

# АСТЕНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ

Л.С. Чутко, д. м. н., профессор, Институт мозга человека имени Н.П. Бехтерева Российской академии наук

**Ключевые слова:** астенические расстройства, неврастения, резидуальная астения, церебро-астенический синдром, Пантогам®, Нооклерин®.

**Key words:** asthenic disorders, neurasthenia, residual fatigue, cerebral asthenic syndrome, Pantogam®, Nooclerin®.

Статья посвящена проблеме астенических расстройств у детей. Астенические расстройства являются одним из наиболее частых нервно-психических заболеваний возраста. Под астенией понимают патологическую усталость после нормальной активности, сопровождающуюся снижением энергии, необходимой для обеспечения нормальной жизнедеятельности и внимания, резкое снижение работоспособности. С учетом этиологии, патогенеза и клинических проявлений разработана систематизация астенических состояний у детей. Показана высокая эффективность препарата Пантогам® в лечении цереброастенического синдрома и препарата Нооклерин® в лечении неврастении.

В.М. Бехтерев писал: «Как болезнь, неврастения даже не признается серьезным страданием, а между тем, что может быть мучительнее того состояния, когда человек физически представляется относительно здоровым... и вместе с тем, имея в общем достаточно умственных сил, не может пользоваться ими по причине своего болезненного состояния» [1].

Астения относится к числу распространенных патологических состояний. А. Farmer и соавт. (2004) регистрировали признаки астении у 1,3% подростков [2]. По данным К. Rimes и соавт. (2007), S. Nijhof и соавт. (2011), данная патология достоверно чаще встречается у девочек [3,4]. Проведенные нами ранее исследования, показали, что астенические расстройства отмечаются более чем у 50% детей со школьной дезадаптацией [5]. По мнению E. Crawley и соавт. (2011), данная патология является одной из основных причин пропуска школьных занятий [6].

Традиционно выделяют физиогенные, психогенные и мультифакториальные (соче-

танное воздействие физических и психологических факторов) формы астении [7]. Однако в клинической практике тяжело выделить астению, возникающую под действием только психологических или только биологических факторов. Так, А. Kreindler (1963), говоря о психогенной природе астении, признает значимость цереброгенных, соматогенных факторов в развитии заболевания [8]. С другой стороны, подчеркивается значимость психотравмирующих воздействий для формирования цереброгенных и соматогенных астений. Соматические заболевания могут снижать порог чувствительности к психогении [9].

В детской практике требуется дополнительная дифференциация астенических состояний. Так, еще С.С. Мнухин предлагал выделение «резидуальной церебрастении с запаздыванием школьных навыков». Низкая работоспособность в таких случаях сочетается с невнимательностью, снижением памяти, замедленным формированием учебных навы-

ков, трудностями в контроле школьных навыков [10].

С учетом этиологии, патогенеза и клинических проявлений нами предложена следующая систематизация астенических состояний у детей.

1. *Цереброгенная астения* является следствием верифицированного поражения головного мозга чаще травматического или нейроинфекционного генеза, часто сочетается с другими проявлениями гипертензионно-гидроцефального синдрома. Данная форма характеризуется выраженной истощаемостью, очень низкой трудоспособностью. В дальнейшем на фоне уменьшения истощаемости присоединяются проявления эксплозивности.

2. *Соматогенная астения* является следствием или одним из проявлений соматического заболевания. Тяжесть астении определяется выраженностью соматического заболевания.

3. *Резидуальная астения* является последствием выраженной перинатальной патологии. В анамнезе у таких детей можно встретить явную патологию перинатального периода (недоношенность, гипоксически-ишемическую энцефалопатию, родовые травмы), отставание в психомоторном развитии в течение первого года жизни, задержку речевого развития. Необходимо отметить выраженные проявления как невнимательности, так и гиперактивности/импульсивности. Последние приобретают характер расторможенности. Для таких детей характерны: смена настроения, плаксивость, быстрый переход от состояния оживления к апатии. Кроме этого, можно отметить снижение памяти, относительно бедный словарный запас, слабую выраженность интеллектуальных интересов. Клиническая картина в таких случаях носит относительно постоянный характер. При неврологическом осмотре у таких детей можно заметить нарушения мелкой моторики (диспраксию, элементы мозжечковой атаксии). Частыми сопутствующими расстройствами при таком варианте являются дисграфия, дислексия, энурез.

4. *Дизонтогенетическая астения* характеризуется преобладанием умеренной утомля-

мости, невнимательности. Клиническая картина при сравнении с предыдущей формой отличается меньшей тяжестью. В основе данной патологии могут находиться отдаленные последствия незначительной гипоксически-ишемической энцефалопатии. Гиперактивность не регистрируется, но поведение детей может характеризоваться капризностью, раздражительностью. Клиническая картина носит лабильный характер, а ухудшение состояния отмечается чаще в весенний и осенний периоды. В качестве коморбидных нарушений при данной форме часто встречаются тики и заикание.

5. *Неврастения*. Клиническая картина очень похожа на проявления предыдущей формы, но проявления заболевания определяются острой или хронической психотравмирующей ситуацией, интенсивность клинических проявлений определяется изменением внешней ситуации. При этом не отмечается значительного снижения внимания, памяти. Выявляется отчетливая реакция личности на снижение работоспособности. Такие пациенты могут жаловаться на «плохую память», однако при проверке это не подтверждается. Дети стремятся справиться с субъективно значимой ситуацией при нехватке для этого сил. Кроме того, следует отметить повышенный уровень тревожности, трудности при засыпании, головные боли напряжения. Данная форма чаще встречается в старшем школьном возрасте. Для пациентов с неврастенией характерна повышенная чувствительность к громким звукам, шуму, яркому свету. Помимо этого отмечается повышенная чувствительность к ощущениям из внутренних органов, что находит отражение в многочисленных соматических жалобах.

Неврастенический симптомокомплекс является наиболее распространенным в клинике неврозов. Неврастения чаще встречается в старшем школьном возрасте.

При неврастении имеет место исходное противоречие между требованиями родителей и возможностями детей, которые не могут утвердить себя в каких-то значимых

сторонах жизни. Это противоречие можно расценивать как конфликт самоутверждения или социального соответствия, выражаемый страхом или базальной тревогой быть не тем, кто принят, одобряем, пользуется уважением (авторитетом) в семье и группе сверстников. Конфликт самоутверждения при неврастении часто встречается в дошкольном возрасте как проявление формирующегося «я», а также в младшем школьном возрасте при формировании чувства обязанности, ответственности и долга (объединяемых понятием «совесть») и потребности быть тем, кто находит принятие и понимание в группе [11].

Особенностью астенических расстройств последнего времени является несомненное учащение соматизации в виде вегетативных нарушений и головных болей. Результаты проведенного нами вегетологического обследования свидетельствовали о наличии у подростков с неврастением вегетативной дисфункции. Данные психофизиологического исследования демонстрируют снижение уровня внимания и скорости реакции у подростков с неврастением [12].

Необходимо отметить, что разграничение вышеуказанных форм носит неабсолютный характер, так как многие проявления отмечаются при различных формах. Так, например, у всех пациентов отмечались жалобы на утомляемость, общую слабость, истощаемость, вялость, дневную сонливость. Вегетативные нарушения также могут сопровождать все формы астении.

Вместе с тем проведенные нами исследования показали, что у детей с резидуальной астенией зарегистрированы более высокие по сравнению с подростками с неврастением показатели общей и физической астении, а также пониженной активности. В то же время дети с неврастением по сравнению пациентами с резидуальной астенией характеризовались достоверно более высокими показателями психической астении и снижения мотивации. Высокий уровень тревожности регистрируется при всех формах астении, однако носит более высокий уровень при неврастении [12].

Одной из важнейших задач в лечении является создание комфортной психологической атмосферы, в которой ребенок не только ощущает себя в безопасности, но и успешно реализует свой потенциал. Поэтому усилия врача должны быть направлены на выявление его сильных сторон (умений, навыков, черт личности), что помогает ребенку ощутить себя успешным, повышает самооценку и мотивацию достижений и в других областях деятельности. Необходимо устранить неадекватное щадящее и избегающее нагрузок поведение. Образ жизни ребенка не должен отличаться от образа жизни здоровых сверстников. Рекомендуется стимулировать социальные контакты, хобби. Не рекомендуется переход детей с астенией на индивидуальное обучение.

При лечении астенических расстройств обычно используются ноотропные средства (**Пантогам**<sup>®</sup>, **Нооклерин**<sup>®</sup>, церебролизин, кортексин, мемоплант) и небензодиазепиновые транквилизаторы (адоптол, ноофен). Под ноотропными препаратами понимают лекарственные средства, положительно влияющие на высшие интегративные функции головного мозга, основным проявлением действия которых является улучшение процессов обучения и памяти при их нарушениях. В частности, при лечении детей и подростков с астеническими расстройствами широко применяется препарат **Пантогам**<sup>®</sup>, относящийся к производным гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). Использование **Пантогама** у детей младшего дошкольного возраста способствует ускорению психического развития детей за счет не только улучшения интеллектуальных предпосылок, но и стимуляции, собственно, аналитико-синтетической и психомоторной деятельности [13]. Препарат обладает ноотропным и противосудорожным действием. **Пантогам**<sup>®</sup> повышает устойчивость мозга к гипоксии и воздействию токсических веществ, стимулирует анаболические процессы в нейронах, сочетает умеренное седативное действие с мягким стимулирующим эффектом, уменьшает моторную возбу-

# Нооклерин®

ДЕАНОЛА АЦЕГЛУМАТ

*Хороший прогноз  
для активного дня!*

- Эффективен при лечении астении различного генеза
- Улучшает концентрацию внимания, процессы обучения
- Эффективен при лечении школьной дезадаптации
- Показан к применению у детей с 10 лет

## Краткая информация по применению препарата Нооклерин

**Состав:** ацетилглутаминовой кислоты (кислоты N-ацетил-L-глутаминовой) 13,6 г, деанола (2-(диметиламино)этанол) 6,4 г, метилпарагидроксибензоата 33 мг, пропилпарагидроксибензоата 16,7 мг, ксилитола (ксилита) 1,0 г, воды очищенной до 100 мл.

**Фармакотерапевтическая группа:** ноотропное средство.

### Показания к применению:

у детей 10 лет и старше: пограничные нервно-психические расстройства астенического и невротического характера, включая последствия черепно-мозговой травмы.

**Противопоказания:** Повышенная индивидуальная чувствительность к препарату, инфекционные заболевания ЦНС, лихорадочные и психотические состояния, заболевания системы крови, выраженные нарушения функции печени, почек, беременность и период лактации, возраст до 10 лет.

**Способ применения и дозы:** Лечебная суточная доза у детей 10-12 лет составляет 0,5-1,0 г (1/2-1 мерной ложки) Нооклерина, у детей старше 12 лет – 1-2 г (1-2 мерных ложки).

**Продолжительность курса лечения:** 1,5-2 месяца 2-3 раза в год.

**Условия отпуска из аптек:** Отпускают по рецепту.

**Производитель:** ООО «ПИК-ФАРМА», 125047, г. Москва, Оружейный пер., д. 25, стр. 1.




димность, активирует умственную и физическую работоспособность. **Пантогам**<sup>®</sup> быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта и проникает через гематоэнцефалический барьер. Препарат выпускается в таблетках по 0,25, 0,5 г и в виде 10%-го сиропа. Для детей разовая доза составляет 2,5–5 мл (0,25–0,5 г), суточная доза – 7,5–30 мл (0,75–3 г). Курс лечения составляет 1–2 месяца.

Проведенные нами исследования показали, что на фоне приема **Пантогама** происходит улучшение когнитивных функций у детей с цереброастеническим синдромом. Родители детей отмечали снижение таких астенических проявлений, как эмоциональная лабильность, истощаемость, отмечали улучшение внимания и повышение усидчивости. В динамике отмечалось улучшение координации движений, тонкой моторики. Результаты повторного электроэнцефалографического исследования показывают уменьшение функциональной незрелости головного мозга после курса **Пантогама**. Так, при сравнении данных количественной ЭЭГ отмечается: увеличение мощности волн альфа-диапазона в теменных и затылочных отведениях обоих полушарий, уменьшение мощности волн тета-диапазона в затылочно-теменных отведениях обоих полушарий. Необходимо подчеркнуть, что отмечалось лишь небольшое количество случаев нежелательного действия препарата в виде увеличения импульсивности у детей с изначально высоким уровнем данного показателя [14].

Другой ноотропный препарат, **Нооклерин**<sup>®</sup> (деанола ацеглумат) обладает церебропротективными свойствами с отчетливым ноотропным, психостимулирующим и психогармонизирующим действием при астенических состояниях, нарушениях памяти различного генеза. Данный препарат можно использовать у детей начиная с 10-летнего возраста. Полученные Ю.В. Поповым (2004) данные свидетельствуют, что этот препарат является эффективным и безопасным средством лечения астенических расстройств у подростков [15].

Проведенное нами исследование показало, что использование Нооклерина в лече-

нии неврастении у подростков характеризуется высокой эффективностью. Подростки из исследуемой группы принимали препарат **Нооклерин**<sup>®</sup> в дозе 2 г в сутки (по 1 ч. л. 2 раза в день – утром и днем) в течение месяца. Другой терапии в этот период не проводилось. После лечения отмечается достоверное снижение показателей утомляемости, астении. Наибольшее улучшение получено по шкалам общей и психической астении. Необходимо отметить достаточно быстрое появление положительных изменений. Результаты повторных психофизиологических и нейрофизиологических исследований после курса Нооклерина подтверждают клинические данные об уменьшении степени истощаемости и улучшении функционального состояния головного мозга после лечения. Немаловажно то, что применение Нооклерина не сопровождается выраженными нежелательными побочными эффектами и осложнениями. Переносимость терапии можно в целом охарактеризовать как хорошую. В редких случаях отмечались жалобы на трудности при засыпании. Других побочных явлений отмечено не было.

Повторное психофизиологическое исследование после курса Нооклерина выявило статистически достоверное уменьшение невнимательности, импульсивности и времени реакции. Данные электроэнцефалографического исследования после курса Нооклерина показали, что значительное клиническое улучшение сопровождалось перестройкой ритмической структуры ЭЭГ. Сравнительный анализ результатов электроэнцефалографического исследования показал, что после окончания курса Нооклерина регистрируется достоверное увеличение мощности альфа-ритма в затылочных областях [16]. Учитывая отсутствие влияния Нооклерина на тревожность, мы рекомендуем его сочетанное использование у детей с неврозами вместе с небензодиазепиновыми анксиолитиками. 

*Список литературы находится в редакции.*