

менными во II и III триместрах беременности, риск развития врожденных пороков у их детей меньше. Однако для получения более надежных данных о последствиях перенесенной внутриутробно химиотерапии требуются долгосрочные наблюдения.

### ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Лучевая терапия долгое время считалась противопоказанной при беременности. Однако последние исследования показали возможность проведения радиотерапии во время беременности при строгом соблюдении определенных условий [7].

Радиотерапия должна быть запланирована и проведена с большой осторожностью, так как утечка радиации и коллиматорный разброс могут повредить плод. Детерминированные (клеточная гибель с нарушением функции органов) и стохастические (геномное повреждение, которое может привести к последующей онкопатологии) эффекты могут повлечь за собой повреждения эмбриона, зависящие от сроков беременности и дозы облучения.

Пороки развития эмбриона главным образом возникают в фазу органогенеза и, как правило, имеют место при облучении плода дозой >100–200 мГр [19]. В фазу органогенеза и до 25 нед беременности ЦНС восприимчива к радиации.

### Литература

1. Aviles A., Neri N. Hematological malignancies and pregnancy: a final report of 84 children who received chemotherapy in utero // Clin. Lymphoma. – 2001; 2: 173–177.
2. Aviles A., Neri N., Nambo M. Long-term evaluation of cardiac function in children who received anthracyclines during pregnancy // Ann. Oncol. 2006; 17: 286–288.
3. Cardonick E., Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy // Lancet Oncol. – 2004; 5: 283–291.
4. Cohen-Kerem R., Raiton G., Oren D. et al. Pregnancy outcome following non-obstetric surgical intervention // Am. J. Surgery. – 2005; 190: 467–473.
5. Gadducci A., Cosio S., Fanucchi A. et al. Chemotherapy with epirubicin and paclitaxel for breast cancer during pregnancy: case report and review of the literature // Anticancer. Res. – 2003; 23: 5225–5229.
6. Hahn K., Johnson P., Gordon N. et al. Treatment of pregnant breast cancer patients and outcomes of children exposed to chemotherapy in utero // Cancer. – 2006; 107: 1219–1226.
7. Kal H., Struikmans H. Radiotherapy during pregnancy: fact and fiction // Lancet. Oncol. – 2005; 6: 328–333.
8. Makoto M., Takakura S., Takano H. et al. Adjuvant chemotherapy in pregnant women with endodermal sinus tumor of the ovary // Obstet. Gynecol. – 2007; 109: 537–540.
9. Mantovani G., Gramignno G., Mais V. et al. Use of chemotherapy for ovarian cancer during human pregnancy: case report and literature review // Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. – 2007; 131: 239–239.
10. Mathevet P., Nessah K., Dargent D. et al. Laparoscopic management of adnexal masses in pregnancy: a case series // Eur. J. Obstet. Gynaecol. Reprod. Biol. – 2003; 108: 217–222.
11. Meyer-Wittkopf M., Barth H., Emons G. et al. Fetal cardiac effects of doxorubicin therapy for carcinoma of the breast during pregnancy: case report and review of the literature // Ultrasound. Gynecol. – 2001; 18: 62–66.
12. Ni Mhuireachtaigh R., O’Gorman D. Anesthesia in pregnant patients for nonobstetric surgery // J. Clin. Anesth. – 2006; 18: 60–66.
13. Pavlidis N. Coexistence of pregnancy and malignancy // Oncologist. – 2002; 7: 279–287.
14. Reynoso E., Hueta F. Acute leukaemia and pregnancy-fatal fetal outcome after exposure to idarubicin during the second trimester // Acta Oncol. – 1994; 33: 703–716.
15. Rizzo A. Laparoscopic surgery in pregnancy: long-term follow-up // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Technol. – 2003; 13: 11–15.
16. Robinson A., Watson W., Leslie K. Targeted treatment using monoclonal antibodies and tyrosine-kinase inhibitors in pregnancy // Lancet. Oncol. – 2007; 8: 738–743.
17. Sekar R., Stone P. Trastuzumab use for metastatic breast cancer in pregnancy // Obstet. Gynecol. – 2007; 110: 507–510.
18. Van Calsteren K., Berteloot P., Hanssens M. et al. In utero exposure to chemotherapy: effect on cardiac and neurologic outcome // J. Clin. Oncol. – 2006; 24: 16–17.
19. Yuen P., Ng P., Leung P. et al. Outcome in laparoscopic management of persistent adnexal mass during the second trimester of pregnancy // Surg. Endosc. – 2004; 18: 1354–1357.

### CANCER AND PREGNANCY

**G. Dashyan**, Candidate of Medical Sciences; Professor **V.F. Semiglazov**, Corresponding Member of the Russian Academy of Medical Sciences; **V.V. Semiglazov**, MD; **R. Paltuyev**, Candidate of Medical Sciences; **P. Krivorotko**, Candidate of Medical Sciences; **E. Topuzov**, MD; **T. Tabagua**, **I. Nikitina**, **I. Grechukhina**, N.N. Petrov Oncology Research Institute, Ministry of Health and Social Development, Saint-Petersburg

The paper considers a complex association between pregnancy and cancer and discusses treatment modalities.

**Key words:** cancer, pregnancy, treatment.

## СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ: ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

**А. Скоромец**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
**Н. Андрющенко**<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,  
**И. Семичева**<sup>2</sup>, **Д. Шигашов**<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук  
<sup>1</sup>СПбМАПО, <sup>2</sup>Центр восстановительного лечения  
«Детская психиатрия», Санкт-Петербург  
**E-mail:** annaskoromets@gmail.ru

*Ученые констатируют, что детей с синдромом дефицита внимания с гиперактивностью становится все больше. Рассматриваются вопросы диагностики и дифференциальной диагностики, немедикаментозной и медикаментозной коррекции данного состояния.*

**Ключевые слова:** синдром дефицита внимания с гиперактивностью, нутрициальный статус, Магне В6.

Данные о синдроме дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) представлены в многочисленных исследованиях зарубежных и отечественных ученых. Так, генетическая природа СДВГ впервые экспериментально доказана в 1995 г. Е. Cook и соавт. опубликовали данные об отклонении от нормы в структуре гена, ответственного за транспорт дофамина (DAT1).

Впоследствии в разных странах были проведены многочисленные исследования, которые показали, что СДВГ – полигенное расстройство, выраженное в дисфункции нескольких нейромедиаторных систем, главным образом – дофаминергической, норадренергической и серотонинергической.

Многочисленные исследования демонстрируют, что немаловажную роль в развитии СДВГ играют и экзогенные факторы. Так, Ю. Джос приводит следующие данные, основанные на сравнении пациентов с СДВГ со здоровыми детьми: осложнения беременности матери выявлены у 100% случаев детей с СДВГ, патология родов – у 88%, перинатальное поражение центральной нервной системы – у 92%. Таким образом, СДВГ представляется полигенным и полиэтиологическим расстройством, при котором наследственные факторы переплетаются с факторами пери- и раннего постнатального периода.

### ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СДВГ

Несмотря на то что клиническая картина СДВГ известна давно, до настоящего времени отсутствуют специфические биологические маркеры, позволяющие подтвердить или исключить данными дополнительного обследования наличие СДВГ.

Основные симптомы определяют в основном при наблюдении за поведением ребенка. Субъективизм оценки обуславливает возможность гипердиагностики СДВГ. Так, нередко с жалобами на гиперактивность ребенка обращаются

**Conners-шкала для определения наличия и степени выраженности СДВГ**

№	Ребенок	Вовсе нет	Немного	Относительно сильно	Очень сильно
		баллы			
		0	1	2	3
1	...беспокоен или чрезмерно активен				
2	...возбудим, импульсивен				
3	...мешает другим детям				
4	...не доводит начатые дела до конца (из-за короткого периода концентрации внимания)				
5	...постоянно вертлявый, непоседливый				
6	...невнимательный, легко отвлекается				
7	...требует, чтобы ожидаемое было тотчас получено				
8	...легко может заплакать				
9	...демонстрирует быструю и выраженную смену настроения				
10	...демонстрирует вспышки гнева, взрывное и непредсказуемое поведение				

В связи с возможной субъективностью при постановке диагноза СДВГ делаются попытки выработать диагностические стратегии, призванные более дифференцированно подходить к разграничению нормальных и нарушенных вариантов развития, выделяя в последних специфику, свойственную СДВГ.

СДВГ дифференцируют с рядом состояний:

- с нормальным высоким уровнем активности (темперамент);
- одаренностью/задержкой развития;
- нарушениями зрения/слуха;
- эпилепсией;
- побочными эффектами долговременной медикаментозной терапии;
- нарушениями функции щитовидной железы;
- расстройством привязанности;
- посттравматическими расстройствами.

родители, у которых в силу разных причин сформированы жесткие представления о «правильном» поведении детей, в которые их ребенок не укладывается. В семье, состоящей из 4 взрослых и ребенка, он считается «трудным», «неугомонным», «непослушным и агрессивным» потому, что, по их мнению, главное — дисциплина и послушание.

Гиперактивность нередко является «маской», скрывающей нарушенное эмоциональное состояние ребенка. Причины нарушений могут быть разными — депрессия матери, недостаточность времени совместных занятий, невнимание к ребенку, нарушения взаимоотношений между родителями или между родителями и прародителями, проживающими вместе.

Одна мать жаловалась на неусидчивость ребенка, бесцельную беготню, шалости и нежелание заниматься чем-либо «полезным». Мальчику шел второй год. Однако, как выяснилось, у него не была сформирована надежная привязанность к матери — она слишком часто отсутствовала дома. Заменяющая ее няня испытывала к ребенку противоречивые чувства — мальчик отличался непростым характером и поведением, неустойчивостью внимания, бесцельно брал различные предметы, крутил их в руках и тянулся к следующим.

Ребенок стал регулярно посещать занятия у Монтессори-терапевта и принял правила, существующие в Монтессори-среде, например такое: после выполнения упражнения материал должен быть отнесен на свое место. Постепенно занятия мальчика в Монтессори-среде стали отличаться внимательным отношением к материалу, его действия стали неторопливыми, ребенок был готов к терпеливому достижению результата и вместе с тем был наблюдателен, ждал возможного появления «чудес», «самостоятельных открытий». Постоянство терапевтической Монтессори-среды и ее правил давало чувство уверенности, освобождало творческую и исследовательскую энергию ребенка. Его гиперактивность исчезла.

Для стандартизации описаний и введения возможности качественно-количественной оценки степени выраженности нарушений в международной практике применяются различные шкалы. Например, в шкале СДВГ Коннерс (Conners) поведение ребенка оценивается в баллах (см. таблицу). Родителям ребенка (или родителям и педагогам) предлагается оценить правильность высказывания: «Мой ребенок...» и степень выраженности проявлений нарушенного поведения. Далее следуют 10 утверждений, причем родители должны ориентироваться не на сиюминутное поведение ребенка, а на типичные для него проявления, наблюдаемые, как минимум, в последние недели.

Полученные в результате заполнения шкалы баллы суммируются. Наличие СДВГ констатируют при суммарной оценке >15 баллов.

По данным Центра восстановительного лечения (ЦВЛ) «Детская психиатрия» (Санкт-Петербург), число детей с диагнозом СДВГ с каждым годом возрастает; так, только за последний год в ЦВЛ обратились 893 пациента — как правило, это дети и подростки с наиболее тяжелыми проявлениями СДВГ.

По данным Американской психиатрической ассоциации, СДВГ — довольно распространенное расстройство, встречающееся у 3–7% детей дошкольного возраста.

Диагностика СДВГ осуществляется на основе диагностических критериев DSM-IV (1994).

Критерии СДВГ:

- особенности поведения:
  - появляются до 7 лет;
  - обнаруживаются, по меньшей мере, в 2 сферах деятельности (в школе, дома, в труде, играх);
  - не обусловлены: психотическими, тревожными, аффективными, диссоциативными расстройствами или психопатиями;
  - вызывают значительный психологический дискомфорт и дезадаптацию;

- невнимательность (из перечисленных ниже признаков минимум 6 должны сохраняться в течение не менее 6 мес):
  - ребенок не способен:
    - выполнить задание без ошибок, вызванных невозможностью сосредоточиться на деталях;
    - вслушиваться в обращенную речь;
    - доводить выполняемую работу до конца;
    - организовать свою деятельность;
  - стремление избежать нелюбимой работы, требующей усидчивости;
  - потеря предметов, необходимых для выполнения заданий (письменные принадлежности, книги и т.д.);
  - забывчивость в повседневной деятельности;
  - отвлекаемость на посторонние стимулы;
- гиперактивность и импульсивность (из перечисленных ниже признаков минимум 4 должны сохраняться не менее 6 мес):
  - гиперактивность; ребенок:
    - суетлив, не может сидеть спокойно;
    - вскакивает с места без разрешения;
    - бесцельно бегает, ерзает, карабкается в неадекватных для этого ситуациях;
    - не может играть в тихие игры, отдыхать;
  - импульсивность; ребенок:
    - выкрикивает ответ, не дослушав вопрос;
    - не может дождаться своей очереди;
    - часто вмешивается в беседы и игры окружающих, пристаёт к ним.

Отмечено, что у 85% детей с СДВГ встречаются различные сочетанные (коморбидные) расстройства. Наиболее частыми коморбидными СДВГ расстройствами являются тикозные гиперкинезы (синдром Жиль де ля Туретта, транзиторные тики, хронические моторные или вокальные тики), речевые расстройства, обсессивно-компульсивные расстройства, аффективные расстройства, энурез и нарушение сна.

Считается, что нижней границей для выявления СДВГ является возраст 3–4 года (Barkley R., 1995). Появление же основных жалоб при СДВГ относится к младшему школьному возрасту. Наибольшее число детей с СДВГ отмечают в 5–10-летнем возрасте. Максимально выраженные симптомы заболевания наблюдаются в возрасте 7–12 лет как у мальчиков, так и у девочек. Именно начало обучения в школе выявляет СДВГ и заставляет родителей, которые «не видели» или не хотели видеть проблем у своего ребенка, обращаться к специалистам. Как правило, это психологи, педиатры и детские неврологи, которые, исчерпав свои возможности, рекомендуют обратиться к психотерапевту или психиатру.

Нужно ли корректировать всеми возможными способами, лечить СДВГ? Ведь в конце концов это – не опасное для жизни заболевание? Мы считаем, что обязательно нужно лечить! В 50–80% случаев клинические проявления СДВГ сохраняются в подростковом возрасте (Barkley R., 1998), а в 30–50% случаев в той или иной степени – и у взрослых. В детском возрасте сверстники избегают детей с СДВГ, которые постоянно инициируют конфликты, склонны к дракам. Импульсивность и низкий самоконтроль у таких детей и подростков не позволяют им правильно оценить последствия своих действий; так,

вождение ими велосипеда или мотороллера может привести к тяжелому дорожно-транспортному происшествию. Подростки с СДВГ легко поддаются внушению, гораздо чаще попадают под влияние отрицательных лидеров и становятся участниками сект и террористических группировок. «Неопасное» СДВГ становится смертельно опасным.

С детства ребенка с СДВГ часто наделяют негативными характеристиками, в связи с чем он оказывается подверженным формированию вторичных, уже личностных, нарушений – низкой самооценке и неадекватному самовосприятию, депрессии, повышенному напряжению. По данным длительного клинического опыта психиатров ЦВЛ «Детская психиатрия», СДВГ в подростковом возрасте нередко трансформируется именно в депрессивные состояния.

Пациентка А., 1995 г. рождения, обратилась в ЦВЛ «Детская психиатрия» в октябре 2010 г. Со слов родителей, в раннем детстве росла и развивалась соответственно возрасту. Примерно с 4-летнего возраста стали отмечаться трудности в коммуникации с ребенком, девочка не могла самостоятельно организовывать свои занятия, забывала выполнять поручения, была суетливой, находилась в «постоянном движении», требовала постоянного участия взрослых в своих делах и играх. В начальной школе училась «средне», пользовалась услугами репетиторов уже со 2-го класса, хотя учителя отмечали, что при желании она может учиться гораздо лучше. Впоследствии успеваемость постепенно снизилась, допускала «глупые ошибки», выполняя задания, учителя жаловались, что на уроках девочка не слушает, отвлекается, перебивает. В настоящее время имеет репетиторов практически по всем предметам. Со слов мамы, по характеру «вредная, никогда не доводит до конца начатое». В течение жизни ничем серьезным не болела, травм, операций не было. Летом 2010 г. наблюдалась у гинеколога-эндокринолога в связи с нарушением менструального цикла. Обратилась к психиатру осенью 2010 г. в связи с выраженным депрессивным расстройством. При первичной беседе фон настроения резко снижен, плачет, активно высказывает идеи самообвинения, самоуничтожения, отмечались суицидные мысли. Другой психопатологической симптоматики не выявлено. Была назначена терапия антидепрессантами, анксиолитиками, нейропротекторами, психотерапия. За месяц состояние улучшилось, настроение выровнялось, перестала высказывать идеи самообвинения и самоуничтожения; суицидные и агрессивные тенденции отсутствуют, полностью критична к своему заболеванию. В настоящее время продолжает активно лечиться. Обследуется у других специалистов.

Большинство педагогов и школьных психологов в противовес мнению специалистов-неврологов и психиатров предпочитают практику наблюдения детей с СДВГ, настаивают на выводе детей на надомное обучение, на переводе их в классы выравнивания, на смене образовательного учреждения. В итоге такие дети лишаются глобального опыта школьной социализации, общения с социально благополучными соучениками и их поддержки, ориентации в личных учебных достижениях на успешных одноклассников. Между тем при правильном подходе к терапии с применением комплекса воздействий для коррекции детей с СДВГ (медикаментозное лечение, психотерапевтическая и психологическая коррекция, семейная и педагогическая коррекция, физическое развитие) удастся во многих случаях полностью или существенно снизить проявления СДВГ, нивелировать ситуационные, поведенческие психологические проблемы, возникающие у детей.

## ЛЕЧЕНИЕ СДВГ

В лечении СДВГ используются медикаментозные и немедикаментозные методы. Из немедикаментозных методов применяются: психотерапия (Монтессори-терапия, оперантное обусловливание, структурированное самонаблюдение, тренинг родительской компетентности, групповая психотерапия, тренинг социальных навыков, прямое управление возможностями и т.д.); транскраниальная микрополяризация (лечебное применение постоянного электрического тока небольшой силы); биологическая обратная связь (обеспечивает направленную активацию структурно-функциональных резервов мозга в целях преодоления факторов устойчивого патологического состояния) и др.

**Медикаментозные методы терапии СДВГ** представлены следующими группами препаратов: ноотропы (энцефабол, ноотропил, пантогам) и нейротрофики (кортексин, церебролизин, глиагиллин, цераксон), анксиолитики, антидепрессанты, селективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина атомоксетин (страттера).

**Коррекция нарушений внимания.** Монтессори-терапевтический подход особенно эффективен для детей с СДВГ дошкольного возраста.

Дети с проявлениями гиперактивности отличаются избирательностью нарушений внимания. В ряде ситуаций они способны к длительным занятиям с определенной концентрацией внимания. Чаще всего это — компьютерные игры, просмотр телевизионных передач (особенно рекламных роликов) или другие занятия, которые нравятся ребенку. Однако подобное времяпрепровождение не способствует развитию произвольного внимания.

Достижение феномена «поляризации внимания» — состояния высокой концентрации на выполняемом действии — было описано итальянским врачом и педагогом М. Монтессори в качестве одной из предпосылок к «нормализации» ребенка, благодаря которой его поведение перестраивается из хаотичного, гиперактивного в целенаправленное, осознанное, основанное на саморегуляции. Оценив эффект подобного состояния ребенка, Монтессори начала собирать коллекцию упражнений, способствующих достижению данного феномена.

Для детей раннего возраста больше всего подходят упражнения по переключению, проталкиванию, открыванию-закрыванию, для дошкольников — по пересыпанию, просеиванию, переливанию. Задавая такое задание, важно сформировать понятную для ребенка цель, которая заключается не в освоении самого процесса — «сыпать», «лить», а, скажем, в освоении действий по пересыпанию из одной емкости в другую без ошибок (не просыпая). Иначе мы сталкиваемся с ситуацией, о которой родители рассказывают с тяжелым вздохом — вся квартира в беспорядке, а матери приходится много времени тратить на уборку.

Самостоятельному действию с предметами предшествует демонстрация Монтессори-терапевтом возможностей материала. Далее ребенок работает с упражнением самостоятельно, помощь оказывается дозированно — «настолько мало, насколько это возможно».

В разделе «Упражнения в практической жизни» есть группа упражнений, называемых «особые упражнения движений»: ходьба по линии; упражнения тишины.

У ребенка с дефицитом внимания может наблюдаться повышенная «тормозимость», точнее, сложность переключения с одного вида деятельности на другую. М. Кольцова предла-

гала в этом случае тренировочную программу, наибольшая эффективность которой может быть достигнута в дошкольном возрасте (от 4 до 6 лет). Условиями ее успешного проведения она считала:

- доброжелательное отношение к ребенку;
- исключение стресса, связанного с быстрым выполнением задания (спешка приводит к углублению торможения и замедлению реакций);
- четкий режим дня;
- предложение нагрузок на свойства подвижности на хорошем эмоциональном фоне (игры).

Рекомендуемые игры:

- со сменой темпа движений (резкие переходы от медленного темпа к быстрому и обратно, периодически — предельные скорости движений): ходьба-бег-ходьба медленная; хлопать в ладоши с разной скоростью; сгибать-разгибать пальцы рук вслед за взрослым;
- с максимально быстрыми движениями;
- для развития внутреннего торможения; в содержание этих игр входят задания, конфронтирующие со смыслом речевого высказывания или производимого действия: например, игра в «съедобное—несъедобное».

Несмотря на большое количество научных исследований, направленных на изучение патогенеза, методов диагностики и лечения СДВГ, остается очень много нерешенных вопросов, связанных с этим заболеванием.

Так, стали настоящей сенсацией исследования О. Громовой и соавт. (1998), которые свидетельствуют о дефиците магния в крови у детей с гиперактивностью. О роли магния в генезе СДВГ и об эффективности препаратов магния в лечении данного заболевания сообщают также польские авторы В. Starobrat-Hermelin и Т. Kozielec (1997—1998). Дефицит магния создает благоприятные условия для кумуляции свинца, а хорошо известно, что клинические признаки отравления свинцом у детей схожи с проявлениями СДВГ. Восполнение недостатка магния приводит к выведению свинца по принципу конкурентного антагонизма (G. Miller, 1990). Исследование В. Minder и соавт. (1994) выявило снижение уровня внимания у детей с повышенным содержанием свинца в крови. Загрязнение внешней среды свинцом, алюминием наряду с дефицитом магния, цинка, витаминов группы В, фолатов, йода, омега-3, лецитина и др. способствует увеличению риска развития СДВГ и резистентности заболевания к терапии.

В исследованиях О. Громовой установлено, что структура отклонений элементного спектра и гиповитаминозы у детей с СДВГ имеют характерные особенности, из которых наиболее распространены и ярко выражены дефицит магния и пиридоксина.

**Коррекция нутрициального статуса у детей с СДВГ** нормализует «деформированный» метаболизм биохимических каскадов мозга и делает его более восприимчивым к нейротрофической, ноотропной, поведенческой и другой терапии СДВГ.

Наш клинический опыт подтверждает данные клинических исследований, проведенных на кафедре фармакологии ИвГМА; показана высокая эффективность препаратов органического магния при ведении пациентов с СДВГ. Коррекция уровня магния проводится в соответствии с возрастом из расчета 15 мг/кг/сут и длится 3—4 мес.

Пациент К., 5 лет. Родители привели ребенка к неврологу по настойчивой просьбе логопеда, с которым ребенок занимался по поводу умеренно выраженной дислалии и полтерна (спотыкания). Логопед отмечала неусидчивость ребенка, повышенную двигательную активность, невозможность удерживать внимание в течение всего занятия. Подобные жалобы высказывали и воспитатели в детском саду. В неврологическом статусе отмечается умеренная гиперрефлексия глубоких рефлексов. При пробах на доминантное полушарие — элементы левшества; со слов родителей, до года левая рука была более активна. Суетлив, много спрашивает, не дослушав до конца ответ. Отмечаются вегетативные реакции со склонностью к симпатикотонии: тенденция к тахикардии, кожа сухая, горячая, при двигательной активности быстро появляется румянец. При проведении доплерографических функциональных проб (по А. Андрееву, 2007) выявлена склонность к вазоконстрикторным реакциям сосудов головы и шеи. При более детальном опросе родителей выяснилось, что после «беготни и криков» может пожаловаться на головную боль. ЭЭГ и нейросонография — в пределах возрастной нормы. Соматически здоров. Опрос родителей по шкалам и наблюдение за ребенком позволяет говорить о СДВГ и клинических признаках недостаточности магния. Было назначено лечение: Магне В6 — 1 таблетка ежедневно в течение 3 мес, лецитин в гранулах — 1 чайная ложка за еду в течение 2 мес, массаж головы и воротниковой зоны — курс № 15; проведена беседа о правилах поведения родителей и даны упражнения для регуляции поведения у ребенка с СДВГ. Изменения в поведении ребенка родители и логопед почувствовали достаточно быстро — через 2 нед от начала нутрициальной поддержки. Было рекомендовано планово показываться неврологу раз в полгода.

Препаратом выбора для коррекции нутрициального статуса у детей с СДВГ может быть элементосодержащий препарат Магне В6 (Санofi-Авентис, Франция), содержащий магний в терапевтической дозе (470 мг лактата магния) и пиридоксин (5 мг). Магне В6 выпускается в ампулах, что удобно для приема внутрь дошкольниками; у школьников и подростков мы используем таблетированную форму.

По ряду причин, среди которых — рост числа детей с отягощенным перинатальным анамнезом, ухудшение социальной и экологической среды и другие негативные факторы, — детей с СДВГ становится все больше. Своевременно, желательно — в дошкольном возрасте, выявить их и начать коррекционные и лечебные мероприятия — общая задача родителей, педагогов и врачей разных специальностей. В дошкольном возрасте в зависимости от результатов терапии возможна тактика перехода от немедикаментозного к медикаментозному лечению; в школьном возрасте у детей с СДВГ без медикаментов уже не обойтись, нутрициальный подход уместен на всех этапах лечения.

*Список литературы на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)*

#### ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVE DISORDER: APPROCHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

**A. Skoromets<sup>1</sup>, MD; N. Andryushchenko<sup>1</sup>, Candidate of Medical Sciences, I. Semicheva<sup>2</sup>, D. Shigashov<sup>2</sup>, Candidate of Medical Sciences**

<sup>1</sup>Saint Petersburg State Medical Academy of Postgraduate Training; <sup>2</sup>«Childhood Psychiatry» Center for Medical Rehabilitation, Saint Petersburg

*The scientists state that children with attention deficit hyperactive disorder become more and more. The diagnosis and differential diagnosis, and non-drug and drug correction of this condition are considered.*

**Key words:** attention deficit hyperactive disorder, nutritional status, Магне В6.

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ

**В. Петлах<sup>1</sup>**, доктор медицинских наук,  
**А. Коновалов<sup>2</sup>**, доктор медицинских наук,  
**А. Сергеев<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**О. Беляева<sup>1</sup>**, кандидат медицинских наук,  
**О. Саркисова<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>МНИИ педиатрии и детской хирургии, <sup>2</sup>Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

**E-mail:** vladimirip@front.ru

*Представлен алгоритм диагностики и лечения детей со спаечной кишечной непроходимостью, основой которого являются ее эхографическая диагностика, лапароскопический адгезиолизис и оригинальная методика противоспаечной терапии.*

**Ключевые слова:** спаечная кишечная непроходимость, дети, лапароскопический адгезиолизис, эхография.

**П**роблема диагностики и лечения спаечной кишечной непроходимости (СКН) остается актуальной в хирургии детского возраста. Удельный вес этой патологии составляет от 25 до 75% среди всех видов непроходимости [4, 12, 14]. Традиционные методы лечения СКН малоэффективны, частые рецидивы спаечной болезни и высокая летальность после оперативных вмешательств (1,4–12%) заставляют искать новые подходы к решению данной проблемы [3, 7, 13].

Один из основных путей улучшения результатов лечения СКН — ранняя диагностика, однако информативность традиционных рентгенологических методов (обзорной рентгенографии, рентгеноскопии брюшной полости) в первые часы заболевания составляет лишь 50–60% [2, 7, 11].

В последние годы для диагностики непроходимости кишечника все более широкое распространение получает ультразвуковой (УЗ) метод. Отсутствие лучевой нагрузки, безболезненность, относительная быстрота исследования и неинвазивность метода позволяют использовать его многократно, в том числе для динамического эхографического контроля [6, 15]. Исследованиями, проведенными в нашей клинике, показано, что эхография позволяет не только выявить СНК на ранних стадиях, но и определить ее виды. Так, установлено, что частичная СНК характеризуется визуализацией приводящего отдела кишки с чередованием поступательного и характерного для СНК «маятникообразного» движения химуса. В отличие от частичной для полной СНК характерна прогрессирующая маятникообразного движения химуса в просвете приводящего отдела кишки [10]. Визуализация спаек, петель тонкой кишки, их смещаемости дает возможность минимально снизить риск повреждения кишки во время установки троакаров при лапароскопическом пособии.

Альтернативой традиционной открытой операции в настоящее время является миниинвазивное вмешательство — лапароскопия с последующим адгезиолизисом [1, 4].