

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.89-008.47-053.2

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ – ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО**¹Колягин В.В., ²Кульчицкая С.Ю., ²Иванова В.П.**

¹*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования – филиал ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Иркутск, e-mail: Kolyagin54@mail.ru;*

²*ОГКУЗ «Иркутская областная клиническая психиатрическая больница № 1», Иркутск*

В МКБ-10 представлены диагностические критерии ряда состояний, ранее рассматривавшихся в рамках минимальной мозговой дисфункции (ММД) у детей. Например, нарушения психического развития: расстройства развития речи, школьных навыков, моторных функций и гиперкинетические расстройства (ГР). Таким образом, ГР является одним из клинических вариантов ММД. В МКБ-10 ГР входит в диагностическую рубрику «нарушение активности и внимания» (F90.0). В РФ и США в зависимости от клинических проявлений выделяют три типа ГР (СДВГ): 1) тип импульсивный гиперактивный (type impulsive hyperactive); 2) тип невнимательный (type inattentive); 3) тип комбинированный (type combined). В РФ также существует дифференциация ГР по клинко-патогенетическому типу, в которой определяют энцефалопатическую форму, в генезе – органическое поражение ЦНС, а также дизонтогенетическую форму, как возрастной прототип формирующегося расстройства личности, и смешанную форму. В зависимости от клинко-патогенетического типа ГР строится и лечение. Соответствующее лечение в раннем возрасте крайне важно, чтобы предотвратить осложнения ГР, ограничивающего достижения в школе, влияющего на социальное поведение, психологию и развитие ребенка, приводящего к отстранению от общества и возможному криминальному поведению. Представлены три клинических случая гиперкинетического расстройства (ГР): 1) смешанные специфические расстройства психического развития (ССРПР). ГР (энцефалопатическая форма); 2) ГР (преимущественно дизонтогенетическая форма); 3) ССРПР. ГР (смешанная форма).

Ключевые слова: синдром дефицита внимания с гиперактивностью, СДВГ, гиперкинетическое расстройство, ГР, смешанные специфические расстройства психического развития, ССРПР, общее нарушение развития, ОНР, хроническая фето-плацентарная недостаточность, ХрФПН, минимальная мозговая дисфункция, ММД, общее недоразвитие речи, ОНР

ATTENTION DEFICIENCY SYNDROME WITH HYPERACTIVITY – HYPERKINETIC**¹Kolyagin V.V., ²Kulchitskaya S.Yu., ²Ivanova V.P.**

¹*Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education – Branch Campus of the Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Irkutsk, e-mail: Kolyagin54@mail.ru;*

²*Irkutsk Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1, Irkutsk*

The ICD-10 presents diagnostic criteria for a number of disorders previously considered within the framework of minimal mental dysfunction (MMD) in children. For example, mental development disorders: developmental disorders of speech, scholastic skills, motor functions and hyperkinetic disorders (HD). Thus, HD is one of the clinical variants of MMD. In the ICD-10, HD is included in the diagnostic section «Attention-deficit hyperactivity disorder» (F90.0). In the Russian Federation and the USA, depending on the clinical manifestations, three types of ADHD are distinguished: 1. Type impulsive hyperactive; 2. Type inattentive; 3. Type combined. In the Russian Federation, there is also a differentiation of HD according to the clinical and pathogenetic type: encephalopathic form is (in genesis – organic lesion of the central nervous system), dysontogenetic form (as an age-related prototype of the emerging personality disorder) and the mixed form. Treatment depends on the clinical and pathogenetic type of HD. Appropriate treatment at an early age is essential to prevent complications of HD, limiting achievement in school, social behavior, psychology and child development, leading to social exclusion and possible criminal behavior. Three clinical cases of HD are presented: 1. MSDMD. HD (encephalopathic form); 2. HD (mainly dysontogenetic form); 3. MSDMD. HD (mixed form).

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, ADHD, hyperkinetic disorder, HD, mixed specific disorders of mental development, MSDMD, general developmental disorder, GDD, chronic placental fetal insufficiency, ChrPFI, minimal cerebral dysfunction, MCD, general speech underdevelopment, GSU

По эпидемиологическим данным, встречаемость СДВГ у детей составляет от 1–4% до 25–30% [1, 2]. СДВГ преобладает у мальчиков – от 3:1 до 9:1 [3–5]. В РФ живут –2 млн детей с СДВГ, с которым связаны социальные последствия – выраженный рост преступности, алкоголизма,

наркоманий и СПИДа [3]. В период полового созревания, до 25% детей продолжают проявлять симптомы СДВГ, а оставшиеся 75% демонстрируют меньшее количество или отсутствие симптомов. Более чем у половины детей с СДВГ синдром сохраняется во взрослой жизни [4].

История СДВГ. В 1962 г. термин «ММД» был предложен Оксфордской международной группой изучения проблем детской неврологии. Дальнейшие работы многих авторов показали, что у детей затрагиваются механизмы регуляции активного внимания и тормозящего контроля в 100%, а двигательные нарушения встречаются в 80–85% случаев. Это обстоятельство явилось основанием для ввода в DSM-III (1980) термина «СДВГ», который также применяется в DSM-IV(1994); DSM-5(2013), а в МКБ-10(1993) и МКБ-11(2018) – «ГР». Поведенческие нарушения при ГР рассматривались как проявления нейрохимической и нейрофизиологической дисфункции структур головного мозга [3]. Диагноз СДВГ может свидетельствовать о семейной дисфункции или плохой образовательной системе, а не о проблемах индивидуума. Поведение, типичное для СДВГ, чаще наблюдается у детей, которые испытывали моральное унижение и жестокость [3].

Отчетная документация за последние 5 лет детских психиатрических отделений № 9 и № 10 ГУЗ «Иркутская ОКПБ № 1». ГР преимущественно имело место в структуре других нозологических единиц, как самостоятельный диагноз отображалось только в единичных случаях.

Применялся клинико-психопатологический метод (анализ медицинской документации, описание психического состояния, анализ симптомов психических расстройств) в сочетании с соматоневрологическим, нейрофизиологическим, психологическим исследованиями.

Цель исследования: представить клинико-патогенетические типы ГР (энцефалопатическая; дизонтогенетическая; смешанная форма), в зависимости от которых строится лечение.

1. Клинический случай. Э. рожден 06.08.2013 г. (6 лет), был инвалидом по неврологии до 6 лет. Проживает: Иркутская область, г. Братск, в благоустроенной квартире, с мамой, отчимом (не пьет, адекватный, спокойный, разнорабочий на стройке), сестрой 11 лет и братом 8 лет (старшие дети здоровы).

Наследственность. Мама 28 лет, образование среднее. Не работает. Злоупотребляла алкоголем. Ограничивалась в правах с 21.02.2019 г. по 31.08.2019 г., с того времени не пьет. Отец с семьей не жил, сведений нет.

Из анамнеза: беременность третья, на фоне хронической алкогольной и никотиновой интоксикации, ХрФПН. Роды третьи, на 39 неделе, самостоятельные в головном предлежании, вес 2 900 г, рост 50 см. Оцен-

ка по шкале Апгар 8–9 баллов. Выписан из роддома с DS: Церебральная ишемия. Находился в социальном центре в период ограничения матери в правах.

Нервно-психическое развитие: голову держит с 9 месяцев, сидит с 1 года 6 месяцев, ходит с 4 лет, первые слова с 1,5 лет, фразовая речь с 4,5 лет. ДДУ посещает с 4,5 лет, адаптировался удовлетворительно. ЧМТ, судороги, обмороки, снохождение, сноговорение, энурез – не было. Головные боли, носовые кровотечения (+). Жару, духоту, проезд в транспорте переносит плохо.

Аллергологический анамнез – отсутствует. Привит по возрасту. *Перенесенные заболевания:* ОРВИ. *Эпидемиологический анамнез:* в контакте с инфекционными больными в течение 21 дня не был, жидкого стула, сыпи, рвоты и лихорадки не отмечалось.

Анамнез болезни (из сопроводительных документов Ф112; со слов матери). С раннего детства отставал в психомоторном развитии. С рождения наблюдается у невролога по месту жительства с Ds: *Перинатальное поражение центральной нервной системы. Гидроцефальный синдром в стадии субкомпенсации.* В возрасте двух лет с данным диагнозом проходил обследование и лечение в отделении неврологии в областной детской больнице г. Иркутска. МРТ головного мозга от 09.06.2015 г.: *Ретроцеребеллярная киста, смешанная гидроцефалия.* В дальнейшем наблюдался у невролога, лечение не получал. Осмотр невролога по месту жительства 25.07.2019 г.: *Резидуальная энцефалопатия. Синдром вегетодистонии, в стадии субкомпенсации. Гидроцефалия в стадии субкомпенсации. Ретроцеребеллярная киста.* В связи с положительной динамикой в неврологическом статусе группа инвалидности по неврологии снимается, был направлен к психиатру по месту жительства.

Осмотрен психиатром по месту жительства 03.10.19 г.: Ds: F07; F90.1. Направлен на обследование, лечение, уточнение диагноза ОГКУЗ «Иркутская ОКПБ № 1». Поступает 02.12.2019 г. в 9 детское отделение. *Жалобы на момент поступления (со слов матери):* на частые головные боли, агрессивность, вспышки гнева, носовые кровотечения. В детском саду демонстрирует половые органы другим детям.

Психический статус: Внешне опрятен. Выглядит по возрасту. Фон настроения повышен, двигательно активный, неусидчивый. Постоянно беспричинно улыбается. Контакт доступен, обращенную речь понимает в полном объеме, на вопросы отвечает в плане заданного. Словарный запас скудный, ограничен бытовыми понятиями.

Собственная речь невнятная, с дефектом звукопроизношения, ускорена по темпу. Дистанцию в беседе соблюдает. Сведения о себе сообщает не в полном объеме: назвал фамилию и имя, отчество не знает; возраст, дату рождения не сообщает; адрес проживания называет – Братск. Пирамидку из семи колец собрал верно. Цветовой гнозис не сформирован, не называет цвета и оттенки, может сопоставить. Из геометрических фигур выделил круг, квадрат, треугольник, смог их нарисовать. Домашних и диких животных не дифференцирует, смог назвать и показать некоторых зверей. Пространственно-временной гнозис сформирован частично, верно называет время года, но охарактеризовать не может, не называет месяца, дни недели. Понятиями «больше – меньше» владеет. С тестом «четвертый лишний» не справляется, не понимает инструкцию. Механический счет совершил в прямом порядке до 10, в обратном – недоступен. Арифметические навыки не сформированы, простые счетные операции недоступны. Путает цифры и буквы, читать не умеет. Прочитанный текст пересказать не смог. Мышление торпидное, последовательное. Интеллектуальное развитие не соответствует возрасту. Память снижена. Работоспособность снижена вследствие высокой отвлекаемости. Навыками самообслуживания владеет в полном объеме. Галлюцинирующим не представляется. Бредовые идеи не высказывает.

Осмотрен специалистами: ЭЭГ: Негрубые диффузные ЭЭГ-изменения с наличием регулярного альфа-ритма. Признаков нейрофизиологической незрелости нет. Эпилептиформной активности не зарегистрировано. ЭхоЭГ: Срединные структуры не смещены, пульсация не увеличена. Дополнительных эхо-сигналов не выявлено. *Логопед:* Системное недоразвитие речи легкой степени. *Педиатр:* Соматически здоров. *Невролог:* Резидуальная энцефалопатия. Церебрастенический синдром с цефалгиями. Статико-локомоторная недостаточность. *Психолог:* Обнаруживается задержка психических процессов с эмоционально-волевыми нарушениями на органически неполноценном фоне.

Лечение: Посещал диагностические занятия психолога. Лекарственные препараты: Tab. Acidi goripantenis до 750 мг/с; Tab. Glycini до 300 мг/с; Tab. Tioridazini до 15 мг/с; Витаминотерапия.

В отделении: адаптировался удовлетворительно, вел себя активно, неусидчивый, шумный, любит подвижные игры, не может долго заниматься одним делом, периодически получал замечания, реагирует адекват-

но. На фоне лечения стал спокойным, более усидчивым, сохраняется задержка нервно-психического развития.

Выписан 30.12.2019 г. в сопровождении матери. *Диагноз:* Смешанные специфические расстройства психического развития. Гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (энцефалопатическая форма). Церебрастенический синдром. (F83.0; F90.0).

Рекомендовано: «К» наблюдение у психиатра по месту жительства. Наблюдение у невролога по месту жительства. ЭЭГ, ЭхоЭГ – 1 раз в год по месту жительства. Плановое поступление в детское отделение ОГКУЗ «ИОКПБ № 1» для наблюдения в динамике. При нарушении в поведении, под контролем психиатра по месту жительства прием Tab. Tioridazini до 15 мг/с. Курсы ноотропной, сосудистой, витаминотерапии 2–3 раза в год (при отсутствии индивидуальной непереносимости, по назначению невролога, психиатра). Индивидуальные коррекционные занятия с логопедом, дефектологом, психологом по месту жительства. Представление на комиссию ПМПК для уточнения образовательного маршрута.

2. *Клинический случай.* И., рожден 30.08.2008 г. (11 лет). Проживает с родителями: Иркутская область, г. Черемхово.

Наследственность. Мама 31 год, инвалид 3 гр. по бронхиальной астме. Отец – 37 лет. По характеру: неуравновешенный, вспыльчивый, раздражительный, не всегда адекватный в общении. С соседями не общается. Раньше выпивал и дрался. В армии не служил. Родители не работают, образование среднее специальное, ведут домашнее хозяйство, продают козье молоко.

Из анамнеза: Старший ребенок из троих. Рожден от первой беременности – протекала без проблем. Роды в срок, на 39 неделе, вес 3 380 г, рост 54 см. Период адаптации без особенностей. Выписан из роддома вовремя.

Нервно-психическое развитие: голову держит с месяца, сидит с полугода, стоит с 9 месяцев, пошел в год, первые слова к году, фразовая речь с 3 лет. ДДУ посещал с 5 лет, адаптировался с трудом, был неусидчивым, активным, обидчивым, раздражительным. В школу пошел в 7 лет, обучается в 4 классе по программе 7 вида (определен ПМПК с 2018 г.), который дублирует. ЧМТ, обмороки – не было. Носовые кровотечения не отмечались. Жару, духоту переносит удовлетворительно. В транспорте укачивает. В возрасте 8 месяцев отмечались однократные фебрильные судороги, лечение не получал. Отмечается снохождение, сноворужение и ночной энурез до 1 раза в месяц.

Аллергологический анамнез: Аллергическая реакция на лактозу в виде проявлений нарушения пищеварения, слабости. В марте 2017 г. после посещения конюшни развилась аллергическая реакция на неуточненный аллерген: волдыри и покраснение кожных покровов, кашель. Получал лечение. Также имела место аллергическая реакция на амоксилав, краситель желтый. Привит по возрасту.

Перенесенные заболевания: ММД, ветряная оспа в 2013 г. (5 лет), ОРВИ.

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными в течение 21 дня не был, жидкого стула, сыпи, рвоты, лихорадки не было.

Анамнез болезни (из сопроводительных документов и со слов матери): Впервые осмотрен неврологом по месту жительства 21.07.10 г. (1 год 11 месяцев), обратились с жалобами на расстройство сна. *Ds:* *Диссомнические нарушения, аффективно-респираторные приступы в анамнезе* – назначено лечение. Повторный осмотр невролога 16.01.2013 г. (4 года 4 месяца). *Ds:* *ММД, синдром гиперактивности*. Рекомендовано лечение – фенибут, препараты валерианы. В сентябре 2013 г. (5 лет) получил травму головы, ушиб мягких тканей, без потери сознания. Лечение не получал. Консультация невролога по месту жительства 21.09.2014 г. (6 лет). *Ds:* *Детский невроз. Синдром гиперактивности. Эпизодический энурез*. С данным диагнозом наблюдается у невролога, курсами получает лечение, динамика на фоне лечения незначительная.

Впервые осмотрен психиатром по месту жительства 14.03.2017 г. (8,5 лет). Ds: *F83 (Смешанные специфические расстройства психического развития); F90 (Гиперкинетическое расстройство)*. Получал лечение кортексином, неуплептилом, фенибутом, отмечался незначительный эффект – стал более спокойным.

В связи с плохой успеваемостью в школе впервые направлен на обследование, лечение, уточнение диагноза в детское отделение ОГКУЗ «Иркутская ОКПБ № 1». Поступил в плановом порядке в 9 отделение, 11.11.2019 г. с *Ds:* *F83. Жалобы на момент поступления (со слов матери):* плохая успеваемость по школьной программе, неусидчивость, гиперактивность, отвлекаемость, навязчивость, быстрая утомляемость.

Психический статус: Внешне опрятен. Выглядит по возрасту. Фон настроения ближе к ровному. Контакт доступен, обращенную речь понимает в полном объеме, на вопросы отвечает в плане заданного, речь громкая, ускорена по темпу. С удовольствием рассказывает о своих любимых заня-

тиях – «занимается в кружке по созданию мультфильмов; организовал группу помощи животным». Словарный запас достаточный. Дистанцию в беседе соблюдает. Сведения о себе сообщает в полном объеме, назвал Ф.И.О. себя и родителей, адрес проживания, где обучается. Общая осведомленность об окружающем мире достаточная. Цветовой, геометрический и пространственно-временной гнозис сформирован в полном объеме. Верно называет времена года, их основные характеристики, по порядку называет месяца, дни недели. Может определить время по часам. Понятиями «больше – меньше» владеет. В тесте «четвертый лишний» ориентируется верно, обобщает по групповому признаку, исключает правильно. С тестом на парные аналогии справился в полном объеме. Механический счет в прямом, обратном порядке тысячами. Арифметические навыки сформированы, простые счетные операции в уме в пределах ста, освоил сложение, вычитание столбиком в пределах тысячи, знает таблицу умножения. Читает словами, словосочетаниями, бегло, смысл прочитанного понимает, скрытый смысл передает правильно, смог пересказать текст приблизительно к оригиналу. Процессы анализа, синтеза, обобщения, сравнения развиты достаточно. Трактует поговорки: «Золотые руки» – человек умеет что-то хорошо делать; «Светлая голова» – умный человек; «Белая ворона» – человек, который отличается от других. Самостоятельно называет и поясняет пословицы. Мышление логичное, последовательное. Интеллектуальное развитие соответствует возрасту. Память достаточная. Работоспособность снижена вследствие высокой отвлекаемости, во время обследования постоянно вертится, не может спокойно сидеть на стуле, совершает движения телом и конечностями, легко отвлекается на посторонние раздражители. Навыками самообслуживания владеет в полном объеме. Галлюцинирующим не представляется. Бредовые идеи не высказывает.

Обследование: ОАК, ОАМ – в пределах нормы; РМП – отрицательная; ЭЭГ: Легкие диффузные изменения БЭА головного мозга. Очаговой патологической и эпилептиформной активности не выявлено; ЭхоЭГ: Срединные структуры не смещены. Пульсация эхо-сигналов не увеличена. Дополнительные эхо-сигналов не выявлено.

Logoped: Лексико-грамматическое недоразвитие речи. *Невролог:* Гиперкинетическое расстройство. Парасомнии. Фебрильные судороги в анамнезе. *Педиатр:* Соматически здоров. *Психолог:* Обнаруживаются эмоционально-волевые нарушения с нерезким снижением психических про-

цессов (в большей степени внимания, памяти) на органически неполноценном фоне.

Лечение: Режим – общий. Посещал диагностические занятия психолога. Лекарственные препараты: Tab. Acidi aminophenylbuturici до 750мг/с; Tab. Glycini до 300мг/с.

В отделении: Грубых нарушений в поведении не отмечено, общался с другими детьми в группе, периодически участвовал в конфликтных ситуациях, в поведении очень активный, неусидчивый, отвлекаемый, не может долго заниматься одним делом, отмечается постоянная смена деятельности, внимание неустойчивое, рассеянное, на замечания реагировал адекватно.

Выписан – 09.12.2019 г. Диагноз: *Гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (F 90.0)*. Рекомендовано: «К» наблюдение у психиатра по месту жительства. Депакин хроносфера 250, от 6 месяцев. Наблюдение у невролога по месту жительства. По рекомендации невролога, прием: табл. Пантокальцин 0,25 по 1 табл. 3 раза в день (У; О; В) № 45; табл. Магне В6 по 1 табл. 3 раза в день (У; О; В) № 30. Курсы ноотропной, сосудистой, витаминотерапии 2–3 раза в год (при отсутствии индивидуальной непереносимости, по назначению невролога, психиатра). Индивидуальные занятия с психологом по месту жительства.

3. Клинический случай. Р., рожден 18.05.2012 г. (7 лет 10 месяцев). Проживает: Иркутская область, Черемховский район, г. Свирск.

Анамнез жизни (из сопроводительных документов Ф112; со слов опекуна): Ребенок находится под опекой с августа 2015 г. Проживают вдвоем с опекуном. *Данных о наследственности, беременности, родах, раннем развитии нет.* Известно, что после рождения выписан из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей Ангарского перинатального центра с DS: Маловесный к сроку. После выписки проживал в детском доме г. Черемхово, дважды возвращен из опекающих семей. ДДУ посещал с 3,5 лет, адаптировался удовлетворительно, был гиперактивным, неусидчивым, ломал мебель, игрушки. В школу пошел с 7 лет, обучается по общеобразовательной программе, не справляется, не сидит спокойно на уроках, бегают по кабинету, дурачатся, мешает заниматься другим детям, на замечания реагирует кратковременно.

Обмороки, судороги, снохождение, сноговорение, энурез не отмечены. Жару, духоту, проезд в транспорте переносит удовлетворительно.

Аллергологический анамнез – отсутствует. Привит по возрасту.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа (декабрь 2014 г.), острый фарингит, острый бронхит. **Диагностированы:** гиперметропия (дальнозоркость) слабой степени обоих глаз, анизометрия, сложный гиперметропический астигматизм левого глаза, сходящееся косоглазие. **Эпидемиологический анамнез:** в контакте с инфекционными больными в течение 21 дня не был, жидкого стула, сыпи, рвоты, лихорадки не отмечалось.

Анамнез болезни (со слов опекуна; на правительных документов Ф112): С раннего детства по линии диспансеризации наблюдается у психиатра с выраженными нарушениями поведения. *Осмотрен неврологом 17.03.18 г. (около 6 лет). DS: ММД. Специфическое расстройство экспрессивной речи.* Назначено лечение (пантогам, тенотен), без эффекта. В связи с выраженными нарушениями в поведении и плохой успеваемостью в школе *осмотрен психиатром по месту жительства – 05.03.20 г. DS: F 70; F 83; F 90.* Направлен в плановом порядке для обследования, уточнения диагноза, решения экспертных вопросов, лечения в детское отделение ОГКУЗ «Иркутская ОКПБ № 1». Поступил впервые в 9 отделение ИОКПБ № 1, 10.03.2020 г. DS: F83. *Жалобы на момент поступления* (со слов опекуна): на плохую успеваемость по школьной программе, неусидчивость, гиперактивность, много фантазирует, выдумывает, портит вещи.

Психический статус: Внешне опрятен. Выглядит по возрасту. Отмечается сходящееся косоглазие слева. Фон настроения повышен. Контакт доступен, обращенную речь понимает в полном объеме, собственная речь с дефектом произношения, представлена простыми предложениями, словарный запас скудный, ограничен бытовыми понятиями. Дистанцию в беседе соблюдает формально, называет врача на «ты», грубит, на замечания не реагирует. Интерес к обследованию не проявляет, повторяет задаваемую врачом фразу. Сведения о себе сообщает: ФИО, возраст, дату рождения, адрес проживания, имена членов семьи. Общая осведомленность об окружающем мире малого объема. Цветовой и геометрический гнозисы сформированы частично, называет основные цвета, соотносит верно, путается в оттенках. Из геометрических фигур назвал круг, квадрат, треугольник, прямоугольник. Пространственно-временные понятия сформированы достаточно. Перечисляет по порядку времена года, смог верно охарактеризовать их, называет месяца, дни недели. Понятиями «больше – меньше» владеет, «право» и «лево» различает, в схеме

тела ориентируется. Ведущая рука – правая. Дифференцирует домашних и диких животных. В тесте «четвертый лишний», «пятый лишний» ориентируется с трудом, обобщает простые группы (овощи, мебель, обувь, одежда, животные), исключает по основному критерию. С заданием на подбор парных, простых аналогий, в простых случаях, справился с помощью – самостоятельно не выполняет. Механический счет в прямом порядке до 15, в обратном – недоступен. Арифметические навыки в уме в пределах 5, складывает на пальцах. Чтение, письмо недоступно, называет некоторые буквы. Интеллектуальное развитие не соответствует возрасту. Темп деятельности достаточный. Во время обследования постоянно вертится на стуле, соскакивает, внимание неустойчивое, легко отвлекаем. Навыками самообслуживания владеет в полном объеме. Галлюцинаций нет. Бредовые идеи не высказывает. Адаптировался удовлетворительно, навязчив, проявляет агрессию к детям.

Осмотрен специалистами. ЭЭГ: Диффузные изменения умеренные, с наличием замедленного альфа-ритма до 7–7,5 колебаний в секунду, средней амплитуды во всех отведениях, без явной асимметрии. Медленные колебания отмечаются диффузно, небольшой амплитуды. Очаговой и пароксизмальной патологии не выявлено. Возможна легкая степень нейрофизиологической незрелости. *ЭхоЭГ:* Срединные структуры не смещены. Пульсация эхо-сигналов не увеличена. Дополнительных эхо-сигналов не выявлено. *Невролог:* СДВГ, резидуальный вариант. *Педиатр:* Соматически здоров. *Логопед:* ОНР 3 уровня. *Психолог:* Обнаруживается недостаточность психических процессов до легкого умственного недоразвития с эмоционально-волевыми нарушениями.

Лечение: Режим общий. Посещал диагностические занятия психолога. Лекарственные препараты: Depakine Chronosphere 250 мг/с; Tab. Acidi aminophenylbuturici 750 мг/с; Sol. Periciazini 6 мг/с, Контроль АД!

В отделении: адаптировался удовлетворительно. В поведении активный, шумный, провоцирует конфликты в группе, на замечания реагирует кратковременно. На фоне лечения отмечается положительная динамика в поведении, стал спокойнее, замечаний в поведении получал меньше.

Выписан в сопровождении опекуна 10.04.2020 г. Диагноз: *Смешанные спе-*

цифические расстройства психического развития. Гиперкинетическое расстройство поведения (F 83.0; F 90.1).

Рекомендовано: Depakine Chronosphere 250, 6–10 месяцев. Наблюдение у психиатра по месту жительства. Курсы ноотропной, сосудистой, витаминотерапии 2–3 раза в год (при отсутствии индивидуальной непереносимости, по назначению невролога, психиатра). При нарушениях поведения под контролем психиатра по месту жительства продолжить прием – Sol. Periciazini 2 мг. 3 раза в день (У; О; В) под контролем АД № 30. Индивидуальные коррекционные занятия с психологом по месту жительства. Консультация ПМПК с целью уточнения образовательного маршрута.

Заключение

Большинство исследователей ГР относят к ММД. Это психическое заболевание, характерное для детей, является самой частой причиной нарушения их поведения и трудностей обучения. Цикличность является характерной особенностью мыслительной деятельности гиперактивных детей: продуктивно работать могут 10–15 минут, а потом 3–7 минут их мозг должен отдыхать, чтобы накопить энергию для следующего цикла. Важно выявить ГР как можно раньше и как можно быстрее начать лечение. Рекомендуется многопрофильный подход с привлечением не только психиатров, неврологов, но и психотерапевтов, нейропсихологов, родителей и учителей. В раннем возрасте крайне важно соответствующее лечение, чтобы предотвратить различные осложнения этого синдрома. Преимущественно используются методы поведенческой психотерапии в комплексе с педагогической, нейропсихологической коррекцией, и при необходимости добавляется психофармакотерапия.

Список литературы

1. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: АCADEMIA, 2005. 256 с.
2. Зиновьева О., Роговина Е., Тыринова Е. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 6 (1). С. 4–8.
3. Колягин В.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): учеб. пособие. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2021. 84 с.
4. Корень Е.В., Куприянова Т.А. Гиперкинетические расстройства (СДВГ). М., 2015. 82 с.
5. Arns M., van der Heijden K.B., Arnold L.E., Kenemans J.L. Geographic variation in the prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: the sunny perspective. Biological Psychiatry. 2013. Vol. 74. No. 8. P. 585–590.