

УДК 616.89-02-085

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**В.В.Глущенко***Институт медицинского образования НовГУ, vitaglu@mail.ru*

Продемонстрирована эффективность использования психофармакологического метода коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью. Обсуждены результаты психопатологического и электроэнцефалографического методов контроля фармакотерапии. Доказано благоприятное влияние фармакологических средств, имеющих в спектре активности сочетание активирующего, умеренного анксиолитического и антидепрессивного действия.

Ключевые слова: психофармакотерапия; синдром дефицита внимания с гиперактивностью

This text is devoted to the methods of psychopharmacology, using for treatments of the «Attention-Deficit Hyperactivity Disorder». The outcomes of psychopathologic and electroencephalography methods of the drug treatment control are discussed. Favorable pharmacological effects of psychotropic drugs with promote, anxiolytic and antidepressant action are proved.

Keywords: psychotropic drugs treatment; attention-deficit hyperactivity disorder

Специфика диагностических и терапевтических подходов в психиатрии предполагает принцип мультимодальности, когда интеграция информации проводится в разных аспектах плоскости данных, а субъективные характеристики психологических феноменов сопоставляются с объективными физическими параметрами и механизмами, например биоэлектрогенеза. Клиническая картина синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) включает, помимо отсутствия целенаправленного внимания с невозможностью привлечь пациента к необходимой деятельности, чрезмерную подвижность с дискоординацией движений, импульсивность.

В нашем исследовании из 238 детей 12-16 лет подобная клиническая картина дифференцировалась по следующим патогенетическим формам: нозологическая форма СДВГ (F90 по МКБ-10) — 27%; синдромологическая форма (при специфическом расстройстве развития моторной функции — 18%, при тревожно-депрессивных состояниях — 21%); соматогенные формы при физических расстройствах (кардиологические заболевания; нарушения слуха, зрения, эндокринопатии) — 6%; поведенческие формы при проблемах воспитания (раздел Z 55-Z 73 по МКБ-10) — 23%; эндоформные варианты при психотических расстройствах — 1%; лекарственно обусловленный синдром — 4%.

Согласно американской классификации болезней DSM-IV выделяют три варианта нарушения активности внимания: синдром, сочетающий дефицит внимания и гиперактивность; синдром дефицита внимания без гиперактивности; синдром гиперактивности без дефицита внимания. В нашем исследовании все варианты были равно представлены при разных формах СДВГ. Конкретно-практический подход, применяемый в психиатрии, обуславливает необходимость определения критериев, по которым следует оценивать оптимальный уровень эффективности фармакотерапии. Следует отметить, что среди объективно регистрируемых показателей полезна информативность электроэнцефалографического исследования и психометрических методов (во всем многообразии конкретных методик). Принципиальным является возможность качественной и количественной характеристики в единой системе измерения и в разной степени выраженности психических состояний.

В ходе формирования информационного массива проводился текущий статистический анализ информации. Показатели электроэнцефалограммы (ЭЭГ), отражающие механизмы генерации активности мозга, электрической суммации и фильтрации элементарных процессов, протекающих в нейронах головного мозга, обрабатывались методом спек-

трального анализа по частотной составляющей. Дополнительно анализировалась пространственная организация ритмов. Запись ЭЭГ проводилась с помощью униполярных (активный и индифферентный) электродов, накладываемых попарно и симметрично в лобно-полюсных, лобных, центральных, теменных, височных и затылочных областях мозга по системе «10-20»; использовалась запись с помощью 19 электродов и компьютерная обработка программным обеспечением нейрокатографа фирмы «МБН» [1]. Клинико-психопатологическое обследование включало дополнительное использование метода цветочных выборов [2], методики «кольца Ландольта» [3], шкалы оценки уровня реактивной тревожности [4].

Весь информационный массив был распределен на основную часть, служившую исходным материалом для формулировки правил классификации СДВГ с использованием характеристик клинического состояния, психологических функций, и специальные, формировавшиеся в результате апробации различных лечебных воздействий для уточнения выдвинутых в ходе исследования рабочих гипотез и поиска частных закономерностей на относительно небольших выборках.

Традиционный психопатологический анализ тяжести расстройства по шкале общего клинического впечатления (PNSS) выявил вовлечение в патологический процесс аффективной сферы наряду с нарушениями внимания и поведения при синдромах с гиперактивностью ($3,63 \pm 0,06$ по степени тяжести относительно $1,60 \pm 0,06$ при синдроме дефицита внимания без гиперактивности при $p < 0,05$). В результате патопсихологического обследования выявлен общий депрессивно-тревожный радикал, на фоне которого нарушался регуляторный механизм психической активности, что верифицировалось электроэнцефалографическим методом (ЭЭГ) [1]. Так, по данным спектрального анализа показателей ЭЭГ отмечался двухмодальный альфа-ритм частотой 10-11 Гц с усилением мощности спектра альфа-ритма в лобно-центральных отведениях при всех формах и вариантах СДВГ (до $20,02 \pm 1,93$ относительно показателя нормы: до $14,77 \pm 1,92$ при $p < 0,05$). Показатель вегетативного тонуса отражал эрготропный тип эмоционально-вегетативного реагирования с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы в группе пациентов, что обуславливало физическую активность, моторную возбудимость с нарушением продуктивной концентрации внимания [2]. Средний показатель вегетативного тонуса для группы пациентов $1,41 \pm 0,16$ относительно показателя для группы здоровых $0,98 \pm 0,14$ при $p < 0,05$.

Поиск фармакологических композиций со сбалансированным действием на разные компоненты СДВГ остановился на группе препаратов, которые, оказывая влияние на медиаторные процессы организма, упорядочивали систему психического регулирования. Выбор препаратов диктовался известным фактом благоприятного влияния на синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Проводился сравнительный анализ эффективности пси-

хостимуляторов (стратера), нейролептиков (сонапакс), антидепрессантов (феварин и сертралин). Методом случайной выборки из числа подростков с СДВГ сформированы четыре подгруппы, которые в дальнейшем получали психофармакотерапию, и плацебо-контролируемая подгруппа. Пролечено 84 подростка с СДВГ, равномерно распределенные по 5 группам по 16-18 человек. Лечение проводили терапевтическими дозами препаратов в течение месяца в виде монотерапии. Объективные показатели регистрировались до начала лечения и после. В сравнении с плацебо-контролем все препараты проявили терапевтическое действие, степень которого была различна. Выявлена положительная динамика клинического состояния с угасанием импульсивности и чрезмерной подвижности на фоне приема нейролептиков, но с увеличением дискоординации движений и нарушений внимания. При применении стратеры улучшалось когнитивное функционирование, но усиливалась чрезмерная подвижность и суетливость. 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, динамика психофизиологического состояния складывалась из увеличения скорости переработки информации, показателя, косвенно характеризующего функциональную подвижность и скоростные параметры принятия решения (от $0,69 \pm 0,06$ до $0,86 \pm 0,07$ по тесту Ландольта). Отмечено увеличение уровня продуктивности, т.е. количество работы (информации), выполненной (переработанной) в единицу времени, что отражает ускорение протекания мыслительных процессов (от $64,80 \pm 4,65$ до $88,07 \pm 6,89$). В подгруппе, получавшей стратеру, продуктивность возрастала преимущественно за счет увеличения скорости обработки зрительной информации в единицу времени (количественный показатель увеличения функциональной подвижности нервных процессов), в подгруппах, принимавших антидепрессанты, — за счет увеличения концентрации внимания, что отражает показатель увеличения точности выполнения корректурной пробы (качественный показатель работы) от $0,74 \pm 0,03$ до $0,86 \pm 0,02$ при $p < 0,05$ относительно плацебо.

Актуальное эмоциональное состояние достоверно улучшалось по шкале депрессии и шкале Спилберга—Ханина в группах, получавших антидепрессанты и нейролептики с антидепрессивным эффектом ($p < 0,05$ относительно показателей до лечения). Отмечено улучшение электроэнцефалографических показателей в группах, получавших терапию антидепрессантами, по сравнению с плацебо-контролем в направлении пространственной организации активности за счет достоверного повышения представленности альфа-ритма в теменно-затылочных отведениях без увеличения количественной составляющей альфа-ритма, что отражает положительную тенденцию к зрелой организации мозговых систем. Кроме того, изменяется частотный индекс в сторону бета-

активности нормы от низкочастотной дизритмии (индекс бета-активности повысился от $0,37 \pm 0,05$ до $0,54 \pm 0,07$ при $p < 0,05$ относительно лечения). Известно, что степень выраженности высокочастотной активности соотносится с показателями когнитивных функций и имеет связь с тормозной нейромедиаторной системой [1].

Итак, в результате исследования отмечена эффективность антидепрессантов по сравнению с психостимулирующим и нейролептическим препаратом по оптимальному балансу клинико-психопатологической динамики, верифицированной данными ЭЭГ. Следует отметить значимость факта элективности воздействия при восстановлении баланса когнитивного, аффективного и моторно-наблюдаемого компонента при лечении СДВГ. Таким

образом, при исследованном варианте расстройства наиболее предпочтительными являются фармакологические средства, имеющие в спектре активности сочетание активирующего, умеренного анксиолитического и антидепрессивного действия. К числу таких препаратов можно отнести феварин и сертралин.

1. Иванов Л.Б. Прикладная компьютерная электроэнцефалография. М.: АОЗТ «Антидор», 2000. С.50-69.
2. Собчик Л.Н. Метод цветных выборов: Метод. руководство. М., 1990. 87 с.
3. Сысоев В.Н. Тест Э.Ландольта. Диагностика работоспособности. Метод. руководство. СПб.: ИМАТОН, 2000. 32 с.
4. Психологические тесты: В 2 т. / Под ред. А.А.Карелина. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. Т.1. С.39-45.