



IF = 9.2

**DYNAMICS OF DETERMINING COGNITIVE STATUS
AND NON-SPECIFIC SCHOOL MALADAPTATION IN
CHILDREN WITH ATTENTION AND HYPERACTIVITY
SYNDROME****Zakirova Feruza Nodir qizi
Madjidova Yakutkhon Nabiyevna**

Tashkent State Medical University

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20122102>**ARTICLE INFO**Received: 25th March 2026Accepted: 30th March 2026Online: 31st March 2026**KEYWORDS***Children, syndrome, deviations, maladaptation.***ABSTRACT***In our article we reflected our own research on determining the cognitive status and non-specific school maladaptation in children with attention and hyperactivity disorder.***ДИНАМИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОГНИТИВНОГО СТАТУСА И
НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ С
СИНДРОМОМ ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ****Закирова Ф.Н,
Маджидова Ё. Н.**

Ташкентский государственный медицинский университет.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.20122102>**ARTICLE INFO**Received: 25th March 2026Accepted: 30th March 2026Online: 31st March 2026**KEYWORDS**

С

ABSTRACT*В нашей статье нами были отражены собственные исследования по определению когнитивного статуса и неспецифической школьной дезадаптации у детей с синдромом внимания и гиперактивности.*

В настоящее время дефицит внимания и гиперактивности (СДВГ), рассматривается как синдром нервно-поведенческих отклонений, непосредственно принимающих участие во многих сферах деятельности индивидуума. Это может быть, например, образовательная деятельность или межличностные отношения и социальное становление, кроме всего прочего и, это считается самым основным, данный синдром имеет большое влияние на процессы самоопределения или самовосприятия личности. Не является

секретом, что с каждым новым годом вопросы касающиеся здоровья населения, особенно детского приобретают всё более острый и актуальный характер, причиной этому, является само общее развитие детей, которое к сожалению, имеет тенденцию хоть и к медленной, но верной деградации, помимо этого немалое значение при этом имеют также экологические, социально-экономических и др. факторы.

Автором Заваденко Н.Н было отмечено, что СДВГ, является наиболее встречаемым нервно-психическим патологиям детского



IF = 9.2

возраста. Так в общей популяции детей его распространённость составляет от 5% - до 15 %, при этом у детей со сложностями школьного обучения, примерно равна – 80 %. Различия имеется и при гендерной оценке, где степень формирования СДВГ у девочек в 2-3 раза ниже, чем у мальчиков, автор объясняет это тем что мужской пол более уязвим к разнообразным патогенам во время беременности и родов матери. Кроме этого автором подчёркивается, что именно за период последних десятилетий категория пациентов с СДВГ только увеличивается, и причиной этого в основном называется всё нарастающая напряжённость, за счёт возросшей общей активности, как взрослого, так и детского населения .

Несмотря на достаточно большой объём исследовательских изучений данного направления, проблемы этиологических и патогенетических факторов СДВГ по сей день остаются не до конца его раскрытыми, то есть по ним у авторов нет единого мнения. Так немало есть учёных, которые предполагают генетическую основу синдрома, ссылаясь на частое присутствие у таких детей, схожестей поведенческих характеристик у

близких родственников, а также и в роду у данных пациентов наличие большого количества нервно-психических синдромов .

Значительное место среди факторов формирования синдрома дефицита внимания и гиперактивности занимают наследственные составляющие. По данной ситуации, также имеется множество доказательного материала, демонстрирующего достаточно большую степень корреляционных взаимосвязей по данному синдрому у монозиготных близнецов, составляющую от 80 до 100%), а также более высокие проценты встречаемости гиперактивности среди родственников гиперактивных детей.

Цель нашего исследования являлось изучить факторы неспецифической школьной дезадаптации и особенности когнитивного статуса у детей с СДВГ.

Нами был проведён детальный анализ 95 детей с установленным диагнозом: синдром дефицита внимания с гиперактивностью. Из них мальчики составили 65,2% (n=62), девочки 34,7% (n=33). Возраст пациентов варьировал от 5 до 10 лет (рисунок 1.).

Рисунок 1

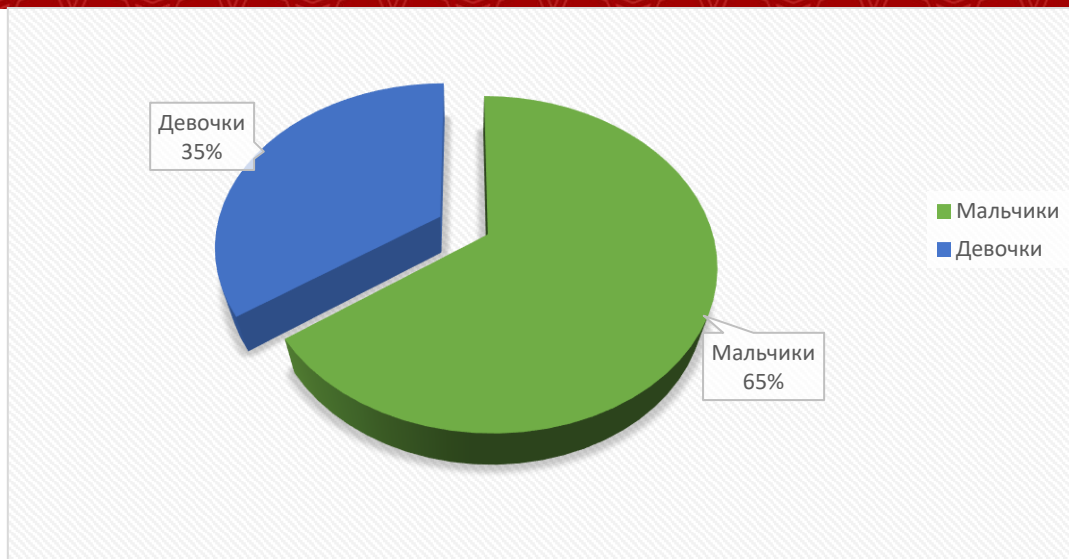


Рис. 1. Распределение детей с СДВГ по полу.

Контрольную группу практически здоровых детей составили – 25 детей, из них девочек было – 10 (40,0%) и мальчиков – 15 (60,0%) исследуемых.

Критериями исключения явились дети после черепно-мозговой травмы, неврологической инфекций, различного генеза инсультов, после перинатального периода; эпилептические энцефалопатии раннего возраста; в анамнезе психиатрическая и

онкологическая патологий ЦНС; симптомы хронической соматической патологии; умственная отсталость; возраст детей менее 5 лет и после 10 лет; отказ родителей от участия в исследовании.

По гендерным различиям в I-группе пациентов с СДВГ, девочек было включено – 15 (31,2%), мальчиков – 33 (68,8%) пациентов (таблица 1.).

Таблица 1.

Анализ пола в зависимости от группы пациентов

Показатель	Категории	Группа пациентов			χ ²	df	p
		СДВГ	СДВГ(+ППНС)	Контроль			
Пол	Девочки	15 (31,2)	18 (38,3)	10 (40,0)	0,751	2	0,687
	Мальчики	33 (68,8)	29 (61,7)	15 (60,0)			

* – различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

Во II-группу пациентов с СДВГ + перенесших перинатальное

поражение нервной системы, девочек было включено – 18 (38,3%) и мальчиков – 29 (61,7%) пациентов. При анализе пола в зависимости от



IF = 9.2

группы пациентов нам не удалось выявить статистически значимых меж гендерных различий в группах ($p = 0,687$) (*используемый метод: Хи-квадрат Пирсона*).

Для определения когнитивных дисфункций в группах детей с СДВГ, нами был предложен специально разработанный опросник, состоящий из пунктов подробного анамнеза, неврологического статуса и станций нейропсихологических тестов: тест на гиперактивность и СДВГ для дошкольников М.Альворда и П.Бейкера; тест «Цветные прогрессивные матрицы Равена»; методика на исследование зрительной памяти по 10 картинкам; тест на оценку коммуникативных умений ребенка по М.А. Повалев; тест на определение уровня речевого развития детей дошкольного возраста по О.А. Безрукова и О.Н. Каленкова; оценка звуковой стороны речи; тест «Запоминание 10 слов» по А.Р. Лурия.

Станция № 1

Тест на гиперактивность и СДВГ для дошкольников М. Альворда и П. Бейкера – предназначенный для детей до 7 летнего возраста и состоящий из 17 вопросов, которые затрагивают первостепенные варианты отклонений при СДВГ.

Дефицит активного внимания:

1. Непоследователен, трудно подолгу удерживать внимание.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

2. Не реагирует на обращенную речь

Да (1 балл) Нет (0 балл)

3. Проявления энтузиазма в начале задания, однако не заканчивает его.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

4. Проблемы в организации.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

5. Часто теряет вещи.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

6. Избегает скучной и умственной работы.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

7. Много забывает.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

Двигательная расторможенность:

1. Постоянно в движении.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

2. Присутствует беспокойство (барабанит пальцами, ёрзает в кресле, бегают, забирается куда-либо).

Да (1 балл) Нет (0 балл)

3. Сон меньше и хуже, нежели у других детей.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

4. Болтлив.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

Импульсивность:

1. Начинает отвечать, не дослушав вопроса.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

2. Не может выждать очередь, часто вмешивается в разговор, прерывает.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

3. Плохая концентрация внимания.

Да (1 балл) Нет (0 балл)

4. Не способен дожидаться вознаграждения (если между этим есть пауза).

Да (1 балл) Нет (0 балл)

5. Нет контроля и отчёта своим действиям.



Да (1 балл) Нет (0 балл)

6. При выполнении заданий ведет себя по-разному и показывает очень разные результаты.

Да (1 балл) Нет (0 балл).

Обнаруженные проблемы по дефициту внимания, двигательной расторможенности, импульсивности рассчитываются в процентном соотношении и выводятся балы: менее 6 баллов – низкий риск; 7-12

баллов – средний риск; более 13 баллов – высокий риск.

Станция № 2

Оценка умственной способности по тесту «Цветные прогрессивные матрицы Равена»

Нормативы выполнения Цветных матриц Равена детьми с нормальным и отклоняющимся развитием

Возраст	Категория испытуемых	Кол-во баллов
6 лет	Норма	26-35
	ЗПР	13-25
	УО	0-12
7 лет	Норма	27-35
	ЗПР	16-26
	УО	0-15
8 лет	Норма	29-35
	ЗПР	19-28
	УО	0-18
9 лет	Норма	30-35
	ЗПР	20-29
	УО	0-19

При интерпретации результатов учитывается сумма правильных ответов и общее время выполнения теста.

Станция № 3

Методика исследования зрительной памяти выполняется демонстрацией 10 картинок, которые исследующий может подобрать на своё усмотрение, главное при этом, что бы они соответствовали возрасту исследуемого.

При осуществлении теста пациенту поочередно показывают картинки и говорят, что изображено,

затем специалист вновь демонстрирует картинки, но при это называть их по памяти должен ребёнок. За каждый правильный ответ начисляется один балл, если исследуемый в итоге набирает менее 5 баллов, то это расценивается как низкий уровень, 5-7-баллов – средний и 8-10- баллов, как высокий уровень.

Станция №4

Критерии оценки коммуникативных умений ребенка по М.А. Поваляева

(Методика определения уровня речевого развития детей



дошкольного возраста по О.А.

Безрукова и О.Н. Каленкова)

№	Критерии оценки коммуникативных умений детей	Оценка в баллах	Уровень речевой коммуникации
1	Ребенок активен в общении, умеет слушать и понимать речь, строит общение с учетом ситуации, легко входит в контакт с детьми и взрослыми, ясно и последовательно выражает свои мысли, пользуется формами речевого этикета 1. Как тебя зовут? 2. Сколько тебе лет? 3. Как зовут твоих родителей (маму и папу)? 4. Какой сегодня день недели? 5. В каком городе ты сейчас живешь? 6. В какие дни недели мы отдыхаем? 7. Какие звери живут в лесу? (3—5 слов) 8. С каким праздником нас поздравляет Дед Мороз? 9. Какой сейчас месяц? 10. Какие ты знаешь сказки? (2—3 сказки)	3	Высокий
2	Ребенок слушает и понимает речь, участвует в общении, чаще по инициативе других; умение пользоваться формами речевого этикета неустойчивое	2	Средний
3	Ребенок малоактивен и мало разговорчив в общении с детьми и педагогом, невнимателен, редко пользуется формами речевого этикета, не умеет последовательно излагать свои мысли, точно передавать их содержание	1	Низкий

Интерпретация: адекватный ответ 1-балл, неадекватный 0-баллов.

Максимальное количество 10-баллов.

При этом менее 2-3 балла – низкий (1

балл), 4-7-баллов- средний (2 балл) и 8-9- баллов- высокий (3 балл).

Критерии оценки звуковой стороны речи

№	Критерий оценки звуковой стороны речи	Баллы	Уровень развития звуковой стороны
1	Правильное, отчетливое произношение всех звуков родного языка. Умение дифференцировать звуки (различать на слухи при произношении). Хорошая регуляция темпа речи и речевого дыхания	3	Высокий



2	Неустойчивость и недостаточная четкость произношения и дифференциации звуков	2	Средний
3	Дефекты в произношении звуков, отсутствие их дифференциации. Способность регулировать темпы речи и дыхания отсутствует	1	Низкий

Оценка: менее 2-балла – низкий уровень (3 балл); 3-4-баллов – средний уровень (2 балл); 5-6-баллов – высокий (1 балл).

Из общего числа обследованных пациентов с СДВГ, у – 31 (32,6%) ребёнка был выявлен дефицит активного внимания, у – 46 (48,4%) доминировала двигательная расторможенность и, у – 18 (18,9%) превалировала импульсивность.

Таким образом, полученные по ходу исследования итоговые результаты подтверждают факт присутствия у подавляющего большинства тестированных

пациентов с СДВГ когнитивных и эмоциональных изменений лёгкой или умеренной степени выраженности. Помимо этого, они дают возможность утверждать, что при отсутствии адекватных и эффективных терапевтических мероприятий, которые будут способствовать преодолению и снижению выраженности негативных проявлений данного синдрома, то с взрослением ребёнка и увеличением умственных нагрузок, они будут только нарастать и усугублять его качество жизни.

References:

1. Троицкая Л. А. Нарушение когнитивных функций у детей с генетическими синдромами / Л. А. Троицкая, В. А. Ерохина, М. А. Романова. – Leipzig, Германия: Saarbrücken, 2014. – 80 с.
2. Леонова А.В., Раева Т.В. Нарушения речевого развития у детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке / Материалы региональной научной конференции. ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. 2018. - С. 142-144.
3. Шевченко И. А. Социально-биологические факторы риска СДВГ / И. А. Шевченко // Луриевский подход в мировой психологической науке: тезисы докладов V Международного конгресса памяти А. Р. Лурия. Екатеринбург, Россия, 13–16 октября 2017 г. – Екатеринбург, 2017. – С. 151.
4. Voznyuk I.A., Zavadenko N.N., Kamchatnov P.R. et al. Results of the round table: modern approaches to drug therapy of cognitive impairment in cerebrovascular pathology. Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2021;121(8):147–152 (in Russ.]. DOI: 10.17116/jnevro2021121081147.
5. Zavadenko N.N., Makushkin Ye.V., Gaynetdinova D.D. et al. Therapy of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children: Results of a Multicentre, Randomized, Double-



EURASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES

Innovative Academy Research Support Center

www.in-academy.uz/index.php/ejmns

IF = 9.2

Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. Zhurnal Nevrologii I Psikiatrii imeni S.S. Korsakova. 2022;122(11):1-7 (in Russ.]). DOI: 10.17116/jnevro20221221111.