойства. Получена положительная динамика по шкале общего клинического впечатления на момент первого и повторного визита после лечения по степени тяжести расстройства во всех подгруппах по отношению к контрольной группе. Дополнительно на момент второго визита оценивалось общее клиническое впечатление — улучшение (по сравнению с состоянием пациента на момент первого визита) в баллах и общее впечатление пациента, когда высказывалась просьба оценить одним пунктом, лучше всего характеризующим то, как пациент в целом чувствовал себя с тех пор как он/она начал(а) принимать лекарство (табл. 2).

Качественная оценка баллов клинического впечатления отражает улучшение клинического состояния пациентов в подгруппах, получавших антидепрессанты, в отличие от контрольной группы. Достоверной разницы в клиническом впечатлении и в общем впечатлении пациентов между группами, принимающими разные препараты, не получено. Дети субъективно ощущали улучшение внимания,

работоспособности, активацию идеаторной и эмоциональной сферы. Отмечена положительная динамика работоспособности по всем показателям корректурной пробы на фоне приема антидепрессантов и снижение динамических показателей на фоне приема сонапакса. Динамика психофизиологического состояния, обусловленная эффектом антидепрессантов складывалась из увеличения продуктивности, т. е. количество работы (информации), выполненной (переработанной) в единицу времени, что отражает сбалансированность мыслительных процессов. В подгруппах, получавших феварин и сертралин, продуктивность возрастала преимущественно за счет увеличения концентрации внимания, что отражает показатель увеличения точности выполнения корректурной пробы (качественный показатель работы) и уменьшения скорости переработки информации, показателя, косвенно характеризующего функциональную подвижность и скоростные параметры принятия решения, что подтверждено тестом Э.Ландольта. Изменений психофизиологических показателей в контрольной группе не отмечалось (табл. 3).

Динамический качественный и количественный анализ эмоционально-вегетативного состояния с использованием метода цветового выбора, выявил активацию компенсаторных психофизиологических возможностей при монотерапии антидепрессантами (p < 0,05), что подтверждается изменением вегетативного тонуса в направлении трофотропной (парасимпатической) активности, поддерживающей гомеостаз и стабильность психофизиологического состояния, с уменьшением эрготропной (симпатической) активности, обуславливающей повышенную физическую деятельность с дисфункцией внимания при СДВГ. Не менялся цветовой выбор и коэффициент вегетативного тонуса в контролируемой группе. При качественной оценке цветового выбора в основных подгруппах, без достоверной разницы в цветовом выборе, следует отметить элементы компенсации за счет стремления к самоконтролю, смена вытеснения проблемы обе-

■ **Таблица 3.** Динамика показателей работоспособности и внимания по тесту Э. Ландольта

Группы пациентов, получавших	Относительно лечения	Число испытуемых в группе	Скорость переработки информации	Показатель средней продуктивности	Показатель средней точности
Феварин	До	19	0,96±0,06	64,80±4,65	0,67±0,03
	После		0,68±0,06*	78,07±6,89*	0,82±0,02*
Сертралин	До	20	0,86±0,06	72,27±6,18	0,73±0,05
	После		0,71±0,07*	91,78±7,22*	0,84±0,01*
Сонапакс	До	20	0,94±0,04	70,59±8,68	0,68±0,03
	После		0,85±0,05	58,05±6,50*	0,56±0,01*
Контроль	До	19	0,89±0,08	73,90±8,68	0,75±0,03
	После		0,86±0,09	74,52±9,91	0,78±0,05

Примечание. * $p < 0,05$ относительно показателя до лечения.

■ **Таблица 4.** Показатели коэффициента вегетативного тонуса (КВТ)

Подгруппы пациентов, получавших лечение	Относительно лечения	КВТ
Феварин (n=19)	До	1,98±0,13
	После	1,44±0,13*
Сертралин (n=20)	До	1,94±0,16
	После	1,34±0,10*
Сонапакс (n=20)	До	2,10±0,09
	После	1,75±0,09
Контроль (n=19)	До	1,87±0,29
	После	1,83±0,11

Примечание. * $p < 0,05$ относительно показателей до лечения.

■ **Таблица 5.** Показатели уровня депрессии по шкале самооценки относительно лечения

Подгруппы пациентов, получавших лечение	Относительно лечения	Показатель уровня депрессии
Феварин (n=19)	До	49,89±0,13
	После	31,44±0,13**
Сертралин (n=20)	До	51,94±0,16
	После	35,17±0,10**
Сонапакс (n=20)	До	47,98±0,09
	После	38,75±0,09*
Контроль (n=19)	До	45,86±0,29
	После	43,83±0,11

Примечание. * $p < 0,05$, ** $p < 0,001$ относительно показателей до лечения.

спокойствием своим состоянием, большей критичностью (предпочтение выбора +5+2) на фоне сохраняющихся трудностей социальной адаптации (табл. 4).

Восстановление эмоционального дисбаланса сопровождалось купированием депрессивной симптоматики. Так, антидепрессивный эффект проявили все препараты, но в разной степени. Феварин и сертралин близки по антидепрессивному эффекту, легкий антидепрессивный эффект отмечен и на фоне лечения сонапаксом (табл. 5).

Частичная редукция депрессивного симптомокомплекса подтвердила антидепрессивный эффект применяемых препаратов.

Итак, актуальность темы исследования обусловлена необходимостью разработки методологии процесса реабилитации детей, имеющих эмоциональные нарушения при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью. Генетически заданное или дизонтогенетически приобретенное ослабление или усиление функционирования систем приводит, взаимодействуя

с другими факторами, к формированию тех или иных темпераментно-эмоциональных predispositions, характер дальнейшего развития которых, в свою очередь, зависит от средовых факторов [1]. В психопатологическом статусе обследуемых пациентов отмечены выраженные нарушения внимания и поведения на фоне умеренно выраженных нарушений эмоциональной сферы. Особенности расстройства у детей обусловили методологию процесса реабилитации с использованием принципа сочетания синдроноплавленной фармакотерапии и психотерапевтической коррекции. Непосредственной целью терапии поведенческих, когнитивных и эмоциональных нарушений у детей с СДВГ явилось достижение стабильности и адаптивности поведения. Получено клиническое уменьшение импульсивности в поведении обусловленное уменьшением скоростных параметров принятия решения с увеличением концентрации внимания, что способствовало активации когнитивной сферы. Вновь приобретаемая регуляция значима для дальнейшего этапа развития функциональных возможностей системы психической адаптации. Антидепрессивный эффект препаратов, снимая эмоциональное напряжение и активируя когнитивную сферу расширяет дифференцированность мотиваций, как признак личностной зрелости. Лечение СДВГ антидепрессантами позволяет получить положительный когнитивный ответ и выравнивание поведения даже после месячного курса реабилитации. Таким образом, следует отметить целесообразность медикаментозного воздействия в рамках психотерапевтической коррекции поведения детей, имеющих синдром дефицита внимания с гиперактивностью. При исследованном варианте расстройства наиболее предпочтительными являются фармакологические средства, имеющие в спектре активности сочетание активирующего и антидепрессивного действия. К числу таких препаратов можно отнести фефарин и сертралин.

◆ Информация об авторах

Глуценко Вита Валентиновна — к. м. н., доцент кафедры неврологии и психиатрии Института медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, д. 41.
E-mail: vitaglu@mail.ru.

Литература

1. *Иващенко О. И.* Индивидуальные свойства темперамента как фактор риска развития некоторых нарушений поведения в онтогенезе // Матер. Рос. научн.-практ. конф. — М., 1996. — С. 151–154.
2. *Менделевич В. Д.* Психиатрическая пропедевтика: Практическое руководство. Изд. 2-е, доп. — М.: Техлит; Медицина, 1997. — 496 с.
3. *Шабанов П. Д.* Нейротропные средства. — СПб: Элбис-СПб, 2001. — 92 с.
4. *Сысоев В. Н.* Тест Э. Ландольта. Диагностика работоспособности: Метод. руководство. — СПб: Иматон, 2000. — 32 с.
5. *Собчик Л. Н.* Метод цветочных выборов: Метод. руководство. — М., 1990. — 87 с.
6. Психологические тесты / Под ред. А. А. Карелина: В 2 тт. — М.: Владос, 1999. — Т. 1. — 312 с.

OPTIMIZATION OF WORKING CAPACITY IN PATIENTS WITH SYNDROME OF ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY BY MEANS OF ANTIDEPRESSANTS

V. V. Glushchenko

◆ **Summary:** The aim of investigation was to optimize attention and emotional sphere of patients with syndrome of attention deficit and hyperactivity by means of antidepressants to decrease hyperactivity component of behavior. The dynamics of psychic state was evaluated in 78 patients by a method of syndrome-directed pharmacotherapy and rational psychotherapy with verification by psychometric tests. A clinical decrease of impulsivity of behavior due to reduction of velocity of decision acceptance with enlargement of attention concentration and activation of cognition processes as a result of therapy with antidepressants was revealed. A positive behavioral response and equitation of attention was registered after a month course of rehabilitation. The most preferable pharmacological agents to treat this state were the drugs combining activating and antidepressant activities in their spectrum. Fevarine and sertraline can be recommended as the drugs of choice.

◆ **Key words:** syndrome of attention deficit with hyperactivity (ADH); antidepressants; fevarine; sertraline.

Glushchenko Vita Valentinovna — MD, PhD (Neurology and Psychiatry), Assistant Professor, Department of Neurology and Psychiatry, Institute of Medical Education, Yaroslav Mydry Novgorod State University.
ul. B. St. Petersburgskaya, 41, 173003 Veliky Novgorod, Russia.
E-mail: vitaglu@mail.ru.