

КЛИНИКО- БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАССТРОЙСТВ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Под редакцией
Н.В. СИМАШКОВОЙ,
Т.П. КЛЮШНИК



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 9

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Симашкова Н.В., Заваденко Н.Н.

Аутизм как психическое расстройство достаточно часто сопровождается другими психическими и неврологическими нарушениями. Следует помнить, что коморбидность при РАС — скорее, правило, чем исключение, и она может варьировать в диапазоне от симптомов СДВГ, поведенческих расстройств, тиков, тревоги, компульсивного расстройства до депрессии. Лечение коморбидных нарушений в итоге может привести к улучшению возможностей лечения проблем, связанных непосредственно с аутизмом (Banaschewski T., Poustka L., Holtmann M., 2011).

Гиперкинетические расстройства в отечественной литературе (МКБ-10, 1994) довольно часто отождествляются или подменяются диагностической категорией, принятой в DSM-V (2013), — «Attention deficit/hyperactivity disorder», в переводе обозначенной как СДВГ.

Распространенность

Проблемы РАС и СДВГ являются ключевыми в современной детской психиатрии в связи с их наибольшей распространенностью у детей и подростков [РАС — 0,62–1% (ВОЗ, 2014) в популяции (Gillberg C., 2004; Meyer-Lindenberg A., 2011), гиперкинетические расстройства — 3–7% (Заваденко Н.Н., 2005; Гилберт К., Хеллгрейн Л., 2004; Barkley R.A., 2010 и др.)], недостаточной изученностью патогенетических механизмов, высокой социальной значимостью, которая определяется школьной дезадаптацией, нарушениями поведения и риском правонарушений у детей этой группы, нарастающими к пубертатному возрасту. Обе группы расстройств нуждаются в разработке мультидисциплинарных подходов к диагностике и абилитации, стандартов оказания помощи, способствующих профилактике инвалидизации.

Определение

Гиперкинетический синдром у детей характеризуется гиперактивностью, импульсивностью, невнимательностью, когнитивными нарушениями и поведенческими расстройствами, приводящими к социальной дезадаптации.

Классификация по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

В России принята международная классификация гиперкинетических расстройств МКБ-10 (1995), где в рубрике «Гиперкинетические расстройства F90» выделяют:

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

Современные диагностические критерии

Объединенная по феноменологическому принципу, на основе качественных описательных характеристик (нарушение внимания, гиперактивность, импульсивность), эта группа расстройств не имеет надежных диагностических маркеров и четко определенных границ. Данная проблема касается всех психоневрологических расстройств, выделенных по феноменологическому принципу. Диагноз ставится на основании качественных характеристик, которые носят описательный характер либо базируются на наличии ряда стандартных поведенческих стереотипов, встречающихся с определенной частотой в определенном возрасте и приводящих к нарушению социального функционирования. Учитывая это, большой интерес представляет новая версия диагностических критериев СДВГ, представленная в классификации Американской психиатрической ассоциации DSM-V (2013).

Если в DSM-IV-TR (2000) СДВГ был представлен в главе «Расстройства, обычно впервые диагностируемые в младенческом, детском и подростковом возрасте», то в DSM-V название данной главы изменено на «Расстройства развития нервной системы». К диагностическим критериям СДВГ по классификации DSM-V относятся следующие.

А. Постоянный паттерн проявлений невнимательности и гиперактивности-импульсивности, оказывающий влияние на функционирование и развитие и характеризующийся симптомами из разделов (1) и/или (2):

1. Невнимательность: 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 мес в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.

Примечание: симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 лет и более) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

1. Часто не способен сосредоточивать внимание на деталях и допускает ошибки из-за невнимательности, небрежности в школьных заданиях, на работе и других видах деятельности (например, пропускает или теряет детали, выполняет работу неаккуратно).

2. Часто с трудом сохраняет внимание при выполнении заданий или во время игр (например, испытывает трудности с концентрацией внимания во время лекций, бесед, длительного чтения).

3. Часто складывается впечатление, что не слушает обращенную к нему речь (например, мысли где-то витают даже при отсутствии явного отвлекающего фактора).

4. Часто не придерживается предлагаемых инструкций и не может до конца выполнить уроки, домашнюю работу или обязанности на рабочем месте (например, начинает выполнять задание, но быстро теряет фокусирование на нем и легко отвлекается).

5. Часто испытывает сложности в организации выполнения заданий и своей деятельности (например, сложно организовать выполнение задания из последовательных действий, трудно сохранять в порядке материалы и вещи, работа выполняется неаккуратно и неорганизованно, плохо распределяет время, не укладывается в назначенные сроки).

6. Часто избегает, высказывает недовольство и сопротивляется вовлечению в выполнение заданий, которые требуют длительного умственного напряжения (например, школьных заданий, домашней работы, для старших подростков и взрослых — подготовка отчетов, заполнение форм, изучение длинных текстов).

7. Часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и дел (например, школьные принадлежности, карандаши, книги, инструменты, кошельки, ключи, рабочие бумаги, очки, мобильные телефоны).

8. Часто легко отвлекается на посторонние стимулы (для старших подростков и взрослых это могут быть посторонние мысли).

9. Часто проявляет забывчивость в повседневных ситуациях (например, выполнение работы по дому, поручений, для старших подростков и взрослых — ответные звонки по телефону, оплата счетов, приход на назначенные встречи).

II. Гиперактивность и импульсивность: 6 (или более) из следующих симптомов постоянно сохраняются на протяжении как минимум 6 мес в такой степени выраженности, которая не соответствует уровню развития и негативно влияет непосредственно на социальные и учебные/профессиональные виды деятельности.

Примечание: симптомы не связаны исключительно с протестным, вызывающим или враждебным поведением, а также неспособностью понять задание и инструкции. Для старших подростков и взрослых (в возрасте 17 лет и более) необходимо наличие по меньшей мере 5 симптомов.

1. Часто наблюдаются беспокойные движения в кистях и стопах; сидя на стуле, крутится, вертится.

2. Часто покидает свое место в ситуациях, когда нужно сидеть (например, встает в классе во время уроков, в офисе или на работе, в других ситуациях, когда требуется оставаться на своем месте).

3. Часто бегает туда-сюда, куда-то забирается в ситуациях, когда это неприемлемо (примечание: у подростков и взрослых этот симптом может ограничиваться ощущением беспокойства, невозможности оставаться на месте).

4. Часто не может тихо, спокойно играть или заниматься чем-либо на досуге.

5. Часто находится в постоянном движении, ведет себя так, как будто к нему «прикрепили мотор» (неспособен или ощущает дискомфорт, если требуется

спокойно сидеть в течение продолжительного времени, например, в ресторане, на встрече; окружающие могут расценивать его как беспокойного человека, с которым трудно иметь дело).

6. Часто бывает болтливым.

7. Часто отвечает на вопросы, не задумываясь, не выслушав их до конца (например, завершает высказывания за других людей, не может ждать своей очереди во время разговора).

8. Часто с трудом дожидается своей очереди (например, когда стоит в очереди).

9. Часто прерывает других, мешает им (например, вмешивается в беседы, игры, дела; может начать пользоваться вещами других людей, не спросив их или не получив разрешения; у подростков и взрослых — может вмешаться или начать делать то, что делают другие).

В. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали в возрасте до 12 лет.

С. Несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности отмечаются в двух или более видах обстановки (например, дом, школа или работа, контакты с друзьями или родственниками, других видах деятельности).

Д. Имеются явные подтверждения тому, что симптомы оказывают значительное влияние, снижая качество деятельности в социальных контактах, обучении, профессиональной сфере.

Е. Симптомы не связаны исключительно с течением шизофрении или другого психотического расстройства, не могут быть лучше объяснены наличием другого психического расстройства (например, расстройства настроения, тревожного расстройства, диссоциативного расстройства, расстройства личности, интоксикацией каким-либо веществом или синдромом отмены).

В зависимости от особенностей клинической манифестации выделяются три варианта СДВГ.

Комбинированный вариант СДВГ: при соответствии наблюдаемой клинической картины за последние 6 мес одновременно разделам А1 (невнимательность) и А2 (гиперактивность и импульсивность) диагностических критериев.

СДВГ с преобладанием невнимательности: при соответствии симптомов критериям раздела А1 (невнимательность), но не раздела А2 (гиперактивность и импульсивность) за последние 6 мес.

СДВГ с преобладанием гиперактивности и импульсивности: при соответствии симптомов критериям раздела А2 (гиперактивность и импульсивность), но не раздела А1 (невнимательность) за последние 6 мес.

Исходя из того, что симптомы СДВГ могут видоизменяться с возрастом и сохраняться на протяжении многих лет, а в некоторых случаях — в течение всей жизни, дополнительно к основным выделяется **резидуальный** (т.е. не полностью прошедший) **вариант СДВГ**.

В целом, хотя диагностические критерии СДВГ по DSM-V включают практически те же 18 симптомов расстройства, что и МКБ-10, и DSM-IV-TR, новая версия содержит следующие основные изменения:

1) формулировка критерия начала заболевания изменена с «симптомы, вызывающие нарушения, присутствовали до возраста 7 лет» на «несколько симптомов невнимательности или гиперактивности-импульсивности присутствовали до возраста 12 лет»;

2) усилено требование к кросс-ситуационному характеру симптомов, и у пациента должно отмечаться «несколько симптомов» в каждом из видов обстановки;

3) описание симптомов дополнено типичными примерами, иллюстрирующими их проявления в различные возрастные периоды на протяжении всей жизни;

4) аутистические расстройства не упоминаются в качестве критерия исключения, т.е. допускается коморбидность СДВГ с РАС;

5) приводится пороговое количество симптомов СДВГ для взрослых. У взрослых пациентов (старше 17 лет) должны быть подтверждены не менее 5 (а не 6, как у детей) симптомов из одного или двух разделов диагностических критериев.

Следует отметить, что диагностические критерии СДВГ по МКБ-10, а также DSM-IV-TR были разработаны применительно к детям, и в них не отражена возрастная динамика СДВГ. Одновременно данные критерии наиболее соответствуют для оценки симптомов у мальчиков 6–12 лет и менее адекватны для девочек с СДВГ, у большинства из которых не столь ярко проявляется гиперактивность. Важно, что новой версии диагностических критериев СДВГ возраст начала определен до 12 лет (в МКБ-10 и DSM-IV-TR — до 7 лет). Основные характеристики СДВГ представлены таким образом, что полнее отражают симптомы у пациентов разного возраста и более точно описывают их у взрослых лиц с СДВГ.

В разделе (E) в перечне психических расстройств, которые не должны отмечаться у пациента при постановке диагноза СДВГ, не упоминаются в качестве критерия исключения РАС. Действительно, симптомы двух расстройств могут сочетаться друг с другом.

Известно, что сопутствующие гиперкинетические расстройства — одни из самых частых коморбидных состояний у пациентов с РАС, отмечаются в 20–50% случаев в эпидемиологических исследованиях и в 30–80% — в клинических (Banaschewski T. и др., 2011). Двойной диагноз невозможен по классификации МКБ-10, но в DSM-V данный подход изменен. Действительно, с нейробиологической позиции у ряда пациентов РАС и гиперкинетические расстройства могут встречаться одновременно, что находит подтверждение в современных нейropsychологических, нейровизуализационных и генетических исследованиях (Симашкова Н.В. и соавт., 2012; Banaschewski T., Poustka L., Holtmann M., 2011). Недостаточная изученность коморбидности приводит к гипердиагностике гиперкинетического расстройства, и в результате пропускается выделение основного заболевания, маскируемое гиперкинетическими проявлениями.

Недавно опубликованы результаты исследования (Kotte A. et al., 2013), в котором оценивались аутистические черты у 242 детей с СДВГ без со-