

УДК 616.89-008.47/.48+616-053.2

https://doi.org/10.33619/2414-2948/63/16

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

©*Маткеева А. Т., Национальный центр охраны материнства и детства,
г. Бишкек, Кыргызстан*

ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN CHILDREN

©*Matkeeva A., National Center for Maternal and Child Health, Bishkek, Kyrgyzstan*

Аннотация. В статье представлена характеристика 60 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в возрасте от 6 до 11 летнего возраста в зависимости от типа классификации, которые находились на лечении в Национальном центре охраны материнства и детства (г. Бишкек).

Abstract. The article presents the characteristics of 60 children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) aged 6 to 11 years, depending on the type of classification, who were treated at the National Center for Maternal and Child Health (Bishkek).

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, ваготонический тип, симпатикотонический тип.

Keywords: children, attention deficit hyperactivity disorder, vagotonic type, sympathicotonic type.

Актуальность. К числу широко распространенных болезней у детей относится синдром дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ), о чем свидетельствуют эпидемиологические исследования, проведенные в США, Великобритании, в Германии, Чехословакии, Китае и других странах мира. Анализ литературы выявил широкую вариабельность данных по распространенности СДВГ: в США эти цифры колеблются от 4 до 13%, в Великобритании — 1–3%, Германии — 9–18%, в Италии — 3–10%, в Чехословакии — 2–12%, Китае — 1–13%, в России (г. Москва и Московская обл.) — 15–28% [2, 7].

Подобный широкий диапазон колебаний цифр обусловлен, прежде всего, отсутствием единых диагностических критериев и методов оценки симптомов СДВГ [1].

Проблема становилась все более очевидной и к началу XXI века вызвала серьезную тревогу специалистов — педиатров, невропатологов, психиатров и педагогов [3].

С 1980-х гг. XX в. состояние чрезмерной двигательной активности (гиперактивность) стали выделять как самостоятельное заболевание и занесли в Международную классификацию болезней под названием «синдром нарушения (или дефицита) внимания и гиперреактивности».

Также и исследования Дуглас послужили основанием для введения в 1980 г. в классификацию Американской психиатрической ассоциации и затем в классификацию МКБ-10 (1994) диагностического термина «синдром дефицита внимания и гиперактивности» [3, 5].

В зависимости от преобладания невнимательности и/или гиперактивности-импульсивности выделяют типы СДВГ у детей и подростков с преимущественными нарушениями внимания, гиперреактивностью и сочетанную форму, при которой в равной

мере присутствуют невнимательность и двигательная расторможенность [4].

Сочетанная форма СДВГ у детей является самой тяжелой, она встречается чаще других и составляет до 63% всех случаев СДВГ. Форма с преимущественным нарушением внимания отмечается у 22% детей, а форма с преобладанием гиперактивности — у 15% [1, 6, 8–9].

Материалы и методы исследования

Проведено исследование 60 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) в возрасте от 6 до 11 лет, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении в Национальном центре охране материнства и детства (НЦОМид). Пациенты с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) были разделены на две группы в зависимости от возраста.

В первую группу вошли 30 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ) в возрасте от 6 до 8 лет, контрольную группу составили 30 здоровых детей (здоровых) в данной возрастной категории.

Во вторую группу включены 30 больных с СДВГ в возрасте от 9 до 11 лет, контрольную группу составили 30 здоровых детей того же возраста.

В каждой группе дети были разделены в зависимости от половой принадлежности. В первой группе детей с СДВГ (в возрасте от 6 до 8 лет) 66,7% (20) составили мальчики и 33,3% (10) — девочки. А во второй группе пациентов с СДВГ (в возрасте от 9 до 11 лет) мальчиков было 60,0% (20) и девочек — 40,0% (10) (Рисунок 1).

Исследование вегетативной реактивности — с определением различных ее вариантов. Использовали ортоклиностатическую пробу и дозированную физическую нагрузку (20 глубоких приседаний с выбрасыванием рук вперед за 30 сек).



Рисунок 1. Распределение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в зависимости от половой принадлежности (%).

Статистическая обработка материала проводилась с применением программы SPSS — 16 версия. При нормальном распределении вычислялись: среднее значения, стандартное отклонение, ошибка среднего. Достоверность различий между группами, имеющих нормальное распределение, рассчитывалось по Т-критерию для независимых выборок.

Результаты и их обсуждение

В первой группе преобладание гиперактивности/импульсивности было у 30,0% (9) пациентов с СДВГ, во второй группе (в возрасте от 9 до 11 лет) — у 23,3% (7) детей ($P < 0,05$).

Преобладание дефицита внимания выявлено у 26,7% (8) детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе и у 20,0% (6) пациентов с СДВГ во второй группе ($P < 0,05$). Смешанный тип выявлен у 43,3% (13) больных с синдромом дефицита

внимания и гиперактивности в первой группе и у 56,7% (17) пациентов с СДВГ во второй группе ($P < 0,05$) (Рисунок 2).

Среди детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе преобладали дети с гиперреактивностью/импульсивностью и дефицитом вниманием в 1,3 раза, в сравнении с больными с СДВГ во второй группе ($P < 0,05$).

Смешанный тип СДВГ имел место у 56,7% (17) детей во второй группе и у 43,3% (13) пациентов с СДВГ в первой группе ($P < 0,05$), т. е. смешанный тип превалировал во второй группе, в сравнении с пациентами с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе в 1,4 раза ($P < 0,05$).

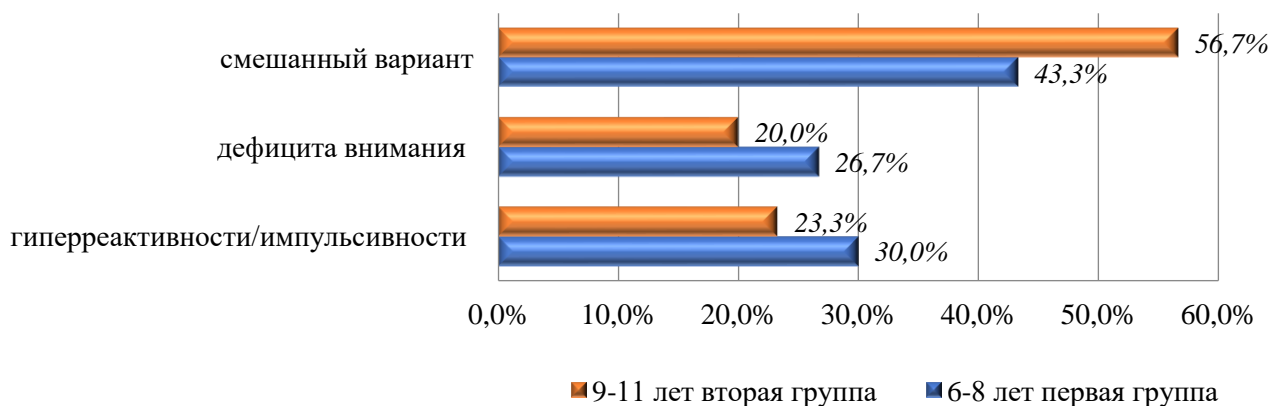


Рисунок 2. Варианты синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обследованных детей (%).

Как показано на Рисунке 3, в первой группе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (в возрасте от 6 до 8 лет) тип с преобладанием гиперреактивности / импульсивности выявлено у 13,3% (4) мальчиков и у 16,7% (5) девочек ($P < 0,05$). Тип с преобладанием дефицита внимания имел место у 16,7% (5) мальчиков и у 10,0% (3) девочек ($P < 0,05$). Смешанный вариант имел место у 30,0% (9) мальчиков и у 13,3% (4) девочек ($P < 0,05$).

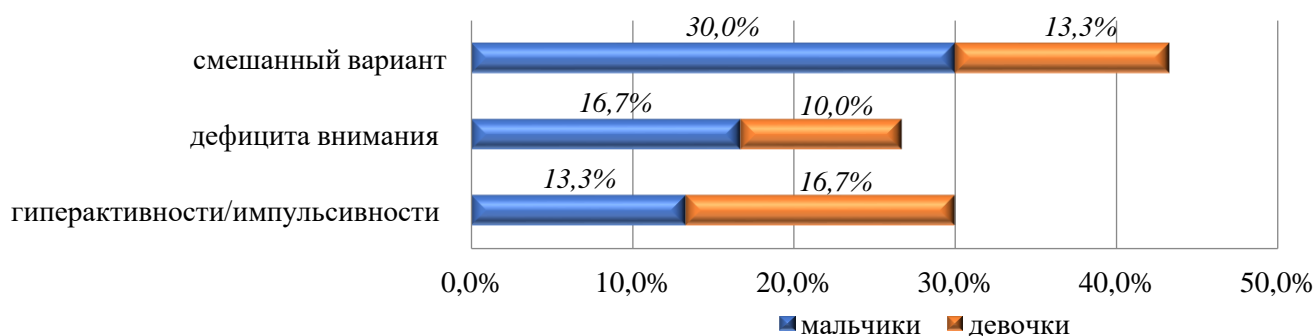


Рисунок 3. Распределение пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе в зависимости от типа синдрома дефицита внимания и гиперактивности и от половой принадлежности.

В первой группе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности среди мальчиков превалировали смешанный тип в 2,5 раза и тип с преобладанием дефицита внимания с гиперреактивностью в 1,6 раз, в сравнении с девочками ($P < 0,05$). А

гиперреактивность/импульсивность в данной группе пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности преобладали у девочек в 1,3 раза в сравнении с мальчиками в данной группе ($P < 0,05$).

Выявлено что у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе (в возрасте от 9 до 11 лет) в зависимости от половой принадлежности типы СДВГ подразделялись следующим образом: гиперактивность/импульсивность встречалась у 10,0% (3) мальчиков и у 13,3% (4) девочек ($P < 0,05$), тип с преобладанием дефицита внимания встречался у 13,3% (4) мальчиков и у 6,7% (2) девочек, смешанный вариант СДВГ имел место у 36,7% (11) мальчиков и у 20,0% (6) девочек ($P < 0,05$).

Во второй группе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности гиперреактивность/импульсивность (Рисунок 4) преобладали у девочек в 1,3 раза в сравнении с мальчиками в данной группе ($P < 0,05$). Смешанный вариант синдромом дефицита внимания и гиперактивности был выявлен в 2 раза больше у мальчиков, в сравнении с девочками ($P < 0,05$). Тип с дефицитом внимания при СДВГ встречался в 2 раза больше у мальчиков в сравнении с девочками ($P < 0,05$).

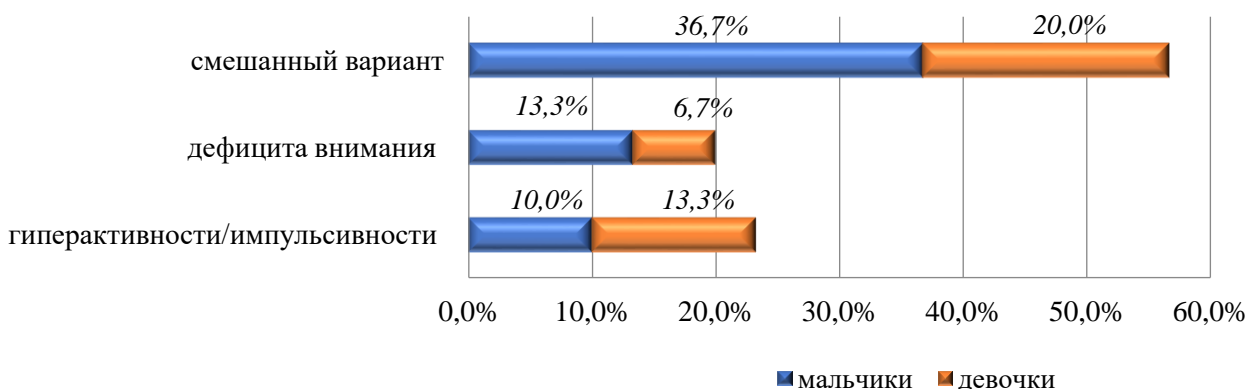


Рисунок 4. Распределение пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе в зависимости от типа синдромом дефицита внимания и гиперактивности и половой принадлежности.

В зависимости, от типа вегетативной нервной системы (ВНС) пациенты с синдромом дефицита внимания и гиперактивности были разделены следующим образом:

1. Ваготония или ваготонический тип был диагностирован у 53,3% (16) детей с СДВГ в первой группе (в возрасте от 6 до 8 лет) и у 60,0% (18) пациентов с СДВГ во второй группе (в возрасте от 9 до 11 лет).

2. Симпатикотония или симпатикотонический тип нарушения выявлялся у 46,7% (14) детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе и у 40,0% (12) больных с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе (Рисунок 5).

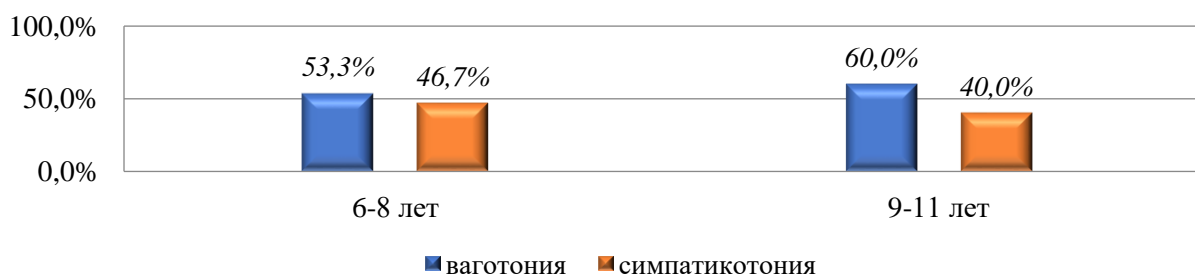


Рисунок 5. Распределение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в зависимости от типа вегетативной нервной системы (%).

Выводы

Синдром дефицита внимания и гиперактивности среди детей 6–11 лет более характерен для мальчиков в сравнении с девочками (66,7% и 33,3% в первой возрастной группе и 60,0% и 40,0% — во второй), среди больных детей обоего пола с большей частотой встречался смешанный вариант синдромом дефицита внимания и гиперактивности (56,7% и 43,3%) по сравнению с СДВГ, проявляющимся гиперреактивностью / импульсивностью (30,0% и 23,3%) и с дефицитом внимания (26,7% и 20,0%).

Список литературы:

1. Мони́на Г. Б., Лютова-Робертс Е. К., Чутко Л. С. Гиперактивные дети: психолого-педагогическая Помощь. СПб.: Речь, 2007. 186 с.
2. Гончарева О. В., Ветров В. П., Горшков О. В. Распространенность, диагностика и методы коррекции синдрома дефицита внимания с гиперактивностью у детей // Вестник КемГУ. 2013. №3 (55). С. 123-137.
3. Заваденко Н. Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия, 2005. 256 с.
4. Сиротюк А. Л. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Диагностика, коррекция и практические рекомендации родителям и педагогам. М.: ТЦ Сфера, 2002. 128 с.
5. Чурило Н. В. Основные подходы к анализу механизмов и факторов возникновения синдрома дефицита внимания и гиперактивности у ребенка // Ученые записки факультета специального образования: сб. научн. ст. Минск, 2016. С. 118-132.
6. Родцевич О. Г., Гулякевич А. Ф., Радюк О. М. Тревога и депрессия в детско-подростковой соматической практике(алгоритмы диагностики и лечения). Минск, 2006.
7. Воропаева О. В. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей дошкольного возраста. Пути к взаимопониманию // Молодой ученый. 2019. №43 (281). С. 234-236.
8. Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Slanetz, P. J. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents // Jama. 1998. V. 279. №14. P. 1100-1107. <https://doi.org/10.1001/jama.279.14.1100>
9. Pelham Jr W. E., Fabiano G. A., Massetti G. M. Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents // Journal of clinical child and adolescent psychology. 2005. V. 34. №3. P. 449-476. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_5

References:

1. Monina, G. B., Lyutova-Roberts, E. K., & Chutko, L. S. (2007). Giperaktivnye deti: psikhologo-pedagogicheskaya Pomoshch'. St. Petersburg. (in Russian).
2. Gonchareva, O. V., Vetrov, V. P., & Gorshkov, O. V. (2013). Rasprostranennost', diagnostika i metody korrektsii sindroma defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu u detei. *Vestnik KemGU*, (3(55)), 123-137. (in Russian).
3. Zavadenko, N. N. (2005). Giperaktivnost' i defitsit vnimaniya v detskom vozraste. Moscow. (in Russian).
4. Sirotyuk, A. L. (2002). Sindrom defitsita vnimaniya s giperaktivnost'yu. Diagnostika, korrektsiya i prakticheskie rekomendatsii roditelyam i pedagogam. Moscow. (in Russian).
5. Churilo, N. V. (2016). Osnovnye podkhody k analizu mekhanizmov i faktorov vozniknoveniya sindroma defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u rebenka. *Uchenye zapiski fakul'teta spetsial'nogo obrazovaniya: sb. nauchn. st. Minsk, 118-132*. (in Russian).

6. Rodtsevich, O. G., Gulyakevich, A. F., & Radyuk, O. M. (2006). Trevoga i depressiya v detsko-podrostkovoï somaticheskoi praktike(algoritmy diagnostiki i lecheniya). Minsk. (in Russian).

7. Voropaeva, O. V. (2019). Sindrom defitsita vnimaniya i giperaktivnosti u detei doshkol'nogo vozrasta. Puti k vzaimoponimaniyu. *Molodoi uchenyi*, (43(281)), 234-236. (in Russian).

8. Goldman, L. S., Genel, M., Bezman, R. J., & Slanetz, P. J. (1998). Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Jama*, 279(14), 1100-1107. <https://doi.org/10.1001/jama.279.14.1100>

9. Pelham, Jr, W. E., Fabiano, G. A., & Massetti, G. M. (2005). Evidence-based assessment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 34(3), 449-476. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_5

Работа поступила
в редакцию 05.01.2021 г.

Принята к публикации
12.01.2021 г.

Ссылка для цитирования:

Маткеева А. Т. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей // Бюллетень науки и практики. 2021. Т. 7. №2. С. 187-192. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/63/16>

Cite as (APA):

Matkeeva, A. (2021). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children. *Bulletin of Science and Practice*, 7(2), 187-192. (in Russian). <https://doi.org/10.33619/2414-2948/63/16>