

Гопантенат кальцію 250 та 500 мг КОГНУМ



Психо-емоційні порушення

Девіантна поведінка

Зниження інтелектуального потенціала

Соціальна дезадаптація

Порушення пізнавальної діяльності

Труднощі шкільного навчання



- **Збалансований ноотроп** (помірна седативна дія, м'який стимулюючий ефект)¹
- **Нейропротектор з багатограниними ефектами**^{1, 2}
- **Унікальний механізм дії** (природний метаболіт ГАМК, легко проникає через ГЕБ)^{1, 2}
- **Ефективний коректор соціальної адаптації** (використовується в педіатрії)²
- **Сприяє нормалізації ГАМК при хронічній алкогольній інтоксикації і подальшій відміні етанолу**²



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

1. Новости медицины и фармации № 20 (522), ноябрь, 2014. «ВОЗМОЖНОСТИ ДАЛЬНЕЙШЕЙ ОПТИМИЗАЦИИ ФАРМАКОТЕРАПИИ И ФАРМАКОПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ», д.м.н., проф. С.Г. Бурчинский. ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев.
2. Инструкция препарата Когнум.

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/13717/01/01, UA/13717/01/02 від 03.07.14.

Інформацію надано скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних і фармацевтичних працівників, а також для поширення в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.

УДК 159.9:616 (063)

Мартинюк В.Ю., Борщенко Т.В., Майструк О.А.

ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Когнум як м'який соціальний адаптоген для корекції проявів шкільної дезадаптації

Резюме. *Актуальність.* При вивченні ролі нейропсихіатричних розладів у формуванні шкільної дезадаптації у дітей визначено вплив мінімальної мозкової дисфункції. Це збірне поняття, яке складається з відносно легких, клінічно недиференційованих нейропсихічних синдромів, поведінкових та рухових порушень у дітей у процесі їх розвитку. **Мета дослідження:** аналіз ефективності залучення соціальних адаптогенів вітамінного походження (лікарський засіб Когнум) до комплексу корекційних заходів медико-педагогічного спрямування у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією. **Матеріали та методи.** У дослідженні брали участь 32 дитини віком від 7 до 12 років з клінічними ознаками мінімальної мозкової дисфункції, з переважанням проявів гіперактивної поведінки та порушенням функції уваги. Пацієнти були розділені на дві групи: основна — 16 дітей, яким був призначений Когнум, та контрольна група — 16 дітей. Курс лікування становив не менше ніж 90 днів. Дітям 7–10 років препарат призначався по 1 таблетці (250 мг) 3 рази на добу; дітям 10–12 років — по 1 таблетці 4 рази на добу. **Результати.** За якісними характеристиками виявлені позитивні зміни в окремих проявах психічних функцій (увага, особливості сприйняття інформації, поведінково-емоційні реакції). У 13 з 16 дітей, які отримали курсове лікування лікарським засобом Когнум, послабилися гіперактивні прояви. За кількісними результатами тестів зміни були незначними (у межах стандартної похибки). **Висновки.** Дітям з органічним ураженням нервової системи (церебральний параліч) та з наявними коморбідними симптомами у вигляді гіперактивної поведінки, порушення функції уваги, астеничними проявами, а також дітям перших класів загальноосвітньої школи з клінічними ознаками мінімальної мозкової дисфункції доцільно призначати м'які соціальні адаптогени вітамінного походження (Когнум).

Ключові слова: мінімальна мозкова дисфункція; лікування; діти; адаптогени

Вступ

Дослідження вітчизняних і зарубіжних авторів свідчать про достатньо високу частку (17–30 %) дітей перших класів загальноосвітніх шкіл, у яких виявлена неуспішність у навчанні, що супроводжується порушенням соціального функціонування та шкільною дезадаптацією [2, 6].

Серед етіологічних чинників шкільної дезадаптації виділяють: біологічні — резидуально-органічна недостатність ЦНС, переважно в межах мінімальної мозкової дисфункції (ММД); психологічні — неналежне виховання в родині, неправильний підбір форм і методів співпраці учня і вчителя, некоректна поведінка вчите-

ля в класі; соціальні — надмірна вимогливість стандартів поведінки учня в школі, велика перевантаженість шкільної програми, часті зміни школи, гіпертрофова на оцінна позиція школи стосовно учня. Останніми роками простежується несприятливий вплив пандемії COVID-19 на форму і зміст навчального процесу [6].

При вивченні ролі нейропсихіатричних розладів у формуванні шкільної дезадаптації у дітей, які навчались у молодших класах, визначено вплив мінімальної мозкової дисфункції. Клінічні ознаки ММД були виявлені більше ніж у половини школярів зі шкільною дезадаптацією. З них у 24 % діагностований гіперкінетичний розлад з дефіцитом уваги [6].

© «Здоров'я дитини» / «Child's Health» («Zdorov'e rebenka»), 2022

© Видавець Заславський О.Ю. / Publisher Zaslavsky O.Yu., 2022

Для кореспонденції: Мартинюк Володимир Юрійович, завідувач кафедри дитячої неврології та медико-соціальної реабілітації, Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України», вул. Богатирська, 30, м. Київ, 04209, Україна; e-mail: ukmedcentr@gmail.com

For correspondence: V. Martynuk, Head of Department of pediatric neurology and medical rehabilitation, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, State Institution "Ukrainian Medical rehabilitation center for children with organic disorders of the nervous system of the Ministry of Health of Ukraine", Bogatyrskaya st., 30, Kyiv, 04209, Ukraine; e-mail: ukmedcentr@gmail.com

Мінімальна мозкова дисфункція — це збірне поняття, яке складається з відносно легких, клінічно недиференційованих нейропсихічних синдромів, поведінкових та рухових порушень у дітей у процесі їх розвитку. ММД розглядається в межах дизонтогенетичних форм патології як дифузна церебральна дизрегуляція, що зумовлена затримкою дозрівання асоціативних зв'язків між різними відділами ЦНС, дефіцитарністю інгібіторних систем переважно в префронтальній корі головного мозку й характеризується віковою незрілістю окремих вищих психічних функцій та їх дисгармонійним розвитком [4].

У клінічній практиці ММД проявляється церебрастенічним синдромом, синдромом вегетативних дисфункцій, психосоматичними та соматоформними розладами. Також ММД притаманні затримка психічного та мовленнєвого розвитку, специфічні парціальні розлади психічного розвитку, гіперактивність та гіпоактивність, порушення окремих психічних процесів (розлади уваги, просторового уявлення та конструктивного мислення, порушення сну, тики, енурез, заїкання, специфічні розлади поведінки тощо).

Серед неврологічних проявів ММД найчастіше трапляються розлади координації рухів, утруднення під час виконання дрібних і точних рухів, зокрема в разі написання букв, цифр. У неврологічному статусі виявляється розсіяна мікросимптоматика. Ці прояви можна трактувати як дифузну або мозаїчну недостатність інтегральної регуляції функцій рухових систем головного мозку, переважно тонкої моторики.

Серед інших ознак ММД є такі: підвищена розумова виснажливність, труднощі в запам'ятовуванні нового матеріалу, навчанні, відволікання уваги, негативне ставлення до шуму, яскравого світла, спеки та духоти, заколисування у транспорті, поява запаморочення. Можливий головний біль, перезбудження дитини до кінця дня перебування в дитячому закладі.

Важливо підкреслити, що із сучасних позицій ММД розглядається не лише як прояв раннього органічного ушкодження ЦНС, зокрема й перинатального, а як наслідок генетично детермінованої патології переважно транзиторних нейропсихічних систем головного мозку. З віковим дозріванням дитини клінічні ознаки ММД мають тенденцію до суттєвого зменшення [4, 5].

У дітей з гіперактивною поведінкою висока рухова активність та дефіцит уваги частіше виділяються як основні ознаки, водночас характерними рисами цього патологічного прояву також є агресивність, імпульсивність, упертість, часта зміна настрою, труднощі у спілкуванні та навчанні, проблеми з соціалізацією, шкільною адаптацією [1, 5].

Мета роботи: аналіз ефективності залучення соціальних адаптогенів вітамінного походження (лікарський засіб (ЛЗ) Когнум) до комплексу корекційних заходів медико-педагогічного спрямування у дітей з ММД.

Матеріали та методи

Критеріями відбору стали діти, які мали проблеми з поведінкою, моторною розгальмованістю, сенситивними проявами, порушенням уваги, недостатністю

соціалізації, організацією та самоконтролем, тривожними проявами, проблеми з навчанням та засвоєнням знань, що призводило до шкільної дезадаптації.

У дослідженні брали участь 32 дитини віком від 7 до 12 років з клінічними ознаками мінімальної мозкової дисфункції, з переважанням проявів гіперактивної поведінки та порушенням функції уваги. Діти отримували лікування в ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи Міністерства охорони здоров'я України». Пацієнти були розділені на дві групи: основна — 16 дітей (серед них 3 дівчинки, 13 хлопчиків), яким був призначений ЛЗ Когнум, та контрольна група — 16 дітей (серед них 2 дівчинки, 14 хлопчиків). Курс лікування ЛЗ Когнум для кожного пацієнта підбирався індивідуально та становив не менше ніж 90 днів. Дітям 7–10 років препарат призначався по 1 таблетці (250 мг) 3 рази на добу; дітям 10–12 років — по 1 таблетці 4 рази на добу.

Батькам потенційних учасників дослідження були пояснені умови їх участі в дослідженні, а також надана для ознайомлення інструкція для медичного застосування ЛЗ Когнум. Після прийняття позитивного рішення батьками пацієнтів про участь їм було запропоновано підписати інформовану згоду на участь у дослідженні.

Когнум (Cognum) — кальцієва сіль гопантенової кислоти (вітамін B₃).

Фармакологічні властивості (3)

1. Нейромедіаторна дія:

— пряма дія на ГАМК-Б-рецептор — каналний комплекс, що сприяє пролонгованій нормалізації глутамат/ГАМК співвідношення в ЦНС та клінічно супроводжується помірним седативним ефектом, зменшує прояви гіперактивності;

— активація холінергічних рецепторів (М-холінорецепторів), що супроводжується м'яким психостимулюючим ефектом та сприяє поліпшенню процесів навчання та функцій уваги й пам'яті;

— активація дофамінергічних (D2) рецепторів, що позитивно впливає на підвищення працездатності та зменшення астеничних проявів.

2. Нейрометаболична дія

У процесі метаболізму (цикл Кребса) пантотен трансформується в пантетин, який є складовою коферменту А. Активація системи коферменту А стимулює процеси анаболізму в нейронах, що сприяє підвищенню утилізації глюкози і кровопостачання головного мозку.

Дизайн дослідження

1. Відбір дітей за характерними функціональними ознаками, що відповідають критеріям дитини з гіперактивною поведінкою.

2. Методики: загальноклінічні, нейрофізіологічні, психологічні тести, діагностичні шкали.

Пацієнти обстежувалися за тестами та опитувальниками: Peds QL (педіатричний опитувальник якості життя); ДВОР (діагностика вад особистісного розви-

тку); опитувальник Ахенбаха (вивчення поведінки дітей та підлітків 4–16 років); критерії гіперактивної дитини — П. Бейкер і М. Алворд (на стадії відбору); проводилася клінічна бесіда з батьками (метод отримання інформації про індивідуальні прояви особистості дитини та психічний стан).

Частота проведення зустрічей з батьками та дитиною: до початку дослідження, після завершення дослідження, у разі необхідності під час курсу лікування. Критерієм вираженості прояву є значення тестів середнього рівня або високий рівень вираженості ознаки, згідно з даними в балах кожного проведеного тесту.

Результати та обговорення

За тестами у дітей основної та контрольної групи здебільшого були виявлені функціональні порушення:

- недостатність уваги (проблеми зосередження, розсіяність, швидке переключення) — 82 %;
- поведінкові порушення (гіперактивні, імпульсивні, розгальмовані прояви поведінки) — 74 %;
- емоційні прояви (афективні вибухи, сенситивність, різкі зміни настрою, тривожність, невпевненість) — 78 %;
- агресія (переважно як захисна реакція) — 21 %;
- проблеми з навчанням — 62 %;
- порушення сну — 14 %;
- порушення соціалізації та побутової адаптації — 52 %.

Під час опитування батьків (клінічна бесіда):

- порушення поведінки (дитина занадто активна, увесь час рухається, часто розпочата нею діяльність не виконується до кінця, рухлива навіть уві сні);
- порушення сприйняття та уваги (дитина не реагує на інструкції, реагує частково, не може зосередитися на навчанні, виконанні деяких побутових інструкцій без контролю батьків);
- наявні проблеми з емоційно-вольовою сферою (занадто бурхливі емоції, які дитина не звикла стримувати, слабо контролює спонукання до дії, нівелюючи соціальні правила).

Наприкінці курсового лікування ЛЗ Когнум за батьківською оцінкою (метод клінічної бесіди) виявлено наступне:

- дитина стала більш посидючою, може довго займатися монотонною роботою, зникла вибухова поведінка;
- краще зосереджується під час виконання уроків, самостійно виконує їх, не потребує частого спонукання та підганяння (зменшилися розсіяність і відволікання уваги);
- самостійно засинає, зменшилися невротичні прояви;
- з'явилося зацікавлення уроками та спільною діяльністю з батьками;
- зменшилися імпульсивні прояви поведінки, дитина почала спокійніше реагувати на зауваження;
- з'явилися нові друзі.

За кількісними результатами тестів зміни незначні (у межах стандартної похибки), а за якісними ха-

рактеристиками виявлені позитивні зміни в окремих проявах психічних функцій дитини (увага, особливості сприйняття інформації, поведінково-емоційні реакції).

У 13 з 16 дітей, які отримали курсове лікування ЛЗ Когнум, послабилися гіперактивні прояви:

- поліпшилося зосередження уваги (утримання інструкцій у пам'яті під час реалізації, знизилась розсіяність);
- збільшився час спокійного сидіння на уроках та сприйняття навчального матеріалу;
- поліпшилося сприйняття інструкцій та їх виконання;
- агресивні прояви стали менш інтенсивними й швидко згасали;
- поліпшилися загалом навчальний процес і ставлення до нього (особливо у дівчаток);
- діти стали спокійніші не стільки в руховому прояві, скільки в емоційному реагуванні на проблеми;
- з'явилася мотивація щодо пізнання нового чи вдосконалення (наполегливість змінила емоційні вибухи та імпульсивні реакції — дитина може довго виконувати завдання, яке не вдавалося до цього часу).

Три дитини не завершили курсове лікування ЛЗ Когнум з різних причин. В одній з них відмічені скарги на нудоту та загострення нейропсихічної симптоматики.

У дітей контрольної групи після проведеної курсової психолого-педагогічної корекції також були відмічені позитивні зміни в нейропсихічному статусі, однак їх тривалість та ступінь вираженості були меншими порівняно з дітьми основної групи.

Висновки

— У дітей вікової категорії від 7 до 12 років з клінічними проявами гіперактивності й дефіциту уваги в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів необхідно розглядати можливість призначення курсом не менше ніж 3 місяці нейроадаптогенів, а саме ноотропоподібного препарату — кальцієвої солі гопантенової кислоти (ЛЗ Когнум).

— Дітям з органічним ураженням нервової системи (церебральний параліч) та з наявними коморбідними симптомами у вигляді гіперактивної поведінки, порушення функції уваги, астеничними проявами доцільно до індивідуальної програми реабілітації додавати препарати адитивного спрямування, зокрема лікарські засоби з комплексним механізмом дії (ЛЗ Когнум).

— Дітям перших класів загальноосвітньої школи з клінічними ознаками мінімальної мозкової дисфункції, у яких виявлені неуспішність у навчанні, порушення соціального функціонування та прояви шкільної дезадаптації, у комплексі корекційних заходів медико-педагогічного спрямування можуть бути рекомендовані м'які соціальні адаптогени вітамінного походження (ЛЗ Когнум).

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Заваденко Н.Н. Как понять ребенка: дети с гиперактивностью и дефицитом внимания. Москва: Школа пресс, 2004. 128 с.

2. Квашина Л.В. та ін. Можливості комплексної корекції проявів шкільної дезадаптації в дітей молодшого шкільного віку. Здоров'я дитини. 2019. Т. 14. № 2. С. 19-24.

3. Мамчур В.Й. Осознанный выбор церебропротектора витаминного происхождения: фокус на Когнум. Міжнародний неврологічний журнал. 2019. № 2(104). С. 75-78.

4. Мартинюк В.Ю., Зінченко С.М. Мінімальна мозкова дисфункція. Київ: Інтермед, 2011. 168 с.

5. Марценковський І.А., Ткачова О.В. Гіперкінетичний розлад у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку (принципи діагностики й терапії). Педіатрія, акушерство та гінекологія. 2007. № 3. С. 40-44.

6. Чутко Л.С. Школьная дезадаптация в клинической практике детского невролога. Санкт-Петербург, 2006. 56 с.

Отримано/Received 08.04.2022

Рецензовано/Revised 20.04.2022

Прийнято до друку/Accepted 03.05.2022 ■

V.Yu. Martyniuk, T.V. Borshenko, O.A. Maistryk

State Institution "Ukrainian Medical rehabilitation center for children with organic disorders of the nervous system of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

Cognum as a mild adaptogen for correction of school disadaptation

Abstract. Background. In studying the role of neuropsychiatric disorders in the formation of school disadaptation in children was detected the influence of minimal brain dysfunction, a collective concept consisting of relatively mild, clinically undifferentiated neuropsychiatric syndromes, behavioral and motor disorders in children during their development. The purpose of the study was the analysis of the effectiveness of involving social adaptogens of vitamin origin (Cognum) in a complex of corrective measures for medical and pedagogical orientation of children with minimal brain dysfunction. **Materials and methods.** The study involved 32 children of 7 to 12 years old with clinical signs of minimal brain dysfunction, with a predominance of hyperactive behavior and impaired attention. Patients were divided into two groups: the main group — 16 children who were treated with Cognum, and the control group — 16 children. The course of treatment continued at least 90 days. For

children 7–10 years was prescribed 1 tablet (250 mg) 3 times a day; for children 10–12 years 1 tablet 4 times a day. **Results.** Qualitative characteristics revealed positive changes in some manifestations of mental functions (attention, features of information perception, behavioral and emotional reactions). In 13 of the 16 children who received a course of treatment with Cognum, hyperactive symptoms decreased. According to the quantitative results of the tests, the changes were not significant (within the standard error). **Conclusions.** Children with organic pathology of the nervous system (cerebral palsy) and with comorbid symptoms such as hyperactive behavior, attention deficit disorder, asthenia, as well as children of the first grade of secondary school with clinical signs of minimal brain dysfunction should be prescribed mild social adaptogens (Cognum). **Keywords:** minimal brain dysfunction; treatment; children; adaptogens