

УДК 616.8–009.12–053.2/5

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова, Г. Н. Кибрик

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Гиперкинетические расстройства (F90 по МКБ-10) в отечественной литературе довольно часто отождествляются или подменяются диагностической категорией, принятой в DSM-IV-TR – Attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) [10], в переводе обозначенной как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). По-видимому, это обусловлено тем, что в СССР, а затем и в России проблеме гиперкинетических расстройств не уделялось столь пристального внимания как в странах западной Европы, США и Канады, а те немногочисленные исследования, которые все же проводились, рассматривали расстройства внимания и гиперактивности в рамках отечественной диагностической системы.

Образовавшийся вакуум заполнился обширной информацией практически по всем аспектам синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) преимущественно из англоязычной литературы, в большинстве представленной исследованиями из США, выполненными на основе DSM-IV-TR. При достаточной близости дефиниций, определяющих расстройства двумя основными международными классификациями, имеющиеся различия требуют более четкого определения каждой из них.

Общие критерии диагностики:

- раннее начало (до 6 лет);
- длительность (не менее 6 мес.);
- нарушение внимания и гиперактивность должны наблюдаться более, чем в одной ситуации.

Отличия:

- для диагностики СДВГ необходимо наличие 6-ти из 9-ти стандартных симптомов невнимательности и 6-ти из 9-ти симптомов гиперактивности, изложенных в DSM-IV-TR [10];
- для гиперкинетических расстройств необходимо наличие 6-ти из 9-ти стандартных симптомов невнимательности, 3-х из 5-ти симптомов гиперактивности и хотя бы 1 из 4-х симптомов импульсивности, изложенных в МКБ-10 [5];
- наличие выраженных симптомов расстройств поведения исключает диагноз СДВГ;

- для гиперкинетических расстройств симптомы расстройств поведения не являются критерием исключения или включения для основного диагноза, но их наличие или отсутствие составляет главную основу для подразделения расстройства (F90) на нарушение активности внимания (F90.0) и гиперкинетическое расстройство поведения (F90.1).

Таким образом, лишь одна из рубрик гиперкинетического расстройства – нарушение активности внимания (F90.0) – может рассматриваться в качестве наиболее близкой по своим клиническим проявлениям и критериям диагностики к синдрому дефицита внимания с гиперактивностью. Это необходимо учитывать при проведении эпидемиологических исследований и сопоставления полученных данных с данными эпидемиологических исследований других стран, использующих различные классификации психических болезней.

Приведенные в зарубежной литературе данные демонстрируют большой разброс показателей СДВГ среди детей 7–12 лет: от 2 до 13% [8, 9, 11, 12 и др.]. Шведские и североамериканские исследователи указывают на то, что частота случаев СДВГ находится между 4 и 9% [2]. По данным Американской Психиатрической Ассоциации СДВГ встречается примерно у 3–7% детей школьного возраста [7].

Исследования СДВГ в России показали весьма противоречивые показатели. Так, И.П.Брызгунов и Е.В.Касатикова [1] получили распространенность СДВГ среди школьников 6–8 лет в Москве – 28%, во Владимире – 16%. Н.Н.Заваденко и соавт. [3] выявили СДВГ в 7,6% случаев, В.Р.Кучма и А.Г.Платонова [4] – в 7,0% случаев.

Все исследователи однозначно отмечают преобладание в популяции мальчиков с гиперкинетическими расстройствами по сравнению с девочками, проявляющими признаки аналогичных расстройств (в среднем в соотношении 3:1 по данным American Academy of Pediatrics) [7]. По данным Н.Н.Заваденко и др. [3], это соотношение составляет 7:1.

С одной стороны, это может свидетельствовать о реально существующих локальных причинах, приводящих к росту СДВГ в населении конкретного региона. С другой стороны, значительная часть исследований мало сопоставима из-за различий в методологии и технических способах проведения, критериях диагностики, неоднородности исследуемых групп детского населения.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось среди детей старшего дошкольного возраста, посещающих подготовительные группы детских садов, и младшего школьного возраста, обучающихся в общеобразовательных школах с 1-го по 4-й класс включительно. Поскольку население Москвы в зависимости от района проживания в целом отличается по материально-экономическим, социально-культуральным и другим показателям, в том числе и показателям здоровья, исследование проводилось в 2-х различных округах: Юго-западном и Зеленоградском.

Обследованы дети 3-х школ и подготовительных групп 6-ти детских садов. Выбор школ и детских садов проводился по случайному признаку. Общее количество обследованных составило 691 ребенок (349 мальчиков и 342 девочки).

Распространенность определялась путем одномоментного обследования описанных групп детей на основе разработанной методики выявления детей с гиперкинетическими расстройствами, состоящей из 2-х этапов: скринингового и экспертного.

А. Скрининговый этап.

Инструменты диагностики: 1. Шкала оценки симптомов гиперактивного расстройства внимания (СДВГ), основанная на критериях диагностики МКБ-10 (версия для воспитателей и учителей детей в возрасте от 6 до 12 лет). Шкала включает субшкалы – когнитивные проблемы, связанные с нарушением внимания; гиперактивность; импульсивность.

2. Шкала оценки симптомов расстройств поведения, основанная на критериях диагностики МКБ-10 (версия для воспитателей и педагогов детей в возрасте от 6 до 12 лет). Шкала включает субшкалы – оппозиционность, агрессивность, аддиктивность, диссоциальность.

Описание оценочных шкал, оценка их валидности и надежности представлена в одном из номеров журнала [6].

3. Для исследования свойств внимания (концентрации, устойчивости, переключаемости), психомоторного темпа, волевой регуляции, динамики работоспособности использовался тест Тулуз-Пьерона.

Заполнение школьной версии оценочной шкалы «СДВГ – МКБ-10» педагогами начальной школы на своих учеников и воспитателями на детей подготовительных групп детских садов проводилось после инструктажа медицинского психолога. Подсчет баллов производился по каждому из базовых сим-

птомов СДВГ (невнимательность, гиперактивность, импульсивность) и суммарному баллу, включавшему все оценки медицинским психологом.

У детей с гиперкинетическими расстройствами поведения заполнялись 2 оценочные шкалы: «СДВГ – МКБ-10», как и у детей с гиперактивным расстройством внимания (СДВГ), и дополнительно «Расстройства поведения – МКБ-10». Подсчет баллов производился также по каждому из базовых симптомов «СДВГ – МКБ-10» и суммарному баллу, включавшему все оценки, а также по каждой из шкал «Расстройства поведения – МКБ-10».

Диагноз синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (гиперактивное расстройство внимания – СДВГ) с вероятностью более 99% подтверждается специалистом (психиатром) при суммарном балле шкалы «СДВГ – МКБ-10» (школьная версия) выше 28 баллов [6]. В диапазоне 19–28 баллов «школьной» версии находятся субпороговые варианты СДВГ, в большей или меньшей степени приближающиеся к диагнозу СДВГ по критериям МКБ-10.

Для скрининговой диагностики оппозиционно-вызывающего поведения достаточно наличие 3-х из 7-ми выделенных в шкале оценки симптомов расстройств поведения оппозиционных стереотипов поведения, отмеченных в графе «часто» и «очень часто».

Для диагностики агрессивного поведения достаточно 3-х из 7-ми выделенных в шкале оценки симптомов расстройств поведения агрессивного типа, отмеченных в графе «часто» и «очень часто».

Для диагностики диссоциального поведения достаточно 2-х из 5-ти выделенных в шкале оценки симптомов расстройств поведения диссоциального типа, повторяющихся с определенной периодичностью.

Аддиктивное поведение диагностируется в случае, если 1 из 2-х пунктов отмечается в графе «часто» или «очень часто».

Для оценки данных, полученных при выполнении детьми теста Тулуз-Пьерона, использовались установленные при валидации методики возрастные нормы.

Б. Экспертный этап.

Дети с суммарным баллом по оценочной шкале «СДВГ – МКБ-10» 19 и выше по согласию с родителями были осмотрены психиатром и медицинским психологом с окончательной экспертной оценкой состояния ребенка.

Диагностика базировалась на всей имеющейся в наличии информации, полученной в результате сбора жалоб и анамнеза, визуального обследования, психопатологического исследования, наблюдения за пациентом, позволяющим выявить расстройства настроения, волевой сферы, интеллекта и его предпосылок (памяти, внимания), оценить динамические характеристики поведения, коммуникативных функций, эмоционального реагирования и др.

Результаты и обсуждение

Всего с помощью оценочных шкал был обследован 691 ребенок в возрасте от 6 до 11 лет (349 мальчиков и 342 девочки).

Результаты обследования оценочной шкалой «СДВГ – МКБ-10» представлены в графической форме (рис. 1–5).

Как видно из представленных данных, диапазон суммарных балльных оценок среди мальчиков колебался в широком диапазоне. Максимальный суммарный балл составлял 49. Суммарный балл 99,8% мальчиков был ниже указанного. Суммарный балл ниже 29, при котором вероятность диагноза гиперкинетических расстройств <99%, отмечался у 82% мальчиков, ниже 18 баллов, при котором вероятность диагноза гиперкинетических расстройств <75% – у 70% мальчиков.

Как видно из представленных данных, суммарные балльные оценки среди девочек колебались в широком диапазоне. Максимальный суммарный балл составлял 46. Суммарный балл 99,8% девочек был ниже указанного. Суммарный балл ниже 29, при котором вероятность диагноза гиперкинетических расстройств <99%, отмечался у 95% девочек, ниже 19 баллов, при котором вероятность диагноза гиперкинетических расстройств <75%, отмечался у 79% девочек.

Из представленных данных видно, что диапазон балльных оценок по вниманию среди всех детей колебался в широком диапазоне. Максимальный балл по вниманию составлял 26. Балл по вниманию 99,7% детей был ниже указанного. Выделить диапазон балльных оценок нарушения внимания, при котором была бы оценена вероятность диагно-

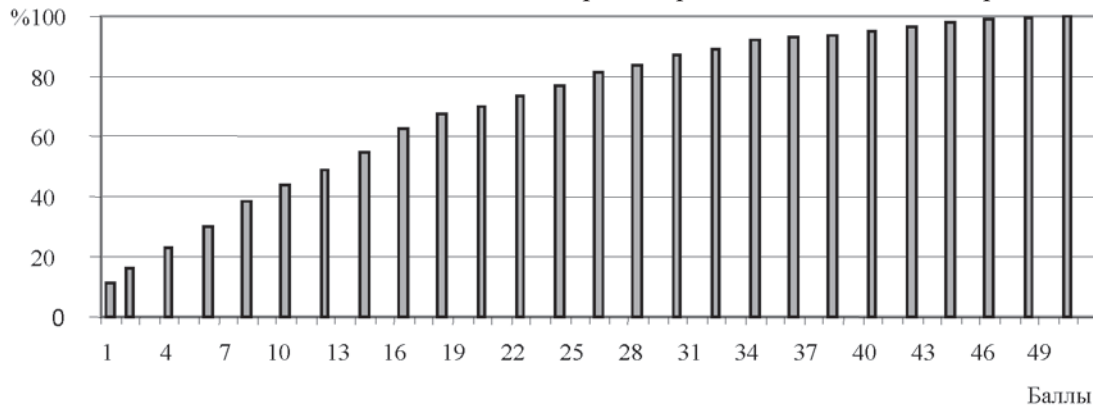


Рис. 1. Удельный вес мальчиков, имеющих суммарный балл ниже указанного

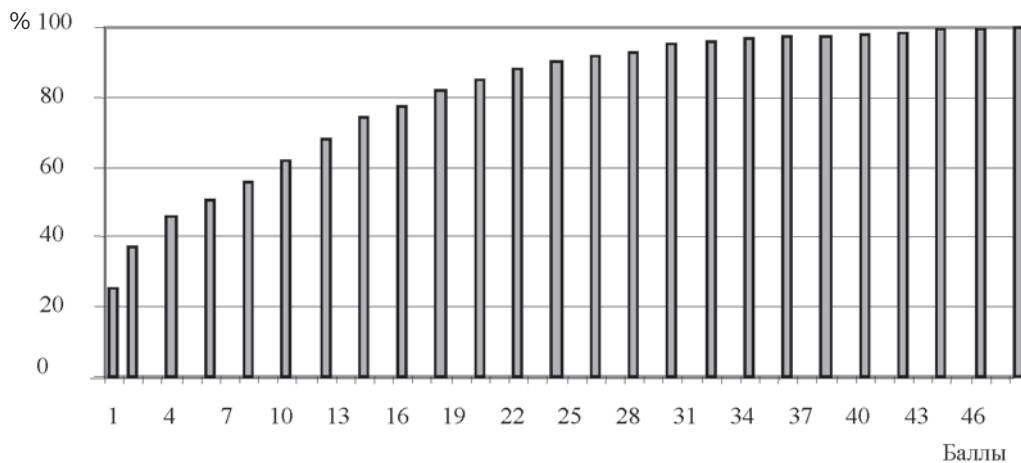


Рис. 2. Удельный вес девочек, имеющих балл ниже указанного

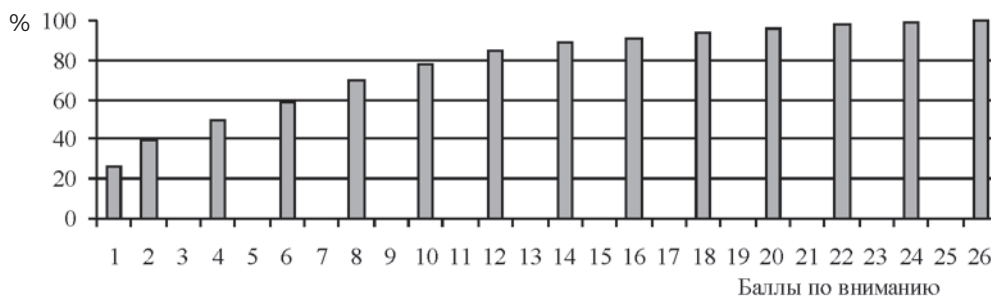


Рис. 3. Удельный вес детей, имеющих балл по вниманию ниже указанного (мальчики и девочки)

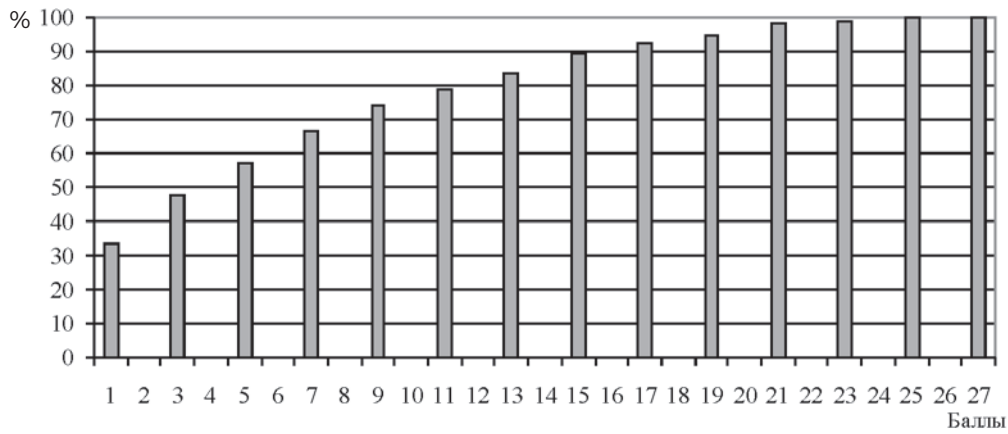


Рис. 4. Удельный вес детей с суммарным баллом импульсивности и гиперактивности ниже указанного

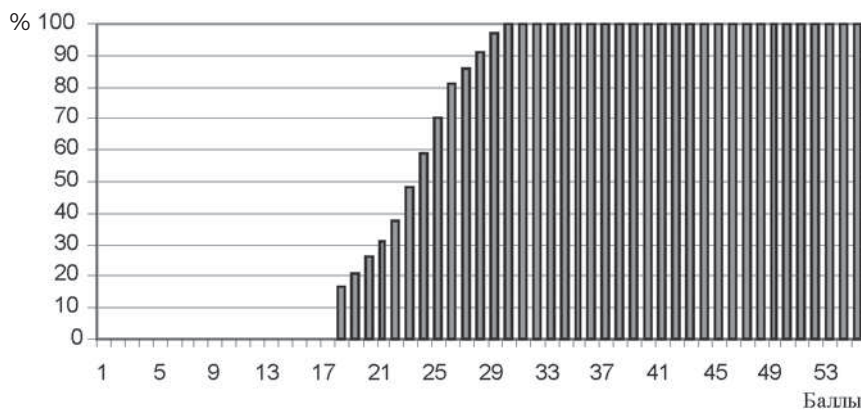


Рис. 5. Удельный вес детей с указанным суммарным баллом, которым был установлен диагноз гиперкинетического расстройства, включая субпороговые состояния

за гиперкинетических расстройств, не удается из-за многообразия комбинаций невнимательность – гиперактивность – импульсивность.

Из представленных данных видно, что диапазон балльных оценок по импульсивности и гиперактивности среди всех детей колебался в широком диапазоне. Максимальный балл составлял 27. Суммарный балл по гиперактивности и импульсивности 99,7% детей был ниже указанного.

Таким образом, выделяются два диапазона балльных оценок:

I диапазон – вероятность СДВГ >99%. Для «школьной» версии оценочной шкалы суммарный балл выше 28.

II диапазон – вероятность СДВГ <99%, но выше 75%. Для «школьной» версии он находится между 19–28 суммарными баллами.

Расстройства дефицита внимания с гиперактивностью, не соответствующие всем критериям

СДВГ, но приближающиеся к ним по клиническим проявлениям относились нами к субпороговым состояниям.

На рис. 5 в графической форме показан процент детей с установленным диагнозом гиперкинетического расстройства, включая субпороговые состояния, в зависимости от суммарного балла.

Как видно из представленных данных, детям, которые по оценочной шкале набрали ниже 18 баллов, ни в одном случае диагноз не был установлен. У детей, набравших 18 баллов, диагноз (субпороговое состояние) психиатром был установлен в 18% случаев, 21 балл – в 38% случаев и т.д. Начиная с 29 баллов, диагноз устанавливался специалистами в 100% случаев.

Далее представлены результаты теста Тулуз-Пьерона (табл. 1–5). Поскольку результаты заметно отличались в зависимости от учебного заведения, они представлены отдельно для каждой из обследованных школ.

Таблица 1

Распределение детей в зависимости от скорости и точности выполнения теста Тулуз-Пьерона учащимися начальных классов школы №1

Классы	Скорость выполнения (%)				Точность выполнения (%)			
	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма
1	12,9	25,7	27,1	34,3	58,6	10	14,3	17,1
2	2,6	26,5	17,9	53,8	28,2	10,3	46,2	15,4
3	0	0	25	75	27,3	13,6	13,6	45,5
4	0	0	10,7	89,3	25	17,9	8,9	48,2

Таблица 2

Распределение детей в зависимости от скорости и точности выполнения теста Тулуз-Пьерона учащимися начальных классов школы №2

Классы	Скорость выполнения (%)				Точность выполнения (%)			
	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма
1	5,6	22,2	38,9	29,3	16,7	5,5	22,2	55,6
2	4,3	21,8	13,0	60,9	13,0	4,4	0	82,6
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	0	0	38	62	15,5	3,8	3,8	76,9

Таблица 3

Распределение детей в зависимости от скорости и точности выполнения теста Тулуз-Пьерона учащимися начальных классов школы №3

Классы	Скорость выполнения (%)				Точность выполнения (%)			
	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма
1	0	5,3	36,8	57,9	2,6	2,6	7,9	86,9
2	0	13,6	31,8	54,5	0	4,3	4,3	91,4
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	0	0	10,7	89,3	0	3,8	3,8	92,4

Таблица 4

Распределение детей в зависимости от скорости и точности выполнения теста Тулуз-Пьерона детьми подготовительных групп детских садов

№ детского сада	Скорость выполнения (%)				Точность выполнения (%)			
	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма	Патология	Ниже нормы	Норма	Высокая норма
1	0	0	60	40	10	0	10	80
2	19	9,5	52,4	19,1	28,6	0	14,3	57,1
3	13,3	20	53,4	13,3	0	0	26,7	73,3
4	16,7	8,3	50	25	8,3	0	16,7	75
5	28,6	0	50	21,4	21,4	7,1	0	71,5
6	25	0	12,5	62,5	31,3	6,2	31,3	31,2

Таблица 5

Суммарные показатели уровня достижений по тесту Тулуз-Пьерона обследованных детей

Контингент обследованных	Уровень достижения (скорость и точность выполнения)		
	Патология	Ниже нормы	Возрастная норма и выше нормы
Девочки	23,1%	16,2%	60,7%
Мальчики	31,6%	7,6%	66,8%
Дети с диагнозом F90.0	66,7%	16,7%	16,6%
Дети с диагнозом F90.1	52,4%	9,5%	38,1%
Все дети	27,4%	11,9%	60,7%

Школа №1 и №2 – общеобразовательные школы без «конкурсного» набора учащихся, школа №3 – прогимназия с «конкурсным» набором детей.

В школе №2 и №3 по техническим причинам учащиеся 3-х классов не тестировались.

В табл. 4 представлены результаты тестирования детей подготовительных групп детских садов.

Представленные данные демонстрируют значительный диапазон в показателях скорости и точности выполнения теста не только при сравнении отдельных детей, но и организованных групп в детских садах и школах, что еще раз свидетельствует об определенной изначальной дифференциации детских коллективов по состоянию здоровья. Это необходимо учитывать при проведении эпидемиологических исследований среди детей.

Таким образом, только 60,7% детей справились с тестом Тулуз-Пьерона. Различия в показателях между мальчиками и девочками носят несущественный статистически недостоверный характер. 39,3% детей, то есть почти 40% обнаружили отчетливые нарушения внимания.

Среди детей с диагнозом F90.0 (гиперактивное расстройство внимания – СДВГ) и F90.1 (гиперкинетическое расстройство внимания) часть детей справилась с тестом. Это может свидетельствовать о том, что в основе расстройства внимания этих детей лежит мотивационный компонент. Ситуация тестирования с приходом новых лиц вызвала живой интерес среди детей, в том числе и с гиперкинетическими расстройствами. Не случайно среди детей с гиперкинетическим расстройством внимания, которые, по сути, представляют собой возрастную эквивалент формирующегося расстройства личности, достоверно чаще, чем среди детей с СДВГ получены положительные результаты тестирования.

На заключительном этапе, включавшем оценку приведенных выше показателей скрининговых методик и сопоставление их с результатами обследования детей психиатром и медицинским психологом, были выявлены дети с гиперкинетическими расстройствами и рассчитана частота встречаемости среди обследованных групп детей.

Таблица 6

Распространенность гиперкинетических расстройств среди обследованных детей

Контингент	F90.0		F90.1		F90.0 + F90.1	
	Без субпороговых состояний	С субпороговыми состояниями	Без субпороговых состояний	С субпороговыми состояниями	Без субпороговых состояний	С субпороговыми состояниями
Мальчики	3,7%	6,2%	8,2%	12,1%	11,9%	18,3%
Девочки	2,5%	4,0%	0,3%	0,3%	2,8%	4,3%
Все дети	3,5%	5,4%	6,2%	8,3%	9,7%	13,7%

Поскольку гиперкинетические расстройства (F90) представляют собой сборную группу состояний, объединенную по феноменологическому принципу, четкой границы между нормой и патологией для данного расстройства нет. Существует определенная группа детей, которая по своим особенностям поведения и эмоционального реагирования приближается к гиперкинетическим расстройствам, но не соответствует всем критериям диагностики. Эту группу детей мы относили к детям с субпороговыми расстройствами. Поэтому расчет показателей проводился в 2-х измерениях: гиперкинетические расстройства (гиперактивное расстройство внимания – F90.0 и гиперкинетическое расстройство поведения – F90.1) без субпоро-

говых состояний и с субпороговыми состояниями. Полученные данные представлены в табл. 6.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование среди учащихся начальных классов школ и подготовительных групп детских садов свидетельствует о том, что распространенность гиперкинетических расстройств, в том числе гиперкинетического расстройства внимания и гиперкинетических расстройств поведения, находится в диапазоне аналогичных показателей, полученных исследователями среди детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста разных стран и географических регионов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брызгунов И.П., Касатикова Е.В. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей. М.: Медпрактика, 2003. 128 с.
2. Гилберг К. Гиперактивность. Нарушения внимания и моторики // Психиатрия детского и подросткового возраста. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. С. 181.
3. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: АКАДЕМА, 2005. 256 с.
4. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространенность, факторы риска, профилактика. М.: РАРОГЪ, 1997. 200 с.
5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева: ВОЗ, 1994. 208 с.
6. Сухотина Н.К., Егорова Т.И. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 4. С. 15–21.
7. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
8. Barkley R.A. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. 3rd ed. New York: The Guilford Press, 2006. 770 p.
9. Buitelarj R., van Engeland H. Epidemiological approaches // Hyperactivity disorders of childhood / S. Sanberg (Ed.). 1996. P. 26–68.
10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
11. Kadesio B., Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Sweden school-age children // J. Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 2001. N 42. P. 487–492.
12. Taylor E. Hyperactivity // Br. J. Psychiatry. 1986. Vol. 149. P. 562–573.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ГОРОДА МОСКВЫ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Н. К. Сухотина, Т. И. Егорова, Г. Н. Кибрик

Статья содержит материалы, касающиеся проведения эпидемиологического исследования среди детей подготовительных групп детских садов и учащихся начальных школ с целью выявления распространенности гиперкинетических расстройств. Выявлены следующие показатели гиперкинетических расстройств: 9,7% без субпороговых состояний, 13,7% с субпороговыми состояниями среди обследованных детей. Соотношение мальчиков и девочек составляло

3,4:1. Распространенность гиперкинетического расстройства внимания – рубрики гиперкинетических расстройств, по своим критериям диагностики наиболее близкой к СДВГ, составляла без субпороговых состояний 3,7%, с субпороговыми состояниями – 6,2% среди обследованных детей.

Ключевые слова: дети, гиперкинетические расстройства, распространенность.

PREVALENCE OF HYPERKINETIC DISORDER AMONG PRESCHOOL AND JUNIOR SCHOOL CHILDREN IN THE CITY OF MOSCOW

N. K. Soukhotina, T. I. Egorova, G. N. Kibrik

This article contains the materials concerning an epidemiological survey among preschool children in kindergartens and junior school children, with the goal to investigate the prevalence of hyperkinetic disorders among them. The authors report the following findings: 9.7% of the children investigated have hyperkinetic disorders without sub-threshold conditions while

13.7% have hyperkinetic disorders with sub-threshold conditions. The male/female ratio is 3.4:1. Prevalence of hyperactive attention-deficit disorder, which is close diagnostically to ADHD, is 3.7% for children without sub-threshold conditions and 6.2% for those with sub-threshold conditions.

Key words: children, hyperkinetic disorders, prevalence.

Сухотина Нина Константиновна – доктор медицинских наук, руководитель отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: nsukhotina@mail.ru

Егорова Татьяна Иннокентьевна – лаборант-исследователь отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: tan@zelnet.ru

Кибрик Галина Николаевна – младший научный сотрудник отделения клинико-психологических проблем нарушений психического развития ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: nsukhotina@mail.ru (для Г.Н.Кибрик)