

**DIQQAT YETISHMOVCHILIGI VA GIPERFAOLLIK SINDROMINING
BOLALARDA UCHRASHI VA DAVOLASH**

Saidxodjayeva Saida Nabiyevna

*Nevrologiya, bolalar nevrologiyasi va tibbiyot genetikasi kafedrası
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti*

Toshmurodova Gulshan Bahodir qizi

*Nevrologiya, bolalar nevrologiyasi va tibbiyot genetikasi kafedrası
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti*

Annotatsiya. Maqolada bolalarda uchraydigan diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromi (DYGS) haqida adabiyotlar tahlili keltirilgan. DYGS bolalar orasida bir muncha ko'p uchrab turadi va ular hayot faoliyatiga sezilarli ta'sir qiladi. Shuning uchun DYGSni imkon qadar erta tashxislash va erta davolash muhim ahamiyatga ega. Negaki, bu kelajakda bemor bolalar hayotida ijtimoiy, sotsial jihatdan o'rnini topishda va jamiyatda shaxs sifatida shakllanishida muhim ahamiyat kasb etadi. Shuning uchun bemor bolalar hayot faoliyatini yaxshilash uchun DYGSni chuqur o'rganish va davo choralarini ishlab chiqish lozim.

Kalit so'zlar: diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromi, impulsivlik, neyropsixologik, bolalar.

Аннотация. В статье представлен анализ литератур, посвященной синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) у детей. СДВГ чаще встречается у детей и оказывает значительное влияние на их жизнедеятельность. Поэтому важно как можно раньше диагностировать и лечить СДВГ. Потому что в будущем важно найти социальное место в жизни больных детей и сформировать их как личности в обществе. Поэтому, чтобы улучшить жизнь больных детей, необходимо глубоко изучить СДВГ разработать методы лечения и меры.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания и гиперактивности, импульсивность, нейропсихологический, дети.

Annotation. The article presents an analysis of the literature on attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children. ADHD is more common in children and has a significant impact on their functioning. Therefore, it is important to diagnose and treat ADHD as early as possible. Because in the future it is important to find a social place in the life of sick children and form them as individuals in society. Therefore, in order to improve the lives of sick children, it is necessary to study ADHD in depth to develop treatments and measures.

Keywords: attention deficit and hyperactivity syndrome, impulsivity, neuropsychological, children's.

Diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromi (DYGS) - bu keng tarqalgan neyropsixologik kasallik bo'lib, maktab yoshidagi bolalarning 5-8 foizini qamrab oladi. O'z vaqtida tashxis qo'yilmasa va tuzatilmasa, bu holat oiladagi muammolarga, sotsial xatti-harakatlarning shakllanishiga olib kelishi mumkin, bu

esa DYGSni o'rganish dolzarbligini belgilaydi. DYGSning asosiy klinik ko'rinishlariga diqqat yetishmovchiligi, giperfaollik va impulsivlik, shuningdek statik-lokomotor yetishmovchilik alomatlari kiradi. DYGS bolalarda eng ko'p uchraydigan xulq-atvor buzilishlardan biridir [4, 5, 11,48].

DYGSning belgilari: odatda, bolalarda DYGS alomatlari 2-3 yoshdan boshlanadi. Ammo, aksariyat hollarda, ota-onalar bolani maktabga kirganda va giperfaollik oqibati bo'lgan ta'limdagi muammolarga duch kelganda shifokorga murojaat qilishadi. Giperfaollik va impulsivlik bolaning doimiy ravishda harakatchanligini keltirib chiqaradi. Bundan tashqari, bolada: bezovtalik, havotir, besabrlik, e'tiborsizlik, uy vazifasini bajara olmaslik, hissiy beqarorlik, yig'loqilik, xatti-harakatlar qoidalari va me'yorlarini e'tiborsiz qoldirish, diqqatni jamlay olmaslik, uxlashda qiynalish, nutqni rivojlanishini kechikishi va boshqalar kuzatilishi mumkin.

So'nggi paytlarda bolalik davrida DYGS muammosi turli sohalar mutaxassislarining (nevropatologlar, pediatrlar, psixologlar, o'qituvchilar va boshqalar) alohida e'tiborini tortmoqda. Muammoning dolzarbligi DYGS tarqalishining yuqori darajasi bilan bog'liq bo'lib, u turli mualliflarning fikriga ko'ra bolalar populyatsiyasining 12 dan 29 foizigacha [8, 10, 19, 21, 33, 47, 49] uchramoqda. Muammoni o'rganishning dolzarbligi, bolalarda ko'plab ruhiy kasalliklarning rivojlanishi, miyaning yetakchi tuzilmalari o'rtasidagi munosabatlar shakllanishining dastlabki bosqichlarida kechikishi bilan bog'liq [31,37,40]. Kasallikning eng keng tarqalgan turlari - bu bolalik davridagi qoldiq nevrologik (psixologik) buzilishlar bo'lib, ular DYGSdan tashqari, nevrozlar, tik kasalliklari va enurezni ham o'z ichiga oladi. Ular turli xil manbalarga ko'ra, 3 yoshdan 11 yoshgacha bo'lgan bolalarning taxminan 20 foizida uchraydi va bunday bemorlarning soni doimiy ravishda ko'payib bormoqda, bu bugungi kunda bunday kasalliklarni o'rganish va davolash muammosining dolzarbligini yana bir bor ko'rsatadi [1, 2,29, 30, 35].

Hozirgi vaqtda DYGS markaziy asab tizimining perinatal zararlanishining natijasi bo'lgan minimal miya disfunktsiyasining bir varianti sifatida qaralmoqda [8, 11, 22,]. DYGS bilan kasallangan bolalar salomatligini shakllantirishni har tomonlama o'rganish zarurligi ko'plab tadqiqotchilar tomonidan ta'kidlangan [13, 27, 34, 36, 41, 45]. Eng ko'p tadqiqotlar DYGSning ma'lum bir yoshdagi nevrologik jihatlarini o'rganishga bag'ishlangan [16, 18, 22, 28]. DYGSni o'rganish bo'yicha ishlarning asosiy qismi maktab yoshidagi bemorlarning xatti-harakati, maktabdagi o'zlashtirishdagi qiyinchiliklar kabi holatlarga tegishli [26, 39].

Muammoning ijtimoiy ahamiyati ham DYGS bo'lgan bolalarning maktabdagi o'zlashtirishdagi qiyinchiliklari va ijtimoiy moslashuvi bilan bog'liq [6, 12, 20, 22]. Maktabda o'qishni boshlanishiga moslashish davri bolalar salomatligini shakllantirishning hal qiluvchi davri hisoblanadi. DYGS bo'lgan bolalarda uni o'rganish juda muhimdir, chunki pedagogik yuklarning ko'payishi davrida emotsional stress kuchayadi va nevrologik kasalliklar tez-tez uchraydi. Maktab ta'limi boshlanishida bolalar DYGSni aniqlash va ularning oldini

olish dolzarb tibbiy-ijtimoiy muammo bo'lib, ushbu kasallikni tizimli yondashuv nuqtai nazaridan yanada chuqurroq o'rganish zarurligini taqozo etadi. Kasallikning dastlabki klinik ko'rinishlarida terapevtik davo choralar o'z vaqtida va samarali bo'lishi mumkin, qachonki erta bolalik davrida aniqlansa, ammo alohida holatda markaziy asab tizimining rivojlanishining o'ziga xos xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, aniq mavjud bo'lgan simptomlar(giperfaollik, tiklar, nutqda ikkilanish, enurez va boshqalar)ga qaramay, kasallikni tashxislash anchayin murakkab [3, 17, 25]. U yoki bu DYGSdagi simptomlarning dinamikasini baholash, uning paydo bo'lish sabablarini tahlil qilish, shuningdek, bolaning shaxsiyatining individual tipologik xususiyatlari va psixopatologik namoyishlar o'rtasidagi munosabatni aniqlash aniq tashxis qo'yish uchun zarur hisoblanadi.

Diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromi(DYGS) haqida gap ketganda, u 1994-yildagi Amerika Psixiatriya Assotsiatsiyasining "Ruhii kasalliklar diagnostikasi va statistik qo'llanmasida (DSM-4) va keyinchalik ICD-10da alohida shaxs sifatida ajratilganligini ta'kidlash muhimdir. Turli tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, ushbu sindrom ular tomonidan tekshirilgan bolalarning 10-70 foizida qayd etilgan, bu ham ushbu muammoning yanada dolzarbligini bildiradi [15, 24, 30, 35, 44, 46].

Erta, maktabgacha va boshlang'ich maktab yoshidagi DYGS bo'lgan bolalarning neyropsixologik va jismoniy rivojlanishini, organizm faolligini o'rganish lozim. Ushbu yondashuv DYGS bo'lgan bolalarning turli yoshdagi davrlarida ontogenetik shakllarini va rivojlanish sur'atlarini ochib beradi. Shuning uchun DYGS bilan kasallangan bolalar maktabgacha yoshdagi davrda intellektual rivojlanishni erta tashxislash va tuzatishga muhtoj, bunda bola miyasining kompensatsion imkoniyatlari yuqori bo'lib, bu doimiy patologik ko'rinishlar paydo bo'lishining oldini olishga yordam beradi [7]. Shu sababli, somatik va ruhiy salomatlik holatining yoshga bog'liq xususiyatlarini, jismoniy va neyropsixologik rivojlanish shakllarini, DYGS bilan og'rigan va o'zlashtirish ko'rsatgichlari kechikishining turli darajasidagi bolalarni yanada chuqurroq o'rganish muhimdir. Bunday yondashuv DYGS bilan kasallangan bolalarda rivojlanishning prognozini, sog'lig'ining buzilishini, uning klinik va yoshga bog'liq polimorfizmini tushuntirib berishi, bolalarning maktabda o'zlashtirishga tayyorligini va ularning moslashish darajasini aniqlashi mumkin [23,40, 43].

DYGS bo'lgan bolalarda emotsional buzilishlarning tabiati ruhiy-psixologik rivojlanish buzilishlarining og'irligiga bog'liq: yengil buzilishlar bilan faol norozilik reaksiyalari (yetarli darajada g'azablanish, intizomni buzish) ustunlik qiladi, aniq buzilishlar bilan, passiv norozilik reaksiyalari (o'yin, kognitiv, ijtimoiy faollik, uyqu va ishtahaning buzilishi). Boshlang'ich maktab yoshida ular xavotirli, hissiy jihatdan beqaror, sezgir, gipertipik xarakter turlarining yuqori chastotasi bilan ajralib turadi, bu nevrologik kasalliklarning paydo bo'lishiga sabab bo'luvchi omil bo'lib, shuning uchun bunday bolalarning tengdoshlari bilan muloqotga kirishishda muammolar yuzaga keladi. DYGS 7 yoshli bolalarda maktab boshlanishiga moslashish davri bo'lib,og'ir psixo-nevrologik rivojlangan bolalar

uchun maktabdagi o'quv jarayoni aniq emotsional stress, past aqliy ishlash bilan kechadi. Charchoqning erta rivojlanishi, o'quv yilida vegetativ regulyatsiya tarangligi, ruhiy-psixologik rivojlanishning yengil buzilishlari kuzatiladi. Ulardagi dizadaptatsiyaning buzilishi nevrologik kasalliklarning kuchayishi, o'tkir kasallanishning ko'payishi va tana vaznining pasayishi kabi holatlar bilan ham namoyon bo'lishi mumkin. DYGS bolalarda ta'limning boshida dizadaptatsiya buzilishining oldini olish va ularda psixosomatik buzilishlar shakllanishi uchun erta va maktabgacha yoshda sindromni erta tashxislash va tuzatish zarur. Kasallik uzoq davom etishi va terapevtik samaradorligi pastligi bilan ajralib turadi. DYGS bilan kasallangan bolalarning vaqtida davolanmasligi ijtimoiy jihatdan xavf tug'dirishi mumkin, chunki ular odatlanib qolgan kasalliklarni va ijtimoiy bo'lmagan xatti-harakatlarning rivojlanishiga juda moyil. DYGSli bolalarning taxminan 45 foizga yaqini voyaga yetmoqda.

DYGS bo'lgan bolalarda klinik tekshiruv, uzoq muddatli kompleks davolash va buzilishlarni psixologik tuzatish masalalari to'liq o'rganilmaganligicha qolmoqda. Bolalarda diqqat yetishmovchiligi va giperfaollik sindromida davolash bo'yicha taklif etilayotgan kompleks tizimli yondashuv, shu jumladan miqdoriy farmakoensefalografiya ma'lumotlari, psixofarmakoterapiya, fizioterapiya, individual, guruh va oilaviy psixoterapiya usullaridan foydalanish nafaqat asosiy kasallikni, balki birga keladigan buzilishlarni xotira, harakat buzilishi va psixopatologik simptomlarni yo'qolishiga yordam beradi. Rehabilitatsiya bo'yicha taklif qilingan yondashuvlar hozirgi kunda asosan nevrologlarga qaratilgan. Shu sababli DYGS bilan kasallangan bolalarni erta yoshdan boshlab rehabilitatsiya qilish uchun keng qamrovli tizim, shu jumladan uzoq muddatli keng qamrovli dispanser kuzatuv, davolash, individual rivojlanish dasturi va ta'limni boshlash bo'yicha tavsiyalarni ishlab chiqish muhimdir. Erta, maktabgacha va boshlang'ich maktab yoshidagi bemor bolalar nafaqat yuqori miya funktsiyalari rivojlanishini rag'batlantirishga, balki hissiy stressni kamaytirishga, vegetativ regulyatsiyani barqarorlashtirishga qaratilgan oilaviy, ijtimoiy va tibbiy-psixologik-pedagogik tuzatishga muhtoj. DYGSni davolashda asosan psixostimulyatorlar, antidepressantlar, antikonvulsantlar va nootrop guruhiga kiruvchi dori vositalari qo'llaniladi. Shunga qaramay, ushbu bosqichda neyrofarmakologik tuzatish bir qator muhim salbiy xususiyatlarga ega: dorilarning ta'siri vaqtinchalik va preparat to'xtatilganda DYGS alomatlari yana qaytadi va preparatni uzoq muddat foydalanish buzilishlarga olib kelishi mumkin.

Transkraniyal magnit stimulyatsiyasi (TMS) ning paydo bo'lishi va tibbiyotda ishlatilishi. Markaziy va periferik asab tizimining funktsional holatini baholashda klinik amaliyotda kasalliklarning patogenetik mexanizmlari to'g'risida tushunchalarni sezilarli darajada kengaytiradigan yangi usullarni joriy etishga olib keldi. So'nggi yillarda tez rivojlanayotgan bunday usullardan biri transkraniyal magnit stimulyatsiyasini (TMS) o'z ichiga oladi.

1896 -yilda A-D'Arsonval odamlarda birinchi marta magnit stimulyatsiyasi qilishni amalga oshirdi. Yan 1902 yilda Pivo B. va 1910 yilda Tompson mustaqil

ravishda ta'rifladilar. 1985 -yilda Sheffild universitetining bir guruh olimlari A.Barker boshchiligida inson bosh miya po'stlog'ini bosh suyagi suyaklari orqali stimulyatsiya qilishga qodir bo'lgan magnit stimulyator yaratdilar. Ushbu usul "transkraniyal magnit stimulyatsiyasi" deb nomlandi. Zamonaviy tibbiyotda ham miyani stimulyatsiya qilishning turli usullarini qo'llashga bo'lgan qiziqishning ortishi o'zini oqlamoqda. Bu esa nevrologiya va psixiatriyada stimulyatsiya usullarini (transkraniyal magnit stimulyatsiya, elektr stimulyatsiyasi, intraserebral stimulyatsiya) qo'llash bo'yicha tadqiqotlarga turtki berdi. Biroq, ko'plab ishlarda aks ettirilgan eng katta e'tibor transkraniyal magnit stimulyatsiyani (TMS) ishlatishga bag'ishlangan. Transkraniyal magnit stimulyatsiya yordamida odamning markaziy asab tizimining turli qismlarining strukturaviy va funksional xususiyatlarini o'rganish, turli xil nevrologik bemorlarda uning ishlash samaradorligini aniqlash va yangi ijobiy natijalarga erishish mumkin.

TMS - bu miya tuzilmalariga induksion oqimlarni keng umumlashtirmasdan mahalliy ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, o'zgaruvchan magnit maydon bir qator o'ziga xos xususiyatlarga ega bo'lib, ulardan foydalanishni afzaldir. Xususan, impuls ta'sirida, elektr maydoniga nisbatan xavfsizlik yaxshiroq ta'minlangan va issiqlik effekti mavjud emas, yurak ritmining buzilishini o'zgartirmaydi. Vizual tizimning miya po'stlog'idagi bog'lanishlarini tashkil qilishni transkraniyal magnit stimulyatsiyasi yordamida o'rganish vizual ma'lumotni tahlil qilish va qayta ishlashning turli mexanizmlarini aniqlashtirishga va yaxshilashga imkon beradi. TMS usuli nevrologik kasalliklarda ham keng qo'llaniladi. Ritmik TMS depressiya va unga aloqador boshqa psixologik kasalliklar bo'yicha tadqiqotlarda qo'llanilgan. So'nggi yillarda depressiv kasalliklarni davolashda TMSni qo'llash bo'yicha adabiyotda eng ko'p sonli ishlar taqdim etildi. TMSning terapevtik ta'siri depressiv klinikali bemorlarda tasdiqlangan.

Transkraniyal magnit stimulyatsiya (TMS) - bu miyaning ta'sirlangan hududlarida asab hujayralarini qo'zg'atadigan zamonaviy invaziv bo'lmagan usul, bu ularning faollashishiga va bemorning nutqini va yuqori aqliy funktsiyalarini ta'minlash jarayoniga qo'shilishiga olib keladi. Transkraniyal magnit stimulyatsiya (TMS) miya yarim korteksidagi asab aloqalarini tiklashga yordam beradi. Tibbiyotda TMS paydo bo'lishi miya yarim korteksining tuzilmalarini invaziv bo'lmagan va maqsadli ravishda rag'batlantirishga imkon berdi. Magnit impulslar, masalan, mahalliy zararlanish markaziga, faollashtirishni talab qiladigan maydonga yoki faollikning pasayishiga yo'naltirilishi mumkin. Ta'sir turidan qat'i nazar, miya yarim korteksining to'qimalarida hujayralararo o'zaro ta'sir yaxshilanadi va metabolizmning barcha turlari qon mikrosirkulyatsiyasi normallasadi. Markaziy asab tizimining keng ko'lamlil zararlanishlari bo'lgan bolalar va kattalardagi kognitiv funktsiyalar yaxshilanishi kuzatilmoqda. TMS ning miya yarim korteksining joylariga ta'siri psixik funktsiyalar uchun zarur bo'lgan neyronlarni stimulyatsiya qilishga imkon beradi.

Bolalarning rivojlanishini to'g'rilash uchun TMS quyidagi kasalliklarda uchun ishlatish mumkin: alaliya, dizatriya, nutqni rivojlanishining kechikishi, aqliy

zaiflik, bolalik afazi, erta yoshdagi autizm, autizm spektri buzilishi, aqliy zaiflik, genetik sindromlar, logonevroz (duduqlanish), gipoksiya oqibatlari, turli xil kelib chiqadigan ensefalopatiyalar va hokazolarda. Shu uchun ham DYGSda TMSni qo'llab ko'rish lozim, negaki bu ko'pgina bolalardagi nevrologik kasalliklarda samarali natija bermoqda.

Shunday qilib yuqoridagilarga asoslangan holda quyidagi xulosani aytishimiz mumkinki zamonaviy va og'riqsiz TMS texnikasidan foydalangan holda bolalardagi turli nevrologik kasalliklar shu qatori DYGSni davolashda ham qo'llab ko'rish va o'zgarishlarni o'rganish, shubhasiz, zamonaviy tibbiyotning dolzarb vazifalaridandir. Shunday qilib, quyidagi xulosani aytishimiz mumkinki DYGSni bemor bolalar hayotidagi nevrologik, ruhiy-psixologik o'zgarishlarni va ijtimoiy hayot tarziga salbiy ta'sirini oldini olish uchun imkon qadar erta tashxislash va davolash uchun har tomonlama samarali davo usullarni ishlab chiqish lozim. Zero, bunday bolalarning kelajakda shaxs sifatida shakllanishida va hayotda o'z o'rnini topishda katta ahamiyat kasb etadi. Shuning uchun DYGSning samarali davosiga erishish uchun yangi innovatsion, noinvaziv TMS orqali davolash usullarini ishlab chiqish va kelajakda amaliyotga joriy etish lozimdir.

Foydalanilgan adabiyotlar

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 2000. 496 с.
2. Александровский Ю.А. Некоторые парадоксы современной психиатрической и психофармакотерапевтической практики // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина, 2005. -Т.7. -№1. С.4-7.
3. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медицина, 1984. - 576 с.
4. Бадалян, Л.О. Синдром дефицита внимания у детей / Л.О. Бада-лян, Н.Н. Заваденко, Т.Ю. Успенская // Обозр. психиатр, и мед. психол. - 1993. - № 3. - С. 74-90.
5. Брызгунов, И.П. Дефицит внимания у детей / И.П. Брызгунов, Е.В. Касатикова. -М.: Медпрактика, 2002. 128 с.
6. Бессонова Ю.В. Индикаторы перинатальных повреждений головного мозга плода и новорожденного ребенка.: Автореф. дис. .канд. мед. наук. М., 1996.-24 с.
7. Бондаренко Е.С., Шереторова Д.Ч., Зыков В.П. Современные подходы к патогенезу и реабилитации детей с заболеваниями нервной системы. //Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2000.- №2.-С.40-45.
8. Бочарова Е.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г. Медико-социальные факторы риска в формировании отклонений в психическом и речевом развитии в детском возрасте. //Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2002.-№4.-С.39-42.
9. Вейн А.М. Классификация вегетативных нарушений. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 1988. - т.88. -№10.-С. 9-12.

10. Винокуров Л.Н. Роль нервно-психических нарушений в возникновении неуспеваемости у младших школьников: Автореферат диссертации на соискание ученой степени канд. мед. наук. М., 1974.-24 с.
11. Володин Н.Н., Медведев М.И., Рогаткин С.О. Перинатальная энцефалопатия и ее последствия — дискуссионные вопросы семиотики, ранней диагностики и терапии // Российский педиатрический журнал.-2001.- №1.- С.4-8.
12. Володин Н.Н., Рогаткин С.О., Шкловский В.М., Асмолова Г.А. Формализованные подходы к оценке нервно-психического развития детей раннего возраста перинатальной патологией. // Российский вестник перинатологии и педиатрии Т.48, №6, 2003 С. 38-41.
13. Гудимова В.В. Роль перинатальной патологии в генезе нарушений раннего постнатального развития детей: Автореф. дис.канд. мед. наук М.,1997.-21с.
14. Заваденко, Н.Н. Клинико-психологическое исследование школьной дезадаптации: ее основные причины и подходы к диагностике / Н.Н. Заваденко, А.С. Петрухин, Т.Ю.Успенская и др. // Неврологический журнал. 1998. - № 6. - С. 13-17.
15. Заваденко Н.Н. и др. Лечение минимальных мозговых дисфункций у детей: терапевтические возможности инстенона // Русский медицинский журнал, 2005. Т.13. - № 12. - С.828-835.
16. Калашникова Т.П. Специфические расстройства обучения у детей младшего и школьного возраста // Педиатрия. 2002. - №5. - С.47-49.
17. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. М.: Медицина, 1979. - 608 с.
18. Ковалев В.В. Расстройства речи в детском возрасте с позиции концепции психического дизонтогенеза. // Проблемы патологии речи: Тезисы Всесоюзного симпозиума, Москва, октябрь 1989. Москва, 1989. - С.5-6.
19. Кравцов Ю.И., Аминов Ф.Х. Вегетативные нарушения у доношенных новорожденных с гипоксическим поражением головного мозга. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1997. - №12. - С.74-75.
20. Кривоногова Т.С., Черновская Л.К., Матвеева Л.А., Тропова Т.Е. Малые мозговые дисфункции и нарушение памяти у детей дошкольного возраста // Российский педиатрический журнал. 2003. - №3. - С. 11-13.
21. Крук И.В. Церебростенические состояния у детей дошкольного возраста. Киев: Здоровье, 1990. - 132с.
22. Кучма В.Р., Брызгунов И.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей. М,- Мед. Академия им. И.М.Сеченова.-1994.- 43 с.
23. Лицев А.Э. Ранние признаки ММД у детей. В сб. "Актуальные вопросы клинической педиатрии, акушерства и гинекологии" Киров, 1993 - С.224

24. Лазебник Т.А. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома нарушения внимания с гиперактивностью у детей. Методическое пособие/ Т.А. Лазебник, Л.С. Чутко, Ю.Д. Кропотов, А.С. Иова СПб: СПб МАЛО, 2002. - 48 с.
25. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2004. - 144 с.
26. Ломосков В.А., Шиляева Г.П., Кондрашина М.Р. и др. Методика исследования вегетативного статуса и диагностика его отклонений от нормы у детей: Методические разработки. Иваново, 1992. - 28с.
27. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. - 373с.
28. Осипенко Т.Н., Белоусова Е.Д., Котляров П.М., Скворцов Н.А. Компьютерно-томографическая морфометрия головного мозга при ММД у детей 5-7 лет.// Журнал неврологии и психиатрии — 1994 т. 94, №3 - С.12-16.
29. Пальчик А.Б. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных/ А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов СПб: Питер, 2000. - 224 с.
30. Пальчик А.Б. Эволюционная неврология. СПб: Питер, 2002. - 384 с.
31. Русова Т.В. Возрастные закономерности физического, интеллектуального развития, системной деятельности организма школьников 6-11 лет и их заболеваемость. // Автореф. дис. доктора медицинских наук. Иваново, 1996. - 38с.п
32. Самсыгина Г.А. Новые технологии в диагностике и профилактике инвалидизирующих нарушений у детей раннего возраста. // Педиатрия. - 1995. -№4. С.95-97.
33. Тржесоголава З. Легкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986. - 256с.
34. Трошин В.Д., Чекалова Н.Г. Семиотика отдаленного периода натальной травмы мозга у детей старшего дошкольного возраста.// Родовые повреждения головного и спинного мозга: Сб. науч. тр. Казань, 1979. - С.77-78.
35. Фесенко Ю.А. Монополярные пограничные психические расстройства у детей. СПб: НАУКА-ПИТЕР, 2007. - 232 с.
36. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы)/Под ред. А.А.Баранова, Л.А. Щеплягиной.- М.- 2000.-587 с.
37. Чаша Т.В. и др./Актуальные проблемы здоровья семьи.- Иваново, 2000.- С.199-202., С.220-224.
38. ЮО.Малышев В.Г. К оценке гемодинамики головного и спинного мозга при экспериментальной травме шейного отдела позвоночника// Перинатальная неврология. Казань.- 1983.-С.455.

39. Юб.Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. /ВОЗ.- Женева.-1995.-Т.1.- Ч.1-С379.386.
40. Яременко Б.Р., Яременко А.Б., Горянова Т.Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей: Этиология. Патогенез. Диагностика. Коррекция. Профилактика.- СПб.: Салит: ДЕАН, 1999.- 125с.
41. Adams M.S. Management of attention deficit disorders. // J.Natl. Med. Association. 1983.-75 (2). - P.I 87-189.
42. American academy of pediatrics. Clinical practical guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention deficit / hyperactivity disorder//Pediatrics.-2000.-Vol. 105.-P. 1158-1170.
43. Berger E., Berger-Mergulies J. Frequency of minor nervous dysfunction in school children.// J. Neurol. 1978. - Vol.219. - N3. - P.205-212.
44. Goldman M. et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit/ Hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA, 1998. Vol. 279. -№ 14. -P.1 100-1117.
45. Greenhill L.L. Pharmacologic treatment of attention deficit hyperactivity disorder. // Psychiatr Clin North Am. 1992. - 15. - P.I-27.
46. McGough J. J. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Moving Beyond DSM-IV/ J. J. McGough, J. T. McCracken// Am. J. Psychiatry, 2006. -Vol. 163 (10). P. 1673 - 1675.
47. Myers G. Where's the hyperactive child going? // J. Pediatrics. 1976. - Vol.57.-N1.-P.1-3.222.(Piaget J.) Пиаже Ж. Речь и развитие ребенка.- СПб, «Союз», 1997.- 256 с.
48. Schawitz, S.E. Diagnostic and management of attention deficit disorder: a pediatric perspective / S.E. Schawitz // Pediatr. Clin, of North Amer. 1984 - Vol. 31(2). - P. 429-437.
49. Thorley G. Huperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. // British. J. Psychiatry. 1984. - 144. - P. 16-24.