

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
имени И. К. АХУНБАЕВА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ**

Диссертационный совет Д 14.20.609

На правах рукописи

УДК 611.839: 616.839:616.89-00 8.47:616-053.2

МАТКЕЕВА АЙГУЛЬ ТУНГУЧБЕКОВНА

**ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СОСТОЯНИЕ
ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ
ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ**

14.01.08 – Педиатрия

Автореферат диссертации
на соискание учёной степени кандидата медицинских наук

Бишкек – 2022

Работа выполнена в отделении неврологии и консультативно-диагностическом отделении Национального центра охраны материнства и детства при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научный руководитель: **Ашералиев Мухтар Есенжанович**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий отделением аллергологии
Национального центра охраны материнства и
детства Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики

**Официальные
оппоненты:** **Мамырбаева Турсун Турганбаевна**
доктор медицинских наук, профессор,
ректор Бишкекского международного
медицинского института

Сулайманов Шайирбек Алибаевич
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры педиатрии
Кыргызско-Российского Славянского
университета имени Б. Н. Ельцина

Ведущая организация: Ташкентский педиатрический медицинский институт, кафедра неотложной педиатрии, медицины катастроф (100105, Узбекистан, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Богишамол, 223)

Защита диссертации состоится 20 мая 2022 года в 15:30 часов на заседании диссертационного совета Д 14.20.609 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Национальном центре охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92, в конференц зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: <https://vc.vak.kg/b/142-bnh-vll-gmr>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92) и Национального центра охраны материнства и детства Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720038, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 190) и на сайте: <http://kgma.kg>.

Автореферат разослан 19 апреля 2022 года.

Ученый секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

А. Ж. Болотбекова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. В последние годы все более пристальное внимание специалистов разного профиля (педиатров, неврологов, психиатров, педагогов) привлекает проблема синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей.

Данные о распространенности синдрома дефицита внимания и гиперактивности и особенностях возрастной динамики в разных странах отличаются широкой вариабельностью: в США эти цифры колеблются от 4,0 до 13,0% (August G. J., 1996), Германии — 9,0—18,0% (Baumgaertel A., 1995), Италии — 3,0—10% (Gallicci F., 1993), Китае — 1,0—13,0% (Тао К. Т., 1992), в России (Москва и Московская обл.) — 15,0—28,0% (Кучма В. Р., 1997).

На сегодняшний день не только в Кыргызской Республике, но и во всем мире социально-экономическое неблагополучие населения, ухудшение обстановки в семье, рост асоциальных тенденций в обществе способствуют увеличению числа детей с пограничными психическими расстройствами. Немало детей, поступающих в школу, характеризуется гиперактивностью и повышенной эмоциональной возбудимостью, которые сочетаются с неустойчивостью внимания, отвлекаемостью, нарушениями целенаправленной деятельности. Данное расстройство в Международной классификации болезней (МКБ-10, 1992) носит название «синдрома дефицита внимания и гиперактивности» (Касатикова Е. В., 2000).

Синдром дефицита внимания и гиперактивности в сочетании с соматическими процессами значительно затрудняет течение основного заболевания, что может негативно отразиться на процессе формирования личности. В связи с этим, крайне важно своевременное диагностирование нейропсихологических нарушений у детей, в том числе с соматической патологией, для обоснования комплекса лечебных мер их коррекции, которое включает не только медикаментозное, но и немедикаментозное лечение (Студеникин В. М., 2010, Заваденко Н. Н., 2014).

Исследования по синдрому дефицита внимания и гиперактивности у детей носят несистематизированный характер. До настоящего времени нет единого методологического алгоритма для выявления таких детей и не отработаны объективные критерии диагностики, мало изучены этиология и патогенез, не разработаны эффективные программы лечения и профилактики данного синдрома (Заваденко Н. Н., 2014).

Исследованием вегетативной нервной системы у детей в Кыргызской Республике в разные годы занимались Азаматов Ю. М. (1990), Матюшков П. И. (1992), Атаханов Ш. Э. (1995), Бакасов С. С. (1995), Шварков С. Б. (1998), Алымкулов Р. Д. (1999), Хаустова Н. М. (2001). В рамках данных исследований изучалось состояние вегетативной нервной системы у детей при различных нозологических формах и клинические проявления реакции вегетативной

нервной системы у детей школьного и дошкольного возраста в разных климато-географических условиях. В Кыргызской Республике исследование синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей актуально, поскольку позволит прогнозировать в последующем проблемы здоровья у детей, в том числе физическое развитие, выявлять пограничные расстройства, умственного развития и риски возникновения хронических заболеваний со стороны соматической патологии. Изложенные аргументы стали обоснованием планирования и вовлечения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Диссертация выполнена в рамках проекта НИР НЦОМид «Неонатальное здоровье, влияние на показатели качества системы здравоохранения, младенческая смертность детей, требуемые вмешательства», гос.регистрации №0007674.

Цель исследования. На основе изучения факторов риска и структуры синдрома дефицита внимания и гиперактивности, данных о клиническом и физическом статусе пациентов, представить алгоритмы прогнозирования вероятности формирования и раннего выявления синдрома дефицита внимания и гиперактивности для оптимизации профилактических и лечебных программ ведения детей с данной патологией.

Задачи исследования:

1. Исследовать перинатальные факторы риска вероятности формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей.
2. Уточнить типы функционирования вегетативной нервной системы во взаимосвязи с клиническими симптомами у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
3. Исследовать частоту соматических и функциональных расстройств у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
4. Изучить физическое развитие и физическую активность детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
5. Научно обосновать и разработать алгоритмы по прогнозированию, раннему выявлению и оптимизации схем лечения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.

Научная новизна работы:

- Впервые ранжированы по прогностической значимости перинатальные риск – факторы, позволяющие предполагать вероятность формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей и разрабатывать меры, направленные на снижение частоты рождаемости детей с предрасположенностью к нарушениям неврологического и психосоциального статуса. Наибольшей доказанностью обладают болезни матери во время беременности, патологическое течение беременности и родов.

- Впервые конкретизирована патофизиологическая значимость синдромов дисфункция вегетативной нервной системы и неврологических симптомов в реализации и диагностике синдрома дефицита внимания и гиперактивности, что расширяет возможности раннего выявления болезни и обоснованного медицинского контроля за больными и нашло отражение в разработанных алгоритмах прогнозирования и диагностики синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

- Впервые показано, что в Кыргызской Республике с возрастом популяция детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности достоверно ($P < 0,05$) увеличивается, что может быть следствием снижения резистентности пациентов к патологическим процессам. Структура соматической патологии у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности представлена болезнями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, ЛОР-органов, аллергическими заболеваниями.

- Впервые установлено преобладание клинических вариантов синдрома дефицита внимания и гиперактивности с парасимпатическим типом функционирования вегетативной нервной системы, позволяющее индивидуализировать корректирующую терапию. Наличие синдрома дефицита внимания и гиперактивности является критерием прогнозирования нарушений динамики роста и веса вплоть до подросткового возраста. Подтверждена обусловленность физической активности детей в современных условиях социальными факторами, включающими использование средств технического прогресса и уровень развития спортивной инфраструктуры.

- Доказана эффективность психотерапевтических технологий лечения пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности при их использовании в качестве дополнения к протоколам ведения данной категории больных.

Практическая значимость полученных результатов.

Для практического здравоохранения разработаны:

- факторы, способствующие рождению детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, что позволяет рекомендовать их для использования в целях пренатального прогнозирования и профилактики рождения детей с данной патологией и для раннего выявления больных детей;

- представлен алгоритм диагностики вариантов синдрома дефицита внимания и гиперактивности с преобладанием парасимпатическим типом функционирования вегетативной нервной системы, что позволит назначать индивидуально ориентированные и наиболее целесообразные технологии ведения пациентов;

- обоснована необходимость включения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в группу риска по высокой заболеваемости и отставанию в физическом развитии, что позволит повысить качество их

диспансеризации и использование профилактических мер среди этой категории больных.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей – патология, потенцируемая пренатальными факторами риска, которыми являются болезни матери во время беременности, нарушения течения беременности и родов.

2. Преобладающим вариантом клинического течения синдрома дефицита внимания и гиперактивности является смешанный, чаще выявляется у мальчиков (56,7%), чем у девочек (49,3%), манифестация и выраженность клинических симптомов синдрома дефицита внимания и гиперактивности обусловлены степенью дисфункции вегетативной нервной системы с преобладанием парасимпатического или симпатического типов ее функционирования.

3. Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности характерна повышенная заболеваемость, в 3 -5 раз превышающая частоту заболеваний среди детей без синдрома дефицита внимания и гиперактивности ($P<0,05$) и формирующаяся уже в раннем возрасте. Росто–весовые показатели у обследованных детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в возрасте 6-11 лет достоверно ($P<0,05$) ниже по сравнению со здоровыми сверстниками, причем они коррелируют с рядом пренатальных факторов риска; физическая активность у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности у 45,0-55,0% детей ограничена использованием интернета и онлайн связи.

4. Одним из вариантов оптимизации протоколов лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности может быть включение психотерапевтических курсов для детей, родителей и семьи, длительность и содержание которых должны быть обоснованными и индивидуальными.

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает аналитическую проработку литературных источников, все разделы клинических и инструментальных исследований, их теоретическое обобщение, на основании чего сформулированы выводы.

Апробация результатов исследования. Основные результаты исследования доложены на: научно-практической конференции «Дни науки Кыргызской государственной медицинской академии – 2016» (Бишкек, 2016), обществе педиатров (Бишкек, 2017), посвященном 15-летию образования International school of medicine (Чолпон-Ата, 2018).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 9 научных статей, из них 4 в изданиях, рекомендованных НАК ПКР, 5 - в зарубежных изданиях, индексируемых системой РИНЦ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, включающих обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований и их обсуждение, заключения, практических рекомендаций и списка использованных источников. Диссертация изложена на 144 странице машинописного текста. Работа содержит 12 таблиц и 39 рисунков. Библиографический указатель включает 259 источника, из них 198 русскоязычных и 61 иностранных авторов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении диссертации представлены актуальность исследования и обоснование необходимости его проведения, цель, задачи, научная новизна, практическая значимость работы и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Глава 1. Обзор литературы. Представлен анализ публикаций, отражающих современное представление о синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) у детей, отражающих мультифакторность заболевания, особенности клинического течения, необходимость ранней диагностики, лечения и профилактики данной патологии. Во всех разделах обзора литературы выделены аспекты и вопросы, требующие дальнейшего изучения, что стало обоснованием для проведения данного исследования.

Глава 2. Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе Национального центра охраны материнства и детства (НЦОМид) в отделении неврологии и в консультативно-диагностическом отделении (КДО).

Диагноз СДВГ устанавливался с использованием шкал: DSM-IV и оценочная шкала Коннерса. Проводилось изучение физического развития, заболеваемости и состояния вегетативной нервной системы у детей с СДВГ.

Объект исследования: обследовано 60 детей с диагнозом СДВГ в возрасте от 6 до 11-летнего возраста, которые находились на лечении в отделении неврологии и КДО НЦОМид, и 60 детей в возрасте от 6 до 11 лет с нормальным типом психического развития и соматически здоровых (контрольная группа). 327 детей с СДВГ в возрасте от 6 до 11 лет в двух сельских регионах республики, изучалась заболеваемость, физическое развитие и физическая активность.

Предмет исследования: были использованы данные медицинской карты стационарного больного (№003/У) и амбулаторные карты пациентов. Клинико-анамнестические исследования были проведены на основе разработанной анкеты клинического обследования ребенка. По анкете анализировались данные о состоянии матери в период беременности, фоновые и сопутствующие заболевания, характеристика родовой деятельности.

Клинико-лабораторное обследование детей с СДВГ проводилось по общепринятой методике. Инструментальные методы исследования

выполнялись на базе отделений функциональной и лучевой диагностики НЦОМид. Исследование вегетативной системы включало определение различных ее вариантов – при исследовании исходного вегетативного тонуса применяли клинко-анамнестический подход с использованием специальной комбинированной таблицы симпатических и парасимпатических реакций, разработанной А. М. Вейном и А.Д. Соловьевой. В качестве объективного показателя ИВТ для определения вегетативных показателей производился расчет вегетативного индекса Кердо. Использовали ортоклиностатическую пробу и дозированную физическую нагрузку (20 глубоких приседаний с выбрасыванием рук вперед за 30 секунд). Проводилось изучение показателей роста /веса у детей с СДВГ и в контрольной группе детей (здоровые дети).

Статистическая обработка результатов исследования. Статистическая обработка материала проводилась с применением программы SPSS - 16 версия.

При нормальном распределении вычислялись: средние значения, стандартное отклонение, ошибка среднего. Достоверность различий между группами, имеющих нормальное распределение, рассчитывалась по Т- критерию для независимых выборок.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью статистической программы SPSS-16. Использованы статистические параметры: отношение шансов и доверительный интервал. Для определения ранговой значимости факторов риска вычислены: чувствительность Se (sensitivity), специфичность Sp (specificity), прогностичность положительного результата PV (positive predictive value), прогностичность отрицательного результата PV (negative predictive value). В ходе работы сравнивали частоту встречаемости каждого признака в группе исследования с контрольной группой в процентом соотношении.

Во всех процедурах статистических анализов рассчитывался уровень значимости, т.е, мера статистически достигнутой достоверности (p), за критический уровень значимости принимался результат, не превышающий 0,05 ($p \leq 0,05$).

Глава 3. Представлены результаты собственных исследований и их обсуждение

3.1. Факторы риска формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей. В данной главе отражены результаты обследования 60 детей с СДВГ в возрасте от 6 до 11 лет, которые находились на стационарном и амбулаторном лечении НЦОМид. В группу вошли 38 (63,3%) мальчиков и 22 (36,7%) – девочки.

У обследованных детей были выявлены перинатальные поражения центральной нервной системы (ЦНС), отражающие нарушение структуры и функции головного мозга у детей в период беременности, родов и в первые месяцы жизни.

Значительной чувствительностью для развития СДВГ у детей обладали заболевания у матерей со стороны ЖКТ (Se – 84,0) , заболевания со стороны сердечно –сосудистой системы (Se –83,3) и артериальная гипертензия у женщины (Se – 83,3), анемия средней степени тяжести (Se – 77,8), сахарный диабет 2 типа и анемия тяжелой степени (Se – 73,7). При наличии заболеваний со стороны ЖКТ (OR – 3,50) риск развития СДВГ возрастает в 3 раза в сравнении с группой контроля, а при заболеваниях сердечно – сосудистой системы и артериальной гипертензии у матерей (OR – 2,80) риск развития СДВГ был в 2,8 раза больше, в сравнении с детьми из контрольной группы (табл. 3.1.1). Из числа нарушений течения беременности наиболее высокой специфичностью обладали такие риск – факторы как многоводие (Se – 87,0) и маловодие (Se -81,3), обладающие высокой специфичностью. Чуть меньшей степенью специфичности обладала многоплодная беременность (Se – 72,7). Высокой специфичностью обладали токсикозы в течение всей беременности (Se – 86,7) и токсикозы в первом триместре беременности у матерей (Se – 80,6), меньшей специфичностью обладали токсикозы во втором триместре беременности (Se – 77,8) и токсикозы в третьем триместре беременности (Se –76,9).

Длительный безводный промежуток (OR – 3,76), перенесенные роды (OR -3,74), затяжные роды (OR -3,57) и слабая родовая деятельность (OR – 3,11) относятся к риск – факторам с высоким относительным риском. При наличии данных синдромов, риск развития СДВГ возрастает в 3 раза. При преждевременных родах (OR – 2,86) риск формирования СДВГ в 2 раза выше.

Таблица 3.1.1 - Ранговая значимость факторов риска у детей с СДВГ

Фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR-	95% ДИ
Заболевания матери							
Сахарный диабет 2 типа	73,7	35	23	17	0,43	1,52	0,49-4,72
Заболевание ЖКТ	84,0	40	35	13	0,52	3,50	1,08-11,38
Заболевания со стороны ССС	83,3	36	17	7	0,42	2,80	0,57-13,69
Заболевания со стороны почек	71,4	34	8	7	0,37	1,27	0,23-6,98
Анемия среднетяжелой степени	77,8	36	23	13	0,44	1,98	0,59-6,64
Анемия тяжелой степени	73,7	53	18	6	0,56	3,18	1,09-9,31
Артериальная гипертензия	83,3	36	17	7	0,42	2,80	0,57-13,69
Особенности течения беременности							
Многоводие	87,0	40	33	10	0,52	4,50	1,22-16,64
Маловодие	81,3	41	43	20	0,56	3,06	1,09-8,57
Многоводная беременность	72,7	34	13	10	0,39	1,38	0,34-5,65
Токсикоз в 1 триместре	80,6	41	42	20	0,54	2,86	1,02-8,01

Токсикоз в 2 триместре	77,8	36	23	13	0,44	1,98	0,59-6,64
Токсикоз в 3 триместре	76,9	35	17	10	0,41	1,80	0,46-7,10
Токсикоз в течении всей беременности	86,7	43	43	13	0,58	4,97	1,54-16,02
Особенности течения родов							
Преждевременные роды	80,6	41	42	20	0,54	2,86	1,02-8,01
Переношенные роды	82,9	44	48	20	0,59	3,74	1,34-10,46
Длительный безводный промежуток	84,6	41	37	13	0,53	3,76	1,16-12,20
Слабая родовая деятельность	82,1	40	38	17	0,53	3,11	1,04-9,26
Затяжные роды	83,3	42	42	17	0,56	3,57	1,20-10,61

3.2. Клинические типы синдрома дефицита внимания и гиперактивности и симптомы нарушения вегетативной нервной системы у детей с СДВГ. Пациенты с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) были разделены на две группы в зависимости от возраста. В первую группу вошли 30 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в возрасте от 6 до 8 лет, контрольную группу составили 30 здоровых детей 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. Сравнивали между собой детей 6-8 лет с СДВГ и без СДВГ и детей 9-11 лет с СДВГ и без СДВГ. 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% (18) и девочек - 40,0% (12) (рисунок 3.2.1).

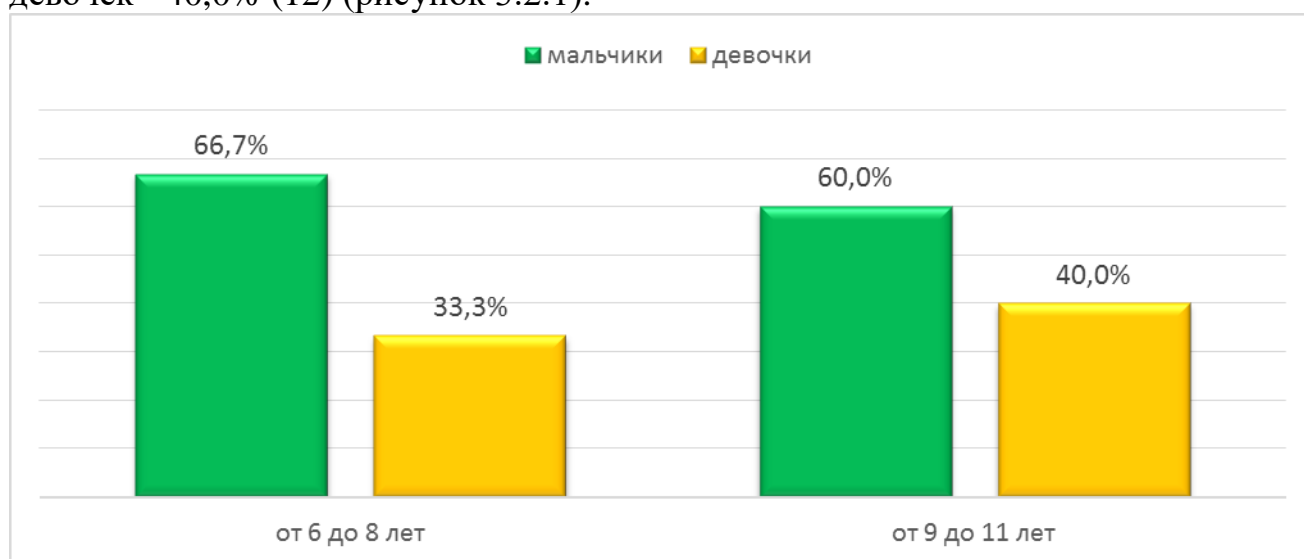


Рисунок 3.2.1 - Распределение у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности по половой принадлежности (%).

Согласно классификации выделяется три типа СДВГ: в первой группе обследованных нами детей преобладание гиперактивности/ импульсивности было у 30,0% пациентов с СДВГ, во второй группе (в возрасте от 9 до 11 лет) – у 23,3% детей ($P<0,05$).

Преобладание дефицита внимания выявлено у 26,7% детей СДВГ в первой группе и у 20,0% пациентов во второй группе ($P<0,05$) Смешанный тип выявлен у 43,3% больных СДВГ в первой группе и у 56,7% пациентов во второй группе ($P<0,05$) (рисунок 3.2.2).

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



Рисунок 3.2.2 - Варианты синдрома дефицита внимания и гиперактивности у обследованных детей (%).

Нарушения вегетативной нервной системы у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. 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% детей с СДВГ в первой группе (в возрасте от 6 до 8 лет) и у 60,0% пациентов с СДВГ во второй группе (в возрасте от 9 до 11 лет).

2. Симпатикотония или симпатикотонический тип нарушения выявлялся у 46,7% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе и у 40,0% больных с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе (рисунок 3.2.3).

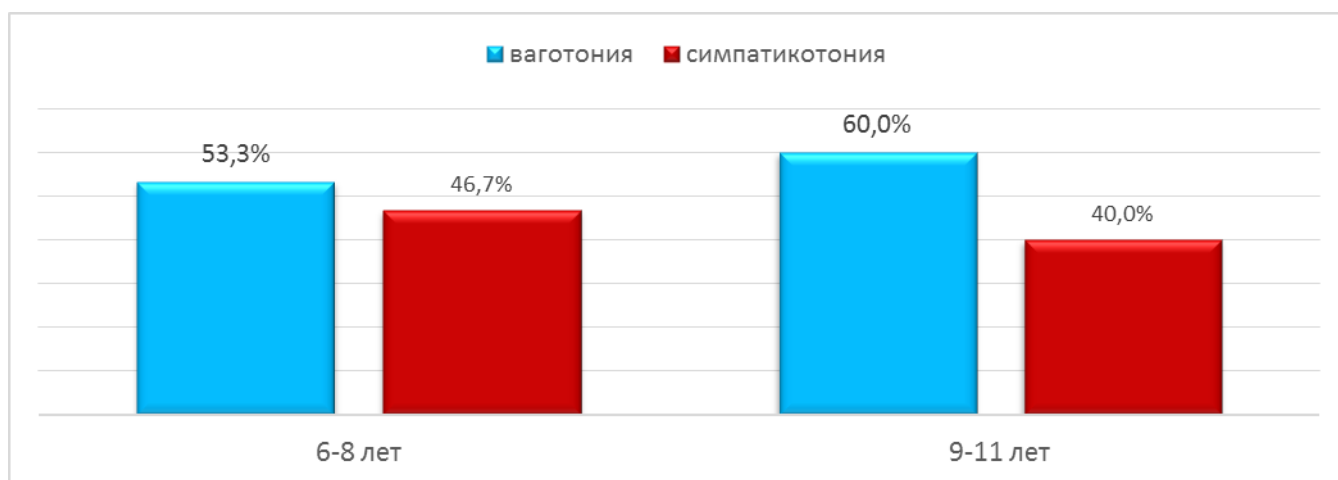


Рисунок 3.2.3 - Распределение детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в зависимости от типа вегетативной нервной системы (%).

Для детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности ваготонического типа были характерны симптомы: плохая переносимость холода - у 87,5% детей в первой группе и у 94,5% пациентов с СДВГ во второй группе ($P>0,05$); склонность к депрессиям при малейших замечаниях отмечалась у 62,5% детей в первой группе и у 88,9% пациентов с СДВГ во второй группе ($P<0,05$); отеки под глазами возникали у 81,3% детей в первой группе и у 66,7% пациентов с СДВГ во второй группе ($P>0,05$); боли в области сердца без патологических изменений со стороны сердца были у 100% детей в первой группе и у 100% пациентов с СДВГ во второй группе ($P>0,05$); ощущение кома в горле имело место у 87,5% детей в первой группе у 100% пациентов с СДВГ во второй группе ($P<0,05$); чувство нехватки воздуха было у 81,3% пациентов в первой группе и у 100% детей с СДВГ во второй группе ($P>0,05$).

Таким образом, у пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе такие симптомы, как плохая переносимость холода, склонность к депрессиям, ощущение кома в горле при ваготоническом типе в сравнении с первой группой детей были достоверно чаще ($P<0,05$).

Снижение артериального давления выявлено у 100,0% пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе и у 100,0% детей с СДВГ во второй группе. В обеих группах больных с синдромом дефицита внимания и гиперактивности у всех детей (100%) с ваготоническим типом на ЭКГ была брадиаритмия.

Выраженный белый дермографизм был характерен для всех больных (100,0%) в обеих группах. У всех детей с этим типом синдрома дефицита внимания и гиперактивности при проведении ЭКГ регистрировалась синусовая тахикардия.

Нами было проведено изучение частоты соматоформных симптомов у детей с СДВГ. В возрасте от 6 до 11 лет эти заболевания проявляются в виде вегетативных симптомов.

Детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе 50,0% и пациентов с СДВГ во второй группе 60,0% беспокоила психогенная аэрофагия, т.е. заглатывание воздуха и его отхождение в процессе пищеварения ($P<0,05$). Больные жаловались на вздутие и дискомфорт в животе, на избыточное отхождение газов (метеоризм) и частые запоры. Беспричинные покашливания были у 60,0% детей в первой группе и у 63,3% пациентов с СДВГ во второй группе ($P>0,05$). Больных беспокоили учащенное сердцебиение, дрожь в руках, симптомы кардионевроза у 46,7% пациентов в первой группе и у 73,3% детей с СДВГ во второй группе ($P<0,05$). Хронические заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), боли в животе, плохая усвояемость и переваривание пищи беспокоили 50,0% детей в первой группе и 60,0% пациентов с СДВГ во второй группе ($P<0,05$). Дизурия, т.е. нарушение мочеиспускания вследствие затрудненного выведения мочи, у детей в первой группе была у 56,7% и у 86,7% пациентов с СДВГ во второй группе ($P<0,05$). Поллакиурия, т.е. повышенное мочеиспускание, было характерно для 46,7% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе и у 76,7% детей с СДВГ во второй группе ($P<0,05$).

Таким образом, соматоформные расстройства у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе (психогенная аэрофагия, беспричинные покашливания, кардионевроз, диарея, метеоризм, дизурия и психогенная полиурия) выявлялись достоверно чаще ($P<0,05$), в сравнении с первой группой пациентов.

Во второй группе (в возрасте от 9 до 11 лет) умственная утомляемость имела место у 80,0% пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и у 10,0% детей в контрольной группе ($P<0,05$). Энурез был выявлен у 60,0% больных с СДВГ во второй группе, а в контрольной группе он имел место у 13,3% детей ($P<0,05$). Гипервозбудимость отмечалась у 33,3% пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности во второй группе и у 16,7% детей в контрольной группе ($P<0,05$).

3.3. Заболеваемость детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. В первой группе детей с СДВГ было выявлено, что заболеваниями различных отделов дыхательных путей они страдали в год по 3-4 раза и более. В первой группе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности по сравнению с контрольной группой заболевания со стороны дыхательных путей встречались почти 3 раза чаще ($P<0,05$).

А во второй группе пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в возрасте от 9 до 11 лет заболевания бронхов и легких регистрировались в 4,5 раза чаще по сравнению группой контроля (рисунок 3.2.4).

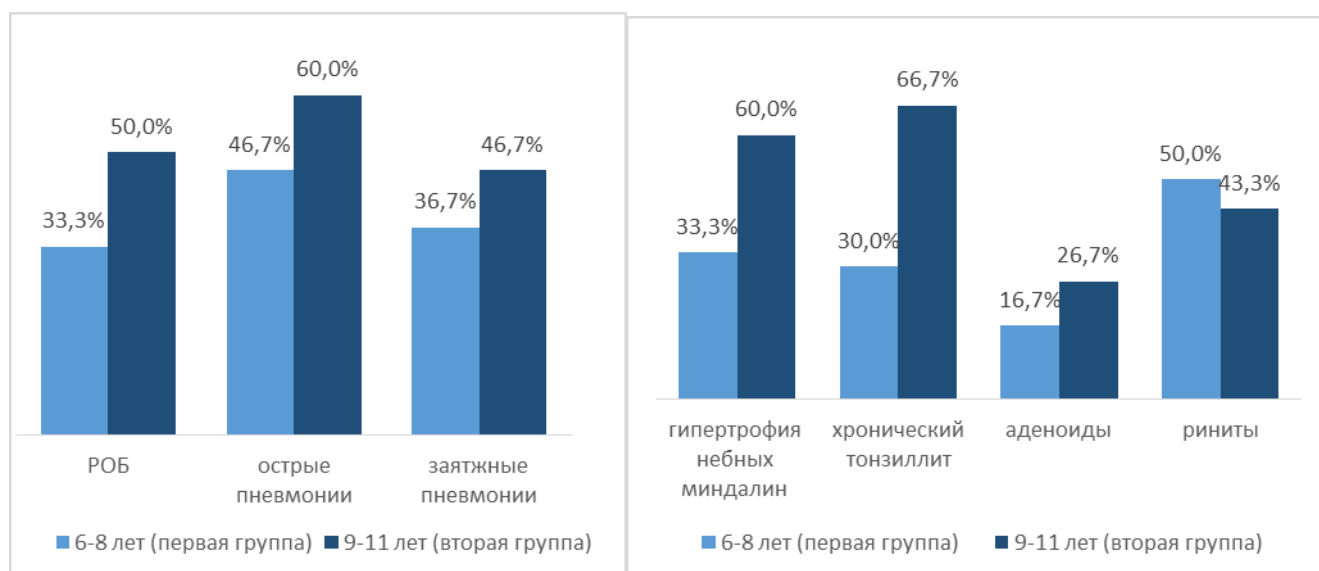


Рисунок 3.2.4 - Частота заболеваний дыхательных путей и ЛОР-органов у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности разного возраста%.

Различные заболевания со стороны ЛОР-органов в 3,5 раза чаще встречались у детей от 6 до 8 лет с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в сравнении с контрольной группой ($P < 0,05$). А во второй группе детей заболевания ЛОР-органов в сравнении с контрольной группой встречались в 2 – 3,5 раза чаще ($P < 0,05$).

Аллергическим ринитом страдали 43,0% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе, а в контрольной группе они имели место у 13,3% детей данного возраста ($P < 0,05$). Атопический дерматит был выявлен у 36,7% пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе, и у 6,7% детей в контрольной группе ($P < 0,05$). Бронхиальная астма была выявлена у 20,7% детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе, с данным диагнозом не было выявлено детей в контрольной группе.

3.4. Физическое развитие и физическая активность детей с СДВГ. Уровень физического развития является одним из ведущих критериев здоровья детей. Нами проводилась оценка физического развития т.е. роста/ весовых показателей у детей с СДВГ в первой (6-8 лет, 30 детей) и во второй группе (9-11 лет, 30 детей), в сравнении с контрольными группами детей (по 30 человек), включающий здоровых детей.

В таблицах 3.4.1 и 3.4.2 представлены показатели веса и роста у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе (в возрасте от 6 до 8 лет) в сравнении с контрольной группой, по возрасту и принадлежности пола. Среди девочек 6-летнего возраста имело место снижение роста ($P < 0,05$) у пациенток с синдромом дефицита внимания и гиперактивности ($110,4 \pm 0,18$ см). У мальчиков с СДВГ в данном возрасте ($114,7 \pm 0,26$ см), в сравнении с мальчиками

из контрольной группы ($116,4 \pm 0,24$ см) были статистически значимые ($P < 0,05$) более низкие показатели длины тела ($P < 0,05$).

Таблица 3.4.1 - Показатели роста у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в возрасте детей в возрасте от 6 до 8 лет ($M \pm m$)

Возраст	Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (n-30)		Контрольная группа (здоровые дети) (n-30)		P	
	Рост, см		Рост, см		рост	
	Д	М	Д	М	Д	М
6 лет	$110,4 \pm 0,18$	$114,7 \pm 0,26$	$114,1 \pm 0,12$	$116,4 \pm 0,24$	$P < 0,05$	$P < 0,05$
7 лет	$118,5 \pm 0,21$	$121,3 \pm 0,21$	$121,4 \pm 0,09$	$123,4 \pm 0,29$	$P < 0,05$	$P < 0,05$
8 лет	$124,9 \pm 0,17$	$124,1 \pm 0,22$	$126,3 \pm 0,17$	$128,4 \pm 0,22$	$P < 0,05$	$P < 0,05$

Таблица 3.4.2 – Показатели веса у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в возрасте детей в возрасте от 6 до 8 лет ($M \pm m$)

Возраст	Дети с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (n-30)		Контрольная группа (здоровые дети) (n-30)		P	
	Вес, кг		Вес, кг		вес	
	Д	М	Д	М	Д	М
6 лет	$18,3 \pm 0,12$	$19,5 \pm 0,05$	$20,1 \pm 0,07$	$21,7 \pm 0,01$	$P < 0,05$	$P < 0,05$
7 лет	$20,6 \pm 0,02$	$21,4 \pm 0,13$	$22,7 \pm 0,01$	$23,1 \pm 0,10$	$P < 0,05$	$P < 0,05$
8 лет	$23,7 \pm 0,23$	$24,1 \pm 0,02$	$25,3 \pm 0,09$	$26,8 \pm 0,04$	$P < 0,05$	$P < 0,05$

У девочек с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в возрасте 7 лет также имелось снижение ($P < 0,05$) показателей роста ($118,5 \pm 0,21$ см), в сравнении с девочками данной возрастной категории в контрольной группе ($121,4 \pm 0,09$ см).

В 8-летнем возрасте у девочек имело место снижение ($P < 0,05$) показателей роста ($124,9 \pm 0,17$ см), в сравнении со здоровыми девочками данного возраста ($126,3 \pm 0,17$ см). У мальчиков тоже отмечалось снижение ($P < 0,05$) показателей роста ($124,1 \pm 0,22$ см), в сравнении со здоровыми мальчиками ($128,4 \pm 0,22$ см).

В 6 летнем возрасте показатели веса у девочек с СДВГ были умеренно снижены ($18,3 \pm 0,12$ кг), по сравнению с контрольной группой ($20,1 \pm 0,07$ кг), что было статистически подтверждено ($P < 0,05$). Мальчики в данной возрастной группе также имели умеренное снижение веса ($19,5 \pm 0,05$ кг), в сравнении с контрольной группой (здоровых мальчиков) ($21,7 \pm 0,01$ кг) ($P < 0,05$).

У 7 летних девочек показатели веса также были достоверно ($20,6 \pm 0,02$ кг) ниже, в сравнении с контрольной группой (здоровых девочек) ($22,7 \pm 0,01$ см) ($P < 0,05$). У мальчиков 7 лет с СДВГ также имелось снижение ($P < 0,05$) веса ($21,4 \pm 0,13$ кг), в сравнении с контрольной группой ($P < 0,05$).

У 8 летних девочек вес был ниже ($P<0,05$), чем у девочек ($23,7\pm0,23$ и $25,3\pm0,09$ кг). У мальчиков в этом возрасте отмечалась та же тенденция, вес у больных детей составил $24,1\pm0,02$ и $26,8\pm0,04$ кг соответственно, разница достоверна ($P<0,05$).

Таким образом, при изучении росто-весовых показателей у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в первой группе, в сравнении с группой контроля отмечалось достоверное ($P<0,05$) снижение данных параметров. Между данными показателями и риск – факторами имела корреляционная связь.

В отношении показателя роста у девочек с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в 9 летнем возрасте ($128,3\pm0,11$ см) отмечалось достоверное ($P<0,05$) снижение, в сравнении с девочками данного возраста из контрольной группы ($134,5\pm0,15$ см). Рост был снижен ($P<0,05$) у мальчиков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности ($131,5\pm0,08$ см), в сравнении со здоровыми мальчиками данного возраста ($133,4\pm0,28$ см).

В возрасте 10 лет у девочек с синдромом дефицита внимания и гиперактивности имело место снижение ($P<0,05$) роста ($134,5\pm0,15$ см), в сравнении с девочками из группы контроля ($136,5\pm0,22$ см) данного возраста. У мальчиков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности данного возраста рост был ниже ($P<0,05$), в сравнении с мальчиками из контрольной группы ($P<0,05$).

У девочек с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в 11 лет отмечалось снижение ($P<0,05$) роста ($140,9\pm0,19$ см), в сравнении с девочками из контрольной группы. В данном возрасте у мальчиков с синдромом дефицита внимания и гиперактивности также имело место снижение ($P<0,05$) роста, в сравнении с мальчиками из контрольной группы.

Во второй группе больных с синдромом дефицита внимания и гиперактивности у девочек 9 лет отмечалось снижение ($P<0,05$) веса ($25,5\pm0,09$ кг), в сравнении с девочками из контрольной группы ($27,4\pm0,22$ кг). У мальчиков этого возраста также отмечалось снижение ($P<0,05$) веса ($26,7\pm0,06$ кг), в сравнении с мальчиками контрольной группы ($27,4\pm0,22$ кг).

У 9 - летних девочек также отмечалось снижение ($P<0,05$) веса ($27,3\pm0,11$ кг), в сравнении с девочками данного возраста контрольной группы ($27,4\pm0,22$ кг). У мальчиков отмечалось снижение ($P<0,05$) показателей веса ($28,4\pm0,07$ кг), по отношению к мальчикам из группы контроля ($31,3\pm0,31$ кг).

В возрасте 10 лет у девочек отмечалось снижение ($P<0,05$) веса ($30,1\pm0,07$ кг), в сравнении с девочками контрольной группы ($30,7\pm0,29$ кг). У мальчиков в данном возрасте также было снижение ($P<0,05$) веса ($32,1\pm0,03$ кг), в сравнении с мальчиками из группы контроля ($34,8\pm0,37$ кг).

В 11 летнем возрасте у девочек отмечалось снижение ($P<0,05$) веса ($30,1\pm0,07$ кг), в сравнении с показателями веса у детей ($33,6\pm0,21$ кг) из

контрольной группы. У мальчиков 11 - летнего возраста имело место снижение ($P<0,05$) веса ($32,1\pm0,03$ кг), по сравнению с мальчиками из контрольной группы.

Между росто-весовыми показателями у пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (в возрасте от 9 до 11 лет) и хроническими заболеваниями матери в период беременности имелась значительная и прямая корреляционная связь ($P<0,05$, $r=0,627$). Также отмечалась значительная и прямая корреляционная связь между показателями роста у больных с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (в возрасте от 9 до 11 лет) и патологическим течением беременности у матерей ($P<0,05$, $r=0,91$).

Характеристика физической активности детей школьного возраста с СДВГ. В сельской местности КР обследовано 327 детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности в возрасте от 6 до 11 лет. При проведении анкетирования оценивали такой показатель, как самооценка собственного здоровья.

Между использованием интернета и онлайн связи у школьников и ухудшением соматического и неврологического состояния у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности имелась значительная и прямая корреляционная связь ($r=0,731$, $P<0,05$).

- обращают на себя внимание результаты субъективной оценки состояния своего здоровья в группах обследованных детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, показавшие, что мальчики достоверно ($P<0,05$) чаще (32,3 и 28,7% в разных возрастных группах), чем девочки (17,7% и 10,2%) оценивали свое здоровье как плохое и реже считали его удовлетворительным. Среди мальчиков также достоверно преобладали жалобы на проявления дисфункции нервной системы и соматических органов. Эти данные могут быть отражением большей вовлеченности в процесс вегетативной нервной системы при синдроме дефицита внимания и гиперактивности у пациентов мужского пола;

- физическая активность детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности – одна из основных характеристик их физического развития и поведенческих реакций. В группах обследованных школьников с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, выявлена высокая их приверженность к использованию современных технологий связи и общения между собой (интернет, онлайн), характерная для 45,0-55,0% школьников, с достоверным ($P<0,05$) преобладанием среди мальчиков, что отражает реалии современной жизни и ограничивает физическую активность детей.

3.5. Некоторые направления оптимизации ведения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей должно включать в себя не только медикаментозную коррекцию, но и немедикаментозную коррекцию в соответствии с симптоматикой основного заболевания и сопутствующей патологией со стороны других органов и систем.

При проведении лечения детям с СДВГ были выделены две группы. В первую группу вошли 30 детей с СДВГ, которые получали лишь медикаментозную терапию (ноотропы, нейромедиаторы, успокоительные средства) и немедикаментозную коррекцию (ЛФК, фитотерапия, физиотерапия), им также проводилось лечение сопутствующих заболеваний со стороны органов и систем. Вторую группу составили 30 пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, которым, помимо медикаментозной, немедикаментозной коррекции лечения сопутствующей патологии, была проведена психотерапевтическая работа не только с ребенком, но и с семьей (рисунок 3.5.1).

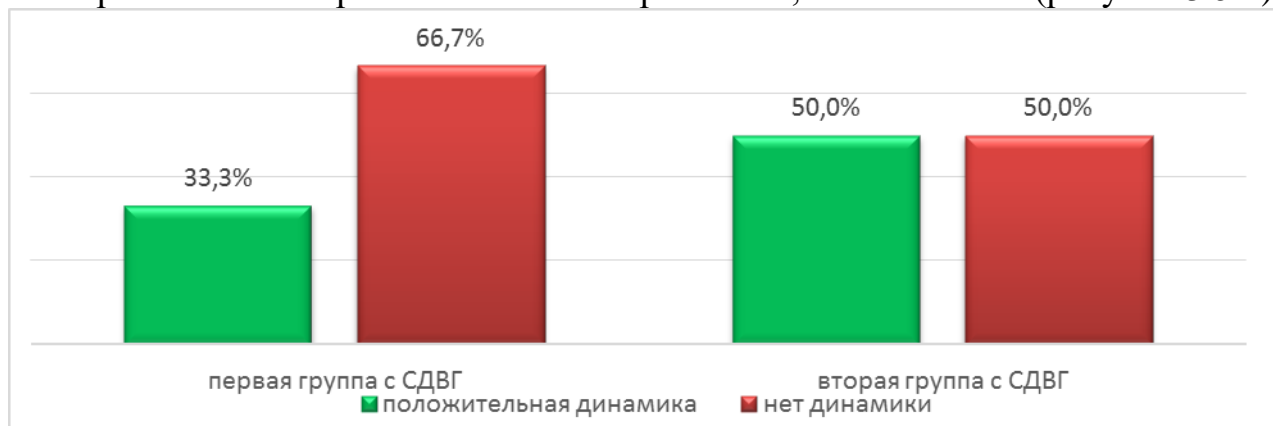


Рисунок 3.5.1 - Результаты проведенного лечения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности через 1 месяц.

Через 1 месяц после проведенного лечения в первой группе детей отмечалось улучшение в 33,3%. Во второй группе детей положительная динамика отмечалась у 50,0% ($P < 0,05$), что подтверждало целесообразность включения в протоколы ведения пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности методов психотерапевтического воздействия.

После проведенного лечения через 3 месяца у детей первой группы медикаментозной и немедикаментозной коррекции синдрома дефицита внимания и гиперактивности отмечалось улучшение в 50,0%. Во второй группе детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, которые получали медикаментозную и немедикаментозную коррекцию, психотерапевтическую работу не только с ребенком, но и с семьей, положительная динамика отмечалась в 70,0% случаев ($P < 0,05$).

После проведенного лечения через 6 месяцев в первой группе детей с СДВГ, которые получили общепринятую медикаментозную и немедикаментозную терапию, при необходимости коррекцию со стороны соматической патологии, в 68,0% случаев отмечалось улучшение клиники основного заболевания. А у детей во второй группе с синдромом дефицита внимания и гиперактивности, получивших медикаментозное, немедикаментозное лечение и психологическую коррекцию внутри семьи и у ребенка, в 90,0% случаев имела место положительная динамика.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Факторами риска формирования у детей СДВГ являются болезни матерей, включающие заболевания ЖКТ (OR – 3,50), сердечно – сосудистой системы (OR – 2,80), анемии тяжелой степени (OR – 3,18), артериальную гипертензию (OR – 2,80), из числа нарушений в течении беременности: маловодие (OR – 4,5), многоводие (OR – 2,05), токсикозы в течение всей беременности (OR – 4,92) и различные нарушения течения родов (OR от 2,8 до 3,57).

2. СДВГ чаще диагностируется у мальчиков, в структуре преобладает смешанный вариант его течения (56,7 и 49,3% в разных возрастных группах). Клиническая симптоматика включает симптомы, отражающие характер и степень вовлеченности в процесс вегетативной нервной системы.

3. В структуре заболеваний различных органов и систем у детей с СДВГ преобладают болезни органов дыхания, ЛОР-органов, аллергические заболевания и болезни желудочно - кишечного тракта. Заболеваемость данными патологиями у детей с СДВГ в возрасте 6-8 лет выше, чем у здоровых детей того же возраста в 3-5 раз ($P < 0,05$), в возрастной группе детей 9-11 лет - в 2- 2,5 раза.

4. У детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности отмечается отставание роста – весовых показателей по сравнению со здоровыми сверстниками ($P < 0,05$) в возрастном диапазоне 6 -11 лет; причём оно коррелирует (r - от 0,594 до 0,850) с факторами риска формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности (заболевания и токсикозы беременности).

5. Включение в протокол лечения детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности психотерапевтических курсов, охватывающих родителей и семью пациентов, способствует улучшению клинического статуса (снижение тревожности, агрессивности, улучшение сна) у 50,0%, 70,0% и 90,0% детей соответственно через 1, 3 и 6 месяцев после проведения лечения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Алгоритм прогнозирования и профилактики рождения детей с возможностью формирования у них синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

1.1. В группы риска по прогнозированию рождения детей с потенциальным развитием у них синдромом дефицита внимания и гиперактивности включать беременных, имеющих соматическую экстрагенитальную патологию, с нарушением течения родов и беременности.

1.2. В группы риска формирования у детей синдрома дефицита внимания и гиперактивности включать всех новорожденных от матерей, имеющих

генитальные и экстрагенитальные заболевания, нарушения течения родов и беременности.

1.3. Для беременных из группы риска обеспечить индивидуальные планы наблюдения акушером – гинекологом, включающие санацию заболеваний, нарушений течения беременности и оптимизацию ведения родов.

1.4. Для новорожденных из групп риска обеспечить консультацию невролога в первые дни после рождения, ежеквартально - на первом году жизни и ежегодно – в последующие годы жизни.

2. Алгоритм ранней диагностики симптомов и типов синдрома дефицита внимания и гиперактивности рекомендуется:

- использовать таблицу ваго – симпатикотонических симптомов;
- обеспечить контроль за динамикой симптомов синдромом дефицита внимания и гиперактивности педиатром и неврологом;
- включать в арсенал обследования детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности или с подозрением на его формирование нейрофизические (ЭЭГ) и ультразвуковые методы исследования.

3. Для своевременного выявления, профилактики и лечения СДВГ:

- всем детям из группы риска и с клиникой синдрома дефицита внимания и гиперактивности рекомендуется контролировать заболеваемость, динамику физического развития и физическую активность с разработкой индивидуальных программ диспансеризации с участием педиатра, невролога и узких специалистов.

4. Для повышения эффективности медицинского контроля за детьми с синдромом дефицита внимания и гиперактивности:

- в программы лечения пациентов с синдромом дефицита внимания и гиперактивности целесообразно включать курсы психотерапевтических мер, содержание, длительность и потребность в которых должны быть индивидуально ориентированными и обоснованными консилиумом врачей (педиатр, невролог, психиатр, психолог);
- позитивный эффект психотерапевтической реабилитации будет наибольшим при вовлечении в этот этап родителей и семьи в целом.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Маткеева А.Т.** Клинические симптомы у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности [Текст] / А.Т. Маткеева, М.Е. Ашералиев // Бюллетень науки и практики, Нижневартовск -2021 - № 2. – Т.7. – С.179-186 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44773466>.

2. **Маткеева А.Т.** Синдром дефицита внимания и гиперактивности. [Текст] / А.Т. Маткеева // Бюллетень науки и практики, Нижневартовск -2021 - № 2. – Т.7. – С.187-192. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44773467>.

3. **Маткеева А.Т.** Факторы риска у детей с СДВГ в сочетании с соматической патологией. [Текст] / А.Т. Маткеева, М.Е. Ашералиев, Г.Ш. Маймерова // Бюллетень науки и практики, Нижневартовск -2020 - № 5. – Т.6. – С.120-127 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42920945>.

4. **Маткеева А.Т.** Влияние соматической патологии на состояние здоровья детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. [Текст] / А.Т. Маткеева, Е.И. Кондратьева // Бюллетень науки и практики, Нижневартовск -2020 - № 5. – Т.6. – С.128-136 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42920946>.

5. **Маткеева А.Т.** Аспекты физической активности у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью. [Текст] / А.Т. Маткеева // Бюллетень науки и практики, Нижневартовск -2020 - № 6. – Т.6. – С.34 - 36 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46301599>.

6. **Маткеева А.Т.** Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. [Текст] / А.Т. Маткеева, М.Е. Ашералиев, Г.Ш. Маймерова // Известие Вузов Кыргызстана – 2020. - №6. – С. 39-42 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46301600>.

7. **Маткеева А.Т.** Характеристика состояния здоровья детей раннего, дошкольного и младшего школьного возраста и его особенности у детей (обзор литературы). [Текст] / А.Т. Маткеева, М.Е. Ашералиев // Здоровье матери и ребенка. -2018. - №3 - С. 29-35 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46485446>.

8. **Маткеева А.Т.** Современные вопросы синдрома дефицита внимания и гиперактивности у детей (литературный обзор) [Текст] / А.Т. Маткеева, М.Е. Ашералиев // Здоровье матери и ребенка. -2021. - №1-2.- С. 29-42.

9. **Маткеева А.Т.** Вопросы диагностики и лечения детей с СДВГ (литературный обзор) [Текст] / А.Т. Маткеева, А.Б. Фуртикова, М.Е. Ашералиев // Здоровье матери и ребенка. -2021. - №1-2.- С. 42 - 50.

Маткеева Айгуль Тунгучбековнанын «Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын физикалык өөрчүүсү, вегетативдик нерв системасынын дарты жана абалы» деген темада 14.01.08 – педиатрия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: балдар, көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк, алдын ала божолдоо, дарылоо.

Изилдөө объектиси: КБЖГС менен 6 жаштан 11 жашка чейинки 60 бала, психикалык өнүгүүсү нормалдуу типтеги жана соматикалык жактан дени сак 6 жаштан 11 жашка чейинки 60 бала (контролдоо тобу) жана 6 жаштан 11 жашка чейинки курактагы КБЖГС менен жабыркаган 327 бала.

Изилдөө предмети. КБЖГС диагнозу менен катталган стационардык жана амбулатордук бейтаптардын №003/У “ооруулуу баяны” үлгүсү.

Изилдөө максаты. КБЖГСнын тобокелдик факторлорун жана түзүлүшүн, пациенттердин клиникалык жана физикалык статусу тууралуу маалыматтарды изилдөөнүн негизинде КБЖГСга чалдыккан бадарга кам көрүүнүн дарылоо жана алдын алуу программаларын оптималдаштыруу үчүн аталган дартты эрте аныктоо жана калыптануу ыктымалдуулугун алдын ала болжолдоо алгоритмин берүү.

Изилдөө ыкмалары: клинико-анамнестикалык, инструменталдык, статистикалык.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыгы.

- Балдарда КБЖГСнын калыптануу ыктымалдуулугун шарттоого мүмкүндүк берген перинаталдык тобокелдик факторлорунун прогностикалык маанилүүлүгү боюнча конкреттештирилди жана бөлүштүрүлдү.

- КБЖГСнын өөрчүүсүн шарттаган соматикалык патологиянын түзүлүшү негизинен дем алуу органдарынын, ЛОР органдарынын ооруулары жана аллергиялык ооруулары менен берилген.

- КБЖГСнын корригациялык терапияны индивидуалдаштырууга мүмкүндүк берүүчү вегетативдик нерв системасынын ваго – симпатикотоникалык тибинин басымдуулук кылуусу менен клиникалык варианттары белгиленди. Заманбап жашоодогу балдардын физикалык активдүүлүгү техникалык прогресс каражаттарын пайдалануудан жана жашаган жеринде спорттук инфраструктуранын өнүгүү деңгээлине көз каранды экендиги тастыкталды.

- КБЖГСга чалдыккан пациенттерде терапиянын психотерапевттик ыкмаларынын натыйжалуулугу далилденди жана бейтаптардын аталган категориясына кам көрүүдө аларды пайдалануунун психотерапевттик ыкмаларынын натыйжалуулугу далилденди.

Колдонуу боюнча сунуштар: изилдөөнүн натыйжалары дарыгерлердин практикалык иштерине киргизилиши керек жана медициналык билим берүү системасына.

Колдонуу тармагы: алгачкы медико-санитардык кызмат, үй-бүлөлүк врачтар тобу, балдар үчүн стационарлар.

РЕЗЮМЕ

диссертации Маткеевой Айгуль Тунгучбековны на тему «Физическое развитие, заболеваемость и состояние вегетативной нервной системы у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.08 – педиатрия

Ключевые слова: дети, синдром дефицита внимания и гиперактивности, прогнозирование, лечение.

Объект исследования: 60 детей с СДВГ в возрасте от 6 до 11 лет, 60 детей в возрасте 6 до 11 лет с нормальным типом психического развития и соматически здоровые (контрольная группа) и 327 детей с СДВГ в возрасте от 6 до 11 лет.

Предмет исследования. Истории болезни форма №003/У “истории болезни” стационарных и амбулаторных больных с диагнозом СДВГ.

Цель исследования. На основе изучения факторов риска и структуры СДВГ, данных о клиническом и физическом статусе пациентов, представить алгоритмы прогнозирования вероятности формирования и раннего выявления СДВГ для оптимизации профилактических и лечебных программ ведения детей с данной патологией.

Методы исследования: клинико-anamnestические, инструментальные, статистические.

Полученные результаты исследования и их новизна. Конкретизированы и ранжированы по прогностической значимости перинатальные риск - факторы, позволяющие предполагать вероятность формирования СДВГ у детей.

Структура соматической патологии, выявляемой у детей с СДВГ, представлена болезнями органов дыхания, ЖКТ, ЛОР-органов и аллергическими заболеваниями. Установлены клинические варианты СДВГ с преобладанием вагосимпатикотонических типов функционирования вегетативной нервной системы у детей с СДВГ, что позволяет индивидуализировать корригирующую терапию. Подтверждено, что физическая активность детей в современных условиях жизни в значительной степени зависит от использования средств технического прогресса и от уровня развития спортивной инфраструктуры в местности проживания.

Доказана эффективность психотерапевтических методов терапии у пациентов с СДВГ при их использовании в качестве дополнения к протоколам ведения данной категории больных.

Рекомендации по использованию: результаты исследования следует внедрять в практическую работу врачей и в систему медицинского образования.

Область применения: первично медико-санитарная служба, группы семейных врачей, стационары для детей.

SUMMARY

dissertation of Matkeeva Aigul Tunguchbekovna on the topic " Physical development, morbidity and the state of the autonomic nervous system in children with attention deficit hyperactivity disorder " for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.08 - pediatrics

Keywords: children, attention deficit hyperactivity disorder , prognosis, treatment.

Object of study: 60 children with ADHD aged 6 to 11 years, 60 children aged 6 to 11 years with a normal type of mental development and somatically healthy (control group) and 327 children with ADHD aged 6 to 11 years .

Subject of study. Case histories form No. 003 / U "case history" inpatients and outpatients diagnosed with ADHD.

Purpose of the study. Based on the study of risk factors and the structure of ADHD, data on the clinical and physical status of patients, to present algorithms for predicting the likelihood of developing and early detection of ADHD to optimize preventive and therapeutic programs for managing children with this pathology.

Research methods: clinical and anamnestic, instrumental, statistical.

The results of the study and their novelty. The perinatal risk factors, which make it possible to assume the likelihood of developing ADHD in children, are specified and ranked according to their prognostic significance.

The structure of somatic pathology detected in children with ADHD is represented by diseases of the respiratory system, gastrointestinal tract , ENT organs and allergic diseases. Clinical variants of ADHD with a predominance of vago-sympathicotonic types of functioning of the autonomic nervous system in children with ADHD have been established, which makes it possible to individualize corrective therapy. It has been confirmed that the physical activity of children in modern living conditions largely depends on the use of technical progress and on the level of development of sports infrastructure in the area of residence.

The effectiveness of psychotherapeutic methods of therapy in patients with ADHD when used as an addition to the protocols for managing this category of patients has been proven.

Recommendations for use: the results of the study should be implemented in the practical work of doctors and in the system of medical education.

Scope: primary health care service, groups of family doctors, hospitals for children.