

Школьная дезадаптация в практике педиатра и невролога

Ю.Е.Нестеровский✉, Н.Н.Заваденко, Е.М.Шипилова, Н.Ю.Суворонова

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова» Минздрава России. 117997, Россия, Москва, ул. Островитянова, д. 1
✉ yenest@bk.ru

Школьная дезадаптация – это состояние, при котором ребенок, оказавшийся в новых условиях среды школьного обучения, не может полноценно к ним адаптироваться, что проявляется у него в познавательных, поведенческих, эмоциональных и психосоматических нарушениях. Причинами этого могут быть как несформированность (незрелость) механизмов адаптации, так и образование у ребенка неадекватных приспособительных реакций к процессу школьного обучения. Рассматриваются проявления школьной дезадаптации, которые включают несколько компонентов (когнитивный, эмоционально-оценочный, поведенческий, физиологический), а также нарушения социально-психологической адаптации. Обсуждается связь школьной дезадаптации с тревожными расстройствами, проявлениями астении, головными болями напряжения. Приводятся данные о положительном действии препарата Нооклерин (деанола ацеглумат) в качестве средства профилактической терапии головных болей напряжения, которое одновременно минимизирует выраженность сопутствующих нарушений: астении, тревожных расстройств, нарушений сна.

Ключевые слова: школьная дезадаптация, причины, дети школьного возраста, тревожные расстройства, головные боли напряжения, комплексная коррекция, лекарственная терапия, Нооклерин (деанола ацеглумат).

Для цитирования: Нестеровский Ю.Е., Заваденко Н.Н., Шипилова Е.М., Суворорова Н.Ю. Школьная дезадаптация в практике педиатра и невролога. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.3. Неврология и Ревматология): 28–33.

SHORT SURVEY

School disadaptation in pediatric and neurologic practice

Yu.E.Nesterovskiy✉, N.N.Zavadenko, E.M.Shipilova, N.Yu.Suvorinova

N.I.Pirogov Russian National Research Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 117997, Russian Federation, Moscow, ul. Ostrovitianova, d. 1
✉ yenest@bk.ru

Abstract

School disadaptation is a condition in which a child who finds himself in the new environment of a school can not adapt himself completely, and this leads to cognitive, behavioral, emotional and psychosomatic disorders. The reasons for this can be both delayed formation (immaturity) of adaptation mechanisms or production of insufficient response to the process of school education in a child. The manifestations of school disadaptation are described including its several components (cognitive, emotional-evaluative, behavioral, physiological), as well as abnormalities of socio-psychological adaptation. The interrelations of school disadaptation with anxiety disorders, fatigue manifestations and tension type headaches are discussed. Data on the positive effects of Nooclerin (deanol aceglumate) indicated as preventive therapy of tension type headaches are given. This medication additionally decreases the severity of co-morbid disorders: fatigue, anxiety disorders, sleep disturbances.

Key words: school disadaptation, causes, school-age children, anxiety disorders, tension type headaches, multimodal treatment, pharmacotherapy, Nooclerin (deanol aceglumate).

For citation: Nesterovskiy Yu.E., Zavadenko N.N., Shipilova E.M., Suvorinova N.Yu. School disadaptation in pediatric and neurologic practice. Consilium Medicum. 2017; 19 (2.3. Neurology and Rheumatology): 28–33.

Начало обучения в школе – это новый период в жизни ребенка, когда у него возрастают нагрузки и ответственность, происходит смена обычного образа жизни и социального окружения. Перед личностью ребенка и его организмом стоит сложная задача – адаптация к изменившимся окружающим условиям (новые контакты, обязанности, социальная роль ученика) и требованиям (учиться по расписанию, а не когда хочется, быть внимательным и не отвлекаться на уроках, долго и спокойно сидеть на своем месте в классе).

Адаптация к школе – процесс приспособления ребенка к новым окружающим условиям, видам деятельности и нагрузкам. Она сопряжена со стрессом и значительным напряжением всех основных систем организма, занимает достаточно продолжительный период: в зависимости от индивидуальных особенностей ученика от 4 до 8 нед.

Принято выделять два вида адаптации: социально-психологическую и физиологическую. Первая связана с привыканием к новой социальной среде (нормам, требованиям среды, коллективу сверстников). Физиологическая адаптация проходит в несколько этапов [1]:

1. Ориентировочный: на комплекс новых воздействий дети отвечают бурной реакцией и значительным напряжением практически всех систем организма.

2. Период неустойчивого приспособления: организм находит оптимальные или близкие к оптимальным варианты реакций на воздействия.

3. Период относительно устойчивого приспособления: организм вырабатывает наиболее подходящие варианты реагирования на нагрузку, требующие меньшего напряжения.

Следует отметить, что у некоторых детей подобное длительное напряжение, связанное с физиологической адаптацией, может приводить к переутомлению и психосоматическим нарушениям. Поэтому показатели физического здоровья ученика необходимо учитывать при определении уровня его адаптации в школе.

В целом же оценка школьной адаптации традиционно основывается на нескольких показателях:

- успешности в овладении учебными навыками (письмо, чтение, счет);
- поведении – самоконтроле, концентрации внимания и других способностях, позволяющих ребенку регулировать и направлять свое поведение;
- социально-эмоциональной адаптации, которая зависит от навыков общения.

С понятием «адаптация» связаны такие состояния, как адаптированность (положительный результат процесса адаптации) и дезадаптация. Действительно, период адаптации к школе не всегда проходит гладко. У части детей этот процесс может нарушаться и приводить к такому явлению, как школьная дезадаптация (ШД).

Определение ШД давали многие ученые. Так, Н.В.Вострокнутов [2] под ШД подразумевал «социально-психоло-

гический процесс отклонений в развитии способностей ребенка к успешному овладению знаниями и умениями, навыками активного общения и взаимодействия в продуктивной коллективной учебной деятельности». М.Ш.Вроно [3] рассматривал ШД как «нарушения приспособления личности школьника к сложным меняющимся условиям обучения». По мнению В.Ф.Шалимова [4], ШД – это «несоответствие социально-психологического и психофизиологического статусов ребенка требованиям школьного обучения».

Обобщая накопленные данные, можно сказать, что ШД – это состояние, при котором ребенок, оказавшись в новых условиях среды школьного обучения, не может полноценно к ним адаптироваться, что проявляется у него в познавательных, поведенческих, эмоциональных и психосоматических нарушениях. Причинами этого могут быть как несформированность (незрелость) механизмов адаптации, так и образование у ребенка неадекватных приспособительных реакций к процессу школьного обучения. Это может приводить к повышению уровня тревожности, конфликтным отношениям, проблемам поведения, искажениям в личностном развитии, психосоматическим расстройствам.

Распространенность ШД среди учеников начальных классов достигает 30–35%. Так, по данным Н.Н.Заваденко [5], проявления ШД были выявлены у 31,6% школьников 1–4-х классов. Близкие показатели были получены Н.Е.Буртиной [6]: у 31,7% детей 1–2-х классов общеобразовательных школ обнаружили признаки академической неуспеваемости и нарушений социального функционирования. По данным В.Ф.Шалимова [4], 34,3% обследованных детей начальных классов испытывали трудности адаптации в школе.

Проявления ШД включают несколько компонентов [2, 4, 5, 7]:

1. Познавательный, или когнитивный, компонент – плохая успеваемость в обучении по программам, соответствующим возрасту и способностям ребенка, с недостаточными запасом знаний и несформированностью учебных навыков, хронической неуспеваемостью. В результате ребенок хронически не справляется со школьной программой. При этом он может безуспешно стараться преодолеть сложности либо отказываться учиться.

2. Личностный, эмоционально-оценочный компонент ШД – постоянные нарушения эмоционально-личностного отношения к отдельным предметам и обучению в целом, педагогам, а также перспективам, связанным с учебой. Ребенок негативно относится к школе, не хочет туда ходить, не может наладить отношения с одноклассниками и учителями. При этом возможны два основных варианта развития событий. Ребенок, сталкиваясь с отдельными сложностями, жалуется на это, но стремится преодолеть проблемы. В других случаях дети настолько негативно относятся к школе, что либо опускают руки, либо начинают плохо себя вести (протестное поведение).

3. Поведенческий компонент ШД – систематические нарушения поведения в процессе обучения и в школе. ШД проявляется в импульсивном и неконтролируемом поведении, агрессивности, вандализме, непринятии школьных правил, неадекватности требований к одноклассникам и учителям. Причем дети в зависимости от характера и физиологических особенностей могут вести себя по-разному. Одни будут проявлять импульсивность и агрессивность, другие – зажатость и неадекватные реакции. Например, ребенок теряется и ничего не может ответить учителю, не способен постоять за себя перед одноклассниками.

4. Физиологический компонент ШД. У ребенка отмечаются повышенная утомляемость, снижение работоспособности, слабость, жалобы на головные боли, боли в животе, нарушения сна и аппетита. Возможно появление

чрезмерной и необоснованной тревоги, дрожания пальцев, навязчивых движений (тики) и действий (грызет ногти, ручки и карандаши и др.), заикания, дневного или ночного энуреза, заторможенности или, наоборот, двигательного беспорядка (расторженности).

Результатом может быть формирование социально-психологической дезадаптации, проявления которой могут отличаться у разных детей. Они способны носить характер экстернализированных расстройств (оппозиционно-вызывающее, агрессивное поведение) или интернализированных нарушений (эмоциональные расстройства, астенический синдром).

ШД может наблюдаться не только у первоклассников, но и проявиться в силу тех или иных причин в последующие годы обучения. Признаками ШД у школьников средних классов могут быть [8]:

- 1) появление неудовлетворительных оценок у прежде хорошо успевавших детей;

- 2) удлинение времени, затрачиваемого на подготовку домашних заданий;

- 3) утрата интереса к учебе, страх перед ситуациями, контролирующими уровень знаний (экзаменами, зачетами), отказ отвечать у доски, прогулы, отгороженность, антидисциплинарные поступки.

Этиологические факторы ШД можно разделить на три группы [9]:

- 1) биологические (резидуально-органическое поражение центральной нервной системы – ЦНС, патологически протекающие возрастные кризисы, задержки психического развития и пр.);

- 2) психологические (когнитивная или эмоционально-волевая незрелость, аномальные типы семейного воспитания, несоответствие когнитивных стилей ученика и учителя, неадекватный стиль поведения учителя в классе);

- 3) социальные (жесткость социальных стандартов поведения ученика в школе, чрезмерная перегруженность школьной программы, частая смена школы, гипертрофированно оценочная позиция школы по отношению к ученику).

В исследовании Н.Н.Заваденко [5] на основании неврологического и нейропсихологического анализа были установлены четыре основные группы причин ШД: минимальные мозговые дисфункции – ММД (всего диагностировано у 16,5% школьников), тревожные расстройства – ТР (8,4%), неврологические заболевания и их последствия (3,0%), психические расстройства (3,7%). ММД характеризовались возрастной незрелостью отдельных высших психических функций и их дисгармоничным развитием. У детей с ММД наблюдалась задержка в темпах развития функциональных систем мозга, обеспечивающих высшие психические функции: речь – устную и письменную, внимание, память, восприятие, управляющие функции (программирование, регуляция и контроль) и другие виды высшей психической деятельности. По общему интеллектуальному развитию дети с ММД находятся на уровне нормы или, в отдельных случаях, субнормы, но при этом испытывают значительные трудности в школьном обучении и социальной адаптации.

У ряда детей обследованной группы ММД проявлялись в виде нарушений формирования навыков письма (дисграфия), чтения (дислексия), счета (дискалькулия). Лишь в единичных случаях дисграфия, дислексия и дискалькулия наблюдались в изолированном виде, тогда как значительно чаще их признаки сочетались между собой, а также с отмечавшимися у детей с ММД в анамнезе ранними нарушениями психоречевого развития. Дислексия и дисграфия (которые в большинстве случаев фиксировались одновременно) были выявлены у 6,9% обследованных школьников, дискалькулия – 2,0% [5].

Среди детей с ММД в качестве достаточно однородной по характеру поведенческих нарушений и когнитивных

трудностей выделялась группа детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Из общего числа обследованных школьников СДВГ был диагностирован у 7,6% детей, тогда как среди всех случаев ММД на его долю приходилось 46% [5].

Формирование ШД может рассматриваться как патологическая реакция на стресс. Стресс (от англ. stress – нагрузка, напряжение) – это совокупность неспецифических адаптационных реакций организма на воздействие различных неблагоприятных факторов. Ганс Селье [10] выделяет три фазы «общего синдрома адаптации»:

- 1) реакцию тревоги, когда организм готовится к встрече с новой ситуацией;
- 2) фазу сопротивления, когда организм использует свои ресурсы для преодоления стрессовой ситуации;
- 3) фазу истощения, когда резервы организма катастрофически уменьшаются.

Типичными проявлениями реакции на стресс у ребенка могут быть как эмоциональные и поведенческие, так и различные соматические нарушения со стороны различных органов и систем организма, проявляющиеся болями и вегетативными расстройствами. Появляются повышенная озабоченность своим здоровьем, отказ от посещения школы и прогулок с другими детьми. Вначале может возникать слишком сильное желание казаться хорошим, сменяющееся выраженными протестными реакциями. Возникают необъяснимые тревоги и страхи (фобии), отмечаются навязчивые движения как следствие высокой эмоциональной напряженности ребенка, снижается самооценка, появляются нарушения сна и аппетита.

В случае продолжительного стресса или сверхпорогового уровня острого стресса происходит истощение адаптационных механизмов, что приводит к нервному срыву, а иногда и серьезным физиологическим нарушениям.

Часто предъявляемые в детском и подростковом возрасте жалобы на снижение памяти, внимания, эмоциональную лабильность, повышенную утомляемость, снижение успеваемости могут являться следствием нарушений адаптационных механизмов ЦНС в условиях нарастающей социальной и когнитивной нагрузки.

Таким образом, ШД может быть следствием нервнопсихических заболеваний, но, с другой стороны, и причиной их возникновения [7].

Острый или хронический стресс является причиной развития функциональных расстройств ЦНС. ШД может рассматриваться как часть клинических проявлений таких функциональных расстройств и требует проведения как психотерапевтической, так и медикаментозной коррекции. В настоящее время функциональные нарушения ЦНС принято рассматривать как состояния, которые возникают вследствие недостаточности адаптационных механизмов ЦНС к воздействиям внешних и внутренних факторов, обусловленные дисфункцией нейробиологических систем. В основе нарушений адаптационных механизмов могут лежать генетические, перинатальные, инфекционно-токсические и травматические факторы.

Среди функциональных расстройств нервной системы в школьном возрасте доминируют ТР, головные боли напряжения (ГБН) и нарушения сна.

По данным эпидемиологических исследований частота встречаемости ТР среди детского и подросткового населения варьирует от 9 до 32% и характеризуется тенденцией к возрастанию при переходе от младших возрастных групп к более старшим [11]. ТР могут выступать в качестве как самостоятельного заболевания, так и сопутствующих состояний при многих заболеваниях нервной системы у детей, включая нарушения развития речи и школьных навыков, СДВГ, первичные головные боли (мигрень и ГБН) и др.

Трудности обучения и нарушения социальной адаптации детей к школе могут быть связаны с развитием раз-

личных ТР [12]. «Школьные фобии» и «страх разлуки» часто лежат в основе появления психосоматических нарушений у учеников начальной школы и частых пропусков занятий у более старших детей.

Отрицательные последствия ТР выражаются в том, что высокий уровень тревожности может негативно сказываться на формировании дивергентного (т.е. креативного, творческого) мышления, для которого естественны такие личностные черты, как отсутствие страха перед чем-то новым и неизвестным. Дивергентное мышление является необходимым условием для успешности обучения ребенка, в том числе освоения школьных навыков. Важным является то, что у детей младшего школьного возраста тревожность еще не является устойчивой чертой характера и относительно обратима, что важно учитывать при проведении психолого-педагогической коррекции.

Одним из частых соматических проявлений ТР являются ГБН, провоцирующим фактором для которых служат различные стрессовые воздействия.

В свою очередь, среди предикторов головных болей в детском возрасте часто указываются нарушения концентрации внимания, медленный темп когнитивной деятельности, эмоциональная нестабильность, гиперактивность, напряженные отношения в школе. Отмечается высокая корреляция между ГБН и трудностями обучения у детей с СДВГ [13].

По данным обследования 204 детей с СДВГ в возрасте 5–13 лет (170 мальчиков, 34 девочки) головные боли наблюдались у 51% мальчиков и 53% девочек и имели характер ГБН [14]. Вполне возможно, что связанные с СДВГ трудности школьного обучения и проблемы поведения, которые сопровождаются длительными и многочисленными стрессами в семье, школе, взаимоотношениях со сверстниками и другими людьми, через влияние повторяющихся стрессов способствуют формированию ГБН.

ГБН характерны и для детей с дислексией. При обследовании 103 пациентов с дислексией в возрасте 7–12 лет показано, что среди основных жалоб 11,6% из них сообщали о головных болях, которые имели характер ГБН [15].

Как СДВГ, так и дислексия часто сопровождаются проявлениями ТР. Так, среди 103 детей с дислексией в 31 (30,1%) случае отмечалась тревожность, которая у 25 (24,3%) человек проявлялась в виде школьной тревожности [15]: неуверенности детей в себе, повышенной потребности в одобрении, боязни ответов у доски, контрольных работ, новых ситуаций, нежелания посещать школу, частых соматических жалоб в учебные дни. Кроме того, 23 (22,3%) ребенка с дислексией предъявляли жалобы на повышенную нервно-психическую утомляемость и снижение умственной работоспособности [15], которые сопровождалась увеличением количества ошибок и снижением темпа работы во время школьных занятий при переходе от первого к последующим урокам и выполнению длительных заданий. Данные жалобы правомерно рассматривать в качестве проявлений церебрастенического синдрома, который, как известно, способствует утяжелению течения головных болей у детей и подростков.

ГБН провоцируются хроническими психоэмоциональными перегрузками, стрессами, конфликтными ситуациями. Патогенетической особенностью ГБН у детей является незрелость механизмов психологической защиты, что обуславливает проявление заболевания при воздействии незначительных, с точки зрения взрослых, стрессовых факторов. Под влиянием стрессовых ситуаций возникают эмоциональные расстройства (фобическое ТР, генерализованное ТР, школьная фобия, социальная фобия). Эти ситуации приводят к неконтролируемому мышечным зажимам, тоническому напряжению перикраниальных мышц (лобных, височных, затылочных, мышц шеи) как универсальной реакции защиты на действие хронического стресса.

Основными факторами формирования ГБН у детей, в том числе пациентов с дислексией и СДВГ, являются тревожность и наличие клинически значимой стрессовой ситуации, что приводит к нарушению функционального состояния лимбико-ретикулярного комплекса. Это сопровождается дисрегуляцией ноцицептивной и антиноцицептивной систем и нарушением функционального состояния в системе тройничного нерва. В результате возникают спазм и болевая ишемия перикраниальных мышц. Для выявления напряжения перикраниальной мускулатуры и определения триггерных точек у больных с ГБН проводится пальпация височной, лобной, затылочных областей, мышц задней поверхности шеи, трапециевидной и грудно-ключично-сосцевидных мышц.

Критерии для постановки диагноза «эпизодическая ГБН» [16]:

А. Как минимум 10 эпизодов ГБН в анамнезе, отвечающих пунктам Б–Г.

Б. Длительность головной боли от 30 мин до 7 сут.

В. Как минимум 2 из нижеперечисленных характеристик:

- неп пульсирующий стягивающий, давящий характер боли (по типу «каска», «шлема», «обруча»);
- легкая или умеренная интенсивность, полностью не нарушающая обычную деятельность пациента;
- двусторонняя диффузная боль;
- обычная физическая нагрузка не усиливает боли.

Г. Оба из следующих симптомов:

- отсутствие тошноты или рвоты (возможно снижение аппетита);
- только фото- или только фонофобия.

Д. Не связана с другими причинами.

Тесная связь ГБН с ТР была подтверждена в проведенном на нашей кафедре исследовании, которое включало 120 пациентов школьного возраста с частыми эпизодическими и хроническими ГБН. В данной группе ТР были диагностированы у 80% больных. Так, специфические фобии отмечались у 58%, социофобия – 48%, генерализованное ТР – 34%, у 54% имелось сочетание нескольких форм ТР. Дистимическое расстройство диагностировано у 1,2% детей, большое депрессивное расстройство – 1%.

Помимо анализа встречаемости ТР нами была проанализирована выраженность астенических нарушений у пациентов с ГБН. Для оценки астении использовалась шкала Multi-dimensional Fatigue Inventory (MFI-20) [17], содержащая 20 утверждений, которые сгруппированы по 5 субшкалам, отражающим различные аспекты астении у 120 детей и подростков с ГБН. Проявления астенических расстройств были выявлены у 72% пациентов с ГБН. Наиболее выраженными были нарушения по субшкалам «общая астения», «пониженная активность» и «физическая астения».

Учитывая выявленную высокую распространенность астенических расстройств в группе пациентов с ГБН, с целью профилактической терапии ГБН был выбран ноотропный препарат Нооклерин (деанола ацеглумат). Этот нейрометаболический препарат имеет комплексное действие, оказывает ноотропное, церебропротективное, психостимулирующее действие, облегчает процессы фиксации, консолидации и воспроизведения информации, улучшает способность к обучению. Нооклерин, являясь прямым активатором метаболитных глутаматных рецепторов (3-го типа), предшественником холина и ацетилхолина, влияет на обмен нейромедиаторов в ЦНС.

В исследование были включены 60 пациентов с ГБН (35 мужского и 25 женского пола) в возрасте 9–16 лет. Дизайн исследования – одиночное слепое рандомизированное плацебо-контролируемое в параллельных группах. Перед началом терапии с помощью рандомизационных кодов пациенты распределялись на 2 группы по 30 человек: 1-я в течение 2 мес получала Нооклерин; 2-я – плацебо.

Нооклерин (в форме раствора для приема внутрь во флаконах по 100 мл) назначался в виде монотерапии: пациентам 9–12 лет по 2,5 мл (500 мг) 2 раза в день, старше 12 лет – по 5 мл (1000 мг) 2 раза в день (утром и днем) независимо от приема пищи в течение 2 мес.

В проведенном исследовании продемонстрировано отчетливое положительное действие Нооклерина в качестве профилактической терапии ГБН [18]. На фоне лечения у пациентов детского и подросткового возраста наблюдалось значительное уменьшение частоты, продолжительности и интенсивности ГБН. В частности, частота ГБН (среднее число эпизодов за месяц) уменьшилась с $14,8 \pm 1,4$ до $8,3 \pm 0,8$, средняя продолжительность за месяц (часы) – с $5,1 \pm 0,7$ до $3,8 \pm 0,5$, интенсивность за месяц (баллы по визуальной аналоговой шкале) – с $5,9 \pm 0,2$ до $4,5 \pm 0,2$ ($p < 0,001$).

Особый интерес представляет индивидуальная динамика оценок влияния головной боли на повседневную активность по методике НТ-6 [16], поскольку они позволяют судить о возможностях пациента справляться со своими повседневными нагрузками, связанными с работой, учебой, выполнением домашних и общественных дел. При этом суммарные оценки от 60 и выше свидетельствуют о сильном негативном влиянии головных болей на повседневную активность, от 56 до 59 – о существенном, от 50 до 55 – определенном, 49 и ниже – незначительном их влиянии.

Если до терапии Нооклерином 11 пациентов сообщили о сильном негативном влиянии ГБН, 11 – существенном, 3 – определенном и 5 – незначительном, то после лечения сильное негативное влияние ГБН сохранилось лишь в одном случае, существенное влияние отметили 8 пациентов, определенное – 12. Число больных с незначительным влиянием ГБН на повседневную активность увеличилось с 5 до 9 (см. рисунок). Во 2-й группе влияние ГБН на повседневную активность снизилось лишь в отдельных случаях.

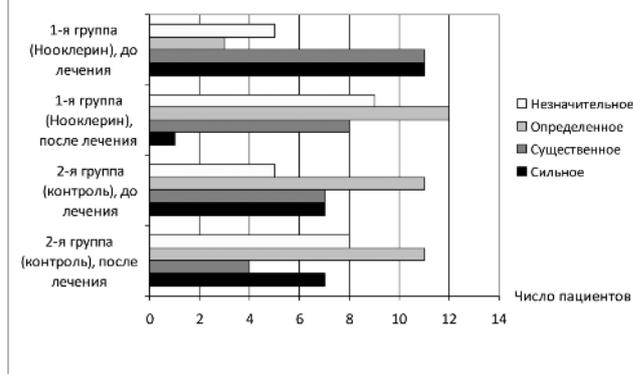
Важным аспектом положительного действия Нооклерина у пациентов детского и подросткового возраста явился регресс на фоне лечения проявлений астении, тревожности и расстройств сна, которые относятся к провоцирующим факторам ГБН.

Таким образом, преимуществом Нооклерина при назначении в качестве профилактической терапии ГБН является комплексное и многонаправленное действие в сочетании с хорошей переносимостью проводимого лечения, что дает возможность значительно уменьшить частоту, продолжительность и интенсивность ГБН, а также минимизировать выраженность сопутствующих нарушений (астении, ТР, сна), персистирование которых способствует учащению и утяжелению (вплоть до хронизации) течения ГБН.

В проведенном исследовании подтверждена тесная связь между ТР, астеническими проявлениями и ГБН, при которых астения является не только симптомом истощения адаптационных механизмов, но также причиной нарастания тревожных и болевых проявлений, формируя патологическую круг дезадаптационных состояний, включая когнитивные и поведенческие нарушения. Препарат деанола ацеглумат (Нооклерин) обладает достаточно выраженным противоастеническим действием, не вызывает нарастания тревожности, а, наоборот, снижает ее. Повышение на фоне лечения повседневной активности пациентов наряду с уменьшением интенсивности и частоты головных болей приводит к общему улучшению их качества жизни. Возрастает уверенность в своих силах, преобладает настрой на позитивное разрешение трудностей, и тем самым увеличивается устойчивость к нагрузкам, прерывает замкнутый круг дезадаптационных нарушений.

В целом терапевтический подход при ШД должен носить комплексный характер, предусматривать устранение возможных причин и повышение адаптационных резервов организма ребенка, включать как немедикаментозные

Степень влияния ГБН на повседневную активность обследованных пациентов по динамике суммы баллов методики НТ-6.



методы, так и лекарственную терапию. Коррекция ТР, астенических проявлений, головных болей оказывает положительное влияние на уменьшение проявлений ШД.

Литература/References

- Безруких М.М. Трудности обучения в начальной школе. Причины, диагностика, комплексная помощь. М.: Эксмо, 2009. / Bezrukikh M.M. Trudnosti obucheniia v nachal'noi shkole. Prichiny, diagnostika, kompleksnaia pomoshch'. M.: Eksmo, 2009. [in Russian]
- Вострокнутов Н.В. Школьная дезадаптация: ключевые проблемы диагностики и реабилитации. В кн.: Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995; с. 8–11. / Vostroknutov N.V. Shkol'naia dezadaptsiia: kliuchevye problemy diagnostiki i rehabilitatsii. V kn.: Shkol'naia dezadaptsiia: emotsional'nye i stressovye rasstroistva u detei i podrostkov. M., 1995; s. 8–11. [in Russian]
- Вроно М.Ш. Сущность и проявления школьной дезадаптации при психических заболеваниях у детей. В кн.: Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста. Ташкент, 1984; с. 159–60. / Vrono M.Sh. Sushchnost' i proiavleniia shkol'noi dezadaptsii pri psikhicheskikh zabolevaniakh u detei. V kn.: Aktual'nye voprosy neurologii i psikhiiatrii detskogo vozrasta. Tashkent, 1984; s. 159–60. [in Russian]
- Шалимов В.Ф., Новикова Г.Р., Ополинский Э.С. Пограничные психические расстройства у детей и школьная дезадаптация. Рос. психиатр. журн. 2001; 4: 26–30. / Shalimov V.F., Novikova G.R., Opolinskii E.S. Pogranichnye psikhicheskie rasstroistva u detei i shkol'naia dezadaptsiia. Ros. psikhiatr. zhurn. 2001; 4: 26–30. [in Russian]
- Заваденко Н.Н. Школьная дезадаптация в нейропедиатрической практике. Практика педиатра. 2016; 3: 60–70. / Zavadenko N.N. Shkol'naia dezadaptsiia v neiropediatricheskoi praktike. Praktika peditra. 2016; 3: 60–70. [in Russian]
- Буторина Н.Е., Буторин Г.Г. Депривационный дизонтогенез и школьная дезадаптация. Рос. психиатр. журн. 1999; 3: 17–22. / Butorina N.E., Butorin G.G. Deprivatsionnyi dizontogenez i shkol'naia dezadaptsiia. Ros. psikhiatr. zhurn. 1999; 3: 17–22. [in Russian]
- Чутко Л.С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога. Учебно-методич. пособие. СПб., 2006. / Chutko L.S. Shkol'naia dezadaptsiia v klinicheskoi praktike detskogo neurologa. Uchebno-metodich. posobie. SPb., 2006. [in Russian]
- Иовчук Н.М. Психопатологические механизмы школьной дезадаптации. В кн.: Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995; с. 23–5. / Iovchuk N.M. Psikhopatologicheskie mekhanizmy shkol'noi dezadaptsii. V kn.: Shkol'naia dezadaptsiia: emotsional'nye i stressovye rasstroistva u detei i podrostkov. M., 1995; s. 23–5. [in Russian]
- Корнев А.Н. Школьная дезадаптация и дислексия. В кн.: Школьная дезадаптация: эмоциональные и стрессовые расстройства у детей и подростков. М., 1995; с. 46–7. / Kornev A.N. Shkol'naia dezadaptsiia i disleksia. V kn.: Shkol'naia dezadaptsiia: emotsional'nye i stressovye rasstroistva u detei i podrostkov. M., 1995; s. 46–7. [in Russian]
- Selye H. What is stress? Metabolism 1956; 5: 525–30.
- Essau CA, Gabbidon J. Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization. In: Essau CA, Ollendick TH, eds. The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety. Chichester: Wiley-Blackwell, 2013: 23–42.
- Заваденко Н.Н. Тревожные расстройства у детей и подростков. Фарматека. 2016; S4: 28–34. / Zavadenko N.N. Trevozhnye rasstroistva u detei i podrostkov. Farmateka. 2016; S4: 28–34. [in Russian]
- Genizi J, Gordon S, Kerem NC et al. Primary headaches, attention deficit disorder and learning disabilities in children and adolescents. J Headache Pain 2013; 14: 54.

14. Заваденко Н.Н. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. Учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2017. / Zavadenko N.N. Giperaktivnost' i defitsit vnimaniia v detskom vozraste. Uchebnoe posobie. 2-e izd., pererab. i dop. M.: Iurait, 2017. [in Russian]
15. Румянцева М.В. Неврологические аспекты дислексии у детей. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2005. / Rumiantseva M.V. Nevrologicheskie aspekty disleksii u detei. Avtofef. dis. ... kand. med. nauk. M., 2005. [in Russian]
16. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е., Хондкарян Г.Ш. и др. Первичные головные боли у детей и подростков. Учебно-методич. пособие. М.: РНИМУ им. Н.И.Пирогова, 2015. / Zavadenko N.N., Nesterovskii Iu.E., Khondkarian G.Sh. i dr. Pervichnye golovnye boli u detei i podrostkov. Uchebno-metodich. posobie. M.: RNIMU im. N.I.Pirogova, 2015. [in Russian]
17. Smets EM, Garssen BJ, Bonke B, DeHaes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. J Psychosom Res 1995; 39 (3): 315–25.
18. Шипилова Е.М., Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. Исследование эффективности деанола ацеглумата в профилактической терапии головной боли напряжения у детей и подростков. Вopr. практической педиатрии. 2017; 12 (2): 26–32. / Shipilova E.M., Zavadenko N.N., Nesterovskii Iu.E. Issledovanie effektivnosti deanola atseglumata v profilakticheskoj terapii golovnoi boli napriazheniia u detei i podrostkov. Vopr. prakticheskoi pediatrii. 2017; 12 (2): 26–32. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Нестеровский Юрий Евгеньевич – канд. мед. наук, доц. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им.Н.И.Пирогова». E-mail: yenest@bk.ru

Заваденко Николай Николаевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им.Н.И.Пирогова»

Шипилова Елена Михайловна – ассистентка каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им.Н.И.Пирогова»

Суворинова Наталья Юрьевна – канд. мед. наук, доц. каф. неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического фак-та ФГБОУ ВО «РНИМУ им.Н.И.Пирогова»