

**АХУНБАЕВ И. К. атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН
САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИ
ЭНЕ ЖАНА БАЛАНЫ КОРГОО УЛУТТУК БОРБОРУ**

Д 14.20.609 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 611.839: 616.839:616.89-00 8.47:616-053.2

МАТКЕЕВА АЙГУЛЬ ТУНГУЧБЕКОВНА

**КӨНҮЛ БУРУУНУН ЖЕТИШСИЗДИГИ ЖАНА ГИПЕРАКТИВДҮҮЛҮК
СИНДРОМУ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БАЛДАРДЫН ФИЗИКАЛЫК
ӨӨРЧҮҮСҮ, ВЕГЕТАТИВДҮҮ НЕРВ СИСТЕМАСЫНЫН ДАРТЫ ЖАНА
АБАЛЫ**

14.01.08 – Педиатрия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип
алуу үчүн жазылган диссертациянын авторефераты

Бишкек – 2022

Иш Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Энени жана баланы коргоо улуттук борборунун неврология бөлүмүндө жана кеңеш берүү-дарт аныктоо бөлүмүндө аткарылды.

Илимий жетекчи:	Ашералиев Мухтар Есенжанович медицина илимдеринин доктору, профессор, Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун аллергология бөлүмүнүн башчысы
Расмий оппоненттер:	Мамырбаева Турсун Турганбаевна медицина илимдеринин доктору, профессор, Бишкек эл аралык медициналык институтунун ректору.
Жетектөөчү уюм:	Сулайманов Шайирбек Алибаевич медицина илимдеринин доктору, профессор, Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университетинин педиатрия кафедрасынын профессору. Ташкент педиатрия медицина институту, тез жардам педиатриясы, кырсык медицинасы кафедрасы (100105, Өзбекстан, Ташкент шаары, Юнусабад району, Богишамол көчөсү, 223)

Диссертация 2022-жылы 20-майда саат 15:30да И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын медицина илимдеринин доктору (кандидаты) окумуштуулук даражасын изденип алууга диссертацияларды коргоо боюнча Д 14.20.609 диссертациялык кеңештин отурумунда жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Энени жана баланы коргоо улуттук борборунда корголот, дареги: Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92, 720020, жыйындар залы. Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү шилтемеси: <https://vc.vak.kg/b/142-bnh-vll-gmr>

Диссертация менен И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиянын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев к., 92) жана Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Энени жана баланы коргоо улуттук борборунун (720038, Бишкек ш., Ахунбаев к., 190) китепканаларынан жана <http://kgma.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 19-апрель 2022 - жылы таратылды.

Диссертациялык кеңештин окумуштуулар катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты, доцент

А. Ж. Болотбекова

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Акыркы жылдары балдардын көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун көйгөйү ар түрдүү тармактардагы адистердин (педиатрлар, невропатологдор, психиатрлар, мугалимдер) көңүлүн көбүрөөк буруп жатат.

Ар кандай өлкөлөрдө балдардын көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун таралышы жана жаш динамикасынын мүнөздөмөлөрү боюнча маалыматтар өтө өзгөрүлмө: КБЖГС таралышы жана ар кайсы өлкөлөрдө жаш динамикасынын мүнөздөмөлөрү боюнча маалыматтар өтө өзгөрүлмө: АКШда бул көрсөткүчтөр 4% дан 13% га чейин (G. J August, 1996), Германияда - 9 -18% (A Baumgaertel, 1995), Италияда - 3-10% (F. Gallicci, 1993), Кытайда - 1-13% (К.Т Тао, 1992), Россияда (Москва шаары жана Москва облусу) 15—28% (В. Р. Кучма, 1997).

Бүгүнкү күндө Кыргыз Республикасында гана эмес, бүткүл дүйнөдө калктын социалдык-экономикалык абалы, үй-бүлөдөгү кырдаалдын начарлашы, коомдогу асоциалдык тенденциялардын өсүшү, балдар арасында чек ара психикалык бузулуулардын көбөйүшүнө өбөлгө түзүүдө. Мектепке кирген көптөгөн балдардын көңүл буруунун туруксуздугу, алаксуусу, максаттуу иш-аракеттин бузулушу менен айкалышкан гиперактивдүүлүк жана эмоционалдык толкундануунун жогорулашы менен мүнөздөлөт. Оорулардын эл аралык классификациясында (ЭАК-10, 1992) бул оору "көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромы" деп аталат (Е. В. Касатикова, 2000).

Балдардын көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун соматикалык процесстер менен айкалышта, инсандын калыптануу процессине терс таасирин тийгизиши мүмкүн болгон негизги оорунун жүрүшүн кыйла татаалдантат. Ушуга байланыштуу балдардагы нейропсихикалык бузулууларды, анын ичинде соматикалык патологиясы барларды өз убагында диагностикалоо өтө маанилүү, аларды коррекциялоо боюнча терапиялык чаралардын комплексин негиздөө, анын ичинде дары-дармек менен гана эмес, дары-дармектик эмес дарылоо да камтылган (В. М. Студеникин, 2010, Н. Н. Заваденко, 2014).

Балдардын көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун боюнча изилдөөлөр системалуу эмес. Ушул убакка чейин мындай балдарды аныктоонун бирдиктүү методологиялык алгоритми жок жана объективдүү диагностикалык критерийлер иштелип чыга элек, этиологиясы жана патогенези жетиштүү изилдене элек, бул синдромду дарылоо жана алдын алуу боюнча эффективдүү программалар иштелип чыга элек (Н. Н. Заваденко, 2014).

Ю. М. Азаматов (1990), П. И. Матюшков (1992), Ш. Е. Атаханов (1995), С. С. Бакасов (1995), С. Б. Шварков (1998), Р. Д. Алымкулов (1999), Н. М. Хаустова (2001) тарабынан изилдөөлөрдүн алкагында ар кандай нозологиялык формадагы балдардагы вегетативдик нерв системасынын абалы жана ар кандай климаттык жана географиялык шарттарда мектеп жана мектепке чейинки курактагы балдардагы ВНС реакциясынын клиникалык көрүнүштөрү изилденген. Кыргыз Республикасында балдардын көңүлүнүн жетишсиздигинин гиперактивдүүлүгүнүн бузулушун изилдөө актуалдуу болуп саналат, анткени ал балдардын келечектеги ден соолук көйгөйлөрүн, анын ичинде физикалык өнүгүүсүн болжолдоого, чек арадагы бузулууларды, психикалык өнүгүүнү жана соматикалык патологиядан келип чыккан өнөкөт оорулардын тобокелдиктерин аныктоого мүмкүндүк берет. Көрсөтүлгөн аргументтер бул изилдөөнү пландаштыруу жана тартуу үчүн негиз болуп калды.

Диссертациянын темасынын билим берүү жана илимий мекемелерде жүргүзүлүүчү алгылыктуу илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий изилдөөчү иштер менен байланышы. Диссертация Эне жана баланы коргоо улуттук борборунун “Кийлигишүүнү талап кылган неонаталдык ден-соолук, саламаттык сактоо системасынын сапаттык, балдардын ымыркай мезгилиндеги өлүм көрсөткүчтөрүнө таасир этүү” долбоорунун алкагында аткарылды, мамлекеттик каттоо №0007674.

Изилдөөнүн максаты. Пациенттердин клиникалык жана физикалык статусу жөнүндө маалыматтарды, тобокелдик факторлорун жана көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун түзүлүшүн изилдөөнүн негизинде аталган патологияга чалдыккан балдарга кам көрүүнүн алдын алууну жана дарылоо программаларын оптималдаштыруу үчүн көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромун эрте аныктоо жана калыптануу ыктымалдуулугун алдын ала болжолдоо алгоритмин берүү.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Балдарда көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун пайда болуу ыктымалдыгы үчүн перинаталдык тобокелдик факторлорун изилдөө.
2. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган балдардын клиникалык симптомдоруна карата вегетативдик нерв системасынын иштешинин түрлөрүн тактоо.
3. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен ооруган балдардын соматикалык жана функциялык бузулууларынын жыштыгын изилдөө.
4. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому бар балдардын физикалык өнүгүүсүн жана физикалык активдүүлүгүн изилдөө.
5. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган балдарды дарылоонун схемаларын болжолдоо, эрте аныктоо жана оптималдаштыруу алгоритмдерин илимий жактан негиздөө жана иштеп чыгуу.

Иштин илимий жаңылыгы:

- Алгачкы жолу балдардагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун калыптануу ыктымалдуулугун алдын алууга жана неврологиялык жана психосоциалдык статусунун бузулуусуна ыңгайлашкан балдардын төрөлүүсүн кыскартууга багытталган чараларды пайдаланууга мүмкүндүк берүүчү перинаталдык тобокелдик факторлорун алдын ала болжолдоонун маанилүүлүгү конкреттештирилди жана бөлүштүрүлдү. Өзгөчөлүүлүк, сезгичтик жана салыштырмалуу тобокелдик көрсөткүчтөрүнө эненин кош бойлуулук мезгилиндеги дарты, кош бойлуулуктун жана төрөттүн патологиялык агымынын таасири басымдуулук кылат.

- Вегетативдик нерв системасынын иштөө тиби менен балдардагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун клиникалык көрүнүшүнүн патофизиологиялык шарттуулук далили тастыкталган, муну менен катар, көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун түзүлүшү жыштыгы боюнча дифференцияланган, балдар арасында көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан эркек балдардын басымдуулугу белгиленген. Алгачкы жолу көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун аныктоодо вегетативдик нерв системасынын дисфункциясынын симптомдорунун жана неврологиялык симптомдордун маанилүүлүгү конкреттештирилген, бул дартты өз убагында аныктоо жана бейтапка негиздүү медициналык контроль жүргүзүү мүмкүнчүлүгүн кеңейтет.

- Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун өөрчүүсүн шарттаган соматикалык патологиянын түзүлүшү, негизинен, дем алуу органдарынын, ичеги карын жодорунун, Лор-органдарынын, аллергиялык ооруулардын болуусу менен берилген. Балдардын популяциялык жаш өзгөчөлүгүнө жараша көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому ынанымдуу түрдө өсөт ($P < 0,05$), бул патологиялык процесстерге карата пациенттердин резистенттүүлүгүнүн жалпы кыскаруусун көрсөтөт жана патологиянын түрүнө жана анын клиникалык көрүнүштөрүнүн даражасына жараша жеке тиешелүү жалпы чыңдоочу терапияны эрте баштоону шарттайт.

- Корригациялык терапияны тиешелүүлүгүнө жараша жекелештирүүгө мүмкүнчүлүк берүүчү вегетативдик нерв системасынын иштөө функциясынын ваго-симпатикотоникалык типтеринин басымдуулук кылуусу менен көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун клиникалык варианттары белгиленген. көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын физикалык статустары тууралуу изилдөөдө алынган маалыматтары өспүрүм куракка чейинки боюнун жана салмагынын өсүү динамикасынын бузулуусун

алдын ала болжолдоо үчүн бул критерийлерди пайдаланууга мүмкүндүк берет. Азыркы заманбап шартта балдардын физикалык активдүүлүгү техникалык прогресс каражаттарын пайдалануудан жана жашаган жеринде спорттук инфраструктуранын өнүгүү деңгээлинен көз каранды.

- Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан пациенттерде терапиянын психотерапевттик ыкмаларынын натыйжалуулугу жана ушул категориядагы бейтаптарга кам көрүү протоколдоруна кошумча катары аларды пайдалануунун натыйжалуулугу далилденген. Бул көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарда бардык дарылоо процесстерин оптималдаштыруу үчүн психотерапевттик таасирдин арсеналынын мүмкүнчүлүгүн пайдаланууга мүмкүндүк берет.

Алынган жыйынтыктардын практикалык маанилүүлүгү

Практикалык саламаттык сактоо үчүн төмөнкүлөр иштелип чыккан:

- Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын төрөлүүсүнө өбөлгө болуучу факторлор, бул аталган патология менен төрөлгөн балдарды пренаталдык болжолдоо жана алдын алуу максатында жана бейтап балдарды эрте аныктоо үчүн аларды пайдаланууга мүмкүндүк берет;

- Вегетативдик нерв системасынын иштөөсүнүн ваго-симпатикотоникалык типтеринин басымдуулук кылуусу менен көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромун аныктоонун варианттарынын таблицасы берилген, бул пациенттерге кам көрүүдө тиешелүүлүгүнө жараша жеке багытталган жана салыштырмалуу максаттуу технологияларды дайындоого мүмкүндүк берет;

- Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарды жогорку деңгээлдеги ооруусу жана физикалык жактан жай өнүгүүсү боюнча тобокелдик топторуна киргизүү зарылдыгы белгиленген, бул ушул категориядагы бейтаптарды диспансеризациялоо сапатын көтөрүүгө жана аларга карата алдын алуу чараларын пайдаланууга мүмкүндүк берет.

Коргоого киргизилип жаткан диссертациянын негизги жоболору:

көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун калыптануу ыктымалдуулугунда балдардын төрөлүүсүнүн өзгөчөлүү жана сезгичтик, алдын ала болжолдуу тобокелдик факторлору болуп энелердин дарты эсептелет (ичеги карын жолдору - OR – 3,50; жүрөк кан- тамыр системасы - OR – 3, 18; артериалык гипертензия - OR – 2,80), кош бойлуулуктун агымынын бузулуусу (табиттин бузулуусу - OR – 4,97; суусунун азайышы - OR – 4,5; суусунун көбөйүүсү - OR – 2,06) жана төрөт (OR 2,8ден 3,57ге чейин).

1. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун клиникалык симптомдору эркек балдарда көбүрөөк байкалат, түзүлүшүндө Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун аралаш варианты басымдуулук кылат (56,7% - эркек балдарда, 49,3% - кыздарда). Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун агымы жана клиникалык көрүнүшү нерв системасынын дисфункциясынын жана соматикалык патологиянын кесепетинен ички органдардын өөрчүп жаткан өзгөрүүлөрүнүн эсебинен калыптанат. Клиникалык жактан вегетативдик нерв системасынын калыптануусунун парасимпатикалык же симпатикалык басымдуу симптомдорунун типтери аныкталат.

2. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдар үчүн дарттын ар түрдүү класстары боюнча жогорку деңгээлдеги дарт мүнөздүү, көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыкпаган балдар арасында ооруунун жыштыгынын 3-5 эсе жогорулоосу ($P < 0,05$) жана эрте курагында калыптануучу (балдардын 0 -3 жана 3-6 жаш курктагы топторунда).

3. 6-11 жаш курактагы балдар арасында көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын бой-салмак көрсөткүчү ($P < 0,05$) өзү теңдүү дени сак балдарга салыштырмалуу төмөнүрөөк, болгондо да алар бир катар перинаталдык тобокелдик факторлору менен корреляцияланат; көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын физикалык активдүүлүгү алардын 45,0-55,0% интернет жана онлайн байланыштары менен чектелген; эркек балдар көбүнчө өз ден соолуктарына терс баа беришет жана көбүрөөк даттанышат.

4. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун дарылоо протоколдорун оптималдаштыруунун бир варианты болуп балдар, ата-энелер жана үй-бүлөлөр үчүн узактыгы жана мазмуну негиздүү жана жеке багытталууга тийиш болгон психотерапевттик курстарды камтуу зарыл.

Изилдөөчүнүн жеке салымы

Изилдөөчүнүн жеке катышуусу адабият булактарын аналитикалык иштеп чыгууну, клиникалык жана инструменталдык изилдөөнүн бардык бөлүктөрүн, аларды теоретикалык жана усулдук жалпылоону камтыйт.

Изилдөө жыйынтыктарын сыноо

Изилдөөнүн негизги жыйынтыктары: «Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиянын илим күнү – 2015» илимий–практикалык конференциясында (Бишкек, 2015), педиатрлар коомунда (Бишкек, 2017), International school of medicine 15 жылдыгына арналган (Чолпон-Ата, 2018) конференцияда берилген.

Диссертациянын жыйынтыктарын басылмаларда чагылдыруу. Диссертациянын темасы боюнча 9 илимий статья жарыяланды, алардын ичинен 4 макала КР Президентинин алдындагы УАК сунуштаган басылмаларда, 5 макала РИНЦ системасы индексациялаган чет элдик басылмаларда жарык көрдү.

Диссертациянын түзүмү жана көлөмү. Диссертация киришүү бөлүгүнөн, адабияттар тууралуу маалыматты, изилдөө материалдарын жана ыкмаларын, жеке изилдөө жыйынтыктарын жана аларды талкуулоону, корутунду бөлүгүн, практикалык сунуштарды жана пайдаланылган адабияттардын тизмесин камтыган үч бөлүмдөн турат. Диссертация 144 беттеги компьютердик текстте берилген. Иш өзүнө 12 таблицаны жана 39 сүрөттү камтыйт. Библиографиялык көрсөткүч 259 булакты, анын ичинен 198 орус тилиндеги жана 61 чет элдик авторлордун эмгектерин камтыйт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Диссертациянын киришүү бөлүгүндө изилдөөнүн актуалдуулугу жана аны жүргүзүү зарылдыгы, максаты, милдети, илимий жаңычылдыгы, иштин практикалык маанилүүлүгү коргоого киргизилип жаткан диссертациянын негизги жобосу берилген.

1-бөлүм. Адабияттар тууралуу маалымат. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна (КБЖГС) мультифактордуулугун, клиникалык агымынын өзгөчөлүгүн, аталган патологияны эрте аныктоо, дарылоо жана алдын алуу зарылдыгын чагылдыруучу көңүл буруунун жетишсиздиги синдрому жана балдардын гиперактивдүүлүгү тууралуу заманбап түшүнүктөрдү чагылдырган басылмаларга анализ берилген. Адабияттар тууралуу маалыматтардын бардык бөлүктөрүндө андан ары изилдөөнү талап кылган аспектилер жана маселелер бөлүнүп каралган, бул аталган изилдөөнү жүргүзүүгө негиз болду.

2-бөлүм. Изилдөөнүн ыкмалары жана усулдары. Энени жана баланы коргоо улуттук борборунун (ЭжБКУБ) базасында, неврология жана кеңеш берүү – дарт аныктоо бөлүмдөрүндө (КБЖДА) жүргүзүлдү. КБЖГС диагностикасы шкалаларды колдонуу менен түзүлгөн: DSM-IV жана Коннерс рейтинг шкаласы.

Биз КБЖГСга чалдыккан балдардын вегетативдик нерв системасынын дарттарына жана абалына, физикалык өөрчүүсүнө изилдөө жүргүздүк.

Изилдөө объектиси: ЭжБКУБнын неврология жана КБЖДА бөлүмүндө дарыланып жаткан 6-11 жаш курактагы 60 бала жана психикалык өөрчүүнүн нормадагы тибиндеги жана соматикалык жактан ден соолугу чың (дени сак балдар) КБЖГС диагнозу коюлбаган 60 бала изилдөөгө алынды. КБЖГСга чалдыккан 7-11 жаш курактагы 327 бала республиканын эки аймгынан: 170 мектеп окуучусу Жлал-Абад облусунан жана 157 Ысык-Көл облусунан изилдөөгө алынды.

Изилдөө предмети: стационардык дарыланууда жаткан бейтаптардын медициналык карталарындагы (№003/У) маалыматтар жана пациенттердин амбулаториялык карталары пайдаланылган. Клинико-анамнестикалык изилдөө баланы клиникалык текшерүүдө иштелип чыккан анкетанын негизинде жүргүзүлдү. Аталган анкетада кош бойлуулук мезгилиндеги эненин абалы, фондук жана коштоп жүрүүчү ооруулары, төрөт ишмердигине мүнөздөмө тууралуу маалыматтар талданган.

КБЖГС менен ооруган балдардын клиникалык жана лабораториялык текшерүүсү жалпы кабыл алынган методология боюнча жүргүзүлгөн. Изилдөөнүн инструменталдык методдору ЭЖКУБ функционалдык жана радиациялык диагностика бөлүмдөрүнүн базасында жүргүзүлгөн. Вегетативдик системаны изилдөө анын ар кандай варианттарын аныктоону камтыган – баштапкы вегетативдик тонду изилдөөдө А. М. Вейн жана А. Д. Соловьева тарабынан иштелип чыккан симпатикалык жана парасимпатикалык реакциялардын атайын айкалыштырылган таблицасын колдонуу менен клиникалык жана анамнестикалык ыкма колдонулган. Вегетативдик көрсөткүчтөрдү аныктоо үчүн ЭӨТ объективдүү көрсөткүчү катары вегетативдик Кердо индекси эсептелген. Орто клиностатикалык үлгү жана дозалык физикалык жүктөм (30 секундга колдорун алдыга таштоо менен 20 жолу терең отуруу) пайдаланылды. КБЖГСга чалдыккан балдардын жана контролдук топтогу балдардын (дени сак балдардын) бой/салмак көрсөткүчтөрү изилденди.

Изилдөө жыйынтыктарын статистикалык иштеп чыгуу. Материалдарды статистикалык жактан иштеп чыгуу SPSS - 16 версиясындагы программаны колдонуу менен жүргүзүлдү.

Нормадагы бөлүштүрүүдө төмөнкүлөр эсептелип чыкты: орточо мааниси, нормадан стандарттык четтөө, орточо ката. Нормадагы бөлүштүрүүгө ээ болгон топтор аарсындагы ынанымдуу айырманы көз карандысыз тандоо үчүн Т-критерийи боюнча эсептелди.

Далилдүү медицина ыкмаларынын жардамы менен төмөндөгүлөр эсептелип чыкты: сезгичтикке тест (Se), өзгөчөлүүлүккө тест (Sp). Алардын жогорку деңгээлдеги көрсөткүчтөрү ынанымдуу сезгичтик жана өзгөчөлүүлүк катары бааланды. Дартты аныктоонун натыйжалуулугунун (J) оң тести катары 0,5 тен көбүрөөгү саналды. 1,0дон жогорку көрсөткүч тобокелдик факторунун таасиринин натыйжасы оң деп эсептелди.

3-бөлүм. Жеке изилдөө жыйынтыктары жана аларды талдоо жыйынтыктары берилди.

3.1. Көңүл буруунун жетишсиздиги синдромунун жана балдардын гиперактивдүүлүгүнүн калыптануу тобокелдигинин факторлору.

Аталган бөлүмдө ЭЖКУБда стационардык жана амбулаториялык дарыланууда жаткан 6-11 жаш курактагы КБЖГСга чалдыккан 60 баланын текшерүү жыйынтыктары чагылдырылды. Топко 38 (63,3%) эркек бала жана

22 (36,7%) – кыз киргизилди, тактап айтканда, КБЖГСга чалдыккан балдар арасында эркек жыныстагылардын саны жогору болду.

Текшерүүгө алынган балдарда кош бойлуулук, төрөт жана өмүрүнүн алгачкы мезгилиндеги балдардын баш мээсинин түзүлүшүнүн жана функциясынын бузулуусун чагылдырган борбордук нерв системасынын (БНС) перинаталдык жабыркоосу аныкталды.

Балдардагы КБЖГСнын өөрчүүсү үчүн маанилүү сезгичтигинде ИКЖнын орруусу (Se – 84,0), жүрөк кан – тамыр ооруулары (Se – 83,3) жана аялдардын артериалык гипертензиясы (Se – 83,3), орточо оордук даражасындагы аз кандуулук (Se – 77,8), 2- типтеги кант диабети жана оор дараждагы аз кандуулук (Se – 73,7) басымдуулук кылат. ИКЖнын ооруулары болгон учурда (OR – 3,50), КБЖГСнын өөрчүү тобокелдиги контролдук топтогу балдарга караганда 3 эсе өсүүгө дуушар болгон. Ал эми, жүрөк кан – тамыр ооруулары бар болгон учурда жана энесинин артериалык гипертензиясы болгон учурда (OR – 2,80), контролдук топтогу (дени сак) балдар менен салыштырганда КБЖГСнын өөрчүү тобокелдиги 2,8 эсеге көп кездешет.

Кош бойлуулуктун агымынын бузулууларынын ичинен жогорку өзгөчөлүүлүгү менен суусу көп (Se – 87,0) жана суусу аз (Se – 81,3) сыяктуу тобокелдик факторлору басымдуулук кылган. Көп түйүлдүктүү кош бойлуулук (Se – 72,7) өзгөчөлүүлүктүн бир аз төмөнүрөөк даражасында басымдуулук кылды. Жогорку өзгөчөлүүлүктө кош бойлуулуктун бүтүндөй агымындагы табиттин чыргоолугу (Se – 86,7) жана энелердин кош бойлуулугунун алгачкы үч айлыгындагы табиттин чыргоолугу (Se – 80,6) басымдуулук кылса, өзгөчөлүүлүктүн азыраак даражасында кош бойлуулуктун экинчи үч айлыгындагы табиттин чыргоолугу (Se – 77,8) жана кош бойлуулуктун үчүнчү үч айлыгындагы табиттин чыргоолугу (Se – 76,9) басымдуулук кылган.

Узак мөөнөттүү суусуз аралык (OR – 3,76), мөөнөтүнөн өтүп төрөө (OR – 3,74), узакка созулган төрөт (OR – 3,57) жана төрөт ишмердигинин алсыздыгы (OR – 3,11) жогорку тобокелдиктеги тобокелдик факторуна кирет. Аталган параметрлер бар болгон учурда, КБЖГСнын өөрчүү тобокелдиги 3 эсе жогорулайт. Мөөнөтүнөн эрте төрөт кабыл алынганда (OR – 2,86) КБЖГСнын калыптануусу эки эсе жогору болот.

3.1.1-таблица. –КБЖГСга чалдыккан балдардын тобокелдик факторлорунун рангалык маанилүүлүгү

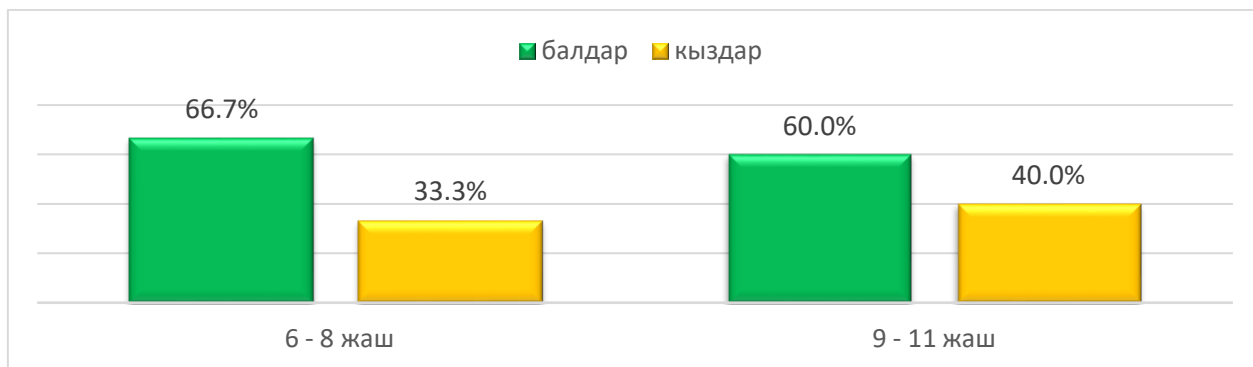
Фактор	Se	Sp	PV+	PV-	J	OR-	95% ДИ
Эненин даргы							
2-типтеги кант диабети	73,7	35	23	17	0,43	1,52	0,49-4,72
ИКЖнын ооруулары	84,0	40	35	13	0,52	3,50	1,08-11,38
ЖКТСнын ооруусу	83,3	36	17	7	0,42	2,80	0,57-13,69
Бөйрөк ооруулары	71,4	34	8	7	0,37	1,27	0,23-6,98
Орто оордук даражасындагы аз кандуулук	77,8	36	23	13	0,44	1,98	0,59-6,64

Оор даражадагы аз кандуулук	73,7	53	18	6	0,56	3,18	1,09-9,31
Артериалык гипертензия	83,3	36	17	7	0,42	2,80	0,57-13,69
Суусу көп	87,0	40	33	10	0,52	4,50	1,22-16,64
Суусу аз	81,3	41	43	20	0,56	3,06	1,09-8,57
Суусу көп болгон кош бойлуулук	72,7	34	13	10	0,39	1,38	0,34-5,65
Кош бойлуулуктун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү							
1 – үч айлыктагы табиттин чыргоолугу	80,6	41	42	20	0,54	2,86	1,02-8,01
2 – үч айлыктагы табиттин чыргоолугу	77,8	36	23	13	0,44	1,98	0,59-6,64
3 – үч айлыктагы табиттин чыргоолугу	76,9	35	17	10	0,41	1,80	0,46-7,10
Кош бойлуулуктун бүтүндөй агымындагы табиттин чыргоолугу	86,7	43	43	13	0,58	4,97	1,54-16,02
Төрөттүн жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү							
Мөөнөтүнөн эрте төрөт	80,6	41	42	20	0,54	2,86	1,02-8,01
Мөөнөтүнөн өткөрүп төрөө	82,9	44	48	20	0,59	3,74	1,34-10,46
Узакка созулган суусуз аралык	84,6	41	37	13	0,53	3,76	1,16-12,20
Төрөттүн алсыздыгы	82,1	40	38	17	0,53	3,11	1,04-9,26
Узакка созулган төрөт	83,3	42	42	17	0,56	3,57	1,20-10,61

Ошентип, жогоруда көрсөтүлгөн параметрлер текшерилген балдарда өзгөчөлүүлүгү жана ынандуулугу менен КБЖГСнын өөрчүүсүндө басымдуулук кылганы байкалды.

3.2. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана балдардын гиперактивдүүлүгү синдромунун жана КБЖГСга чалдыккан балдардын вегетативдик нерв системасынын бузулуу симптомдорунун клиникалык типтери

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна (КБЖГС) чалдыккан пациенттер жаш курагына жараша эки топко бөлүнгөн. Биринчи топко 6-8 жаштагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 30 бала, контролдук топко ушундай эле курактагы дени сак 30 бала (дени сак) киргизилди. Экинчи топко 9-11 жаш курактагы КБЖГСга чалдыккан 30 бала, контролдук топко ушул эле курактагы 30 дени сак бала киргизилди. Ар бир топто балдар жыныстык өзгөчөлүгүнө жараша бөлүштүрүлдү. КБЖГСга чалдыккан балдардын биринчи тобун (6 жаштан 8 жашка чейинки) 66,7% (20) эркек балдар жана 33,3% (10) – кыздар түздү. Ал эми, КБЖГСга чалдыккан балдардын экинчи тобун (9 жаштан 11 жашка чейинки) 60,0% (20) эркек бала жана - 40,0% (10) кыздар түздү (3.2.1-сүрөт).



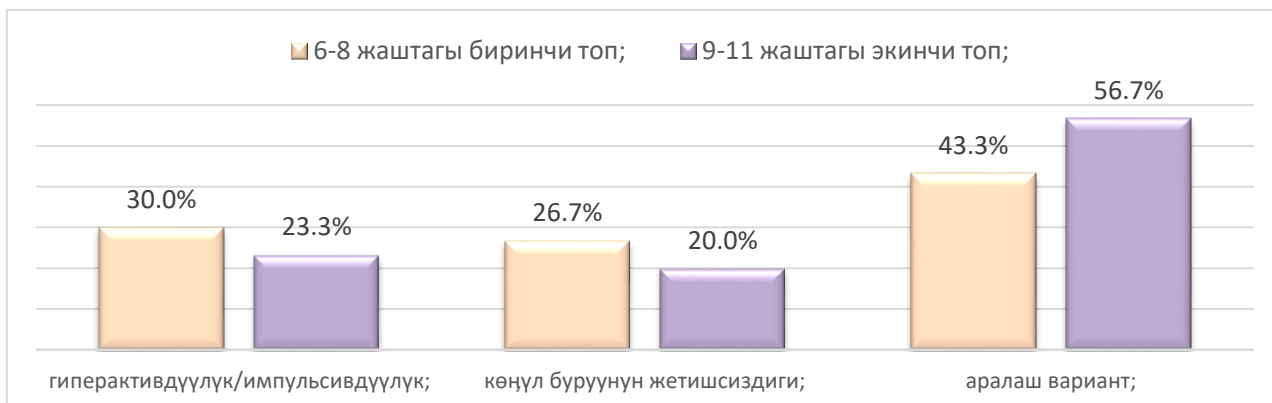
3.2.1-сүрөт - Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган балдарды жыныстык өзгөчөлүгүнө жараша бөлүштүрүү (%).

КБЖГСнын тибине жараша классификациялык бөлүштүрүү боюнча үч типке бөлүштүрүлдү. Биз КБЖГСга чалдыккан балдарды клиникалык симптомдорунун тибин (категориясы) боюнча бөлүштүрдүк. Биринчи топто гиперактивдүүлүктүн/импульсивдүүлүктүн басымдуулугу КБЖГСга чалдыккан пациенттердин 30,0%да байкалса, экинчи топтогу балдардын (9 жаштан 11 жашка чейинки) 23,3% да ($P < 0,05$) байкалды.

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 26,7%да көңүл буруунун жетишсиздигинин басымдуулугу байкалса, КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 20,0% ында ($P < 0,05$) кездешкен. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 43,3%да аралаш тибин байкалган жана КБЖГСга чалдыккан пациенттердин экинчи тобундагы балдардын 56,7% да ($P < 0,05$) кездешкен (3.2.2-сүрөт).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдар арасында гиперактивдүү/импульсивдүү жана көңүл буруунун жетишсиздигине чалдыккан балдар КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдарга салыштырганда 1,3 эсеге көп экендиги байкалган ($P < 0,05$).

КБЖГСнын аралаш тибин экинчи топтогу балдардын 56,7%да кездешсе, КБЖГСга чалдыккан биринчи топтогу балдардын 43,3%да кездешкен ($P < 0,05$), т. а. аралаш тибин көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу 1,4 эсеге салыштырганда экинчи топто басымдуулук кылган ($P < 0,05$).



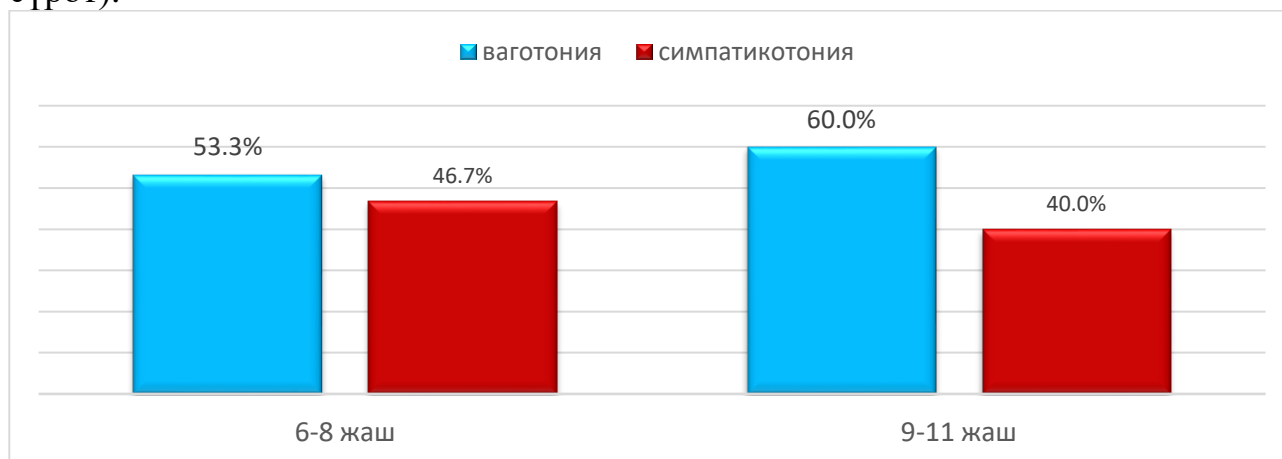
3.2.2-сүрөт - Текшерүүдөн өткөрүлгөн балдардагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүксиндромунун варианттары (%).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын вегетативдүү нерв системасынын бузулуусу

Вегетативдүү нерв системасынын (ВГС) тибине жараша көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан пациенттер төмөнкүдөй бөлүштүрүлгөн:

1. КБЖГСга чалдыккан биринчи топтогу (6 жаштан 8 жашка чейинкилер) балдардын 53,3%да ваготония же ваготоникалык тиби аныкталган жана КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу (9 жаштан 11 жашка чейинки) балдардын 60,0%да аныкталган.

2. Симпатикотония же симпатикотоника көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 46,7 %да кездешкен жана көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан экинчи топтогу балдардын 40,0% да кездешкен (3.2.3-сүрөт).



3.2.3-сүрөт - Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарды вегетативдик нерв системасынын тибине жараша бөлүштүрүү (%).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдар үчүн башка симптомдору да мүнөздүү: суукту көтөрө албоо – көңүл буруунун жетишсиздигине жана гиперактивдүүлүккө чалдыккан биринчи топтогу балдарда - 87,5%, КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу 94,5% ($P>0,05$) кездешкен; эскертүүлөрдүн кесепетинен көңүл чөгүүгө дуушар болуу – көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 62,5%да кездешкен болсо, КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 88,9%ында ($P<0,05$) кездешкен; көздүн астынын мезгилден көз карандысын шишип калуусу: көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу 81,3% балада, КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу 66,7% балада ($P>0,05$) кездешкен; көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 100% да жүрөктүн патологиялык өзгөрүүлөрүсүз эле жүрөк жагынын ооруусу байкалса КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 100%да дагы байкалган ($P>0,05$); көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын 87,5%да тамагына бир нерсе туруп калгандай сезим жаралса, КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 100% байкалган ($P<0,5$); аба жетишсиздиги сезими: көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 81,3%да жана КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 100%да кездешкен ($P>0,05$).

Ошентип, көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган пациенттерде суукту көтөрө албоо, көңүл чөгүүгө жөндөмдүүлүк, ваготоникалык тибинде тамагына бир нерсе туруп калуу сезими сыяктуу симптомдор биринчи топтогу балдарга салыштырмалуу экинчи топтогу балдарда көп кездешкен ($P<0,05$).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу пациенттердин 100%да артериялык кан басымынын төмөндүгү байкалса, КБЖГСга чалдыккан экинчи оптогу балдардын да 100%да кездешкен. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан бадардын эки тобунда тең ваготоникалык типте бардык 100% балага ЭКГ жасалганда брадиаритмияны көрсөткөн.

Эки топтогу 100,0% бейтапта даана байкалган ак дермографизм мүнөздүү болгон. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун ушул тибиндеги балдардын 100,0%да тең жүргүзүлгөн ЭКГнын жыйынтыгы синустук тахикардияны көрсөткөн.

Биз КБЖГСга чалдыккан балдардагы соматоформалык жыштыкка изилдөө жүргүздүк. 6 жаштан 11 жашка чейинки курактагы балдарда бул дарт вегатативдик симптом түрүндө кездешет.

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын (50,0% ,15) жана КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 60,0%ын психогендик аэрофагия тынчсыздандырган,

т.а. абаны жутуп алуу жана анын тамак сиңирүү процессинде чыгуусу ($P<0,05$). Бейтаптар ич көңдөйүнүн көпкөндүгүн жана ич көңдөйүндө ыңгайсыздык жаралып жаткандыгын айтып даттанышкан. Ошондой эле желдин көп бөлүнүп чыгып жаткандыгына даттанышкан. Себепсиз жөтөлүү көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 60,0% да жана КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 63,3% (19) да кездешкен ($P>0,05$). Бейтаптарды жүрөктүн тез-тез согушу, колдорунун калтыроосу, кардионевроз сыяктуу симптомдор да тынчсыздандырган: көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 46,7% КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 73,3% ($P<0,05$) кездешкен. Ичеги - карын жолу (ИКЖ), ич көңдөйүнүн оорутуусу, тамактын аш болуусунун жана сиңимдүүлүгүнүн начарлоосу көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 50,0% жана КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 60,0% ($P<0,05$) кездешкен. Дизурия, т.а. заараны кыйынчылык менен бөлүп чыгаруунун кесепетинен заара бөлүп чыгаруунун бузулуусу көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 56,7% жана КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 86,7% кездешкен ($P<0,05$). Поллакиурия, т.а. заараны ашыкча бөлүп чыгаруу көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 46,7% жана КБЖГСга чалдыккан балдардын 76,7% мүнөздүү болгон ($P<0,05$).

Ошентип, көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын соматикалык бузулуулары (психогендик аэрофагия, себепсиз жөтөл, кардионевроз, ИКЖнын өнөкөт ооруулары, диарея, метеоризм, дизурия жана психогендик полиурия) пациенттердин биринчи тобуна салыштырмалуу экинчи топто көп кездешкен ($P<0,05$).

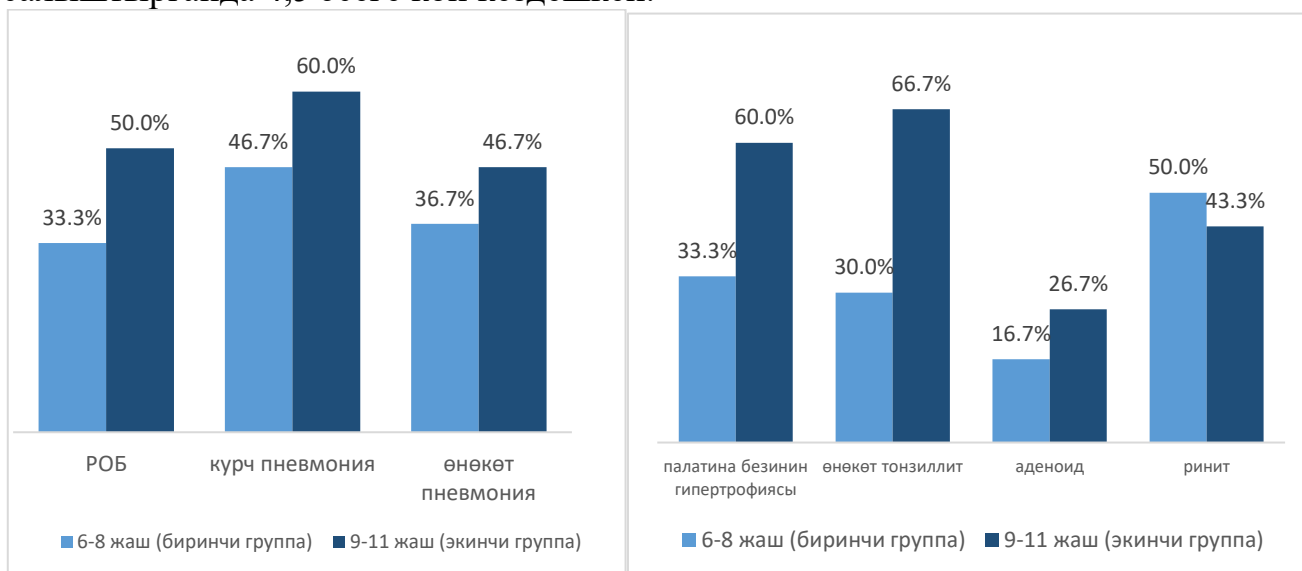
Экинчи топто (9 жаштан 11 жашка чейинки курактагыларда) акыл-эсинин бир аз жай өөрчүүсү көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын 80,0% да кездешсе, контролдук топтогулардын 10,0% да кездешкен ($P<0,05$). Энурез КБЖГСга чалдыккан экинчи топтогу балдардын 60,0% да, контролдук топтогулардын 13,3% да кездешкен ($P<0,05$). Гиперкозгоочулук көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан экинчи топтогу балдардын 33,3% да кездешсе, контролдук топтогу балдардын 16,7% да кездешкен ($P<0,05$).

3.3. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын ооруусу

КБЖГСга чалдыккан биринчи топтогу балдарда дем алуу органдарынын төмөнкү бөлүктөрүнүн ооруулары менен жылына 3-4 жолу жабыркагандыктары белгилүү болгон. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган биринчи топтогу балдарда дем алуу органдарынын

оорууларына чалдыгуу контролдук топтогу балдарга караганда 3 эсе көп жабыркагандары аныкталган ($P<0,05$).

Ал эми, көңүл бурунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан экинчи топтогу 9 жаштан 11 жашка чейинки курактагы балдар арасында өпкө жана бронх ооруулары контролдук топтогу балдарга салыштырганда 4,5 эсеге көп кездешкен.



3.2.4-сүрөт - Ар кандай жаш курактагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүг синдрому менен балдардын дем алуу жолдорунун жана кулак, мурун, тамак органдарынын ооруларынын жыштыгы.

Лор органдарынын ар түрдүү ооруулары 6-8 жаш курактагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдар арасында контролдук топтогу балдарга салыштырмалуу 3,5 эсеге көп кездешкендиги аныкталды ($P<0,05$). Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан экинчи топтогу балдар арасында лор – органдарынын ооруусуна чалдыгуу контролдук топтогу балдарга салыштырмалуу 2- 3,5 эсеге көп кездешкен ($P<0,05$).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдар арасында аллергиялык ринит менен жабыркоо 43,0% да кездешсе, ушул эле курактагы контролдук топтогу балдар арасында 13,3% ($P<0,05$) кездешкен. Атопиялык дерматит көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдардын 36,7% жана контролдук топтогу балдардын 6,7% кездешкен ($P<0,05$). Бронхиалдык астма көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромун чалдыккан биринчи топтогу балдар арасында 20,7% болсо, контролдук топтогу балдар арасында мындай диагноз менен катталган учур кездешкен эмес.

3.4. КБЖГСга чалдыккан балдардын физикалык өөрчүүсү жана физикалык активдүүлүгү.

Физикалык өөрчүүнүн деңгээли балдардын ден соолугунун алдыңкы критерийлеринин бири болуп саналат. Биз физикалык өөрчүүсүн бааладык, б.а. КБЖГСга чалдыккан биринчи топтогу (6-8 жаш, 30 бала) жана экинчи топогу (9-11 жаш, 30 бала) балдардын бой/салмак көрсөткүчтөрүн дени сак балдарды өзүнө камтыган контролдук топтогу балдар (30 киши) менен салыштыруу иретинде бааладык.

3.4.1-таблицада, көңүл буруунун жетишсиздиги жан гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу (6 жаштан 8 жашка чейинки балдар) балдардын салмак көрсөткүчтөрүн жынысына жана жаш курагына карата контролдук топтогу (дени сак) балдар менен салыштыруу жүргүзүлдү. 6 жаштагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан кыздар арасында боюнун кыскалыгы ($P<0,05$) ($110,4\pm0,18$) байкалган. КБЖГСга чалдыккан ушул эле курактагы эркек балдарда ($114,7\pm0,26$), контролдук топтогу балдарга салыштырмалуу ($116,4\pm0,24$) дене боюнун статистикалык олуттуу кыскаргандыгы байкалган ($P<0,05$) ($P<0,05$).

3.4.1 – таблица. 6 жаштан 8 жашка чейинки балдар арасында көңүл буруунун жетишсиздиги жага гипеоактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын бой/салмак көрсөткүчтөрү ($M\pm m$)

Жаш курагы	Көңүлбуруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдар (n-30)				Контролдук топ (дени сак балдар) (n-30)				p			
	Салмагы, кг		Бою, см		Салмагы, кг		Бою, см		Салмагы		Бою	
	Д	М	Д	М	Д	М.	Д	М	Д	М	Д	М
6 жаш	18,3 \pm 0,12	19,5 \pm 0,05	110,4 \pm 0,18	114,7 \pm 0,26	20,1 \pm 0,07	21,7 \pm 0,01	114,1 \pm 0,12	116,4 \pm 0,24	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
7 жаш	20,6 \pm 0,02	21,4 \pm 0,13	118,5 \pm 0,21	121,3 \pm 0,21	22,7 \pm 0,01	23,1 \pm 0,10	121,4 \pm 0,09	123,4 \pm 0,29	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05
8 жаш	23,7 \pm 0,23	24,1 \pm 0,02	124,9 \pm 0,17	124,1 \pm 0,22	25,3 \pm 0,09	26,8 \pm 0,04	126,3 \pm 0,17	128,4 \pm 0,22	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 7 жаштагы кыздарда ушул эле курактагы контролдук топтогу кыздарга ($121,4\pm0,09$) салыштырмалуу бой көрсөткүчүнүн төмөндүгү байкалган ($P<0,05$) ($118,5\pm0,21$).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган 8 жаштагы кыздар арасында бой көрсөткүчү ($124,9\pm0,17$) ушул эле

курактагы контролдук топтогу кыздарга салыштырмалуу ($126,3 \pm 0,17$) төмөндүгү ($P < 0,05$) байкалган. Ушул эле курактагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан эркек балдардын бой көрсөткүчү ($124,1 \pm 0,22$) контролдук топтогу балдарга салыштырмалуу ($128,4 \pm 0,22$) төмөндүгү ($P < 0,05$) байкалат.

Ошентип, көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу (6 жаштан 8 жашка чейинки) балдардын бой-салмак көрсөткүчтөрүн изилдөөдө контролдук топтогу балдарга салыштырмалуу аталган параметрилердин кыскаргандыгы белгилүү болду ($P < 0,05$). Көрсөткүчтөрдүн жана тобокелдик факторлорунун маалыматтарынын ортосунда корреляциялык байланыш бар.

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 9 жаштагы кыздардын бой көрсөткүчтөрүнө карата ($128,3 \pm 0,11$) см ушул эле курактагы контролдук топко кирген кыздар ($134,5 \pm 0,15$) см менен салыштырмалуу ынанымдуу төмөндөөсү байкалган ($P < 0,05$). Көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан эркек балдардын бою ($131,5 \pm 0,08$) см ушул эле курактагы дени сак ($133,4 \pm 0,28$) см балдарга салыштырмалуу кыскаргандыны белгилүү болгон ($P < 0,05$).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 10 жаштагы кыздардын бой көрсөткүчтөрүнө карата ($134,5 \pm 0,15$) см ушул эле курактагы контролдук топко кирген кыздар ($136,5 \pm 0,22$) см менен салыштырмалуу ынанымдуу төмөндөөсү байкалган ($P < 0,05$). Көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан эркек балдарды бою ($P < 0,05$) ушул эле курактагы дени сак балдарга салыштырмалуу кыскарган ($P < 0,05$).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 11 жаштагы кыздардын бой көрсөткүчтөрүнө карата ($140,9 \pm 0,19$) см ($P < 0,05$) ушул эле курактагы контролдук топко кирген кыздар менен салыштырмалуу ынанымдуу төмөндөөсү байкалган. Ушул эле курактагы көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан эркек балдарды бою ушул эле курактагы контролдук топко киргизилген (дени сак) балдарга салыштырмалуу кыскарган ($P < 0,05$).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан пациенттердин (9-11 жаш курактагы) бой-салмак көрсөткүчтөрү менен энелердин кош бойлуулук мезгилиндеги өнөкөт оорууларынын ортосунда олуттуу жана түздөн-түз корреляциялык байланыш болгон ($P < 0,05$, $r = 0,627$). Ошондой эле көңүл буруунун жетишсиздиги жана иперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан бейтаптардын (9-11 жаш курактагы) бой көрсөткүчтөрү менен энелердин кош бойлуулугунун патологиялык агымынын ортосунда олуттуу жана түздөн-түз корреляциялык байланыш бар ($P < 0,05$, $r = 0,91$) болгондугу билинген.

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын бой-салмак көрсөткүчтөрү менен энелердин кош бойлуулук учурундагы табитинин чыргоолугунун ортосунда күчтүү жана түздөн-түз корреляциялык байланыш белгиленген ($P < 0,05$, $r = 0,850$). Төрөт ишмердигинин мүнөзү, төрөт мезгилинин агымы жана салмак көрсөткүчүнүн ортосунда олуттуу жана түздөн-түз байланыш болгондугу байкалган ($P < 0,05$, $r = 0,651$).

Көңүл буруусунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын (6-8 жаш курактагы) соматикалык оорууларынын жана бой/салмак көрсөткүчтөрүнүн ортосунда олуттуу жана түздөн-түз корреляциялык байланыш байкалган ($P < 0,05$, $r = 0,594$).

Жалал-Абад жана Ысык-Көл облустары боюнча ГКБЖСга чалдыккан мектеп курагындагы балдардын физикалык активдүүлүгүнө мүнөздөмө

Республиканын эки регионунда (түндүк жана түштүк) 7 жаштан 11 жашка чейинки көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 327 бала текшарүүгө алынды. Анкета толтуруунун жүрүшүндө жеке ден соолугуна өздүк баа берүү көрсөткүчү бааланды.

Республиканын түштүк регионунда Жалал-Абад облусунун айылдык мектептеринен 170 бала изилдөөгө камтылып, алардын ичинен 54,1% (92) эркек балдарды, 45,9% (78) кыздарды түздү.

Ысык –Көл облусунан көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 157 бала изилдөөгө тартылып, алардын 69 (44,0%) (69) кыздар 56,4% (88) – балдар.

Мектеп окуучуларынын интернет жана он-лайн байланыштарын пайдалануусу менен көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын соматикалык жана неврологиялык абалдарынын начарлоосунун ортосунда олуттуу жана түздөн-түз корреляциялык байланыш байкалган ($r = 0,731$, $P < 0,05$).

- көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан текшерүүдөн өткөрүлгөн балдар топторунда өз ден соолуктарынын абалын субъективдүү баалоо жыйынтыктары өзүнө көңүл бурдуруп, кыздарга караганда (17,7% жана 10,2%) эркек балдар (ар түрдүү жаш курактагы топтордо 32,3 жана 28,7%) өз ден соолуктарын ынанымдуу түрдө ($P < 0,05$) начар деп баалашкан жана сейрек учурларда гана канааттандыраарлык беп эсептешкен. Эркек балдар арасында нерв системаларынын жана соматикалык органдарынын дисфункциялык көрүнүшүнө даттануу ынанымдуу түрдө басымдуулук кылган. Бул малыматтар эркек жынысындагы пациенттерде көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыкканда вегетативдик нерв системасынын процессине тартылуунун күчтүүлүгү чагылдырылышы мүмкүн;

- көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдардын физикалык активдүүлүгү – алардын физикалык өөрчүүсүнүн жана жүрүм-турум реакциясынын негизги мүнөздөмөлөрүнүн бири. Көңүл

буруунун жетишсиздиги жана гиперктивдүүлүк синдромуна чалдыккан мектеп окуучуларынын текшерүүдөн өткөн топторунда (Жалал – Абад жана Ысык-Көл облустары), заманбап технологиялык байланыштарды жана өз ара пикир алышууда (интернет, он-лайн) мектеп окуучуларынын 45,0-55,0%на мүнөздүү болгон, өзгөчө эркек балдар арасында ынанымдуу түрдө басымдуулук кылган ($P<0,05$) байланыштарды пайдаланууга жогорку деңгээлде тартылуу аныкталган, бул заманбап жашоонун чындыгын чагылдырат жана балдардын физикалык активдүүлүгүн чектейт.

3.5. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарга кам көрүүнү оптималдаштыруунун айрым багыттары.

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромун дарылоо медикаментоздук эле коррекцияны өзүнө камтыбастан башка органдары жана системаларынын негизги ооруусунун жана коштоп жүрүүчү патологиясынын симптоматикаларына ылайык, медикаментоздук эмес коррекцияны да өзүнө камтыйт.

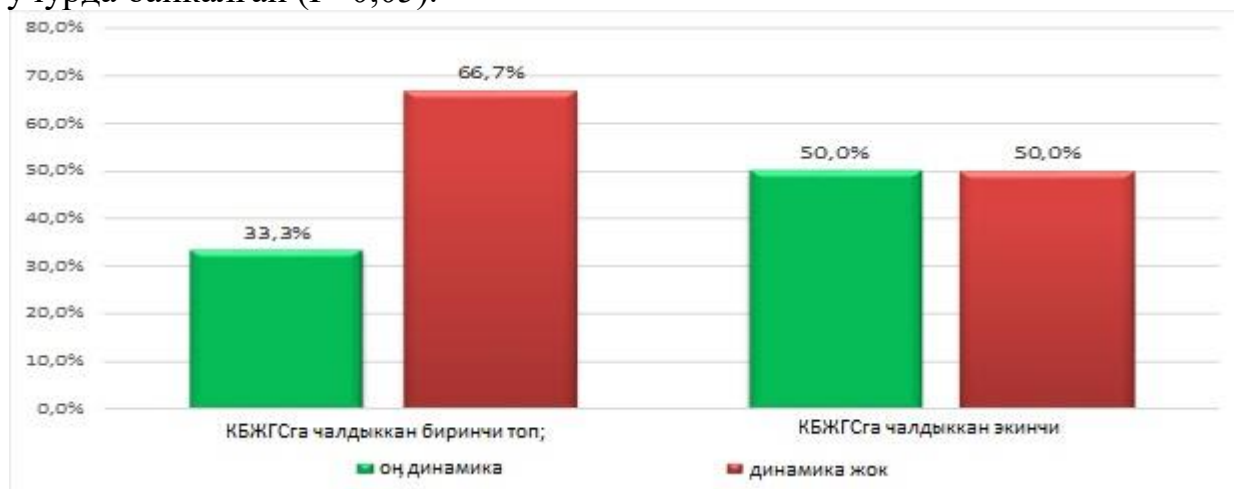
КБЖГСга чалдыккан балдарды дарылоодо аларды эки топко бөлүштүрдүк. Биринчи топко КБЖГСга чалдыккан 30 бала киргизилди, аларга медикаментоздук гана дарылоо жүргүзүлдү (ноотроптор, нейромедиаторлор, тынчтандыруучу каражаттар) жана медикаментоздук эмес коррекция (ДДТ, фитотерапия, физиотерапия), ошондой эле, органдарынын жана системаларынын коштоп жүрүүчү оорууларын дарылоо жүргүзүлдү. Экинчи топко көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан 30 пациент киргизилди.

Аларга медикаментоздук дарылоо менен катар медикаментоздук эмес коррекция да жасалды, балага эле эмес анын үй-бүлөсүнө да психотерапевтик иштер жүргүзүлдү, ошондой эле, башка органдарынын жана системаларынын коштоп жүрүүчү патологиялары дарыланды.

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдарды дарылоо терапиясынан өткөргөн соң бир айдан кийин 33,3% жакшыргандыгы байкалды. Экинчи топтогу балдар арасында оң динамика балдардын 50,0%да байкалды ($P<0,05$), бул көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарга кам көрүү протоколуна психотерапевттик таасир берүү ыкмасын киргизүүнүн максаттуу экендигин тастыктады (3.5.1-сүрөт).

Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан биринчи топтогу балдарга медикаментоздук жана медикаментоздук эмес коррекциялоо жана башка органдарынын жана системаларынын коштоп жүрүүчү оорууларына дарылоо жүргүзүлгөн соң 3 айдан кийин 50,0%га жакшыргандыгы байкалган. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан экинчи топтогу медикаментоздук жана медикаментоздук эмес коррекциялоо алган, ошондой эле, балага эле эмес анын үй-

бүлөсүнө да психотерапевтик иштер жүргүзүлгөн балдарда оң динамика 70,0%га учурда байкалган ($P < 0,05$).



3.5.1-сүрөт - Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарга дарылоо жүргүзүүнүн бир айдан кийинки жыйынтыктары.

Жалпы колдонуудагы медикментоздук жана медикаментоздук эмес дарылоо алган, зарыл учурда соматикалык патологиясы да коррекцияланган КБЖГСга чалдыккан биринчи топтогу балдарга дарылоо жүргүзгөн соң 6 айдан кийин 68,0% учурда негизги оорууларынын клиникасынын жакшыргандыгы байкалган. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган медикаментоздук, медикаментоздук эмес дарылоо алган жана психологиялык жактан балага жана анын үй-бүлөсүнө коррекция жүргүзүлгөн экинчи топтогу балдар арасында оң динамикалык өсүү 90,0% учурда байкалган.

КОРУТУНДУ

1. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүктүн балдарда калыптануу ыктымалдыгы менен алардын төрөлүү тобокелдиги факторлору кийинки жашоосунда предикттер комплексин, анын ичинде, эненин ооруусун, кош бойлуулуктун жана төрөттүн агымынын бузулуусун өзүнө камтыйт. Жогорку өзгөчөлүүлүккө жана сезгичтикке ээ болгон (сумма > 100) тобокелдиктин жогорку көрсөткүчү болуп, ИКЖ ооруулары (OR – 3,50), жүрөк-кан тамыр системасынын ооруулары (OR – 2,80), оор даражадагы аз кандуулук (OR – 3,18), артериалык гипертензия (OR – 2,80), кош бойлуулуктун агымындагы салыштырмалуу прогностикалык мааниге ээ болгон бузулуулар: суусунун аз болуусу (OR – 4,5), суусунун көп болуусу (OR – 2,05), кош бойлуулуктун бардык агымындагы табиттин чыргоолугу (OR – 4,92) жана төрөт ишмердигинин ар түрдүү бузулуусу (OR - 2,8 ден 3,57 чейин).

2. КБЖГС көбүнчө эркек балдарда аныкталат, структурасында анын жүрүшүнүн аралаш варианты басымдуулук кылат (ар кандай курактагы топтордо 56,7 жана 49,3%). Клиникалык симптомдорго вегетативдик нерв системасынын процессине катышуунун мүнөзүн жана даражасын чагылдырган симптомдор кирет.

3. КБЖГС менен жабыркаган балдардын ар кандай органдардын жана системалардын ооруларынын структурасында дем алуу органдарынын оорулары, ЛОР органдары, аллергиялык оорулар жана ичеги-карын жолдорунун оорулары басымдуулук кылат. 6-8 жаштагы СДВГ менен ооруган балдарда бул патологиялардын пайда болушу ошол эле курактагы дени сак балдарга караганда 3-5 эсеге жогору ($P < 0,05$), 9-11 жаштагы балдарда - 2-2,5 жолу.

4. Көңүл буруунун жетишсиздигинен гиперактивдүүлүк бузулган балдарда 6-11 жаш аралыгында дени сак курбуларына салыштырмалуу боюнун жана салмагынын көрсөткүчтөрүнүн артта калуусу байкалат ($P < 0,05$); андан тышкары, ал ($r = 0,594$ $0,850$ чейин) көңүл жетишсиздигинин гиперактивдүүлүк бузулушунун (кош бойлуулуктун оорулары жана токсикозу) пайда болуу тобокелдик факторлору менен байланышат.

5. Ата-энелерди жана бейтаптардын үй-бүлөлөрүн тартуу менен көңүлдүн жетишсиздигинен гиперактивдүүлүк бузулган балдарды дарылоо протоколуна психотерапевтик курстарды киргизүү клиникалык абалды жакшыртат (тынчсызданууну, агрессивдүүлүктү азайтуу, уйкунун жакшырышы) 50,0%, 70,0% жана 90,0%. балдар, тиешелүүлүгүнө жараша, дарылоодон кийин 1, 3 жана 6 ай.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМА

1. Балдарда көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун калыптануу мүмкүнчүлүгү менен алардын төрөлүүсүн алдын ала болжоо жана алдын алуу үчүн.

1.1. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун балдарда патенциалдуу өөрчүүсү менен алардын төрөлүүсүн алдын ала болжолдоо боюнча тобокелдик топторуна кош бойлуулуктун жана төрөттүн агымынын бузулуусу менен соматикалык экстрагениталдык патологиясы бар кош бойлуулар камтылууга тийиш.

1.2. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун калыптануу тобокелдик топторуна кош бойлуулуктун жана төрөттүн агымы бузулган, геиталдык жана экстрагениталдык ооруулары бар энелерден төрөлгөн бардык балдар камтылууга тийиш.

1.3. Тобокелдик тобунда кош бойлуулар үчүн кош бойлуулуктун агымынын бузулуусун дарылоону жана төрөт ишмердигин оптималдаштырууну камтыган акушер-гинекологдор тарабынан жеке көзөмөл пландарын камсыздоо.

1.4. Тобокелдик тобундагы жаңы төрөлгөн ымыркайлар үчүн төрөлгөндөн кийин алгачкы күндөрү, өмүрүнүн биринчи жылында квартал сайын жана кийинки жылдары жыл сайын неврологдун кеңеш берүүсүн камсыздоо.

2. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун симптомдорун жана типтерин эрте аныктоо үчүн төмөнкүлөр сунушталат:

- вагосимпатикотоникалык симптомдордун таблицасын пайдалануу;
- көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромунун симптомдорунун динамикасын контролдоону камсыздоо;
- көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдрому менен жабыркаган же анын калыптануусуна шектелген балдарды текшерүү арсеналына нейрофизикалык (ЭЭГ, РЭГ) жана ультраүндүү изилдөө ыкмаларын камтуу.

3. Өз убагында аныктоо, алдын алуу жана дарылоо үчүн:

- тобокелдик тобундагы жана көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк клиникалык синдромуна чалдыккан бардык балдарга педиатрдын, тар чөйрөдөгү адистердин катышуусунда жеке диспансеризациялоо программаларын иштеп чыгуу менен алардын ооруусун, физикалык өөрчүүсүнүн динамикасын жана физикалык активдүүлүгүн контролдоо сунушталат.

4. Көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан балдарга медициналык контролдун натыйжалуулугун көтөрүү үчүн:

- көңүл буруунун жетишсиздиги жана гиперактивдүүлүк синдромуна чалдыккан пациенттерди дарылоо программасына врачтардын (педиатр, невролог, психиатр, психолог) консилиумуна негизделген жана тиешелүүлүгүнө жараша анын мазмунунун узактыгы жана керектелүүсү жеке багытталган болууга тийиш болгон психотерапевттик чаралардын курсун камтуу максаттуу;
- бул этапка ата-энесин жана үй-бүлөсүн бүтүндөй тартууда психотерапевттик реабилитациялоонун позитивдүү натыйжасы жогору.

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, Нижневартоск -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, Нижневартоск -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, Нижневартоск -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, Нижневартоск -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, Нижневартоск -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-анамнестические, 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 корректирующую 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.