

Синдром Дефицита Внимания и Гиперактивности

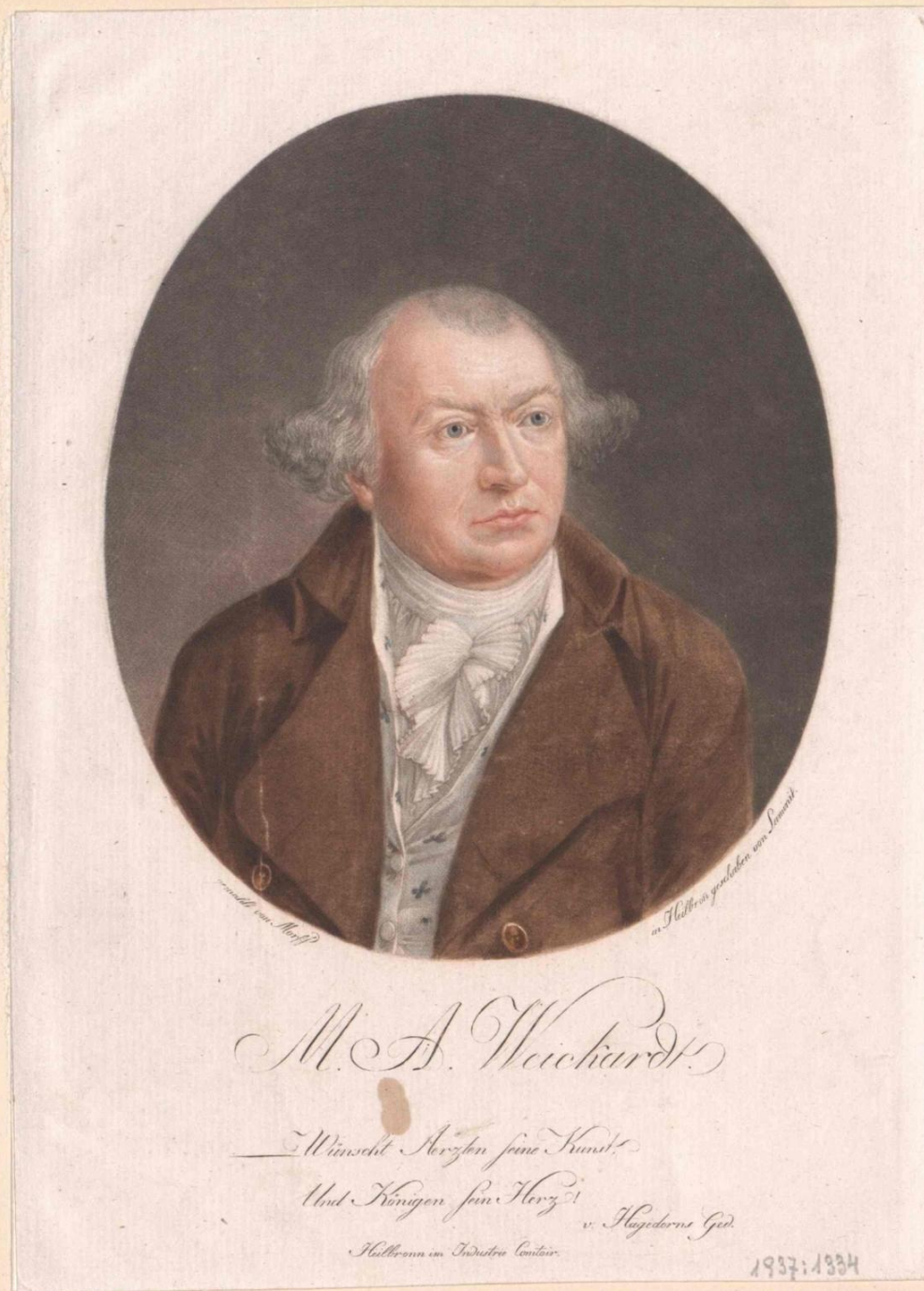
ADHD

История СДВГ – XVIII век

1775 год – Мельхиор Адам Вейкард – первое описание СДВГ

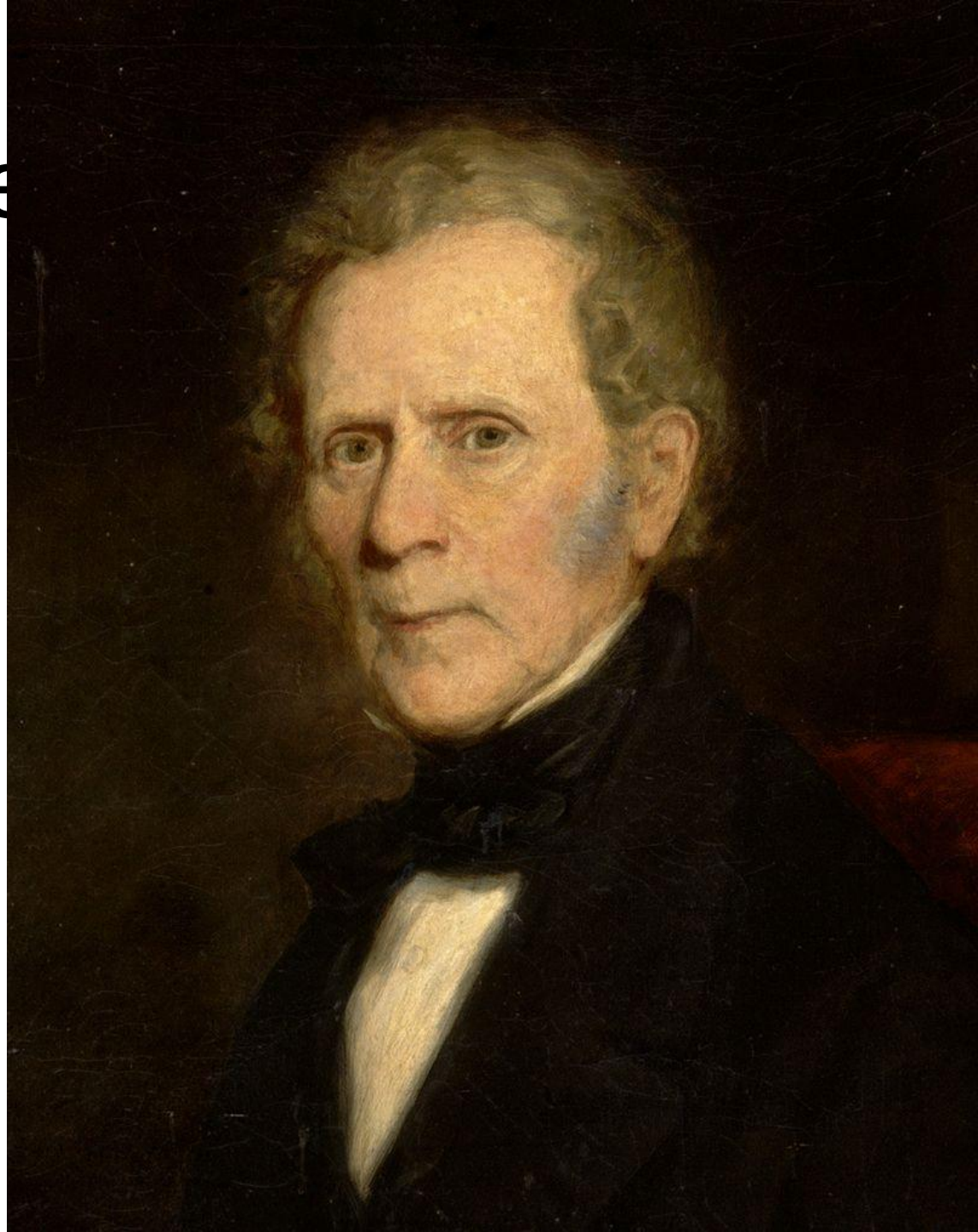
описываются невнимательные, легко отвлекаемые, испытывающие недостаток в настойчивости, чрезмерно активные и импульсивные взрослые и дети

лечение: простокваша, растительные экстракты, катание на лошадях, изоляция



История СДВГ – XVIII ве

1798 год – Александр Крейтон
выделил 2 типа расстройств
внимания: СДВГ и Низкий темп
деятельности



История СДВГ – XIX век



See the naughty restless child
Growing still more rude and wild,
Till his chair falls over quite.
Philip screams with all his might,
Catches at the cloth, but then
That makes matters worse again.
Down upon the ground they fall,
Glasses, plates, knives, forks and all.

Генрих Хоффман – Беспокойный Фил и Джонни Витающий-в-
облаках

Philip is in sad disgrace.

Nach dem blauen Himmel hoch
sah er, wo die Schwalbe flog,
also daß er kerzengrad
immer mehr zum Flusse trat.
Und die Fischlein in der Reih
sind erstaunt sehr, alle drei.

Noch ein Schritt! und plumps! der Hanns
stürzt hinab kopfüber ganz! –
Die drei Fischlein, sehr erschreckt,
haben sich sogleich versteckt.

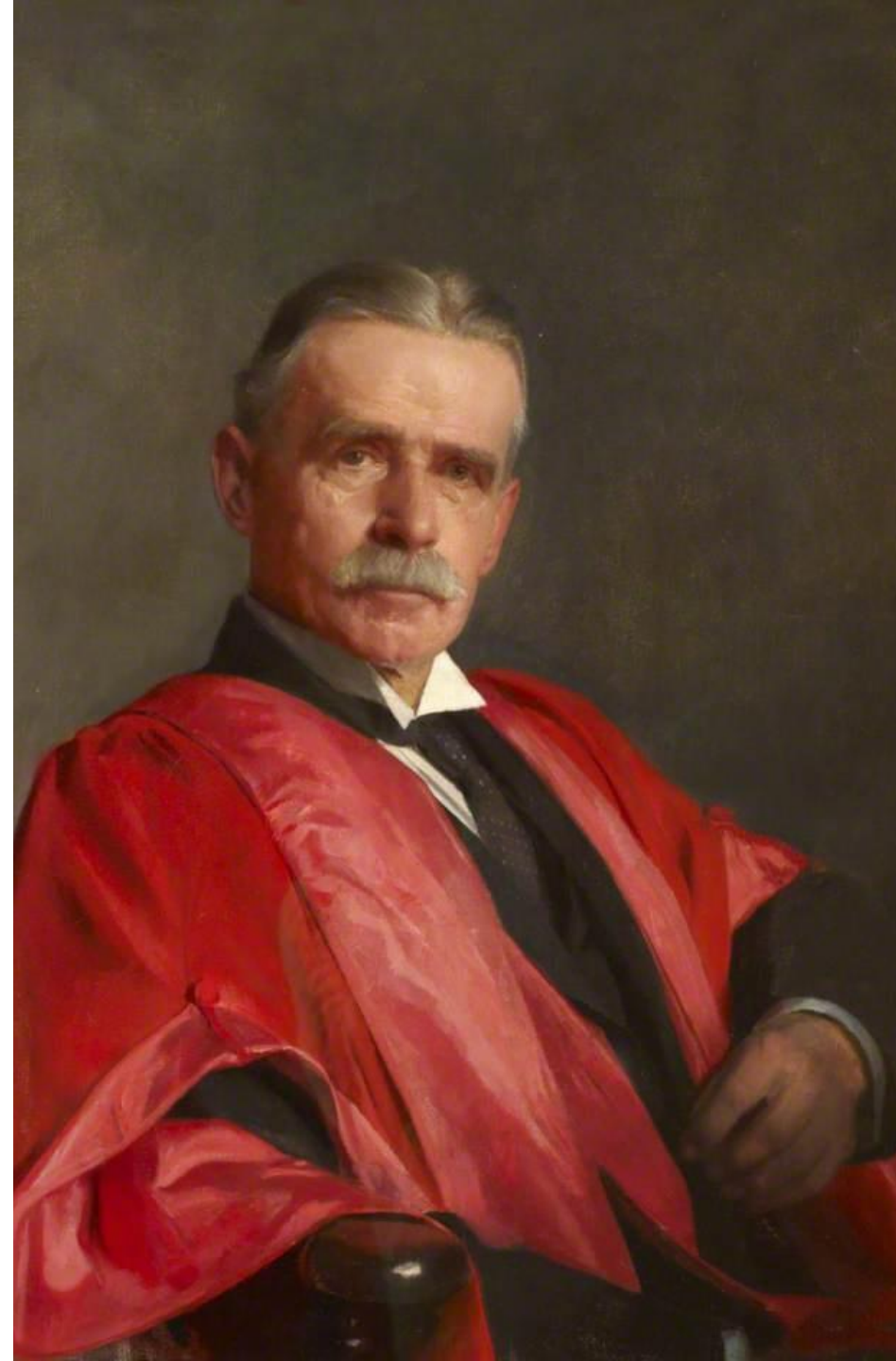


История СДВГ – 1900-1959 годы

1902 год – Джордж Стилл – первое
подробное описание СДВГ

постоянное внимание является
основой «морального контроля
поведения»

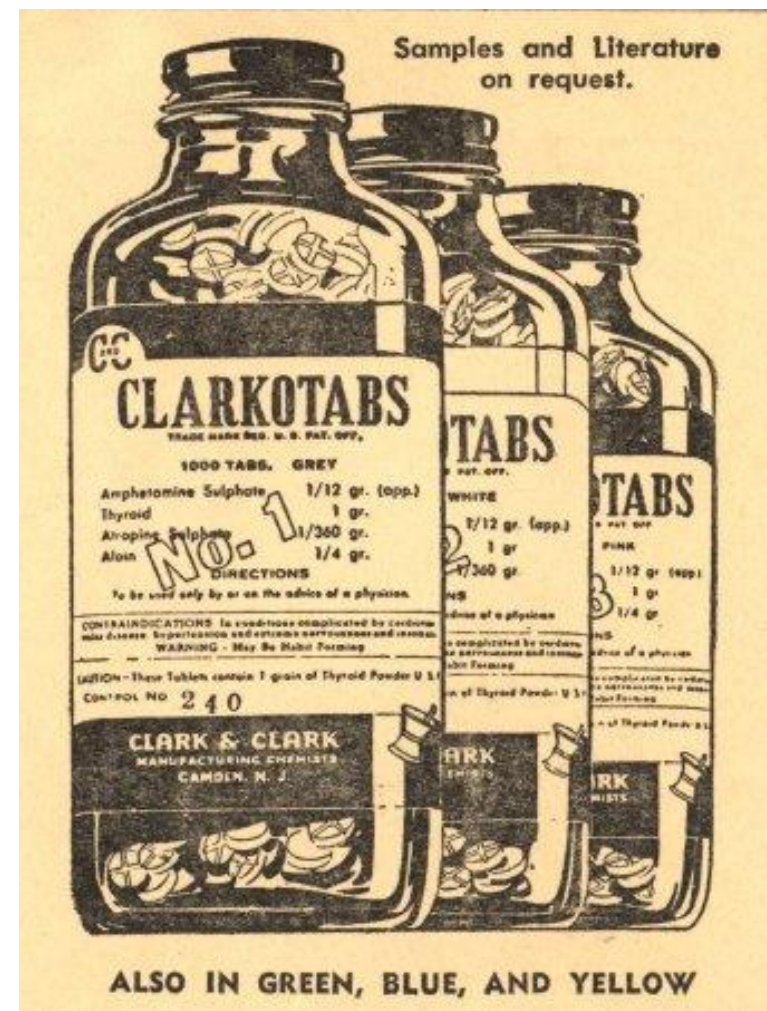
патология связана с заболеванием
головного мозга



История СДВГ – 1900-1959 годы

Другие события:

- возникновение «минимальной мозговой дисфункции»;
- зарождение фармакотерапии для лечения детей;
- появление гиперкинетического синдрома.



История СДВГ – 60-е

- закат ММД и рассвет Гиперактивности

В конце 1950-х и начале 1960-х годов критические обзоры начали подвергать сомнению концепцию унитарного синдрома повреждения головного мозга у детей

- смещение акцента на гиперактивность



Стелла Чесс

История СДВГ – 70-е

- расширение определяющих признаков гиперактивности;
- сформулирована первая наиболее достоверная для того времени модель гиперактивности (Вирджиния Дуглас, 1980):
 1. дефицит организованности, внимания, усилий ;
 2. дефицит тормозящего ответа на импульсы;
 3. недостаточность коррекции порога возбуждения от импульсов, предназначенных для удовлетворения сиюминутных потребностей;
 4. необычайно сильная склонность к немедленному подкреплению;

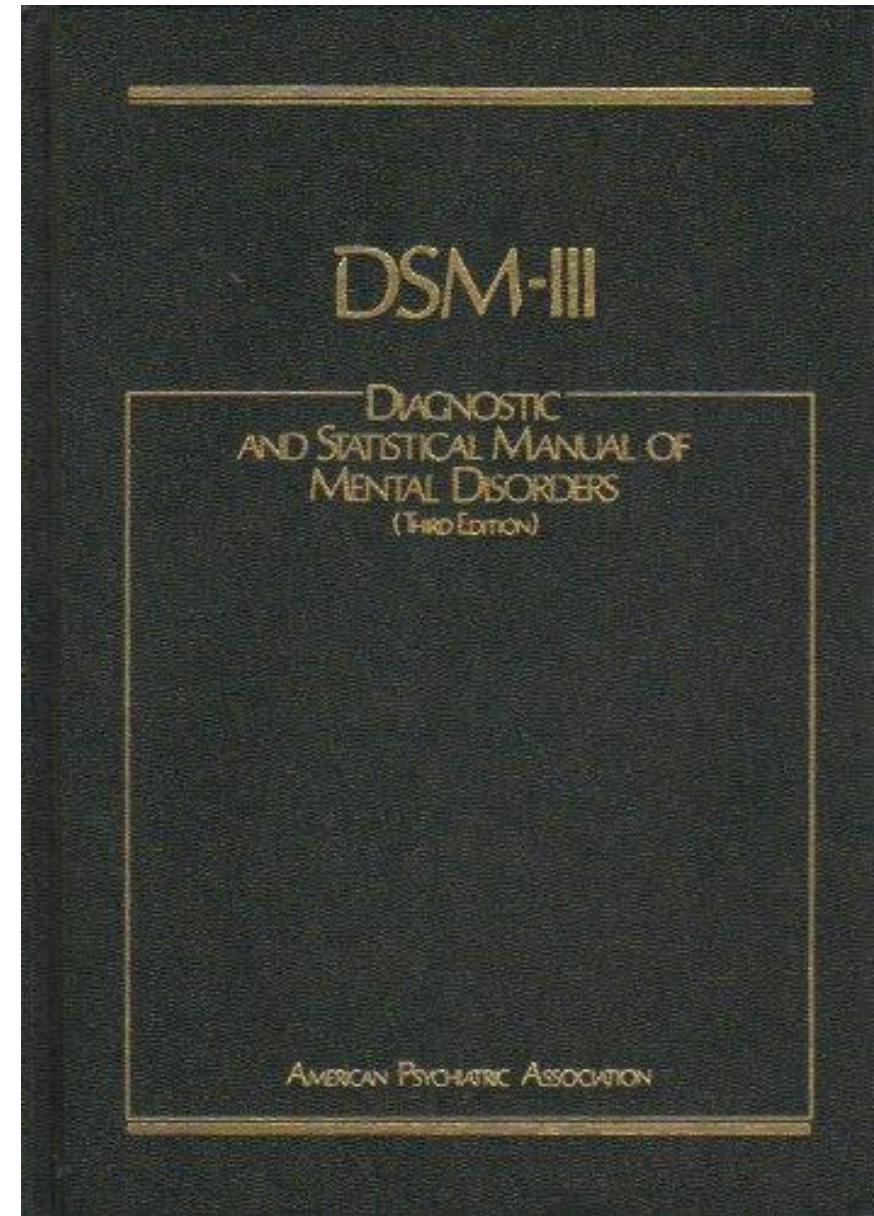
История СДВГ – 70-е

- расцвет медикаментозной терапии;
- теория об окружающей среде как этиологическом факторе;
- начало применения модификации поведения;
- зарождение критериев оценки;
- акцент на психофизиологии;
- возникновение интереса к ММД или гиперактивности у взрослых.



История СДВГ – 80-е

- создание Синдрома дефицита внимания;
- разработка научно-диагностических критериев;
- создание подтипов СДВ;
- СДВ становится СДВГ;
- СДВГ рассматривается как синдром дефицита мотивации.



История СДВГ – 80-е

Другие события периода:

- возрастает значение социальной экологии;
- создание мотивационной теории Грея
 - система поведенческого торможения
 - система поведенческой активации
- описание этиологии – нарушения в кортикально-лимбической системе, дефицит нейромедиаторов;
- изменения научной оценке СДВГ;
- начало применения КПТ, антидепрессантов, пролепранта



История СДВГ – 90-е

- СДВГ развивается в результате неврологических и генетических факторов;
- рост популярности фармакотерапии;
- появление акцента на коморбидности;
- выявлен СДВГ девочек и взрослых.



История СДВГ – 21 век

- бурный рост числа исследований в области наследственности, молекулярной генетики, нейровизуализации результатом которых стало признание СДВГ как наследственной патологии;
- дополнены и уточнены существующие модели СДВГ;
- развивается медикаментозная терапия;
- СДВГ – патология, связанная с дефицитом тормозного влияния и исполнительной дисфункцией.



Классификация СДВГ – DSM-5

В DSM-5 выделяется **3 основных** типа расстройства и **2 дополнительных**:

- Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: **преобладание дефицита внимания** — СДВГ-ПДВ или СДВГ-ДВ (код 314.00)
- Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: **преобладание гиперактивности и импульсивности** — СДВГ-ГИ или СДВГ-Г (код 314.01)
- Расстройство дефицита внимания/гиперактивности: **смешанный тип** — СДВГ-С (код 314.01).
- **Другое уточнённое** расстройство дефицита внимания/гиперактивности (код 314.01).

• **Уточнённое** расстройство дефицита

Классификация СДВГ – МКБ-10

F90 - Гиперкинетические расстройства

- F90.0 - Нарушение активности и внимания
- F90.1 - Гиперкинетическое расстройство поведения
- F90.8 - Другие гиперкинетические расстройства
- F90.9 - Гиперкинетическое расстройство неуточненное

Классификация СДВГ МКБ-11

6A05 – Синдром дефицита внимания и гиперактивности

- 6A05.0: Представлена преимущественно невнимательность.
- 6A05.1: Представлена преимущественно гиперактивность-импульсивность.
- 6A05.2: Смешанный тип.
- 6A05.Y: Другой уточнённый тип.
- 6A05.Z: Неуточнённый тип.

Распространенность

По данным для населения Соединённых Штатов, это расстройство присутствует у 3—5 % людей, включая как детей, так и взрослых. СДВГ чаще встречается у мальчиков. Относительная распространённость среди мальчиков и девочек колеблется от 3:1 до 9:1, в зависимости от критериев диагноза, методов исследования и групп исследования (дети, которых направили к врачу; школьники; население в целом).



Распространенность

Гарвардское исследование 2006 года, включившее немногим более 3 тысяч человек, позволило его авторам рассчитать ожидаемую распространенность СДВГ в 4,4% во взрослой популяции. Более высокая распространенность СДВГ выявлялась, если обследуемый являлся мужчиной, этническим европейцем, безработным и женатым в прошлом.



Диагностика по DSM-5

Симптомы СДВГ должны наблюдаться в разных ситуациях и обстановке. Для постановки диагноза необходимо **наличие 6 симптомов** (из группы «невнимательности» и/или «гиперактивности и импульсивности»), а с 17 лет — **5 симптомов**. Симптомы должны присутствовать **не менее полугода**, и пациенты должны отставать от уровня развития большинства подростков своего возраста. Для постановки диагноза необходимо убедиться, что симптомы нельзя объяснить другими психическими расстройствами.

Диагностика МКБ-10

Для постановки диагноза СДВГ должны выявляться общие критерии гиперкинетического расстройства (F90), но не критерии расстройства поведения (F91).

Обобщая, должны выявляться некоторые из симптомов следующих групп: **невнимательность, гиперактивность и импульсивность.**

Начало расстройства должно быть до 7 лет, продолжительность его не менее 6 месяцев, а коэффициент интеллекта (IQ) пациента выше 50, нарушения адаптации наблюдаются в двух и более видах окружающей обстановки.

Диагностика СДВГ

Разумно использовать следующие тесты:

- Вендер Ютская шкала самооценки СДВГ у взрослых (*WURS ADHD Rating Scale Wender PH (Пол Вендер) 1993*) может использоваться для скрининговой оценки вероятности наличия СДВГ у взрослых;
- Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) шкала для диагностики СДВГ у взрослых, разработанная совместно со Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и исследователями из Медицинской школы Нью-Йоркского университета и Гарвардской медицинской школы

Дифференциальный диагноз

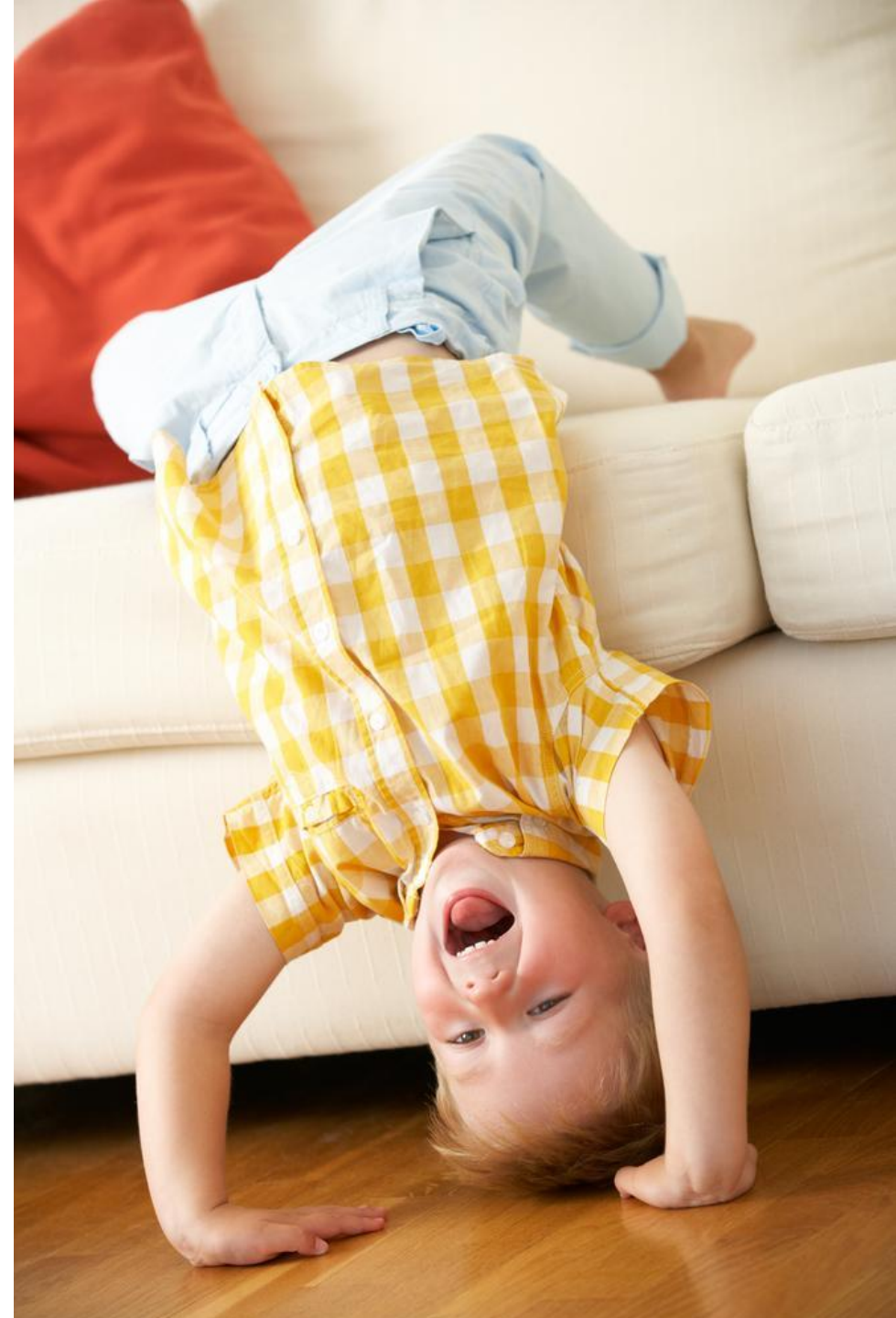
- индивидуальные особенности личности и темперамента: характеристики поведения активных детей не выходят за границы возрастной нормы, уровень развития высших психических функций хороший;
- тревожные расстройства: особенности поведения ребенка связаны с действием психотравмирующих факторов;
- последствия перенесенной черепно-мозговой травмы, нейроинфекции, интоксикации;
- астенический синдром при соматических заболеваниях;

Дифференциальный диагноз

- специфические расстройства развития школьных навыков: дислексия, дисграфия, дискалькулия;
- эндокринные заболевания (патология щитовидной железы, сахарный диабет);
- сенсоневральная тугоухость;
- эпилепсия (абсансные формы; симптоматические, локально обусловленные формы; побочные эффекты противоэпилептической терапии);
- наследственные синдромы: Туретта, Вильямса, Смита-Мажениса, Беквита-Видемана, ломкой X-хромосомы.

Дошкольный возраст

В возрасте от 3 до 7 лет обычно начинают проявляться гиперактивность и импульсивность. Дети неаккуратны, часто ломают вещи или игрушки, непослушны, плохо подчиняются требованиям взрослых, могут проявлять агрессивность. Многие гиперактивные дети отстают от сверстников в развитии речи.



Школьный возраст

После поступления в школу проблемы детей с СДВГ значительно нарастают. Требования к обучению таковы, что ребенок с СДВГ не в состоянии их выполнить в полной мере. Поскольку его поведение не соответствует возрастной норме, в школе ему не удастся достичь результатов, соответствующих его способностям (общий уровень интеллектуального развития у детей с СДВГ соответствует возрастному диапазону).



Подростковый возраст

Гиперактивность у подростков с СДВГ значительно уменьшается, сменяется суетливостью, чувством внутреннего беспокойства. Для них характерны несамостоятельность, безответственность, трудности в организации и завершении выполнения поручений и особенно длительной по времени работы. Нередко ухудшается успеваемость в школе, так как они не могут эффективно спланировать свою работу и распределить ее по времени, откладывают со дня на день выполнение необходимых дел.



Коморбидные расстройства

Коморбидные расстройства при СДВГ представлены следующими группами: **экстернализированные** (оппозиционно-вызывающее расстройство, расстройство поведения), **интернализированные** (тревожные расстройства, расстройства настроения), **КОГНИТИВНЫЕ** (нарушения развития речи, специфические трудности обучения - дислексия, дисграфия, дискалькулия), **двигательные** (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тики). Другими сопутствующими СДВГ расстройствами могут быть нарушения сна (парасомнии), энурез.

Патогенез

- генетические механизмы;
- воздействие пре- и перинатальные факторов;
- нейропсихологические нарушения;
- влияние неблагоприятных факторов внешней среды;
- воздействие пищевых факторов и несбалансированного питания;
- воздействие социально-психологических факторов.

Генетические механизмы

К числу генов, детерминирующих предрасположенность к развитию СДВГ, относятся **гены, регулирующие обмен нейромедиаторов в мозге, в частности дофамина и норадреналина.**

В современных концепциях **дефицит внимания** у детей с СДВГ рассматривается как результат нарушений работы заднемозговой системы внимания, регулируемой **норадреналином**, тогда как характерные для СДВГ **расстройства поведенческого торможения и самоконтроля** - как недостаточность **дофаминергического** контроля за поступлением импульсов к переднемозговой системе внимания.

Пре- и перинатальные факторы

При сравнительном анализе анамнестических сведений у детей с СДВГ и их здоровых сверстников показано, что формированию СДВГ могут предшествовать нарушения течения беременности и родов, в частности гестозы, эклампсия, первая по счету беременность, возраст матери моложе 20 лет или старше 40 лет, длительное течение родов, переносенная беременность и недоношенность, низкая масса тела при рождении, морфофункциональная незрелость, гипоксически-ишемическая энцефалопатия, заболевание ребенка на первом году жизни. Другими факторами риска являются употребление матерью во время беременности некоторых лекарственных препаратов, алкоголя и курение

Нейропсихологические механизмы

Нейропсихологические механизмы СДВГ рассматриваются с позиций нарушений (незрелости) функций лобных долей головного мозга, прежде всего - префронтальной области. Проявления СДВГ анализируются с позиций дефицита функций лобных и префронтальных отделов мозга и недостаточной сформированности управляющих функций (УФ). Пациенты с СДВГ обнаруживают «управляющую дисфункцию».

Лечение

Фармакотерапия

- Адрено- и симпатомиметики – **Атмоксетин (Страттера)** – препарат первого выбора. Ингибитор обратного захвата норадреналина.
- Антидепрессанты – **Бупропион** (Селективный ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина), **Венлафаксин** (Селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина), **Дулоксетин (Симбалта** - Селективный ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина), **Агомелатин (Вальдоксан** - Агонист мелатониновых рецепторов и антагонист 5HT_{2C}-рецепторов)

Лечение

- другие нейротропные препараты – **Мемантин** (NMDA-антагонист)
- препараты ноотропного ряда – **Пирацетам, Кортексин, Семакс.**

Другие способы лечения:

- когнитивно-поведенческая терапия при СДВГ;
- медитации;
- спорт;
- улучшение взаимоотношений в семье и школе, просвещение родителей, преподавателей и других членов окружения о СДВГ.

«Походу у меня СДВГ...»

Спасибо за внимание!