

Т.Л. Костюкова¹, Н.А. Царегородцев¹, Ю.Н. Погорелова²

¹ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, Тверь, Россия

Кафедра детских болезней

²ГБУЗ «Клиническая больница №6», г. Тверь, РФ

РОЛЬ ФАКТОРОВ РИСКА В ГЕНЕЗЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, дети.

Резюме: в статье отражены основные подходы к пониманию причин развития синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей. Показана роль пре- и перинатальных, генетических и психосоциальных факторов в генезе данного синдрома, возможности их коррекции.

Введение

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представляет исключительно актуальную проблему в связи с высокой распространенностью среди детского населения, достигающей по данным отечественных и зарубежным исследований 4-10%. Социальная значимость проблемы определяется тем, что к подростковому возрасту у этих детей может наблюдаться нарастание нарушений поведения. Подростки с СДВГ входят в группу риска по совершению антисоциальных действий и правонарушений, развитию алкоголизма и наркоманий [6]. Поэтому усилия специалистов должны быть направлены на своевременную диагностику и коррекцию СДВГ.

В настоящее время установлена нейробиологическая природа СДВГ. По современным представлениям, генетическая опосредованность СДВГ свойственна от 40% до 75% случаев болезни [2,3]. Биохимическим субстратом в патогенезе СДВГ являются нарушения катехоламинового обмена. Средовое воздействие и влияние иных факторов (недоношенность, низкая масса тела при рождении, курение матери во время беременности и т. д.) признается, но считается менее значимым [1,4,5]. Наряду с биологическими и генетическими факторами важную роль в формировании СДВГ у детей играют и социально-психологические факторы [3].

Цель исследования

Оценить роль пре- и перинатальных, генетических и психосоциальных факторов в генезе СДВГ у детей, возможности их коррекции.

Материалы и методы

Проведено обследование 175 детей с СДВГ в возрасте от 7 до 10 лет. Постановка диагноза основывалась на критериях 10-го пересмотра Международной классификации болезней для гипердинамического (гиперкинетического) синдрома с дефицитом внимания. Одновременно использовались критерии диагноза СДВГ по классификации DSM-IV [1994] Американской

психиатрической ассоциации, которые рекомендованы ВОЗ в качестве исследовательских диагностических критериев [ВОЗ, 1994].

Обследование включало выяснение жалоб и анализ историй развития ребенка форма 112\у. В ходе обследования особое внимание уделяли сбору анамнестических данных (особенности течения беременности, характер родовой деятельности, развитие ребенка в первые годы жизни, наличие хронических заболеваний у матери и т.п.). Клинический метод обследования, применяемый нами, включал оценку неврологического и психологического статуса больных. В тестировании использовались: исследование координаторной сферы и “мягкой” неврологической симптоматики по методике Denckla; исследование слухо-речевой и зрительной памяти по методике “Лурия-90”; исследование сферы внимания: корректурная проба в модификации Bourdon-Vos, тест “кодирование” из методики Векслера, тест Струпа; нейропсихологическая методика Лурия, адаптированная для детского возраста; оценивался общий уровень интеллектуального развития и степень сформированности высших психических функций: гнозиса, праксиса, речи, памяти, мышления. Проводилось анкетирование родителей с помощью структурированного опросника Conners. Для характеристики социальных условий развития детей было проведено исследование типов семей по шкалам Баллейгер, в основе которых лежит оценка отношения к ребенку в семье с выделением следующих категорий: «чрезмерно стимулирующая», «недостаточно стимулирующая», «любящая» семья.

Из исследования исключались дети с наличием в анамнезе нейроинфекций (менингита, энцефалита), эпилепсии, хронических соматических заболеваний, анемии, эндокринных заболеваний (гипер- и гипотиреоза, сахарного диабета), психических нарушений, связанных с психопатией, аффективными расстройствами, шизофренией, аутизмом, умственной отсталостью.

Результаты и их обсуждение

Наши исследования показали, что в анамнезе у 90% детей с СДВГ (от общего числа обследованных) имелся целый ряд неблагоприятных факторов. Среди всей совокупности причин, способных привести к развитию СДВГ, в 85% случаев ведущая роль принадлежала патологии беременности и родов. Патология беременности расценивалась при наличии двух и более факторов: неблагоприятное течение предыдущей беременности, включающее мертворождения, повторные выкидыши, преждевременные роды (58%); угроза прерывания беременности, повлекшая необходимость медикаментозного сохранения беременности (82%); токсикоз беременных (24%); перенесенные будущей матерью ОРВИ (14%), стрессы (18%); анемия беременных (21%); хроническая фетоплацентарная недостаточность (10%).

В период новорожденности у детей с СДВГ достоверно чаще регистрировались: низкая масса тела (39,8%), гипертензионно- гидроцефальный синдром (17,1%), синдромы двигательных нарушений (19,8%), угнетения (19,8%), повышенной нервно-рефлекторной возбудимости (28,4%).

В возрасте 1-3 лет отмечались слабая прибавка в весе (7,4%), частые респираторные и соматические заболевания (19,8%), отставание в психо-речевом развитии (25,4%). В 4-7 лет чаще выявлялись двигательная гиперактивность (85,1%), импульсивность (55,3%), моторная неловкость (85,1%), повышенная отвлекаемость (17,0%).

Генеалогический анализ в семьях обследованных нами детей позволил предположить наличие наследственной предрасположенности к развитию СДВГ у 37% детей, при этом признаки заболевания были выявлены в результате непосредственного обследования у родных братьев и сестер пациентов и катамнестически — у их родителей. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что у большинства из обследованных нами детей этиология СДВГ, по-видимому, имела комбинированный характер.

Наряду с биологическими и генетическими факторами важную роль в формировании СДВГ у детей играют и социально-психологические факторы. Около 30% исследуемых детей воспитывались в неполных семьях, 34% проживали в условиях недостаточной материальной обеспеченности и (или) неблагополучных бытовых условиях. Наиболее значимыми социальными факторами являлись хроническая стрессовая ситуация в семье (55,6%), алкоголизм родителей (38,0%), воспитание в неполной семье (25,0%), низкая материальная обеспеченность и неблагоприятные бытовые условия (23,0%), низкий уровень образования родителей (19,1%), различные подходы к воспитанию ребенка (12,0%). Значимость социальных факторов в развитии СДВГ подтверждалась тем, что у детей из социально благополучных семей связанные с перинатальной энцефалопатией трудности в познавательном развитии к моменту поступления в школу в основном исчезали, у детей из социально неблагополучных семей интеллектуальные нарушения сохранялись и создавали предпосылки для формирования школьной дезадаптации.

В неврологическом статусе для пациентов с СДВГ характерны негрубые нарушения в координаторной сфере: в 86% случаев обнаруживались нарушения тонкой моторики и элементы динамической атаксии, в 72% случаев - признаки статико-локомоторной недостаточности. При выполнении заданий по методике Denckla выявлялись пошатывания, тенденции к использованию вспомогательных установок рук и падению при выполнении заданий на ходьбу и равновесие, гиперметрия, дизритмия, большое количество синкинезий в виде зеркальных движений, сопутствующих движений мышц лица, головы, туловища, конечностей, медленный темп выполнения последовательных движений.

Цветовой тест Люшера (8 цветов) показал, что большинство детей характеризует быстрая и чрезмерная возбудимость, быстрая утомляемость и чрезмерное развитие фантастических представлений.

У 93,2% детей выявлены повышенная двигательная возбудимость, повышенная утомляемость, капризность, лабильность настроения, эмоционально-волевые нарушения,

тревожность, страхи и навязчивости; нарушение поведения; агрессивность и реакции оппозиции; трудности школьного обучения и нарушения чтения и письма. У значительного количества детей с СДВГ наблюдались нарушения в развитии экспрессивной речи (5,2%), смешанное нарушение рецептивно-экспрессивной речи (4,8%), нарушения фонации (14,3%), заикание (7,5%) и, как следствие, сложности в формировании навыков чтения, письма и счета. Нарушения внимания в этих случаях имели вторичный характер и возникали в условиях перенапряжения, стресса, когда к детям предъявлялись завышенные требования в ходе тех форм интеллектуальной деятельности, которые обеспечивались недостаточно сформированными высшими психическими функциями и навыками. При нейропсихологическом тестировании были выявлены нарушения опосредствованного запоминания в 40% случаев, нарушения краткосрочного запоминания — в 60%, неустойчивость внимания — в 70%. У 4,7% исследуемых детей были выявлены тикозные гиперкинезы, 2,5% страдали энурезом, у четырех 10-летних мальчиков сформировался асоциальный тип поведения: бродяжничество, склонность к правонарушениям, у 12 детей (6,8%) отмечены конфликтные взаимоотношения с родителями.

Ведущими причинами невротических страхов, различных форм навязчивостей, соматовегетативных нарушений, истероневротических состояний у детей с СДВГ были острые или хронические психотравмирующие ситуации, неблагоприятная обстановка в семье, неправильные подходы к воспитанию ребенка, а также трудности во взаимоотношениях с педагогом и одноклассниками. Исследования типов семей, в которых воспитывались наблюдавшиеся нами дети показали, что чрезмерно строгое и бессистемное воспитание не способствует коррекции нарушений нервно-психического и моторного развития детей с СДВГ. Наиболее благоприятные условия для воспитания ребенка создаются в «любящих» семьях. В «чрезмерно стимулирующих» семьях в 57,2% случаев у детей регистрируется дефицит внимания с гиперактивностью (в сравнении с 23,1% в «недостаточно стимулирующих» семьях). Однако, стоит отметить, что в «недостаточно стимулирующих» семьях у 52,2% детей отмечались речевые дисфункции, что, видимо, связано с отсутствием инициативы родителей в систематических занятиях с ребенком по развитию речи.

Выводы

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о необходимости этапного оказания помощи детям с СДВГ с обязательным выявлением и устранением биологических и социальных факторов риска и формированием групп детей, нуждающихся в первоочередных лечебно-профилактических мероприятиях. Коррекция синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, как полиэтиологического заболевания с высокой медико-социальной значимостью, должна включать комплекс методик, т.е. быть «мультимодальной» и находиться в сфере профессиональных интересов не только детских неврологов, психиатров и педиатров, но

также педагогов и психологов. Основными направлениями являются: двигательная активность, психолого-педагогическая коррекция, семейная психотерапия, поведенческая терапия, релаксационные методики, а также лечение сопутствующей патологии.

Список литературы

1. Алиева Х.М. Гиперкинетический синдром у детей с гипоксически-ишемическим поражением ЦНС и задержкой внутриутробного развития // Российский педиатрический журнал. — 2003. — № 1. — С. 17-19.
2. Заваденко, Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте : учебное пособие для вузов / Н. Н. Заваденко. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 274 с. — (Авторский учебник). — ISBN 978-5-534-05701-0. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/441113>
3. Заваденко Н.Н. Факторы риска для формирования дефицита внимания и гиперактивности у детей // Мир психологии.. —2000. — № 1. — С. 121-135.
4. Маткеева А. Т., Ашералиев М. Е., Маймерова Г. Ш. Факторы риска у детей с СДВГ в сочетании с соматической патологией // Бюллетень науки и практики. - 2020. - Т. 6. - №5. - С. 120-127. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/54/15>
5. Морозова Е.А., Мадякина А.А. Современные представления о происхождении синдрома дефицита внимания с гиперактивностью – психиатрия или неврология? // Русский журнал детской неврологии. - 2011. - Т.6, вып.3. - С. 3-8.
6. Чутко Л.С. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью и сопутствующие расстройства. — СПб., 2007. — 136 с.