

acetazolamide responsive hereditary paroxysmal cerebellar ataxia to chromosome 19 p. Hum. Mol. Genet.; 1995; V. 4; P. 279–84.

24. Baloh R.W. and Winder A. Acetazolamide-responsive vestibulocerebellar syndrome: clinical and oculographic features. Neurology; 1991; V. 41; P. 429–33.

25. Hill W., Sherman H. Acute intermittent familial cerebellar ataxia. Arch. Neurol.; 1968; V. 18; P. 350–357.

26. Metabolic ataxias. In: Handbook of clinical neurology: Vinken PJ, Brunyn GW (Eds); 1975; V. 21; North Holland Publishing; Amsterdam; P. 573–585.

27. Farmer T.W. and Mustian V.M. Vestibulo-cerebellar ataxia: a newly defined hereditary syndrome with periodic manifestations. Arch. Neurol; 1963; V. 8; P. 471–80.

28. Vance J.M., Pericak-Vance M.A., Payne C.S. et al. Linkage and genetic analysis in adult onset periodic vestibulo-cerebellar ataxia: report of a new family. Am. J. Hum. Genet.; 1984; V. 36; P. 78S.

29. Steckley J.L., Ebers G.C., Cader M.Z., McLachlan R.S. An autosomal dominant disorder with episodic ataxia, vertigo, and tinnitus. Neurology; 2001; V. 57; P. 1499–502.

Пантокальцин в лечении синдрома гиперактивности и дефицита внимания

Н.М. Мусатова

Саратовская областная детская клиническая
больница, отделение неврологии

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) – довольно распространенное заболевание, по данным различных авторов, им страдают от 5 до 15 % детей дошкольного и школьного возраста. В Саратовской областной детской клинической больнице среди всех пролеченных за год больных до 17 % составляют дети с данным заболеванием. Так, за 2005 г. по поводу СДВГ получили лечение 137 детей в возрасте с 3 до 14 лет. Школьников было 92 человека, из них обучались по общеобразовательной программе 77 человек, по коррекционной – 13, по вспомогательной – два ребенка. Возраст остальных детей был от 3 до 7 лет.

Ретроспективный анамнез заболевания позволил выявить следующие причины отсутствия эффекта от лечения: позднее обращение за медицинской помощью – 11 %, неадекватное лечение (один курс в год, отсутствие комплексной терапии и преемственности между стационаром и поликлиникой и др.) – 48 %, социальные причины (невнимание родителей к здоровью своего ребенка, их неподготовленность к семейной жизни, конфликты в школе, в детском коллективе) – 22 %, сочетание многих причин – 19 % (рис. 1).

В неврологическом статусе, кроме нарушения поведения и внимания, нами были выявлены мозжечковые симптомы в виде легкой атаксии, гиперметрии, экстрапирамидные расстройства, которые проявлялись некоторой ригидностью при рисовании или письме, пирамидные нарушения в виде оживления сухожильных рефлексов, симптомы периферической цервикальной недостаточности. Выявленная очаговая неврологическая симптоматика, безусловно, свидетельствовала об органическом поражении головного мозга. Кроме типичных жалоб на повышенную активность, импульсивность, забывчивость, нам удалось выявить у больных головную боль, боль в области шеи, метеозависимость.

При специальном исследовании обнаружены изменения при электроэнцефалографии (ЭЭГ), у одних – в виде снижения порога судорожной готовности, у других зарегистрирована пароксизмальная активность (гиперсинхронные волны дельта- и те-

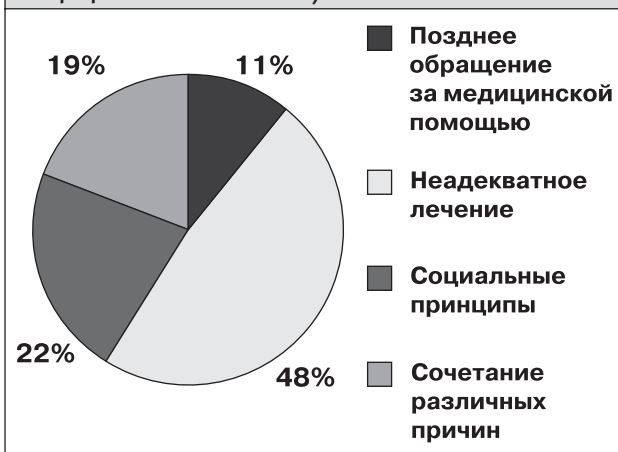
та-диапазона), у третьих – раздражение дизэнцефально-мезэнцефально-стволовых структур. Нормальной биоэлектрической активности на ЭЭГ не было ни у одного ребенка. При эхоэнцефалоскопии были обнаружены косвенные признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома. На реоэнцефалограмме при достаточном кровенаполнении по обоим бассейнам констатирована дистония сосудов головного мозга с нарушением оттока по одному или обоим бассейнам. По показаниям 13 детям разного возраста выполнена рентгенография шейного отдела позвоночника. При этом выявлены признаки натальной шейной травмы в виде лестничной деформации позвонков, сглаженности шейного лордоза. При внешнем осмотре у этих детей обнаружена гипотрофия мышц плечевого пояса, крыловидные лопатки, снижение мышечной силы в руках.

Все вышеизложенное позволило сделать вывод об органической причине СДВГ. Вместе с тем наследственный фактор у некоторых пациентов также имел место, так как у многих из них у ближайших родственников прослеживались те же признаки СДВГ. Акушерский анамнез матери и анамнез родов в большинстве случаев был отягощен. В новорожденном возрасте и на первом году жизни наши пациенты отличались беспокоем, нарушением сна, плохим аппетитом. В целом в этиопатогенезе СДВГ ведущую роль играют генетические и социальные факторы, а также перинатальные повреждения головного мозга. По поводу перинатальной энцефалопатии на первом году жизни получали лечение только 83 ребенка (60,6 %), причем только 30 % с соблюдением всех принципов диспансеризации, т. е. лишь 25 детей из 137 находились под пристальным вниманием педиатров и неврологов. Остальные дети «выпали» из-под контроля уже на первом полугодии жизни ввиду отсутствия явных признаков нарушений со стороны нервной системы. На проблемное поведение своих детей родители обратили внимание только тогда, когда ребенок пошел либо в детский сад, либо в школу.

Среди трудностей, с которыми сталкиваются родители детей с СДВГ, можно выделить три основных. **Первая проблема** – родителям трудно заподозрить наличие заболевания у своего ребенка, так как многие родители даже не подозревают о его болезни и склонны относить проявления гиперактивности или невнимательности детей за счет других факторов: характера, темперамента, эмоций, переходного возраста или просто непослушания. Многие из таких детей не наблюдаются регулярно ни у одного специалиста. За врачебной помощью родители обращаются от случая к случаю, порой по настоятельной просьбе воспитателя детского сада или школьного учителя. По некоторым данным, от 70 до 90 % детей с СДВГ остаются вообще без всякого лечения, наедине со своими проблемами, так как поддержки ни в семье, ни в школе гипердинамический ребенок не получает.

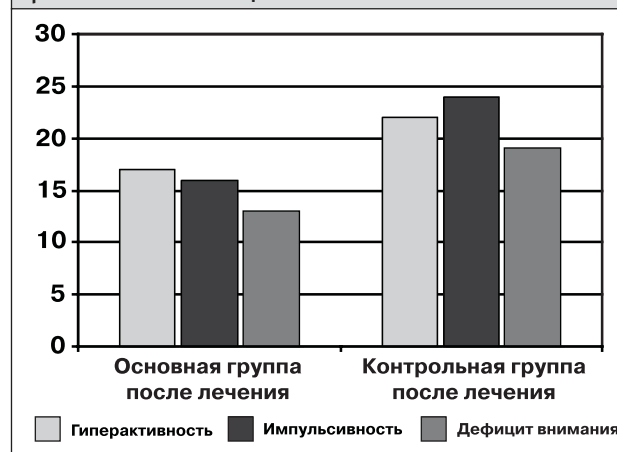
Есть ли какой-нибудь способ помочь этим детям? Это, прежде всего, правильное воспитание в семье, учитывающее особенности гиперактивных детей, психологическая коррекция, лечебное пи-

Рис. 1. Причины отсутствия эффекта от лечения СДВГ (по данным ретроспективного анализа)



тание (диета) и лечебная физкультура. Поставить диагноз и назначить индивидуальное лечение (коррекцию) может только специалист. В то же время большую часть времени маленький пациент проводит в коллективе, и от того, каковы его взаимоотношения в семье и со сверстниками, зависит очень многое, в т. ч. и эффективность лечения. Среди основных рекомендаций [1] можно выделить несколько: в первую очередь необходимо уделить внимание той обстановке, которая окружает ребенка дома, в школе, детском саду. У детей с СДВГ очень высокий порог чувствительности к отрицательным стимулам, а потому слова «нет», «нельзя», «не трогай», «запрещаю» для них, по сути дела, пустой звук. Они не восприимчивы к выговорам и наказанию, но зато очень хорошо реагируют на похвалу, одобрение. Необходимо следить и за общим психологическим микроклиматом в семье. Организация всей жизни должна действовать на ребенка успокаивающе. За любой вид деятельности, требующий от ребенка концентрации внимания (приготовление домашнего задания, чтение, игра с кубиками, раскрашивание, уборка дома и т. п.), должно обязательно следовать поощрение. Гиперактивный ребенок не переносит большого скопления людей. Следует следить и оберегать детей с СДВГ от переутомления, так как это приводит к снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности. Специалистами была разработана система своеобразной

Рис. 2. Динамика встречаемости основных симптомов СДВГ при лечении Пантокальцином



«скорой помощи» при работе с гиперактивным ребенком. Вот главные ее постулаты:

- отвлечь ребенка от капризов;
- поддерживать дома четкий распорядок дня;
- предложить выбор (другую возможную в данный момент деятельность);
- задать неожиданный вопрос;
- отреагировать неожиданным для ребенка образом (пошутить, повторить действия ребенка);
- не запрещать действие ребенка в категоричной форме;
- не приказывать, а просить (но не заискивать);
- выслушать то, что хочет сказать ребенок (в противном случае он не услышит вас);
- автоматически, одними и теми же словами повторять многократно свою просьбу (нейтральным тоном);
- сфотографировать ребенка или подвести его к зеркалу в тот момент, когда он капризничает;
- оставить в комнате одного (если это безопасно для его здоровья);
- не настаивать на том, чтобы ребенок во что бы то ни стало принес извинения;
- не читать нотаций (ребенок все равно их не слышит).

Вторая проблема состоит в том, что СДВГ – состояние пограничное. Практикующие врачи до сих пор спорят, у кого должны находиться на учете дети с таким диагнозом: у психиатра или невролога. Возможно, низкая выявляемость СДВГ об-

Информация о препарате

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА

Ноотропное средство.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА

Являясь естественным метаболитом ГАМК в нервной ткани, в отличие от других ГАМК-производных ноотропных препаратов, проникает через гематоэнцефалический барьер и оказывает выраженное воздействие на функциональную активность ЦНС. Препарат сочетает стимулирующую активность в отношении различных проявлений церебральной недостаточности экзогенно-органического генеза с мягким психостимулирующим, умеренным седативным, противосудорожным и дезинтоксикационным эффектами. Наряду с нейрометаболическим, обладает нейротрофическим и нейротрофическим эффектом.

ПОКАЗАНИЯ

Пантокальцин применяют у детей при умственной недостаточности, задержке психического и речевого развития, церебрастеническом синдроме. Препарат назначают в качестве корректора побочных действий антипсихотических средств, в т. ч. нейролептического экстрапирамидного синдрома, эпилепсии (в составе комплексной терапии), остаточ-

ПАНТОКАЛЬЦИН® (ОАО «Щелковский витаминный завод»)

Гопантеновая кислота

Таблетки 250 мг

ных проявлениях перенесенной нейроинфекции, поствакцинальном энцефалите, черепно-мозговой травме, церебральной органической недостаточности у больных шизофренией (в составе комплексной терапии), гиперкинезах, расстройствах мочеиспускания (энурез, дневное недержание мочи, поллакиурия, императивные позывы и др.). Препарат показан при подкорковых гиперкинезах различной этиологии.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Внутрь через 15–30 минут после еды. Разовая доза для взрослых – 0,5–1 г, для детей – 0,25–0,5 г, суточная доза для взрослых – 1,5–3 г, для детей – 0,75–3 г. Курс лечения составляет 1–4 месяца, иногда – до 6 месяцев.

Разделы: Побочные действия, Противопоказания, Взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

Производитель: 141100, Щелково-1, Московская область, ул. Фабричная, 2

Тел.: (495) 933-4862, факс: (495) 933-4863

Регистрационный номер: РН 001397/01-2002

условлена и тем, что не все родители соглашались наблюдаться у психиатра, опасаясь «клейма» для своего ребенка на всю жизнь. Лечение у невролога в данном случае, по их мнению, более предпочтительно. Мы считаем, учитывая органическое происхождение синдрома, диспансеризацией и лечением детей с СДВГ должны заниматься неврологи. Необходима лишь консультация психиатра для коррекции отдельных психологических нарушений, если они имеют место.

Третья проблема – это эффективное лечение, адекватное по длительности курса и с соблюдением принципа преемственности. Помимо проблемы переносимости препаратов при их длительном приеме (некоторые из них имеют нежелательные побочные эффекты), существует проблема комплаентности, так как некоторые дети часто склонны прекращать лечение назначенными им препаратами через несколько дней или заменять их на другие.

Учитывая, что в патогенезе СДВГ играет роль дисфункция цепи между подкорковыми структу-

рами и фронтальной корой – звеном, обеспечивающим моторную регуляцию селекции действий, в комплекс лечения должны включаться стимуляторы нейромедиаторных систем, каковыми являются ноотропы.

В своей практике мы использовали комбинированную терапию с одним или двумя ноотропами в сочетании с витаминами группы В, аминокислотами, массажем, физиотерапией, иглорефлексотерапией, психотерапией. Не все комбинации ноотропов были удачными: сочетание одних из них приводило к улучшению памяти и внимания, но усиливалась импульсивность поведения и суетливость; другие препараты оказывали нежелательный выраженный седативный эффект. Наилучший результат наблюдался у детей, получавших в качестве ноотропного препарата Пантокальцин, который широко используется в детской практике при различных заболеваниях: синдроме дефицита внимания с гиперактивностью [2]; синдроме Туретта [3]; астеноневротическом синдроме; церебрастениче-

Универсальный ноотропный препарат

ПАНТОКАЛЬЦИН®
tabulettae calcii hopantenatis 0,25



Улучшает работу мозга

- + Мягкий седативный эффект
- + Противосудорожный эффект
- + Снижение уровня агрессивности
- + Уменьшение реакции на болевые раздражения
- + Повышение устойчивости организма к гипоксии
- + Высокая безопасность

ском синдроме вследствие черепно-мозговой травмы, интоксикации; перинатальной энцефалопатии; умственной отсталости различной степени; задержках развития (психического, речевого, моторного или их сочетания); в составе комплексной терапии различных форм детского церебрального паралича; при заикании (преимущественно клоническая форма); эпилепсии (особенно полиморфные приступы и малые эпилептические припадки). Пантокальцин применяется при психоэмоциональных перегрузках, снижении умственной и физической работоспособности (для повышения концентрации внимания и улучшения запоминания) [4].

В своей практике мы с успехом применяем Пантокальцин уже в течение двух лет. В данном исследовании было проанализировано 56 историй болезни детей с СДВГ. Из них 28 детей получали в качестве ноотропной терапии Пантокальцин. Продолжительность лечения (в стационаре и амбулаторно) составляла от двух до четырех месяцев в зависимости от показаний. Пациенты получали курс препарата согласно возрастной норме по 0,25–0,5 г трижды в день. Контрольную группу составили 28 детей, получавших другие ноотропы. Для сравнения эффективности терапии было выбрано три основные жалобы: гиперактивность, импульсивность, дефицит внимания.

По окончании курса лечения в группе Пантокальцина положительные результаты наблюдались в

среднем у 42 %, а в контрольной группе у 22 % детей. Положительным результатом считалось уменьшение степени выраженности симптомов, но не купирование их на 100 %. После курса лечения Пантокальцином равномерно уменьшалась выраженность всех трех ведущих симптомов СДВГ (рис. 2).

По отзывам воспитателей и учителей, дети становились более адаптированными в коллективе, улучшилось взаимоотношение со сверстниками, повысилась успеваемость. Сами родители отмечали, что им «стало легче» в общении со своими детьми, улучшилось взаимопонимание между членами семьи.

Побочного действия Пантокальцина ни в одном случае обнаружено не было. Он совместим с другими препаратами, безопасен при длительном применении. Таким образом, Пантокальцин высокоэффективен в комплексном лечении СДВГ и может успешно использоваться в детской практике.

Литература

1. Общие рекомендации родителям ребенка с СДВГ. Доступно на www.adalin.mospsy.ru/l_02_00/l_02_07e.shtml
2. Заваденко Н. Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей // РМЖ. 2006. Т. 14. № 1. С. 51–56.
3. Зыков В. П. Диагностика и лечение тиков и синдрома Туретта у детей // РМЖ. 2006. Т. 14. № 4. С. 333–336.
4. Сосина В. Б. Возможности и перспективы применения Пантокальцина в клинической практике // РМЖ. 2006. Т. 14. № 2. С. 109–111.