**Синдром дефицита внимания с гиперактивностью. (СДВГ)** 

Минимальная мозговая дисфункция (ММД) - это лёгкие функциональные нарушения в работе мозга, чрезвычайно распространенные среди детей раннего возраста (не менее 60-80 %). ММД проявляется у малыша повышенной двигательной активностью, импульсивностью, эмоциональной неустойчивостью (лабильностью) и невнимательностью. При всей этой картине отсутствует выраженная неврологическая симптоматика, интеллектуальное развитие соответствует возрастной норме, а иногда и опережает. Первое описание этого состояния появилось около 150 лет назад. В настоящее время в Европе и Америке есть даже специальность – педиатр, занимающийся вопросами нарушения поведения и развития детей.

Термин ММД чаще всего употребляется для детей первых 2-3 лет. Затем, у более старших детей стали употреблять термин «Синдром дефицита внимания с гиперактивностью». В последние годы в группе СДВГ выделяют две подгруппы: с наличием гиперактивности (80-90%), и без гиперактивности (10%детей).

Изучение этого вопроса начали с детей школьного возраста. Оказалось, что среди всех детей младшего школьного возраста он (синдром) встречается до 20-30 %, причем до 12 лет в 2-4 раза чаще у мальчиков. В подростковом периоде происходит выравнивание этого показателя, а среди 20-25 – летних наблюдается обратная тенденция, то есть в 2 раза преобладают девушки (у девочек более младшего возраста меньшая степень специализации больших полушарий головного мозга, что обеспечивает им большой резерв компенсаторных функций по сравнению с мальчиками).

С точки зрения физиологии для созревания мозговых структур наиболее критическими считаются периоды 3-10 мес.,2-4 года,6-7 лет,9-10 лет, а также период полового созревания. После 14 лет наблюдается значительное улучшение, особенно если проводилось коррекционное мероприятие.

**Основные причины развития заболевания, при котором происходит задержка созревания мозга:**

1. Медико-биологические факторы
2. Генетические
3. Психосоциальные

**Какие признаки ММД и СДВГ?**

В первую очередь это зависит от возраста ребенка. Так, уже в *период новорожденности* наблюдается повышенная активность, общее беспокойство, частый крик, нарушение сна (плохо засыпает, сон их непродолжительный и прерывистый) и аппетита ( нередко едят мало и плохо, часто срыгивают), изменения мышечного тонуса, признаки гипертензионно-гидроцефального синдрома и разные очаговые симптомы. В дальнейшем на фоне повышенной возбудимости и двигательного беспокойства отмечается некоторое отставание в психоречевом и моторном развитии( то есть позже начинают говорить, меньше словарный запас, при формировании речи возникают нарушения, которые относят к возрастным особенностям, позже поднимают голову, садятся, встают и т.д.) *После 1 года* более выраженным становится упрямство, некоторая задержка в формировании навыка опрятности. До поступления малыша в детский сад родители не считают поведение ребенка странным и не обращаются к специалисту (врачу). Но даже если обратились к нему, последние, как правило, не считают легкие неврологические нарушения основанием для постоянного наблюдения за ребенком. Для родителей большим открытием являются жалобы воспитателей, а затем и учителей на неуправляемость, невнимательность, неорганизованность, неспособность их ребенка справляться с предъявляемыми требованиями, неуклюжесть, что проявляется в нарушении мелкой моторики – неумение завязывать шнурки в ботинках, убрать кровать, лепить из пластилина, рисовать ( не могут обводить контуры, линии у таких детей получаются прерывистыми). Иногда случаются тики, сосание большого пальца, обкусывание ногтей, неправильный прием пищи, неряшливость. Ритм сна неправильный. Во время сна ребенок очень подвижен. Сон бывает либо поверхностным, либо очень глубоким. Дети, как правило меньше спят, чем их сверстники. Они являются источником беспокойства в коллективе, постоянно конфликтуют со своими сверстниками.



*При поступлении в школу* на первое место выдвигаются нарушения письма ( неправильное написание элементов букв, недописывание букв, «зеркальное» письмо), чтения, счета, правописания. Чем раньше отдают такого ребенка в школу и чем выше требования учителей, тем серьезнее проблемы в обучении и поведении. У них слабая кратковременная и долговременная память, слухоречевая память (плохо запоминают две группы по 3 слова и группу из 5 слов в заданном порядке), зрительная память (запоминание 5 букв и 5 фигур), низкая способность к абстрактному мышлению, моторная и речевая вязкость. Полученная информация в значительной степени быстро забывается. В поведении преобладает импульсивность и возбудимость с низким контролем за своим поведением. Их легко вывести из строя, плохо регулируют свое поведение. В то же время они очень доверчивы. Очень часто эти дети плохо успевают в школе, хотя в интеллектуальном развитии соответствуют возрастной норме, а порой и выше. Эти дети не могут использовать свои способности из-за расторможенности, импульсивности, легко возникающей утомляемости. Для них характерна быстрота реакции, но поспешные ответы чаще всего неправильны. Они торопятся и начинают выполнять задание, не дослушав учителя. Увидев, что выполняют его неправильно, но не в состоянии переделать, бросают его и начинают заниматься своими делами: встают во время урока, гуляют по классу, едят булочку, мешают другим детям, играют в игрушки и т.д. Результативность подобной «брызжущей» активности невысока. Именно в этот период чаще всего родители обращаются за консультацией к специалисту.

Нельзя забывать, что значительно реже, но бывает СДВГ без гиперактивности. Такие дети пассивны, спят на ходу, невнимательны на уроках, витают в облаках. Для них характерна замкнутость, тревожность. Иногда на этом фоне бывают приступы агрессии. Но в целом они не доставляют столько хлопот взрослым, поэтому с такими детьми редко обращаются за помощью к специалисту, хотя у них также нередко развивается школьная дезадаптация.



При СДВГ дети очень часто нуждаются в занятиях с ЛОГОПЕДОМ; у них нередко заболевания органов зрения (близорукость, косоглазие, астигматизм), сердечно-сосудистой системы ( функциональные кардиопатии), ЛОР- органов(гипертрофия миндалин, аденоиды, заболевания носоглотки), костно-мышечной системы(плоскостопие, нарушенная осанка), аллергические реакции.

**Лечение СДВГ.**

Лечение должно быть комплексным и включать:

1. Двигательную активность.
2. Психолого-педагогическую коррекцию.
3. Медикаментозную терапию.

1.Дети с СДВГ нуждаются в большем высвобождении энергии, чем здоровые. Поэтому в режим дня нужно включать длительные физические нагрузки. Но не все виды физической активности могут быть показаны таким детям. Следует избегать игр, где есть соревнования, показательные выступления, а также виды спорта со статической нагрузкой (силовое троеборье, например). Рекомендуются физические упражнения в виде длительного, равномерного тренинга легкой и средней интенсивности, длительные прогулки, бег «трусцой», плавание, лыжи, езда на велосипеде. При постоянной физической нагрузке снижается стресс-реактивность, повышается адаптивная приспособляемость организма. Однако, нужно следить , чтобы дети не переутомлялись.

2.СДВГ- это заболевание не только ребенка, но и окружающих взрослых, прежде всего матери, которая наиболее часто с ним контактирует. Мать гиперактивного ребенка излишне раздражена, у нее часто снижено настроение. Необходимо, чтобы мама поняла причины поведения ребенка и правильно отнеслась к возникшим проблемам. (СМ. РЕКОМЕНДАЦИИ РОДИТЕЛЯМ).

3. В России психостимуляторы не зарегистрированы и не используются у детей, тем более, что эффект от них кратковременный и возможно привыкание к ним.

Необходимо помнить, что улучшение в поведении ребенка проявится не сразу, однако при постоянных занятиях и соблюдении рекомендаций к 12-14 годам можно добиться значительного снижения признаков заболевания.

**Рекомендации родителям гиперактивного ребенка.**



1. В своих отношениях с ребенком придерживайтесь «позитивной модели». Хвалите его в каждом случае, когда он этого заслужил.
2. Не прибегайте к физическому насилию.
3. Чаще говорите слово «ДА», избегайте слов « НЕТ» и «НЕЛЬЗЯ».
4. Если вы что-то запрещаете, постарайтесь объяснить, почему это делаете.
5. Поручите ему часть домашних дел ( например, покупать хлеб).
6. Избегайте завышенных или заниженных требований к ребенку.
7. Определите ребенку рамки поведения - что можно и что нельзя.
8. Вызывающее поведение Вашего ребенка – способ привлечь Ваше внимание. Проводите с ним больше времени: играйте, учите, как правильно общаться с другими людьми, как вести себя в общественных местах.
9. ПОДДЕРЖИВАЙТЕ ДОМА ЧЁТКИЙ РАСПОРЯДОК ДНЯ!
10. Дома создайте ребенку спокойную обстановку.
11. Если ребенку сложно учиться, не требуйте от него высоких оценок по всем предметам. Достаточно иметь хорошие отметки по 2-3 основным.
12. Создайте дома рабочее место таким образом, чтобы его не отвлекал телевизор , плакаты и т.п. Ничто не должно отвлекать его внимание.
13. Избегайте по возможности больших скоплений людей.
14. Оберегайте ребенка от переутомления.(Например, долгое сидение перед телевизором, игры в PSP).
15. Старайтесь, чтобы ребенок высыпался.
16. Помните! Ваше спокойствие – лучший пример для ребенка.
17. Давайте ребенку больше возможности расходовать избыточную энергию. Полезна ежедневная физическая активность на свежем воздухе – длительные прогулки, бег, спортивные занятия. Но не переутомляйте ребенка!!!
18. Воспитывайте у ребенке интерес к какому-нибудь занятию. Ему важно ощущать себя умелым и компетентным в какой – либо области.

**Рекомендации учителям по работе с гиперактивными детьми.**



1. Введите знаковую систему оценивания. Хорошее поведение и успехи в учёбе вознаграждайте. Не жалейте устно похвалить ребёнка, если он успешно справился даже с небольшим заданием.

2. Изменяйте режим урока - устраивайте минутки активного отдыха с лёгкими физическими упражнениями и релаксацией.

3. В классе желательно иметь минимальное количество отвлекающих предметов (картин, стендов). Расписание занятий должно быть постоянным, так как дети с синдромом часто забывают его.

4. Работа с гиперактивными детьми должна строиться индивидуально. Оптимальное место для гиперактивного ребёнка - в центре класса, напротив доски. Он всегда должен находиться перед глазами учителя. Ему должна быть предоставлена возможность быстро обращаться к учителю за помощью в случаях затруднений.

5. Направляйте лишнюю энергию гиперактивных детей в полезное русло - во время урока попросите его вымыть доску, собрать тетради и т.д.

6. Вводите проблемное обучение, повышайте мотивацию учеников, используйте в процессе обучения элементы игры, соревнования. Больше давайте творческих, развивающих заданий и наоборот, избегайте монотонной деятельности. Рекомендуется частая смена заданий с небольшим числом вопросов.

7. На определённый отрезок времени давайте лишь одно задание. Если ученику предстоит выполнить большое задание, то оно предлагается ему в виде последовательных частей, и учитель периодически контролирует ход работы над каждой из частей, внося необходимые коррективы.

8. Давайте задания в соответствии с рабочим темпом и способностями ученика. Избегайте предъявления завышенных или заниженных требований к ученику с СДВГ.

9. Создавайте ситуации успеха, в которых ребёнок имел бы возможность проявить свои сильные стороны. Научите его лучше их использовать, чтобы компенсировать нарушенные функции за счёт здоровых. Пусть он станет классным экспертом по некоторым областям знаний.

10. Совместно с психологами помогайте ребёнку адаптироваться в условиях школы и классном коллективе - воспитывайте навыки работы в школе, обучайте необходимым социальным нормам и навыкам общения.

**Литература**

1. Бабинцев М.В. Особенности состояния здоровья юношей, перенесших перинатальные поражения ЦНС на этапе подготовки к военной службе // автореф. дисс. канд.мед.наук. - Смоленск, 2006. - 24 с.

2. Громова О.А. Красных Л.М., Лиманова О.А. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью - возможности коррекции // Российский педиатрический журнал.- № 2. -2005. - С. 17-22.

3. Заваденко Н.Н., Петрухин А.С., Соловьёв О.И. Минимальные мозговые дисфункции у детей // - М.: ЭБЕВЕ. - 1997. - 73.с.

4. Косницкая Е.А. Оценка адаптационных возможностей у детей с использованием современной автоматизированной технологии // автореф. дисс... канд.мед.наук. - М. - 2006. - 18 с.

5. Кучма В.Р., Платонова А.Г. Дефицит внимания с гиперактивностью у детей России. Распространённость, факторы риска и профилактика // М.: РАРОГЬ, 1997. - 200 с.

6. Ноговицына О.Р. Левитина Е.В. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью6 распространенность. Диагностика и коррекция у детей // Российский педиатрический журнал. - № 3. - 2005. - С. 18-21.

7. Потапчук А.А. Средства лечебной физкультуры в управлении физическим состоянием дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата // автореф. дисс... докт.мед.наук. - Спб., 2005. - 43 с.

8. Суворинова Е.В. Лечение ноотропами детей с минимальными мозговыми дисфункциями // // автореф. дисс... канд.мед.наук. - М.- 2000. - 24 с.

9. Тржесоглава З. Лёгкая дисфункция мозга в детском возрасте. - М.- Медицина. - 1986. - 256 с.