

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ

Т. А. Емельянцева

*ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья», Минск*

Гиперкинетические расстройства у детей (диагностическая рубрика F90 в МКБ-10, синдром дефицита внимания и гиперактивности, далее – СДВГ) встречается с частотой 2–10% и имеет определенные географические вариации [3].

В Республике Беларусь до настоящего времени не проводилось эпидемиологических исследований в отношении распространенности указанного расстройства.

Внимание специалистов привлекает развитие концептуальной модели СДВГ с позиций гендерного подхода в контексте четырех важных моментов: эпидемиологии, диагностических критериев, клинических проявлений и сопутствующих расстройств [2].

Во всех эпидемиологических исследованиях F90 у мальчиков встречается чаще, чем у девочек в соотношении около 3:1 в возрастном диапазоне 3–12 лет [5, 16]. К подростковому возрасту соотношение полов в отношении диагноза СДВГ в популяционных выборках снижается и составляет 2:1. К началу взрослой жизни этот показатель приближается к единице [9, 11].

В современных исследованиях в популяционных выборках обнаружена меньшая выраженность симптомов СДВГ и снижение диагностических порогов у девочек [4, 6, 13, 14, 15]. Клинически у девочек преобладает подтип с преимущественным дефицитом внимания (более чем в половине случаев), у мальчиков – смешанные формы расстройства [17].

Большинство исследователей указывают, что лица женского пола с СДВГ значительно реже (более чем в 2 раза) имеют оппозиционно-вызывающее и несоциализированное расстройства поведения. Однако, в сравнительно недавно опубликованном исследовании, проявления оппозиционного расстройства поведения у девочек были отмечены более чем в 60% случаев, а несоциализированное расстройство было выявлено в 20% случаев [15].

Ряд авторов подчеркивают гендерные различия в формах проявления агрессии у девочек, указывая на паттерны интернализации агрессии, включая депрессивную симптоматику, социальную отгороженность и психосоматические проявления [10].

Многие исследователи отмечают высокую коморбидность СДВГ у представительниц женского пола с синдромом зависимости от ПАВ [8].

Несмотря на активное внимание к изучению гендерных различий моделей СДВГ и связанных с ним расстройств, современные мета-аналитические обзоры обнаруживают большую неоднородность клинических групп, где контрастно преобладают мальчики [13, 14]. Благодаря несопоставимой идентичности групп в исследованиях, психиатры имеют преимущественно «мужскую» концепцию развития расстройства. Кроме того, почти все исследования носят «поперечный», описательный характер. Лишь небольшое количество гендерных исследований имеет «продольный» характер, «процессуально» ориентированный.

В этой связи, в рамках запланированного масштабного проспективного клинического исследования, направленного на повышение качества жизни детей с гиперкинетическими расстройствами в Республике Беларусь, путем создания системы дифференцированной комплексной медико-социальной реабилитации, нами был выполнен этап скринингового популяционного исследования.

Материалы и методы

В скрининговом популяционном исследовании (с ноября 2010 г. по март 2011 г.) приняли участие 1 846 детей в возрасте 3–15 лет, посещающих детские дошкольные учреждения и средние школы города Минска (рис. 1).

Клиническая оценка СДВГ проводилась в рамках психообразовательной программы для педагогов на основании добровольного заполнения педа-

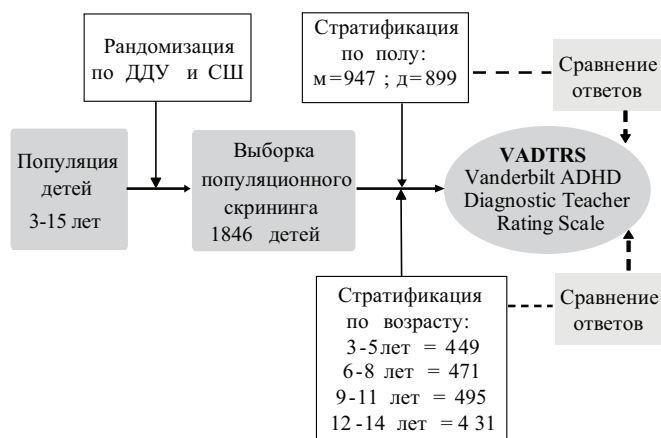


Рис. 1. Дизайн скринингового исследования гиперкинетических расстройств в белорусской популяции

гогами шкал опросника VADTRS (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale), обладающего высокой чувствительностью (98%) и специфичностью (86%), СДВГ [1, 18].

Опросник VADTRS содержит психометрические шкалы: дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности, оппозиционного поведения, общих поведенческих проблем, тревожно-депрессивных симптомов. Все формулировки пунктов опросника соответствуют критериям DSM-IV в формате заполнения: «никогда» – 0 баллов, «иногда» – 1 балл, «часто» – 2 балла, «очень часто» – 3 балла.

Опросник VADTRS содержит также шкалу социальной дезадаптации, включающую ряд пунктов: общая оценка успешности в школе; успехи в чтении, в математике, в письме; поведение в классе; отношения с одноклассниками; выполнение указаний, поручений учителя; самоорганизация. Формат заполнения: «отлично» – 1 балл, «хорошо» – 2 балла, «удовлетворительно» – 3 балла, «иногда трудности» – 4 балла, «большие трудности» – 5 баллов. Как известно, именно проблемы социальной адаптации определяют диагноз гиперкинетического расстройства.

Возможность оценить клинические параметры СДВГ, сопутствующих проблем и социальной адаптации в количественном выражении (в баллах) позволяет провести корректный статистический анализ с использованием программы SPSS-13.

Результаты и обсуждение

На диагноз гиперкинетического расстройства (СДВГ) претендуют 6,2% белорусских детей в возрасте 3–15 лет, 9,3% мальчиков и 2,9% девочек. В возрасте 3–15 лет у мальчиков СДВГ встречается достоверно в 3,2 раза чаще, чем у девочек ($p=0,01$). Установленные интерквартильные интервалы клинических симптомов дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности в популяции белорусских детей имеют очевидные гендерные различия (рис. 2–4).

Диагностические пороги клинических проявлений СДВГ (разброс значений вокруг среднего) у де-

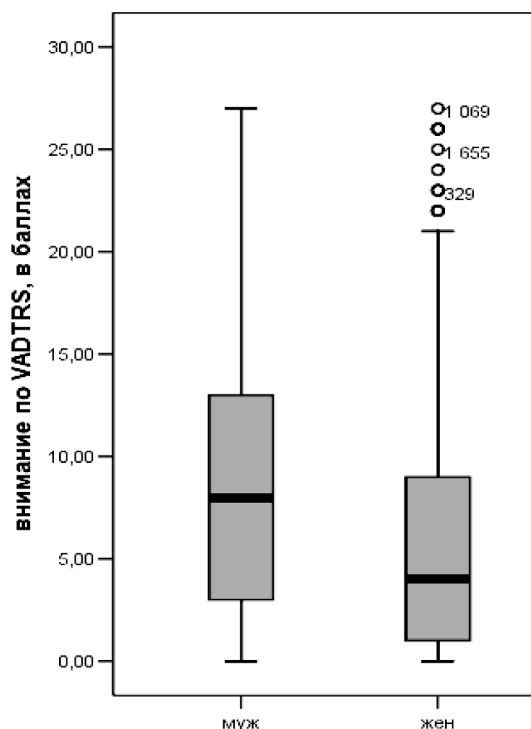


Рис. 2. Гендерные различия дефицита внимания у мальчиков (слева) и девочек (справа) в возрасте 3–15 лет в белорусской популяции

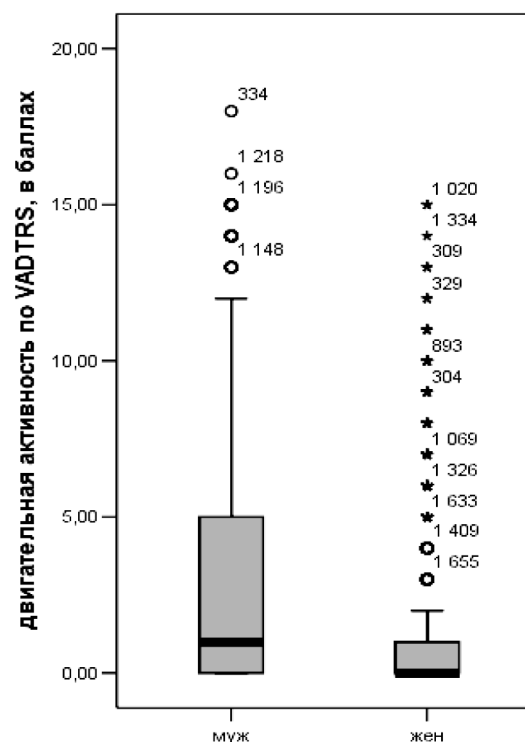


Рис. 3. Гендерные различия гиперактивности у мальчиков (слева) и девочек (справа) в возрасте 3–15 лет в белорусской популяции

вочек и мальчиков имеют статистически значимые различия ($p=0,000$), в большей степени выраженные (F -критерий = 135,18) в отношении гиперактивности (табл. 1).

Стоит отметить присутствие единичных случаев выраженных клинических проявлений СДВГ у

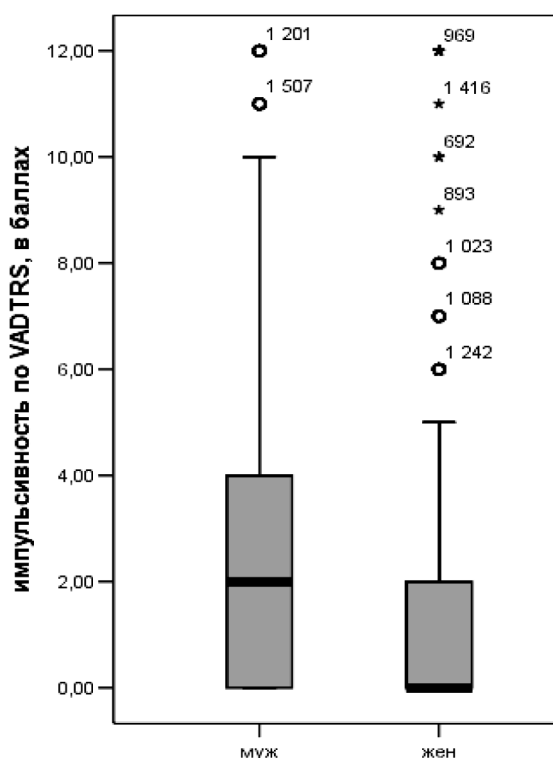


Рис. 4. Гендерные различия импульсивности у мальчиков (слева) и девочек (справа) в возрасте 3–15 лет в белорусской популяции

девочек. Однако, в целом, низкие диагностические пороги гиперактивности и импульсивности в популяционной выборке девочек объясняют тот факт, что девочки редко попадают в поле зрения специалистов в дошкольном возрасте и диагностический критерий F90 в МКБ-10 «симптомы наблюдаются в возрасте до 7 лет» может быть подвергнут сомнению. Тем не менее, имеющий место дефицит вни-

Таблица 1

Дисперсионный анализ (ANOVA) различий между средними значениями клинических проявлений СДВГ в выборках мальчиков и девочек в белорусской популяции

Клинические проявления СДВГ	F-критерий	Статистическая значимость
Дефицит внимания по VADTRS, в баллах	107,67	0,000
Гиперактивность по VADTRS, в баллах	135,18	0,000
Импульсивность по VADTRS, в баллах	110,45	0,000

мания у девочек становится очевидным и проблемным с началом посещения школы. На наш взгляд, СДВГ у девочек требует более активного выявления в дошкольном возрасте, например, путем заполнения стандартизированного опросника СДВГ родителями и/или педагогами во время процедуры определения готовности ребенка к школе.

Специалистами продолжает дискутироваться вопрос перехода диагноза СДВГ во взрослую жизнь [7]. В этой связи определенный научный интерес представляет исследование возрастной динамики клинических проявлений СДВГ в белорусской популяции детей (табл. 2, рис. 5).

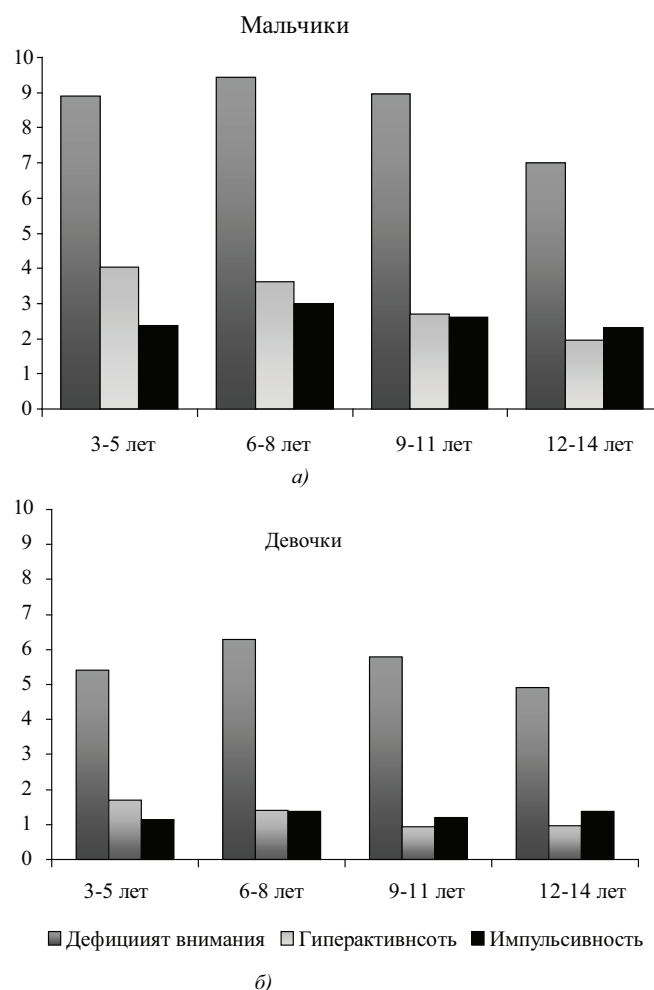


Рис. 5. Возрастная динамика клинических симптомов СДВГ у мальчиков (а) и девочек (б) в белорусской популяции

Таблица 2

Возрастная динамика клинических проявлений СДВГ в белорусской популяции

Возраст	Дефицит внимания среднее значение/стандартная ошибка среднего		Гиперактивность среднее значение/стандартная ошибка среднего		Импульсивность среднее значение/стандартная ошибка среднего	
	мальчики	девочки	мальчики	девочки	мальчики	девочки
3–5 лет	8,91/0,48	5,44/0,42	4,05/0,32	1,69/0,23	2,37/0,21	1,15/0,16
6–8 лет	9,45/0,43	6,30/0,35	3,63/0,27	1,41/0,15	2,99/0,20	1,37/0,13
9–11 лет	8,96/0,41	5,81/0,41	2,70/0,22	0,93/0,16	2,61/0,19	1,19/0,16
12–14 лет	7,01/0,39	4,92/0,32	1,95/0,22	1,19/0,16	2,3/0,19	1,38/0,14

Примечания: $p=0,05$.

Коэффициенты корреляции клинических симптомов СДВГ и социальной дезадаптации в белорусской популяции детей

Клинические симптомы СДВГ	Коэффициенты корреляции (r) с социальной дезадаптацией
Дефицит внимания	0,70**
Гиперактивность	0,40**
Импульсивность	0,38**
Оппозиционное поведение	0,47**
Другие поведенческие проблемы	0,46**
Тревожно-фобические симптомы	0,33**

Примечания: критерий адекватности выборки Кайзера-Мейера-Олкина (КМО)=0,83 (высокая адекватность), ** – уровень статистической значимости $p < 0,001$.

В первую очередь, социальная дезадаптация детей с СДВГ статистически значимо ($p < 0,001$) определяется дефицитом внимания (сильная связь, $r = 0,7$). В меньшей степени (связь средней силы, $r = 0,5-0,4$) – поведенческими проблемами (вызывающим, агрессивным, гиперактивным, импульсивным поведением). Среди факторов социальной дезадаптации детей с СДВГ имеет место тревожно-фобическая симптоматика ($r = 0,3$).

Выводы

В белорусской популяции по результатам скринингового исследования:

1) гиперактивные расстройства в возрасте 3–15 лет составляют 6,2%; у мальчиков встречаются в 3,2 раза достоверно чаще, чем у девочек ($p < 0,001$);

2) диагностические пороги клинических симптомов дефицита внимания, гиперактивности и импульсивности у девочек имеют более низкие, статистически значимые различия в сравнении с мальчиками ($p < 0,001$), в большей степени выраженные в отношении гиперактивности.

3) у мальчиков достоверно ($p < 0,05$) преобладают смешанные формы гиперактивного расстройства (47,0%), преимущественный дефицит внимания встречается в 30,4% случаев, гиперактивные формы – в 18,0% случаев, у девочек незначительно преобладают клинические формы преимущественного дефицита внимания (38,5%), далее следуют смешанные формы (36,9%), гиперактивные встречаются реже (13,8%);

4) симптомы гиперактивности значительно снижаются к 9–11 годам ($p < 0,05$), симптомы дефицита внимания и импульсивности остаются достаточно выраженными в возрасте 13–15 лет, у девочек обнаружена тенденция к нарастанию импульсивности к периоду полового созревания, что требует дальнейших комплексных исследований;

5) среди клинических факторов, определяющих проблемы социальной дезадаптации детей с гипер-

Наше исследование достоверно подтверждает, что гиперактивность значительно уменьшается в возрасте 10–12 лет, а дефицит внимания и импульсивность остаются достаточно выраженными в возрасте 13–15 лет. У девочек обнаружена тенденция к нарастанию импульсивности к периоду полового созревания. Небольшая стандартная ошибка среднего значения импульсивности (0,13–0,16) в выборке у девочек указывает на достаточно высокую точность оценки.

В белорусской популяции детей у мальчиков преобладают смешанные формы СДВГ (47%), преимущественно дефицита внимания встречается в 30,4% случаев, гиперактивные формы – в 18% случаев. Следует отметить, что изолированный дефицит внимания, который вынесен за пределы диагностической рубрики F90, также встречается в популяции и составляет 4,6% (табл. 3).

У девочек в белорусской популяции детей незначительно преобладают клинические формы преимущественно дефицита внимания (38,5%), далее следуют смешанные формы (36,9%), гиперактивные формы встречаются реже (13,8%), изолированный дефицит внимания составляет 10,8% (табл. 3, рис. 5 б).

Таблица 3

Гендерные различия клинических форм СДВГ в белорусской популяции детей

Клинические формы СДВГ	Мальчики (%)	Девочки (%)
Преимущественный дефицит внимания	30,4	38,5
Смешанная форма	47,0	36,9
Гиперактивная форма	18,0	13,8
Изолированный дефицит внимания	4,6	10,8
Всего:	100	100

Примечания: $p = 0,05$.

С учетом значительного уменьшения симптомов гиперактивности с возрастом, по данным популяционного скрининга, определение клинической формы СДВГ целесообразно проводить до достижения ребенком возраста 9 лет. Использование опросников СДВГ для заполнения педагогами (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale, VADTRS) и/или родителями (Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale, VADPRS) позволяет не только объективно поставить диагноз, но и уточнить клиническую форму расстройства, что во многом определяет дифференцированный подход в определении тактики лечения.

В разработке концептуальной модели системы дифференцированной комплексной медико-социальной реабилитации детей с СДВГ немаловажным представляется анализ клинических причин их социальной дезадаптации (табл. 4).

кинетическими расстройствами, ведущим является дефицит внимания ($r=0,7$, $p<0,001$), поэтому смешанные формы расстройства и формы с преимуще-

ственным дефицитом внимания имеют больший риск развития социальной дезадаптации, нежели формы гиперкинетические.

ЛИТЕРАТУРА

1. Емельянцова Т.А., Кирилюк В.С., Наливко И.И. Метод диагностики гиперкинетических расстройств у детей. Инструкция по применению МЗ РБ. Минск: БГМУ, 2011. С. 11–21.
2. Емельянцова Т.А. Гендерные вопросы гиперкинетических расстройств // Социально-психологические аспекты психических и поведенческих расстройств: материалы респ. научно-практ. конференции / Под ред. О.А.Скугаревского // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология, приложение. Минск, 2012. С. 8–12.
3. Сухотина Н.К., Шевченко Ю.С. Гиперкинетические расстройства у детей и подростков // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 534–537.
4. Arnold L.E. Sex differences in ADHD: Conference summary // J. Abnorm. Child Psychol. 1996. Vol. 24. P. 555–569.
5. Barbaresi W.J., Katusic S.K., Colligan R.C. How common is attention-deficit/hyperactivity disorder? // J. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2002. Vol. 156. P. 217–224.
6. Barkley R.A., Biederman J. Toward a broader definition of the age-of-onset criterion for attention-deficit-hyperactivity disorder // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1997. Vol. 36. P. 1204–1210.
7. Barkley R.A., Murphy K.R., Fischer M. Summary, conclusions, and treatment implications // ADHD in adults: what the science says. NY: Guilford Press, 2008. P. 434–466.
8. Biederman J., Mick E., Faraone S.V. Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatry clinic // Am. J. Psychiatry. 2002. Vol. 159. P. 36–42.
9. Cohen P., Cohen J., Kasen S. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: I. Age- and gender-specific prevalence // J. Child Psychol. Psychiatr. 1993. Vol. 34. P. 851–867.
10. Crick N.R., Grotpeter J.K. Relational aggression, gender, and social-psychological adjustment // J. Child Devel. 1995. Vol. 66. P. 710–722.
11. DuPaul G.J., Schachar R.S., Weyandt L.J. Self-report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence // J. Learning Dis. 2001. Vol. 34. P. 370–379.
12. Fischer M., Barkley R.A., Smallish L., Fletcher K. Young adult follow up of hyperactive children: Self-reported psychiatric disorders, comorbidity, and the role of childhood conduct problems and teen CD // J. Abnorm. Child Psychol. 2002. Vol. 30. P. 463–475.
13. Gaub M., Carlson C.L. Gender differences in ADHD: A meta-analysis and critical review // J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatr. 1997. Vol. 36. P. 1036–1045.
14. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD // J. Attention Dis. 2002. Vol. 5. P. 143–154.
15. Hinshaw S.P. Preadolescent girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: Background characteristics, comorbidity, cognitive and social functioning, and parenting practices // J. Consult. Clin. Psychol. 2002. Vol. 70. P. 1086–1098.
16. Offord D.R., Boyle M.H., Szatmari P. Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization // J. Arch. Gen. Psychiatr. 1987. Vol. 44. P. 832–836.
17. Spencer T.J., Biederman J., Wilens T.E., Faraone S.V. Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder // J. Clin. Psychiatr. 2002. Vol. 63. P. 3–9.
18. Wolraich M.L., Feurer I.D. Obtaining Systematic Teacher Reports of Disruptive Behavior Disorders Utilizing DSM-IV // J. Abnorm. Child Psychol. 1998. Vol. 26, N 2. P. 141–152.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В БЕЛОРУССКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ДЕТЕЙ

Т. А. Емельянцова

В рамках запланированного Министерством здравоохранения Республики Беларусь концептуального проспективного клинического исследования «Система дифференцированной комплексной медико-социальной реабилитации гиперкинетических расстройств у детей» проведено скрининговое популяционное исследование гиперкинетических расстройств (синдрома дефицита внимания и гиперактивности, далее – СДВГ) с целью определения гендерных различий распространенности, структуры, динамики клинических проявлений в белорусской популяции детей, а также факторов социальной дезадаптации. Выборка составила 1 846 детей в возрасте 3–15 лет, посещающих детские дошкольные учреждения и средние школы города Минска: мальчиков – 947, девочек – 899. Клиническая оценка проводилась с использованием психометрических диагностических шкал VADTRS, заполняемых педагогами (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale). Установлено, что на диагноз гиперкинетического расстройства (СДВГ) претендуют 6,2% белорусских детей в возрасте 3–15 лет: 9,3% мальчиков и 2,9% девочек. В возрасте 3–15 лет

у мальчиков СДВГ встречается достоверно в 3,2 раза чаще, чем у девочек. Диагностические пороги дефицита внимания, гиперактивности, импульсивности у девочек достоверно ниже, чем у мальчиков; у мальчиков преобладают смешанные формы СДВГ, у девочек – преимущественно дефицит внимания. В белорусской популяции симптомы гиперактивности у мальчиков и девочек снижаются к 9–11 годам, протестное поведение нарастает у девочек ввиду увеличения импульсивности в период полового созревания. Среди клинических факторов, определяющих проблемы социальной дезадаптации детей с СДВГ, как мальчиков, так и девочек, ведущим является дефицит внимания, поэтому смешанные формы расстройства и формы с преимущественным дефицитом внимания имеют больший риск развития социальной дезадаптации, нежели формы гиперкинетические.

Ключевые слова: гиперкинетические расстройства (синдром дефицита внимания и гиперактивности), белорусская популяция детей, гендерные различия, социальная адаптация.

GENDER ASPECTS OF SCREENING FOR CHILD HYPERKINETIC DISORDERS IN BELORUSSIAN POPULATION

T. A. Emelyantseva

This screening population investigation for hyperkinetic disorders (i.e. attention-deficit hyperactivity disorder – ADHD) was a part of prospective clinical investigation ‘The System of Differentiated Integral Medico-social Rehabilitation of Hyperkinetic Disorders in Children’ initiated by the Ministry of Health of Belarus. The aim of this investigation was to explore gender differences, the ADHD structure, clinical dynamics and social maladjustment factors. Material: 1846 children 3 to 15 years old, all attending kindergartens or primary and secondary school, 947 boys and 899 girls. Clinical assessment involved use of the VADTRS psychometric scale (Vanderbilt ADHD Diagnostic Teacher Rating Scale). The results suggest presence of ADHD in 6,2% Belorussian children aged 3 to 15 years: in 9,3% of boys and in 2,9% of girls. The ADHD prevalence is significantly higher (3,2 times) in boys in

comparison with girls. In girls, diagnostic thresholds for attention problems and impulsive behavior happen to be significantly lower than in boys. Mixed ADHD forms appear to prevail in boys, while specifically attention disorder is more common in girls. The hyperactivity symptoms in Belorussian boys and girls seem to decrease by 9–11 years of age, though the puber girls are more prone in this period to oppositional behavior due to increased impulsiveness. Attention disorder has been identified as the principal clinical factor underlying social maladjustment, both in boys and girls, and for that reason mixed forms of ADHD and attention deficit disorder (ADD) have a higher risk potential for social maladjustment than hyperkinetic forms.

Key words: hyperkinetic disorders (attention deficit hyperactivity disorder), Belorussian child population, gender differences, social adjustment.

Татьяна Александровна Емельянцова – кандидат медицинских наук, доцент, заместитель директора по медицинской части (по психиатрии) ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: YEMELYANTSAVA@mail.ru