

Н. О. Марута, І. О. Явдак

Застосування Нейровітану в комплексній терапії хворих на помірний депресивний епізод

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

З метою оцінки терапевтичної ефективності препарату Нейровітан у комплексній терапії хворих на помірний депресивний епізод проведено обстеження 60 пацієнтів.

Показано, що 12-тижневий курс лікування з додатковим застосуванням препарату Нейровітан у більшості пацієнтів викликає зменшення вираженості астеничного компонента депресії і, як наслідок — вираженості основних клінічних проявів. Нейровітан є ефективним і безпечним лікарським засобом, підсилює антидепресивний ефект основної терапії і може бути рекомендований для застосування в комплексному лікуванні хворих на депресію.

Ключові слова: депресивний епізод, лікування, Нейровітан.

N. O. Maruta, I. O. Yavdak

Usage of Neurovitan in a complex therapy for patients with a moderate depressive episode

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" (Kharkiv)

To evaluate a therapeutic efficacy of Neurovitan in a complex therapy for patients with a moderate depressive episode an examination of 60 patients was carried out.

It was shown that 12-week treatment with an additional usage of Neurovitan in the most of patients resulted in a decreased expression of asthenic component of depression and, consequently, the main clinical manifestations. Neurovitan is an effective and safe medication it reinforces an antidepressive effect of the basis therapy and it may be recommended to use in a complex therapy for patients with depression.

Keywords: depressive episode, therapy, Neurovitan.

УДК: 616.89-008.47//.48: 37.042.2

И. И. Марценковская

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии (г. Киев)

НЕВНИМАТЕЛЬНОСТЬ, ГИПЕРАКТИВНОСТЬ И ИМПУЛЬСИВНОСТЬ, КАК ФАКТОРЫ АКАДЕМИЧЕСКОЙ НЕУСПЕШНОСТИ У ШКОЛЬНИКОВ

Целью настоящего исследования было изучение распространенности нарушений внимания, активности и импульсивности у школьников. Также изучалась академическая успешность учащихся с различными подтипами расстройства с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ), оппозиционно-демонстративного (ОПДР) и антисоциального (АСР) расстройств. Были обследованы 646 детей школьного возраста: 482 учащихся (218 мальчиков, 264 девочки) в общеобразовательной школе (ООШ) и 164 школьника (120 мальчиков, 44 девочки) в специальной школе (СПШ) для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости. Обследование включало: 1) скрининг родителей при помощи «Списка детских симптомов» и «Контрольного перечня проявлений детского поведения»; 2) скрининг учителей при помощи «Шкалы Вандербильта». Было установлено, что РДВГ у киевских школьников встречается чаще, чем в Европе и США: у 12,2 % детей в ООШ и у 27,4 % в СПШ. Установлены гендерные различия: накопление в СПШ мальчиков с РДВГ с гиперактивностью и импульсивностью (РДВГ-Г/И) и девочек с РДВГ с невнимательностью (РДВГ-Н). 31,7 % школьников с РДВГ имели коморбидное ОПДР, 39,4 % — АСР. У многих учащихся с РДВГ были коморбидные расстройства школьных навыков. Расстройства развития школьных навыков (письма, чтения, счета) и двигательных функций, прежде всего мелкой моторики, встречаются у детей с РДВГ в 3—5 раз чаще, чем обычно. У детей с РДВГ-Г/И, наряду с академическими проблемами, имели место более тяжелые, чем у детей с РДВГ-Н и учащихся без РДВГ, нарушения школьной адаптации. Делается вывод, что общеобразовательные школы плохо интегрируют детей с РДВГ. Специальные школы создают лучшие условия для интеграции детей с РДВГ, что приводит к накоплению в них мальчиков с гиперактивностью и импульсивностью

Ключевые слова: невнимательность, гиперактивность, импульсивность, расстройства поведения, школьная дезадаптация.

Квалификация и систематизация нарушений психики и поведения у детей школьного возраста является достаточно сложной проблемой детской психиатрии. В большинстве русскоязычных литературных источников задержки развития школьных навыков, речи, двигательных функций, нарушения внимания и эмоционально-волевого контроля рассматриваются, как правило, в рамках представлений об их этиопатогенетической связи с резидуальным органическим поражением мозга (минимальной мозговой дисфункцией) [1—4]. При этом состояния с дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью трактуются в рамках представлений об органических: личностном (F. 07.0), эмоционально-лабильном (церебрастеническом) (F. 06.6), диссоциативном (F. 06.5), легком когнитивном (F. 06.5) расстройствах. Традиционными являются и представления о психоорганическом синдроме, в качестве клинических проявлений которого описывают практически все проявления школьной дезадаптации [5]. В англоязычной литературе такие нарушения не принято связывать с повреждением или дисфункцией головного мозга; расстройства развития школьных навыков, речи, нарушения внимания с импульсивностью и гиперактивностью обычно

трактуются, как клинические проявления нарушений нейроразвития, ассоциированные с геномным полиморфизмом [6—7].

У детей с невнимательностью, гиперактивностью и импульсивностью в США и Европе наиболее часто диагностируют оппозиционно-демонстративное (в соответствии с МКБ-10 — оппозиционно-вызывающее) (ОПДР), антисоциальное (кондуктивное) (АСР) и с дефицитом внимания/гиперактивностью (РДВГ) расстройства. РДВГ в МКБ-10 наиболее близко соответствуют две диагностические рубрики: нарушения активности и внимания (НАВ) — (F. 90.0) и гиперкинетическое расстройство поведения (ГКРП) — (F. 90.1). Общепризнанной является точка зрения, что РДВГ в той или иной степени влияет на все составляющие школьной и семейной адаптации ребенка: академическую неуспешность (когнитивный компонент), требуя разграничения с расстройствами развития школьных навыков; мотивацию к учебе (личностный компонент), обуславливая безразличное, пассивное или активно негативистичное отношение к учебе; поведение в школьной среде (поведенческий компонент), способствуя социальной изоляцией, оппозиционностью, импульсивностью, асоциальностью, уклоняющимися или зависимыми формами поведения.

© Марценковська І. І., 2009.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности нарушений внимания, активности и импульс-контроля у украинских школьников и академической успешности учащихся с различными клиническими вариантами РДВГ, ОПДР и АСР.

Многочисленно обследованы 646 киевских детей школьного возраста. Первую группу составили 482 учащихся (218 мальчиков, 264 девочки) одной из общеобразовательных школ. Во вторую группу вошли 164 школьника (120 мальчиков, 44 девочки), обучавшихся в специальной (для детей с проблемами школьной адаптации без умственной отсталости) школе.

Обследование включало: 1) скрининг родителей детей при помощи русскоязычных версий "Child Symptom Inventory" — «Списка детских симптомов» (СДС-4) [8] и "Child Behavior Checklist" — «Контрольного перечня проявлений детского поведения» (КПДП) [9—10]; 2) скрининг классных руководителей учащихся при помощи учительского варианта русскоязычной версии "NICHQ Vanderbilt" — «Шкалы Вандербильта», разработанной в Национальном институте качества жизни детей США [11].

Категория признаков РДВГ в СДС-4 включает 18 пунктов: 9 — для диагностики клинического подтипа с преобладанием невнимательности (РДВГ-Н), 9 — подтипа с преобладанием гиперактивности и импульсивности (РДВГ-Г/И). Для выявления комбинированного подтипа РДВГ (РДВГ-К) учитывалась оценка по всем 18 пунктам шкалы.

КПДП содержит 19 пунктов для выявления поведенческих расстройств (8 — ОПДР, 11 — АСР). Взаимо-

отношения ребенка с другими детьми оценивались по 4 пунктам КПДП. Сумма баллов по этим пунктам использовалась для оценки тяжести социальных проблем учащегося.

При помощи шкалы Вандербильта выявляли и оценивали признаки школьной адаптации и академической успешности. Учитывались данные по 8 пунктам: общая оценка учителями успешности в школе, чтение, письмо, математика, выполнение указаний учителя, поведение на уроке, взаимоотношения с одноклассниками, самоорганизованность.

Распространенность РДВГ и ГКР. По данным EUNETHYDIS (Европейской научной сети по изучению РДВГ) проблемы, связанные с дефицитом внимания, гиперактивностью и импульсивностью, наблюдаются у 6—19 % школьников, у мальчиков — в четыре раза чаще, чем у девочек [12]. Такие дети имеют те или иные признаки семейной и школьной дезадаптации. Количество школьников, у которых выполняются критерии РДВГ по DSM-IV-R, в 2—3 раза меньше, и варьирует от 3 до 7 % [13—14].

Результаты исследования распространенности РДВГ у киевских учащихся представлены в табл. 1. Расстройство было диагностировано у 12,2 % учащихся общеобразовательной школы. В специальной школе встречалось в 2,24 раза чаще: у 27,4 % детей. Обращают на себя внимание различные соотношения частот встречаемости отдельных подтипов РДВГ у учащихся специальной и общеобразовательной школ: для РДВГ-Н — 1,36 : 1; РДВГ-Г/И — 5,63 : 1; РДВГ-К — 2,89 : 1.

Таблица 1

Частота встречаемости РДВГ (DSM-IV-TR) и ГКР (МКБ-10) у учащихся общеобразовательной и специальной школ ($M \pm m$), %

Расстройства МКБ-10 DSM-IV-TR	Общеобразовательная школа			Специальная школа			χ^2	P
	мальчики (N = 218)	девочки (N = 264)	всего (N = 482)	мальчики (120)	девочки (N = 44)	всего (N = 164)		
ГКР	5,5 ± 1,5	3,0 ± 1,0	4,1 ± 0,9	19,2 ± 3,6	4,5 ± 3,1	15,2 ± 2,8	21,8	***
РДВГ-Н	10,6 ± 2,1	6,8 ± 1,5	8,5 ± 1,3	12,5 ± 3,0	9,1 ± 4,3	11,6 ± 2,5	1,3	
РДВГ-Г/И	2,3 ± 1,0	1,5 ± 0,7	1,9 ± 0,6	13,3 ± 3,1	2,3 ± 2,2	10,4 ± 2,4	22,1	***
РДВГ-К	2,7 ± 1,1	1,1 ± 0,6	1,9 ± 0,6	6,7 ± 5,2	2,3 ± 2,2	5,5 ± 1,8	5,9	*
РДВГ (Н + Г/И + К)	15,6 ± 2,4	9,5 ± 1,8	12,2 ± 1,5	32,5 ± 2,3	13,6 ± 5,2	27,4 ± 3,5	17,5	***

Примечания. Здесь и далее:

ГКР — гиперкинетическое расстройство; РДВГ-Н — расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, подтип с преобладанием невнимательности; РДВГ-ГИ — расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, подтип с преобладанием гиперактивности и импульсивности; РДВГ-К — расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, комбинированный подтип. χ^2 — точные значения критерия соответствия между вычисленными и ожидаемыми частотами распространенности расстройства по К. Пирсону (1990); P — уровень значимости, при котором нулевая гипотеза может быть отвергнута (* — при P = 0,95; ** — при P = 0,99; *** — при P = 0,999).

В МКБ-10 применяются более жесткие, чем в DSM-IV-R критерии: для диагностики ГКР требуется обязательное наличие патологических уровней, как невнимательности, так и гиперактивности и импульсивности, которые проявляются при широком спектре разнообразных ситуаций и устойчиво сохраняются во времени. В настоящем исследовании ГКР было диагностировано у 4,1 % учащихся общеобразовательной школы. В специальной школе расстройство встречалось в 3,7 раз чаще, у 15,2 % детей.

Гендерные различия в распространенности РДВГ и ГКР. Как в общеобразовательной, так и в специальной школе ГКР и РДВГ у мальчиков встречались чаще, чем

у девочек (табл. 2). В специальной школе отмечалось значительное накопление случаев ГКР и РДВГ среди мальчиков, о чем свидетельствовали гендерные соотношения в выборках (для ГКР — 4,26 : 1 и 1,83 : 1; для РДВГ — 2,57 : 1 и 1,64 : 1).

Обращают на себя внимание и гендерные различия в накоплении в специальной школе детей с различными подтипами РДВГ: мальчиков с РДВГ-Г/И и девочек с РДВГ-Н. Гендерные соотношения для этих детей в общеобразовательной и специальной школах соответственно составляли: для подтипа РДВГ- Г/И 1,53 : 1 и 5,34 : 1, для подтипа РДВГ- Н — 1,58 : 1 и 1,37 : 1, при гендерных различиях генеральных совокупностей 1,64 : 1 и 2,39 : 1.

Таблиця 2

Гендерные различия частот встречаемости РДВГ (DSM-IV-TR) и ГКР (МКБ-10) у учащихся украинских школ ($M \pm m$), %

Расстройства МКБ-10 / DSM-IV-TR	Дети школьного возраста (N = 646)	Мальчики (N = 338)			Девочки (N = 308)			χ^2	P
		ООШ (N = 218)	СПШ (N = 120)	Всего (N = 338)	ООШ (N = 264)	СПШ (N = 44)	Всего (N = 308)		
ГКР	7,0 ± 1,0	5,5 ± 1,5	19,2 ± 3,6	23,5 ± 2,3	3,0 ± 1,0	4,5 ± 3,1	21,5 ± 2,3	11,8	***
РДВГ-Н	9,3 ± 1,1	10,6 ± 2,1	12,5 ± 3,0	31,4 ± 2,5	6,8 ± 1,5	9,1 ± 4,3	28,6 ± 2,6	2,9	
РДВГ-Г/И	4,0 ± 0,8	2,3 ± 1,0	13,3 ± 3,1	13,6 ± 1,9	1,5 ± 0,7	2,3 ± 2,2	12,4 ± 1,9	8,4	**
РДВГ-К	2,8 ± 0,6	2,7 ± 1,1	6,7 ± 5,2	9,4 ± 1,6	1,1 ± 0,6	2,3 ± 2,2	8,6 ± 1,6	4,7	*
РДВГ (Н + Г/И + К)	16,1 ± 1,4	15,6 ± 2,4	32,5 ± 2,3	54,4 ± 2,7	9,5 ± 1,8	13,6 ± 5,2	49,5 ± 2,8	13,3	***

Примечание. Здесь и далее:

ООШ — общеобразовательная школа; СПШ — специальная школа

Распространенность поведенческих расстройств.

В табл. 3 мною представлена распространенность расстройств поведения у киевских школьников. Отдельно приведены данные о распространенности РДВГ с коморбидными поведенческими расстройствами.

В целом, расстройства поведения были диагностированы у 10,4 % детей общеобразовательной и 34,1 % детей специальной школ. В общеобразовательной школе

ОПДР и АСР наблюдались практически исключительно у мальчиков. В специальной школе гендерные различия частично нивелировались. В общеобразовательной школе ОДР имело место у 11,5 % мальчиков и 1,9 % девочек, АСР — 7,8 % мальчиков и 1,1 % девочек. В специальной школе ОПДР было диагностировано у 13,3 % мальчиков и 15,9 % девочек, АСР — 24,2 % мальчиков и 9,1 % девочек.

Таблиця 3

Гендерные различия частот встречаемости расстройств поведения у учащихся общеобразовательной и специальной школ ($M \pm m$), %

Расстройства МКБ-10 / DSM-IV-TR	Дети школьного возраста (N = 646)	Мальчики (N = 338)			Девочки (N = 308)			χ^2	P
		ООШ (N = 218)	СПШ (N = 120)	Всего (N = 338)	ООШ (N = 264)	СПШ (N = 44)	Всего (N = 308)		
РДВГ (Н + Г/И + К)	16,09 ± 1,4	15,6 ± 2,4	32,5 ± 4,3	21,59 ± 2,2	9,5 ± 1,8	13,6 ± 5,2	10,06 ± 1,7	13,26	***
РДВГ и ОДР	5,10 ± 0,9	8,3 ± 1,9	8,3 ± 2,5	8,28 ± 1,5	1,1 ± 0,6	4,5 ± 3,1	1,62 ± 0,7	13,90	***
ОДР	8,20 ± 1,1	11,5 ± 2,2	13,3 ± 3,1	12,13 ± 1,8	1,9 ± 0,8	15,9 ± 5,5	3,89 ± 1,1	13,37	***
РДВГ и АСР	6,34 ± 0,9	6,4 ± 1,7	20,0 ± 3,6	11,24 ± 1,7	0,7 ± 0,5	2,3 ± 2,2	0,97 ± 0,5	19,86	***
АСР	8,20 ± 1,1	7,8 ± 1,8	24,2 ± 3,9	13,60 ± 1,9	1,1 ± 0,6	9,1 ± 4,3	2,27 ± 0,8	25,32	***
РДВГ и ПР (ОДР + АСР)	10,90 ± 1,2	14,7 ± 2,4	28,3 ± 4,1	19,52 ± 2,2	1,9 ± 0,8	6,8 ± 3,8	2,59 ± 0,9	40,36	***
ПР (ОДР + АСР)	16,40 ± 1,4	19,3 ± 2,7	37,5 ± 4,4	25,73 ± 2,4	3,0 ± 1,1	25,0 ± 6,5	6,16 ± 1,4	37,75	***

Двойная диагностика РДВГ и расстройств поведения. Как следует из результатов моего исследования, 31,7 % киевских учащихся из числа страдающих РДВГ имели коморбидное ОПДР, 39,4 % — АСР (табл. 3). В общеобразовательной школе коморбидность между РДВГ и ОПДР наблюдалась у 35,6 %, между РДВГ и АСР — 27,1 % детей. В специальной школе коморбидное ОПДР и АСР имели соответственно 51,1 % и 55,6 % учащихся. У мальчиков с РДВГ, обучающихся в общеобразовательной школе коморбидное ОПДР было диагностировано в 52,9 %, АСР — 50,0 %, у девочек — 12,0 % и 8,0 % случаев. В специальной школе коморбидность между ГКР и ОПДР и ГКР и АСР наблюдалась у мальчиков в 25,6 % и 61,5 %, у девочек — 33,3 % и 16,6 % случаев. С меньшей вероятностью диагностики АСР у детей с РДВГ коррелировали женский пол и обучение в общеобразовательной школе ($P < 0,001$). Мужской пол и обучение в специальной школе у детей с РДВГ коррелировали с вероятностью диагностики АСР ($P < 0,001$). Мужской пол у ребенка с РДВГ и обучение его в специальной школе снижало вероятность диагностики у него ОПДР ($P < 0,05$).

Академическая успешность детей с нарушениями внимания, активности и импульс-контроля. Все дети общеобразовательной и специальной школ, обследованные мною, имели нормальный уровень развития интеллекта, но многие учащиеся с РДВГ испытывали серьезные академические трудности (табл. 4). Эти трудности имели место, вне зависимости от того, были у учащихся специфические расстройства развития школьных навыков или нет и проявлялись в том, что учащиеся не могли использовать свои когнитивные навыки в повседневной жизни в полной мере.

При сравнении успешности в общеобразовательной школе у детей с РДВГ-Г/И и РДВГ-К интегральные оценки учителей были хуже ($P < 0,001$), чем у детей с РДВГ-Н и у учащихся без РДВГ. В специальной школе дети испытывали большие проблемы, чем в общеобразовательной, при этом нивелировались различия в успешности обучения между отдельными подтипами РДВГ (см. табл. 3).

У многих учащихся с РДВГ присутствовали и специфические расстройства развития школьных навыков. Наиболее часто возникали проблемы, связанные

с чтением и счетом. Также отмечались трудности, связанные с каллиграфией (техникой письма и плохой двигательной координацией).

У детей со всеми подтипами РДВГ проблемы, связанные с чтением, письмом и математикой, были выражены больше, чем у детей без РДВГ. Чтение и математика

в большей степени страдали у детей с РДВГ-К и с РДВГ-Г/И. Проблемы с орфографией в большей степени были выражены при РДВГ-Н. Описанные закономерности специфических расстройств развития школьных навыков были характерны как для общеобразовательной, так и специальной школ (табл. 4).

Таблиця 4

Показатели школьной адаптации и академической успешности по шкале Вандербильта у учащихся с РДВГ (DSM-IV-TR) в общеобразовательной и специальной школах

Показатели шкалы Вандербильта	РДВГ-Н		РДВГ-ГИ		РДВГ-К		Без РДВГ		F_{Σ}	Статистически значимые различия между дисперсиями субтипов РДВГ
	ООШ	СШ	ООШ	СШ	ООШ	СШ	ООШ	СШ		
Общая оценка учителями успешности в школе	3,5	4,3	4,2	4,5	4,5	4,8	2,4	3,8	4,61**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Чтение	3,7	3,9	4,3	4,5	4,6	4,8	2,3	4,2	5,08**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ; РДВГ СШ > РДВГ ООШ
Письмо	3,2	4,8	3,8	4,3	4,2	4,4	2,5	3,2	5,31**	РДВГ-Н > РДВГ-ГИ, РДВГ-К; РДВГ-Н, РДВГ-ГИ, РДВГ-К > без РДВГ; РДВГ СШ > РДВГ ООШ
Математика	3,8	4,1	4,4	4,6	4,6	4,9	2,5	4,3	4,95**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ; РДВГ СШ > РДВГ ООШ
Выполнение указаний учителя	2,8	3,1	4,2	4,3	4,8	4,7	2,1	2,4	4,74**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Поведение на уроке	2,4	2,2	3,8	3,9	4,5	4,3	1,8	2,2	5,28**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Взаимоотношения с одноклассниками	1,7	1,8	3,6	4,1	3,9	4,4	1,5	1,9	5,46**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ
Самоорганизованность	2,2	2,2	4,1	4,2	4,5	4,5	1,9	2,3	4,89**	РДВГ-ГИ, РДВГ-К > РДВГ-Н, без РДВГ

Примечание:

F_{Σ} — эмпирические значения критерия Фишера для общей дисперсии учащихся с РДВГ;

P — уровни значимости расхождений между дисперсиями: * — $P = 0,05$; ** — $P = 0,01$

Если научение понимать широко, рассматривая в качестве его нарушений любые случаи выполнения заданий ниже ожидаемого уровня, то 80 % детей с РДВГ могли быть оценены как нуждающиеся в специальной педагогической коррекции. Однако, если определить эти расстройства более узко, как значительные затруднения в чтении, счете или письме в сравнении с общей интеллектуальной деятельностью ребенка или достижениями в той или другой из этих сфер деятельности, их доля не превышала 26,9 % (13,6 % — в общеобразовательной, 44,4 % — в специальной школе).

У детей с РДВГ-К и с РДВГ-Г/И, наряду с академическими проблемами, имели место более тяжелые, чем у детей с РДВГ-Н и учащихся без РДВГ, нарушения школьной адаптации, связанные с поведением на уроке и выполнением указаний учителя. Самоорганизованность страдала при всех подтипах РДВГ, но при невнимательности — несколько меньше, чем при других подтипах расстройства.

Расстройства развития школьных навыков (письма, чтения, счета) и двигательных функций, прежде всего мелкой моторики, встречаются у детей с РДВГ в 3—5 раз чаще, чем обычно. Те или иные перинатальные нарушения у обследованных нами школьников могут быть установлены у 20 % детей общей популяции, у 30 % учащихся с РДВГ, 50 % — с РДВГ-К. Из результатов факторного анализа следует, что вероятность наличия у ребенка одного из расстройств развития школьных навыков, двигательных функций или речи коррелирует с позитивной диагностикой РДВГ. Тяжесть РДВГ (вероятности диагностики РДВГ-К (ГКР), а не РДВГ-Н и/или РДВГ-Г/И) напротив, обнаруживает высокую корреляционную взаимосвязь с наличием в анамнезе перинатальной патологии.

Обсуждая полученные результаты, можно констатировать, что различия в накоплении детей с разными подтипами РДВГ в общеобразовательной и специальной школах, по-видимому, отражают недостатки в организации системы школьного образования в Украине.

Общеобразовательные школы плохо интегрируют детей с ГКР. Наиболее тяжелые варианты школьной дезадаптации наблюдаются у детей с РДВГ-Г/И и РДВГ-К. Такие дети, среди которых преобладают мальчики, нередко переводятся на индивидуальное обучение. Инициатором таких переводов обычно выступает школьная администрация. Специальные школы для детей с нарушениями школьной адаптации, по-видимому, создают лучшие условия для интеграции детей с РДВГ-Г/И и РДВГ-К. Это приводит к накоплению в специальных школах мальчиков с гиперактивностью и импульсивностью.

Дети с РДВГ-Н имеют лучшие возможности для интеграции как в общеобразовательных, так и в специальных школах. Девочки с РДВГ-Н несколько чаще, чем мальчики, переводятся в специальные школы. Такие переводы обычно инициируются родителями детей, и мотивируются большими возможностями для педагогической коррекции ассоциированных с нарушениями концентрационной функции внимания расстройств школьных навыков.

Нет оснований для объяснения всего спектра проявлений академической неуспешности учащихся школ резидуальными явлениями органического поражения мозга. Академические проблемы могут быть связаны с расстройствами с дефицитом внимания/гиперактивностью, расстройствами поведения, расстройствами школьных навыков. Нарушения развития школьных навыков, речи, двигательных функций в большей степени ассоциированы с РДВГ, отражая континуум клинических

проявлений порушення нейророзвиття. Тем не менше, тяжкість РДВГ обнаружує деяку кореляційну взаємозв'язь з наявністю в анамнезі дитини перинатальної патології.

Зроблено висновок про необхідність оцінки та типологізації порушень уваги, активності та поведінки для прогнозування порушень шкільної адаптації та планування педагогічних, психологічних та медичних втручань, направлених на покращення шкільної інтеграції та академічної успішності учнів.

Список літератури

1. Бадалян, Л. О. Синдром дефіциту уваги у дітей / Л. О. Бадалян, Н. Н. Заваденко, Т. Ю. Успенська // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. — СПб., 1993. — № 3. — С. 74—90.
2. Белоусова, Е. Д. Синдром дефіциту уваги / гіперактивності / Е. Д. Белоусова, М. Ю. Никанорова // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. — 2000. — № 3. — С. 39—42.
3. Заваденко, Н. Н. Гіперактивність з дефіцитом уваги у дітей: діагностика і лікування / Н. Н. Заваденко // *Новости медицины и фармации*. — 2007. — № 7(211). — С. 20—22.
4. Даценко, И. Б. Минимальная мозговая дисфункция и эмоционально-поведенческие расстройства у детей и принципы их дифференцированной коррекции / И. Б. Даценко // *Международный медицинский журнал*. — 2007. — Т. 13, № 1. — С. 28—35.
5. Вострокнутов, Н. В. Шкільна дезадаптація: ключові проблеми діагностики і реабілітації / Н. В. Вострокнутов. — В кн.: *Шкільна дезадаптація. Емоціональні та стресові розлади у дітей і підлітків*. — М., 1995. — С. 8—11.

6. Loe, I. M. Academic and educational outcomes of children with ADHD / I. M. Loe, H. M. Feldman // *Ambulatory Pediatrics*. — 2007, Jan/Feb. — V. 7. — № 1. — P. 82—90.
7. Smucker, W. D. Evaluation and treatment of ADHD / W. D. Smucker, M. Hedayat // *American Family Physician*. — 2001, Sep. — V. 64. — № 5. — P. 817—829.
8. Gadow, K. D. Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual. Stony Brook / K. D. Gadow, J. Sprafkin. — NY: Checkmate Plus, 2002. — 432 p.
9. Achenbach, T. M. The child behaviour profile: I. Boys aged 6—11 / T. M. Achenbach // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. — 1978. — V. 46. — P. 478—488.
10. Carter, A. S. A Russian adaptation of the Child Behavior Checklist: psychometric properties and associations with child and maternal affective symptomatology and family function / A. S. Carter, E. L. Grigorenko, D. L. Pauls // *J. Abnorm. Child Psychol.* — 1995, Dec. — V. 23. — № 6. — P. 661—684.
11. Wolraich, M. L. Vanderbilt ADHD Parent Rating Scale (VADPRS). — Cambridge MA, American Academy of Pediatrics and The National Initiative for Children's Healthcare Quality, 2003b. — 137 p.
12. Psychiatric sequelae of low birth weight at 6 years of age / N. Breslau, G. G. Brown, J. E. DelDotto [et al.] // *Journal Abnormal Child Psychol.* — 1996, Jun. — V. 24. — № 3. — P. 385—400.
13. Pelsler, L. M. Favourable effect of a standard elimination diet on the behavior of young children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a pilot study / L. M. Pelsler, J. K. Buitelaar // *Ned Tijdschr Geneesk.* — 2002, Dec. — V. 146. — № 52. — P. 2543—2547.
14. Clinical course of attention-deficit/hyperactivity disorder from childhood toward early adolescence / H. C. Steinhausen, R. Drechsler, D. Brandeis [et al.] // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*. — 2003, Sep. — V. 42. — № 9. — P. 1085—1099.

Надійшла до редакції 10.11.09 р.

I. I. Марценковська

Український НДІ соціальної і судової психіатрії
(м. Київ)

Неуважність, гіперактивність і імпульсивність як чинники академічної неуспішності у школярів

Метою цього дослідження було вивчення поширеності порушень уваги, активності й імпульсивності у школярів. Також вивчалася академічна успішність учнів з різними підтипами розладу з дефіцитом уваги/гіперактивністю (РДУГ), опозиційно-демонстративного (ОПДР) і антисоціального (АСР) розладів. Було обстежено 646 дітей шкільного віку: 482 (218 хлопчиків, 264 дівчинки), що навчаються в загальноосвітній школі (ЗОШ) і 164 школяри (120 хлопчиків, 44 дівчинки), що навчаються у спеціальній школі (СПШ) для дітей з проблемами шкільної адаптації без розумової відсталості. Обстеження включало: 1) скринінг батьків за допомогою «Списку дитячих симптомів» і «Контрольного переліку проявів дитячої поведінки»; 2) скринінг вчителів за допомогою «Шкали Вандербільта» Було встановлено, що РДВГ у київських школярів спостерігається частіше, ніж в Європі і США: в 12,2 % дітей в ЗОШ і в 27,4 % у СПШ. Встановлено гендерні відмінності: накопичення в СПШ хлопчиків з РДУГ з гіперактивністю й імпульсивністю (РДУГ-Г/І) і дівчаток з РДВГ з неуважністю (РДВГ-Н). 31,7 % школярів з РДУГ мали коморбідний ОПДР, 39,4 % — АСР. В багатьох учнів з РДУГ були коморбідні розлади шкільних навичок. Розлади розвитку шкільних навичок (письмо, читання, рахування) і рухових функцій, передусім дрібної моторики спостерігаються у дітей з РДУГ в 3—5 разів частіше, ніж зазвичай. У дітей з РДУГ-Г/І, разом з академічними проблемами, мали місце важчі, ніж у дітей з РДУГ-Н і без РДУГ, порушення шкільної адаптації. Робиться висновок, що загальноосвітні школи погано інтегрують дітей з РДУГ. Спеціальні школи створюють кращі умови для інтеграції дітей з РДУГ, що приводить до накопичення в них хлопчиків з гіперактивністю й імпульсивністю.

Ключові слова: неуважність, гіперактивність, імпульсивність, розлади поведінки, шкільна дезадаптація.

I. I. Martsenkovska

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry
and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine
(Kyiv)

Inattention, hyperactivity and impulsivity as factors in children of academic unsuccessful

The purpose of this study was to investigate the prevalence of disorders of attention, activity and impulsivity in school children. Also, I studied academic success of students with different subtypes of attention deficit disorder/hyperactivity disorder (ADHD) oppositional defiant (ODD) and conduct (CD) disorders. Were examined 646 school-age children: 482 students (218 boys, 264 girls) in a secondary school (OOSH) and 164 pupils (120 boys, 44 girls) at a special school (SPSH) for children with school adjustment without mental retardation. The investigation included: 1) screening of parents through the "Child symptom inventory — 4" and "Child behavior checklist", 2) screening of teachers with scales "NICHQ Vanderbilt". It was found that ADHD at the Kyiv's schoolchildren is more common than in Europe and the USA: the 12.2 % of children in OOSH and a 27.4 % in SPSH. I established gender differences: the accumulation of SPSH ADHD boys with hyperactivity and impulsivity (ADHD-H/Im) and girls with ADHD with inattention (ADHD-I). 31.7 % of schoolchildren with ADHD had comorbid ODD, 39.4 % — CD. Many students with ADHD had comorbid disorders of school skills. Disorders of development of the school skills (writing, reading, calculating) and motor functions, especially fine motility are found in children with ADHD in 3—5 occasions more often than usual. In children with ADHD-H/Im, along with academic problems, there have been more severe disruptions of school adaptation than in children with ADHD-I and students without ADHD. It is concluded that public schools integrate children with poorly ADHD. Special schools provide better conditions for the integration of children with ADHD, which leads to the accumulation of these boys with hyperactivity and impulsivity.

Keywords: inattention, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorders, school unsuccessful.