
Проблема коморбидных расстройств при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков и их коррекция: клинические наблюдения

Л.Г. ХАЧАТРЯН¹, О.В. ХАЛЕЦКАЯ², Л.А. СКИПЕТРОВА³, И.И. СМИРНОВ³, Т.С. КАМИНСКАЯ^{1, 4, 5}

¹ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия;

³ГБУЗ «Центр патологии речи и нейрореабилитации Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

⁴ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия;

⁵ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов» Минобрнауки России, Москва, Россия

Резюме

В статье рассматривается проблема коморбидных расстройств при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ), которые встречаются не менее чем у 60% пациентов и приводят к дополнительным сложностям внутрисемейной, школьной и социальной адаптации. У детей и подростков с СДВГ отмечается широкая палитра неврологических и соматических нарушений, обусловленных сложными полигенными патогенетическими механизмами. Среди сопутствующей СДВГ патологии частыми расстройствами являются невротические и тревожные проявления, двигательные нарушения: диспраксия, дискоординация, нарушение крупной и мелкой моторики, тики, расстройства поведения, энурез, цефалгия напряжения. Лечение СДВГ должно быть патогенетическим, учитывающим основные симптомы СДВГ и проявления коморбидных расстройств, так как оно достаточно продолжительное. При выборе фармакотерапии предпочтительно использование лекарственных средств с верифицированной эффективностью не только в коррекции СДВГ, но и сопутствующих поведенческих, моторных и эмоциональных нарушений. Важным аспектом в педиатрической клинике является использование препаратов с надежным профилем безопасности.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, коморбидные расстройства, расстройства поведения, тики, энурез, лечение, Проспекта.

Как цитировать:

Хачатрян Л.Г., Халецкая О.В., Скипетрова Л.А., Смирнов И.И., Каминская Т.С. Проблема коморбидных расстройств при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью у детей и подростков и их коррекция: клинические наблюдения. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2023;123(9 вып. 2):1–7.

The problem of comorbid disorders in attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical cases

L.G. KHACHATRYAN¹, O.V. KHALETSKAYA², L.A. SKIPETROVA³, I.I. SMIRNOV³, T.S. KAMINSKAYA^{1, 4, 5}

¹Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

²Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia;

³Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation, Moscow, Russia;

⁴Scientific and Practical Center for Child Psychoneurology, Moscow, Russia;

⁵Peoples' Friendship University of Russia, Moscow, Russia

Abstract

The problem of comorbid disorders in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is considered, which occur in at least 60% of patients and lead to additional difficulties in intra-family, school and social adaptation. Children and adolescents with ADHD have a wide range of neurological and somatic disorders caused by complex polygenic pathogenetic mechanisms. Among the pathologies associated with ADHD in this cohort of children, neurotic and anxiety manifestations, motor disorders: dyspraxia, discoordination, impaired gross and fine motor skills, tics, behavioral disorders, enuresis, tension cephalgia are common disorders. Treatment of ADHD should be pathogenetic, taking into account the main symptoms of ADHD and manifestations of comorbid

disorders, since it is quite long. When choosing pharmacotherapy, it is preferable to use drugs with verified efficacy not only in the correction of ADHD, but also concomitant behavioral, motor and emotional disorders. Also an important aspect in the pediatric clinic is the use of drugs with a reliable safety profile.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, comorbid disorders, behavioral disorders, motor tics, enuresis, treatment, Prospekta.

To cite this article:

Khachatryan LG, Khaletskaya OV, Skipetrova LA, Smirnov II, Kaminskaya TS. The problem of comorbid disorders in attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical cases. S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry = Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2023;123(9 vyp 2):1–7. (In Russ.).

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) относится к наиболее часто встречающимся психоневрологическим расстройствам и характеризуется высокой степенью наследуемости [1]. СДВГ включает триаду клинических проявлений: нарушение внимания, гиперактивность и импульсивность [2]. Эти симптомы могут встречаться сочетанно или изолированно, однако наиболее частой формой является так называемая комбинированная, или смешанная, включающая все проявления СДВГ.

Симптомы СДВГ у детей и подростков, возникшие в возрасте до 12 лет, согласно DSM-5, вызывают значимые нарушения социальных и профессиональных связей во взрослом возрасте [3]. Наблюдения возрастной динамики синдрома верифицируют трансформацию гиперкинетического нарушения поведения и дефицита внимания расстройства эмоциональной сферы при часто сохраняющейся импульсивности, что значительно влияет на качество жизни и самих пациентов, и их семей.

Из числа этиологических факторов СДВГ рассматривают генетические и средовые. В настоящее время большое внимание уделяется влиянию средовых факторов в пренатальном периоде, которые опосредованно влияют на эпигенетическую регуляцию генов, участвующих в нейрогенезе: в формировании и функционировании структур головного мозга [4]. Значимый вклад в патогенез СДВГ также вносит нарушение развития церебральных структур, регулирующих баланс таких нейромедиаторных систем, как дофамин-, норадреналин-, серотонинергические [5–8].

Именно патогенетический полиморфизм создает многообразие клинических проявлений СДВГ. Более 60% детей и подростков с СДВГ имеют одно или несколько сопутствующих расстройств, которые часто сохраняются во взрослом возрасте [9, 10]. Вопросы коморбидности СДВГ рассматриваются в диагностических критериях СДВГ по DSM-5 [3]. В них отмечается, что расстройство поведения наблюдается примерно у 50% детей с комбинированным вариантом СДВГ и у 25% — с СДВГ с преобладанием невнимательности [3, 8].

Коморбидные нарушения могут утяжелять симптомы невнимательности, гиперактивности и импульсивности, влиять на комплаенс пациентов. В статье Н.Ю. Сувориновой и Н.Н. Заваденко [9] отмечается, что коморбидные расстройства при СДВГ представлены следующими группами: оппозиционно-поведенческие нарушения; тревожные расстройства, лабильность настроения; когнитивные нарушения, такие как нарушения развития речи, специфические трудности обуче-

ния — дислексия, дисграфия, дискалькулия; двигательные нарушения (статико-локомоторная недостаточность, диспраксия развития, тики). К этому перечню можно добавить еще две рубрики: соматические нарушения функционального генеза и вегетативные расстройства (нарушения сна, энурез, энкопрез, атонический запор, абдоминалгии).

Существует широкий разброс в сообщениях об эпидемиологии коморбидных нарушений между СДВГ и специфическими расстройствами развития учебных навыков — от 10 до 92% [9–11]. Продемонстрирована взаимосвязь между расстройством обучения и симптомами СДВГ, преимущественно детерминированными дефицитом внимания. Отмечается неравномерность нарушения профиля учебных навыков. Так, специфическое расстройство спеллингования у детей с СДВГ встречается в несколько раз чаще, чем специфические расстройства чтения и арифметических навыков [12].

Сопутствующие СДВГ расстройства нуждаются в своевременной диагностике и адекватной терапии. Позднее выявление и несвоевременная терапия коморбидных заболеваний приводят к неблагоприятной возрастной динамике клинических проявлений СДВГ и усугублению социальной дезадаптации во взрослом возрасте.

Безусловно, актуальными остаются и вопросы коррекции СДВГ. За рубежом терапия ведется в двух направлениях: когнитивно-поведенческая психотерапия и применение психостимуляторов (метилфенидат, амфетамин), влияющих на норадреналиновую систему. Безусловно, такая медикаментозная терапия эффективна, но отнюдь не безопасна, что обосновало запрет на использование этих препаратов в Российской Федерации [7]. В отечественной практике традиционно используют ноотропные препараты (гопантотеновую кислоту и ее аналоги), селективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина (атомоксетин) [8].

Два года назад признанными экспертами в области изучения СДВГ в рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании, проведенном в 25 крупнейших медицинских центрах нашей страны, были достоверно доказаны эффективность и безопасность отечественного ноотропного препарата Проспекта с выраженным нормализующим действием в качестве лекарственной терапии СДВГ у детей и подростков в возрасте от 7 лет (ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ»). Механизм действия препарата обусловлен модифицированием функциональной активности мозгоспецифического белка S100B, который улучшает интегративную деятельность головного мозга на всех уровнях

организации нейронных систем (клеточном, межклеточном, структурном и системном) [13].

Результаты двойного слепого плацебо-контролируемого рандомизированного клинического исследования препарата Проспекта продемонстрировали значимое уменьшение выраженности проявлений СДВГ по шкале Adolescent Attention deficit hyperactivity disorder Self-Report Scale (ADHD-RS-V) на 10,2 балла в течение 8 нед терапии по сравнению с группой, получающей Плацебо ($p=0,0096$) [14].

Ниже представлен собственный опыт применения препарата Проспекта у пациентов с СДВГ и коморбидными расстройствами.

Клиническое наблюдение 1

Пациент 12 лет, мальчик. Жалобы при обращении к врачу со стороны родителей на гиперактивность, нарушение внимания, импульсивность, трудности обучения в школе и социальной адаптации. Нарушения поведения отмечались в школе и дома. Кроме этого, ребенка беспокоили множественные моторные тики (частые моргания, отведения глазных яблок в сторону и поднимание плеч).

Из анамнеза известно, что ребенок от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания в I триместре. Роды 2-е, самостоятельные, на 37—38-й неделе гестации, родился с весом 3100 г, ростом 50 см. Наследственность неотягощена. В связи с темповой задержкой психомоторного развития наблюдался неврологом по поводу перинатального поражения ЦНС с синдромом двигательных нарушений и вегетовисцеральной дисфункции. Фразовая речь с 2,5-летнего возраста. Первые жалобы на проблемы поведения в виде неусидчивости, гиперактивности, расторможенности отмечались с 3,5 лет при первичной социализации в детском саду. В 4 года после перенесенной аденовирусной инфекции с конъюнктивитом появились тики в виде моргания. Повторно обратились к неврологу в 4,5 года, когда к глазным тикам присоединились движения плечами. Назначена коррекция препаратами на основе циннаризина в возрастной дозировке с незначительным эффектом.

В дальнейшем, с началом школьного обучения, клинические проявления стали усиливаться, что привело к дезадаптации и к проблемам обучения. В связи с этим назначена аминокислотная кислота в возрастной дозировке с положительным эффектом, однако после окончания курса отмечалось возобновление симптомов, и родители отказались от медикаментозной терапии, пытались скорректировать состояние ребенка с помощью психологов и педагогов. После перенесенной ковид-инфекции у мальчика отмечалось резкое ухудшение состояния: выросли гиперактивность, импульсивность, появились резкие перепады настроения, невнимательность, снижение объема внимания, быстрая переключаемость, забывчивость (постоянно терял вещи в школе), нарушился сон. Родители обратились в лечебно-диагностическое отделение Центра материнства и детства Сеченовского Университета.

При объективном осмотре в соматическом статусе: физическое развитие гармоничное, по возрасту, пубертат (оценка по Таннеру 2-3), по данным обследования органов и систем — без патологии.

В психоневрологическом статусе: общемозговой и очаговой симптоматики нет, в эмоционально-поведенческой сфере отмечаются лабильность настроения, расторможен-

ность, гиперактивность, множество нецеленаправленных движений. Также выявляются моторные тики (моргания, движения плечами, разгибания головы).

В когнитивной сфере выявлен дефицит объема внимания, инструкции выполняет после повтора, переключается, легко отвлекается на посторонние стимулы. Помимо этого, мальчик испытывает сложности в организации своей деятельности, избегает заданий, которые требуют длительного умственного напряжения. Все эти проявления имели место не только при осмотре, но также в школе и дома.

В ходе осмотра заполнена шкала ADHD-RS-V. Шкала заполнялась врачом со слов матери пациента и по данным объективного осмотра. Сумма баллов по ADHD-RS-V составила 32.

В связи с нарушением поведения и тикозными гиперкинезами исключен Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infections (PANDAS-синдром). Проведена оценка когнитивных функций при помощи тестовых компьютерных систем (ТКС) Психомат-99. Результаты обследований: МРТ головного мозга — структуры головного мозга сформированы правильно, отмечается незначительная резидуальная вентрикуломегалия; УЗДГ сосудов головного мозга — снижение линейной скорости кровотока в бассейне передней мозговой артерии, негрубое нарушение венозного оттока; ЭЭГ — дезорганизация основного ритма, зональное распределение сохранено, локальной патологической эпиактивности не выявлено.

На основании жалоб, данных анамнеза и инструментальных методов обследований установлен диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности, смешанная форма. Хронические моторные тики».

Пациенту назначен препарат Проспекта внутрь, по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 2 мес, принимать в промежутке между приемами пищи либо за 15 мин до приема пищи или приема жидкости.

При осмотре через 1 мес после начала терапии отмечалось улучшение памяти, повышение концентрации внимания, работоспособности, сохранялись моторные тики. В ходе осмотра врачом, со слов матери пациента, была повторно заполнена шкала ADHD-RS-V. Сумма баллов по шкале составила 26. Лечение препаратом Проспекта продолжено.

При осмотре через 2 мес после начала терапии ребенок повторно обследован при помощи ТКС (рис. 1).

По данным тестирования отмечалось улучшение психомоторной деятельности, мышления, зрительно-пространственной памяти, зрительно-пространственного восприятия. Максимально значимая динамика отмечалась в сфере внимания в виде увеличения показателя на 48,2% ($p<0,05$).

По результатам исследования по тесту Спилбергера—Ханина личностная тревожность исходно была на высоком уровне (46 баллов) до лечения и на среднем — после лечения (34 балла). Уровень ситуативной тревожности был на среднем уровне без значимой динамики на фоне терапии.

По результатам оценки по шкале общего клинического впечатления отмечена выраженная положительная динамика: ребенок стал более спокойным, улучшились показатели в учебе, уменьшились тики. Заполнена шкала ADHD-RS-V. Сумма баллов по шкале составила 16, что было расценено как значимый положительный эффект терапии (табл. 1). В ходе терапии нежелательные явления не наблюдались.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует эффективность терапии препаратом Проспекта в виде уменьшения проявлений СДВГ и простых моторных тиков при отсутствии нежелательных явлений.

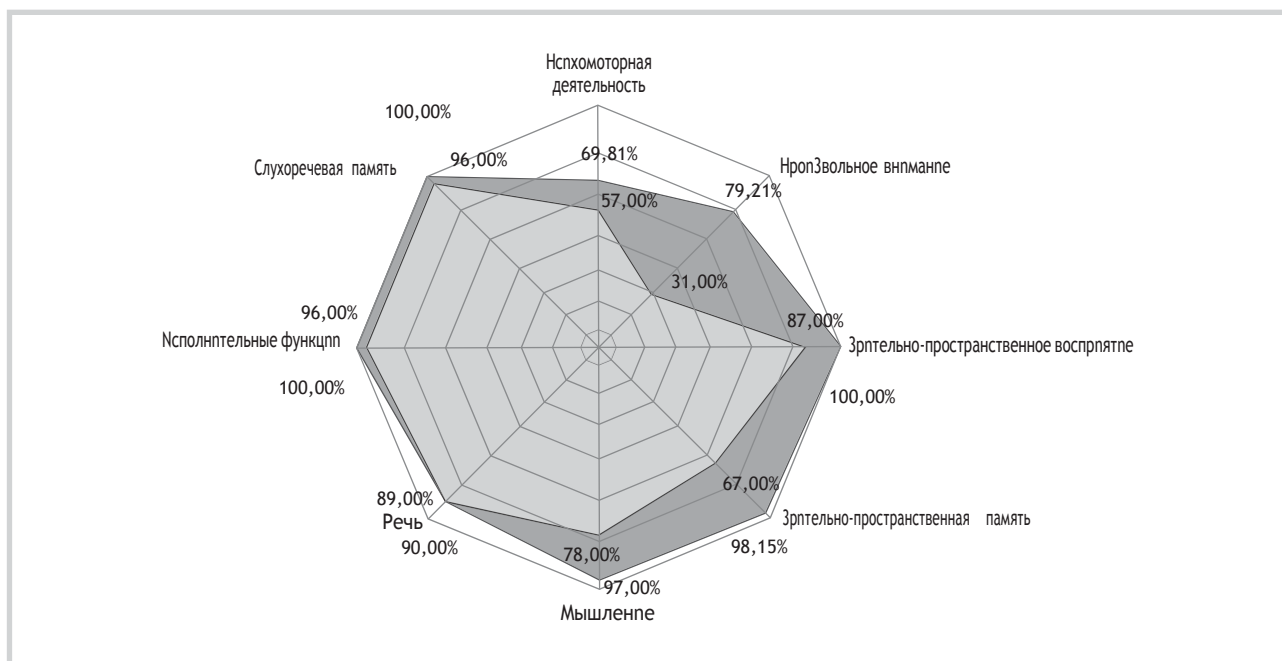


Рис. 1. Динамика когнитивных функций на фоне терапии препаратом Проспекта в течение 8 нед.

Здесь и на рис. 2: светло-серый — до лечения; серый — после лечения.

Fig. 1. Dynamics of cognitive functions during therapy with Prospekta.

Here and in fig. 2: light gray — before treatment; gray — after treatment.

Таблица 1. Динамика показателей по шкале ADHD-RS-V на фоне терапии препаратом Проспекта (наблюд. 1)

Table 1. Dynamics of ADHD-RS-V scores during therapy with Prospekta (observ. 1)

| Оценка по шкале ADHD-RS-V, баллы | Исходно | Через 1 мес | Через 2 мес |
|---|---------|-------------|-------------|
| Общий балл | 32 | 26 | 16 |
| Подшкала «невнимательность» | 11 | 9 | 8 |
| Подшкала «гиперактивность/импульсивность» | 21 | 17 | 12 |

Клиническое наблюдение 2

Пациент П., 13 лет. Законные представители мальчика обратились в лечебно-диагностическое отделение Университетской детской клинической больницы Сеченовского Университета с жалобами на трудности с обучением, связанные, главным образом, с неспособностью к длительному сосредоточению внимания и недостаточным интересом. Дома часто ведет себя истерично: в ответ на требования надсадно плачет, пару раз демонстративно бился головой о дверной косяк (без травмирующих последствий). Много времени проводит за компьютерными играми с агрессивной тематикой («стрелялки»), негативно реагирует на попытки контроля. Вскрикивает по ночам. Был случай ночного недержания мочи на фоне приема успокаивающих препаратов. Ревнует мать к младшему брату, может исподтишка ударить брата, но обычно после этого сильно расстраивается.

Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре, угрозы прерывания во II триместре. Роды на сроке 37 нед путем экстренного кесарева сечения в связи со слабой родовой деятельностью и нарастающей гипоксией плода. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса при рождении 2850 г, длина 53 см. Ранний постнатальный период отягощен за-

тяжной желтухой. На 1-м году жизни мать и близких выделял: в глаза смотрел, тянулся ручками, улыбался. Предметами и обстановкой интересовался. К 1 году появился указательный жест. Сроки моторного развития в пределах нормативов. В 13 мес обращались к неврологу по поводу гипертонуса мышц, назначали массаж. Как только начал ходить, стала проявляться повышенная активность: «заводился, не переставая бегал, сшибал углы, падал, толкался». Гуление, лепет — по срокам. Первые слова начал говорить к 1 году, фраза сформировалась с задержкой (ближе к 3 годам — простая фраза), недолго занимался с логопедом.

Игрушками интересовался, был период с 3 до 3,5 лет, когда много и подолгу катал из стороны в стороны машинку, мог кинуть ее в другого ребенка. К детям тянулся, но мог проявить на площадке неожиданную агрессию: ударить, толкнуть другого ребенка. Все время требовался внешний контроль. К 5 годам стал общаться спокойнее, но при этом сделался более восприимчивым к обидам со стороны детей: порою даже замыкался, не шел на площадку, бежал и прижимался к матери.

Когда в 3 года пробно отдали в детский сад, не смог адаптироваться, плакал, нарушился сон, появились тики. Повторно отдали в детский сад в 5 лет, тоже плакал, но «смирлялся». С детьми общался, но комфортней чувствовал, играя в одиночку. Боязливо относился к выступлениям на утрен-

никах: пел и танцевал только за компанию с другими детьми, никогда не солировал. Серьезных жалоб на поведение из детского сада не поступало, дома же часто «отрывался»: носился, не мог утомиться, допоздна не засыпал, прибегал ночью к родителям, много говорил. В то время был страх темноты. Посещал занятия по подготовке к школе, материал усваивал, но занимался без охоты, плохо концентрировался.

В школе начал обучение с 7 лет. В обычном классе (наполняемость порядка 30 человек), по общеобразовательной программе. Сначала школа понравилась, появились новые друзья. Примерно через 2 мес интерес пропал, начал по утрам устраивать истерики: требовал не поднимать его рано и не водить на занятия. Особенно «возненавидел» уроки русского языка. Писал крайне небрежно, не удерживался в строке. Школьный логопед диагностировал дисграфию. Занимались с логопедом-нейропсихологом (занятия нерегулярные). С середины 1-го класса по 6-й класс обучался в частной школе, где подход был индивидуальным. Мальчик смог выровняться по успеваемости, но учителя отмечали при сохранных способностях проблемы с мотивацией, отвлекаемость. С 7-го класса в связи с переездом и ухудшением материального положения семья начал снова учиться в общеобразовательной государственной школе, это совпало с быстрым физическим ростом. Резко снизилась успеваемость, выросли трудности поведения, проблемы коммуникации со сверстниками.

Обследован по месту жительства: по результатам ЭЭГ — эпилептиформной активности не выявлено, отмечалась дезорганизация биоэлектрической активности головного мозга. Транскраниальная ультразвуковая доплерография выявила снижение кровотока в бассейне передней мозговой артерии, которое усугублялось на 30—35% при поворотных пробах. Осмотр офтальмолога обнаружил ангиопатию сетчатки в виде расширения вен и спазма артерий. На фоне терапии препаратами ацетиламиносукцината и винпоцетина (off-label по согласованию с родителями) отмечено улучшение в когнитивной сфере без динамики в поведенческой сфере. После 3-недельного приема родители самостоятельно отменили препарат и обратились в лечебно-диагностическое отделение Сеченовского Университета.

При осмотре: физическое развитие по возрасту, пубертат (оценка по Таннеру 3). В соматическом статусе: кожные покровы чистые, в легких дыхание везикулярное, сердечные тоны звучные, ритмичные, живот мягкий, безболезненный, незначительный метеоризм, мочеполая система сформирована правильно, по мужскому типу, мочеиспускание свободное, дефекация с тенденцией к запорам. В неврологическом статусе: грубых очаговых и общемозговых симптомов не отмечено. Наблюдается невыраженная статико-моторная недостаточность.

Психический статус: сознание, ориентировка не нарушены. Контакт доступен, не противится беседе, отвечает на вопросы врача. Непоседливый, суетливый, совершает навязчивые движения руками, громко стучит под столом ногами. Повышенная двигательная активность особенно заметна на фоне умственных нагрузок. В целом поведение ближе к упорядоченному, замечаниями корректируется в полной мере. Часто демонстрирует непосредственность в действиях: например, при разговоре на тему увлечений порывисто встает, подходит к врачу и, не спрашивая разрешения, показывает в телефоне фотографии с велопробулки. Агрессии в словах и действиях не демонстрирует. Эмоциональные реакции живые. На протяжении осмотра фик-

сируется некоторая лабильность настроения с тенденцией к легкому возникновению грусти при разговорах на тему слабой успеваемости в школе, о возникающих конфликтных ситуациях с одноклассниками. В суждениях о себе явно звучит самокритика, низкая оценка собственных достижений и будущего. В ходе откровенной беседы о поведении в школе и дома неожиданно говорит: «Да я же шизик: мама так считает. Наверное, сказала уже Вам». Каких-либо неадекватных, необычных, вычурных суждений не отмечено. Структурных нарушений мышления в рамках беседы также выявлено не было. Интеллект без грубых отклонений, при этом продуктивность при выполнении возрастного уровня школьных заданий снижена за счет как недостаточной мотивации, так и трудностей удержания внимания, отвлекаемости, немного замедленного темпа и истощаемости. Грубых нарушений памяти не отмечено. Данных за наличие психотической симптоматики (обманов восприятия, бредовых конструкций) не отмечено.

Проведена оценка интеллекта по шкале Векслера: общий = 101, невербальный = 102 и вербальный = 98, что соответствует средним значениям интеллекта. Проведено исследование когнитивных функций при помощи ТКС (Психомат-99). Оценка по шкале ADHD-RS-V составила 34 балла.

На основании жалоб, данных анамнеза, объективного статуса и результатов обследований ребенку поставлен диагноз «синдром дефицита внимания и гиперактивности, смешанная форма». Пациенту назначен ноотропный препарат Проспекта внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 2 мес (держать в полости рта, не проглатывая, до полного растворения). При повторном осмотре через 2 мес лечения родители пациента отметили значимую положительную клиническую динамику в виде уменьшения выраженности симптомов невнимательности, гиперактивности, импульсивности, оценка по шкале ADHD-RS-V составила 21 балл, что на 13 баллов меньше первоначального результата (**табл. 2**).

Контрольная оценка когнитивных функций на ТКС Психомат-99 показала (**рис. 2**), что прием препарата Проспекта позволил улучшить показатели психомоторной деятельности, мышления, зрительно-пространственной памяти и зрительно-пространственного восприятия. Отмечалась значимая положительная динамика в объеме и устойчивости произвольного внимания (на 39%; $p < 0,05$) (**табл. 2**).

По результатам исследования уровня тревожности по тесту Спилберга—Ханина личностная тревожность была на высоком уровне (48 баллов) до лечения и на среднем (39 баллов) — после медикаментозной коррекции. Уровень ситуативной тревожности снизился с 33 до 30 баллов, что соответствует среднему уровню тревожности.

Обсуждение

Несмотря на значительную распространенность коморбидных расстройств при СДВГ и большое количество исследований по данной теме, в современной детской неврологической клинике остается много нерешенных вопросов по раннему выявлению симптомов-предикторов СДВГ и их коррекции. Широкая палитра клинических нарушений при СДВГ во многом определяется патогенетической сложностью заболевания. Проблемы в обучении, поведении и эмоциональной сфере могут быть связаны как с непосредственным влиянием СДВГ, так и с коморбидными

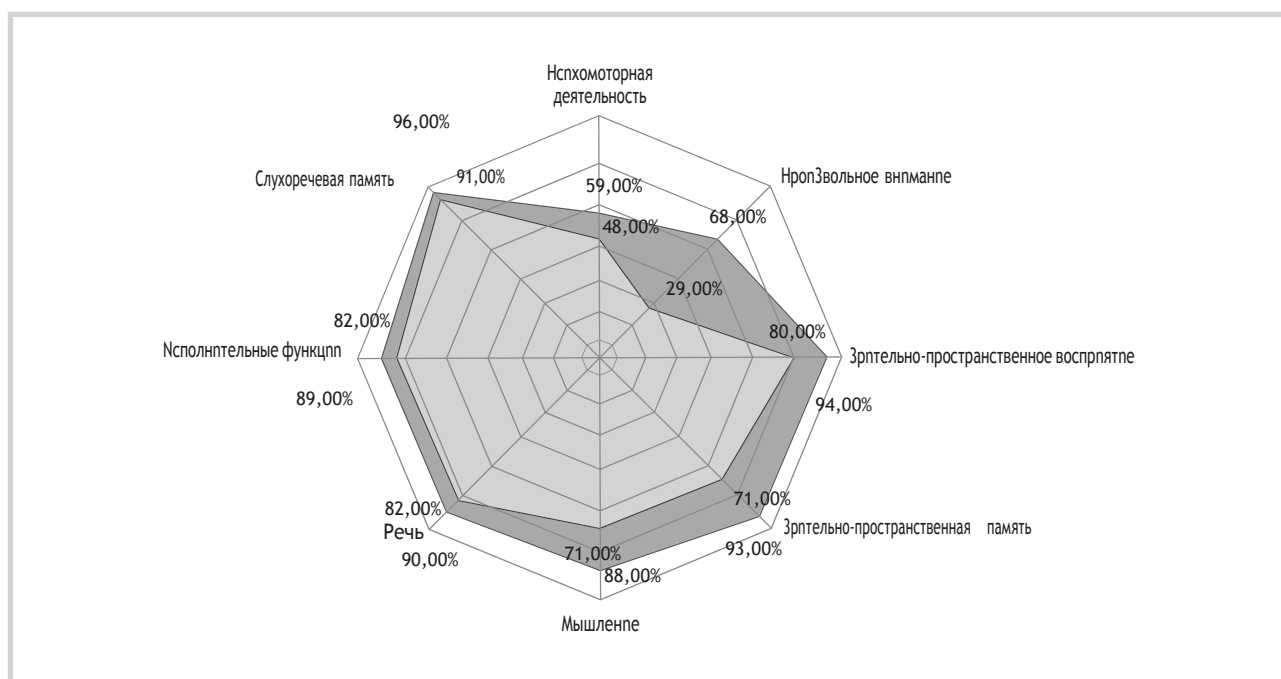


Рис. 2. Динамика когнитивных функций на фоне терапии препаратом Проспекта.

Fig. 2. Dynamics of cognitive functions during therapy with Prospekta.

Таблица 2. Динамика показателей по шкале ADHD-RS-V на фоне терапии препаратом Проспекта (наблюд. 2)

Table 2. Dynamics of ADHD-RS-V scores during therapy with Prospekta (observ. 2)

| Оценка по шкале ADHD-RS-V, баллы | Исходно | Через 1 мес | Через 2 мес |
|---|---------|-------------|-------------|
| Общий балл | 34 | 27 | 21 |
| Подшкала «невнимательность» | 11 | 9 | 6 |
| Подшкала «гиперактивность/импульсивность» | 23 | 18 | 15 |

расстройствами, которые должны быть своевременно диагностированы и расценены как показания для соответствующего лечения. Определение тактики лечения осуществляется индивидуально, с учетом степени выраженности основных симптомов СДВГ и наличия коморбидных расстройств. При выборе средств фармакотерапии следует отдавать предпочтение тем препаратам, которые при назначении в виде монотерапии оказывают положительное действие как на основные проявления СДВГ, так и на сопутствующие двигательные, поведенческие, эмоциональные и другие нарушения. Не менее важным аспектом в детском здравоохранении при выборе лекарственного средства является его надежный профиль безопасности.

Заключение

Данные наблюдения продемонстрировали эффективность, переносимость препарата Проспекта в терапии СДВГ у детей и подтвердили полученные в других исследованиях результаты по значимому уменьшению симптомов гипер-

активности, импульсивности и невнимательности у детей и подростков в возрасте от 7 лет на фоне коморбидной патологии при благоприятном профиле безопасности.

Авторы заявили о следующих конфликтах интересов в связи с авторством и публикацией этой статьи:

ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ» покрыло расходы, связанные с публикацией статьи. Препарат Проспекта — коммерческий препарат, производит ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ». Патенты на технологию, которая использована для приготовления препарата Проспекта, принадлежат основателю ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ».

The authors declared the following conflicts of interest in connection with the authorship and publication of this article: «NPF «MATERIA MEDICA HOLDING» covered the costs associated with the publication of the article. Prospekta is a commercial drug produced by «NPF «MATERIA MEDICA HOLDING». Patents for the production technology of the Prospekta belong to the founder of «NPF «MATERIA MEDICA HOLDING».

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания и гиперактивности: современные принципы диагностики и лечения. *Вопросы современной педиатрии*. 2014;13(4):48-53.
Zavadenko NN. Attention deficit hyperactivity disorder: current principles of diagnosis and treatment. *Questions of modern pediatrics*. 2014;13(4):48-53. (In Russ.).
2. Таранушенко Т.Е., Кустова Т.В., Салмина А.Б. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у детей младшего школьного возраста. *Российский педиатрический журнал*. 2014;17(3):45-50.
Taranushenko TE, Kustova TV, Salmina AV. Comorbid disorders in attention deficit hyperactivity disorder in children of primary school age. *Russian pediatric journal*. 2014;17(3):45-50. (In Russ.).
3. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Мустафин Р.Н., Еникеева Р.Ф., Малых С.Б. и др. Генетика синдрома дефицита внимания и гиперактивности. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2018;118(9):106-110.
Mustafin RN, Enikeeva RF, Malykh SB, et al. Genetics and epigenetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2018;118(9):106-110. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro2018118091106>
5. Rosch KS, Crocetti D, Hirabayashi K. Reduced subcortical volumes among preschool-age girls and boys with ADHD. *Psychiatry Res*. 2018;271:67-74.
6. Brem S, Grunblatt E, Drechsler R. The neurobiological link between OCD and ADHD. *Atten Defic Hyperact Disord*. 2014;6(3):175-202.
7. Гайнетдинова Д.Д., Скоромец А.П., Крюков Е.Ю. Нарушения нервно-психического развития детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью: клинические наблюдения. *РМЖ*. 2022;8:66-71.
Gainetdinova DD, Skromets AP, Kryukov EYu. Disorders of neuropsychiatric development of children with attention deficit hyperactivity disorder: clinical observations. *RMJ*. 2022;8:66-71. (In Russ.).
8. Заваденко Н.Н., Суворинова Н.Ю., Заваденко А.Н., Фатеева В.В. Расстройства нервно-психического развития у детей и возможности их фармакотерапевтической коррекции. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски*. 2021;121(11-2):38-45.
Zavadenko NN, Suvorinova NYu, Zavadenko AN, Fateeva VV. Neurodevelopmental disorders in children and the possibilities of their pharmacotherapy. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(11-2):38-45. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro202112111238>
9. Суворинова Н.Ю., Заваденко Н.Н. Коморбидные расстройства при синдроме дефицита внимания и гиперактивности. *Журнал медико-биологических исследований*. 2014;1:55-64.
Suvorinova NYu, Zavadenko NN. Comorbid disorders in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Biomedical Research*. 2014;1:55-64. (In Russ.).
10. Gnanavel S, Sharma P, Kaushal P, Hussain S. Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature. *World J Clin Cases*. 2019;7(17):2420-2426.
<https://doi.org/10.12998/wjcc.v7.i17.2420>
11. Caye A, Swanson J, Thapar A, et al. Life Span Studies of ADHD-Conceptual Challenges and Predictors of Persistence and Outcome. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(12):111.
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0750-x>
12. Jogia J, Sharif AH, Nawaz FA. Comorbidities Associated With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents at a Tertiary Care Setting. *Global Pediatric Health*. 2022;9.
<https://doi.org/10.1177/2333794X221076607>
13. Инструкция по медицинскому применению препарата Проспекта. ГРЛС. Доступно на 18.07.23.
Instructions for the medical use of Prospekta. GRLS. (In Russ.).
https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=9e5e7286-65f1-4d01-96dd-e59e6b56f005
14. Заваденко Н.Н., Макушкин Е.В., Гайнетдинова Д.Д. и др. Терапия синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей: результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2022;122(11):62-68.
Zavadenko NN, Makushkin EV, Gaynetdinova DD, et al. Treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children: results of a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Zhurnal Nevrologii i Psikhiiatrii im. S.S. Korsakova*. 2022;122(11):62-68. (In Russ.).
<https://doi.org/10.17116/jnevro202212211162>