

УДК 616.839+612.821.2/.3+159.922:303.6

© Коллектив авторов, 2013.

## ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

**Н. В. Нагорная, А. В. Дубовая, Е. В. Бордюгова***Кафедра педиатрии факультета интернатуры та післядипломної освіти,  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.*

### PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME IN CHILDREN AND POSSIBLE WAYS TO ACTION

**N. V. Nagorna, G. V. Dubova, Ye. V. Bordyugova**

#### SUMMARY

The article presents the manifestations of psychovegetative syndrome in 119 children (65 girls and 54 boys) aged from 7 till 16 years with a variety of medical conditions, the results of the use of Adaptol and Noofen in the complex treatment of patients. Addition of complex treatment of children with psychovegetative syndrome 21-days course of study drugs increased its efficiency, as evidenced by a more rapid and pronounced positive dynamics of indicators of emotional and vegetative status, above all, the degree of reduction of anxiety, conflict, the level of chronic state of stress, decreased sympathetic influence activity of the heart. In the presence in children with psychovegetative syndrome increased anxiety and sleep disorders more justified inclusion in the complex treatment of Adaptol. When combined with increased anxiety and depressive asthenic syndrome is preferable to use Noofen.

### ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ У ДІТЕЙ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ЙОГО УСУНЕННЯ

**Н. В. Нагорна, Г. В. Дубова, О. В. Бордюгова**

#### РЕЗЮМЕ

У статті описані прояви психовегетативного синдрому у 119 дітей (65 дівчаток та 54 хлопчики) віком від 7 до 16 років з різними соматичними захворюваннями, представлені результати використання денного транквілізатора (анксіолітика) «Адаптол» і транквілоноотропа «Ноофен» в комплексному лікуванні пацієнтів. Додання комплексного лікування дітей з психовегетативним синдромом 21-денним курсом досліджуваних препаратів підвищило його ефективність, що підтверджувалося більш швидкою і вираженою позитивною динамікою показників психоемоційного та вегетативного статусу, насамперед, зменшенням ступеню тривожності, конфліктності, рівня хронічного стресового стану, зменшенням симпатичного впливу ВНС на діяльність серця. За наявності у дитини з психовегетативним синдромом підвищеної тривожності та дисомнії патогенетично більш обґрунтовано включення в комплекс лікування адаптолу. При поєднанні підвищеної тривожності з депресивним і астеничним синдромом перевагу слід надавати ноофену.

**Ключевые слова:** дети, психо-вегетативный синдром, ноофен, адаптол.

Плачет мозг, а слезы капаят  
в сердце, печень, желудок...  
*Александр Лурия*

В середине XX века немецкий исследователь W.Thiele для обозначения дисбаланса вегетативной регуляции деятельности внутренних органов, возникающего в ответ на психогенный стресс, предложил термин «психовегетативный синдром» (ПВС) [3]. Несмотря на то, что ПВС не является самостоятельной нозологической единицей, большинство врачей используют этот термин в своей практике для синдромального описания психогеннообусловленных полисистемных вегетативных изменений [1, 6]. Согласно результатам эпидемиологических исследований, до 80% пациентов с различной соматической патологией имеют ПВС [1]. Психовегетативный синдром характеризуется избыточным реагированием в стрессовой ситуации, что проявляется соматовегетативными симптомами (кардиалгия, абдоминалгия, цефалгия, цисталгия, головокружение, длительная и «необъяснимая» гипертермия, одыш-

ка, чувство неполноты вдоха, «ком» в горле, тошнота, энурез и др.) и эмоциональными нарушениями (повышенная тревожность, эмоциональная лабильность, обидчивость, раздражительность, запинки в речи, нарушения сна и др.) [3]. С указанными жалобами пациенты могут обращаться за медицинской помощью к педиатру, терапевту, семейному врачу, кардиологу, гастроэнтерологу, пульмонологу, неврологу, что делает проблему ПВС междисциплинарной [4, 12]. Имеющиеся клинические проявления – нарушение самочувствия, снижение психической, а порой физической и социальной активности, ухудшающие качество жизни (КЖ) – указания на нередкую трансформацию вегетативной дисфункции в неинфекционную хроническую патологию последующих возрастных периодов (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронический гастрит, колит и др.) определяют актуальность раннего выявления ПВС и эффективного устранения имеющихся изменений с использованием патогенетически обоснованных лечебно-реабилитационных мероприятий.

В этиопатогенезе психовегетативного синдрома ведущую роль играет стресс, который, по определению Н. Selye (1936), является «органическим, физиологическим, нервно-психическим расстройством, а именно нарушением обмена веществ, вызванным раздражающими факторами», и сопровождает человека всю его жизнь [3]. При этом имеет значение не столько сила, частота и длительность стрессорного фактора, сколько индивидуальная реакция на него ребёнка [9, 10, 12, 15]. Негативным последствием психоэмоционального напряжения и стресса часто становится дисфункция лимбико-ретикулярного комплекса, где локализуются психические и вегетативные центры [3]. Ответной реакцией организма на стресс является дисбаланс вегетативной нервной системы (ВНС) с повышением активности симпатического и угнетением парасимпатического отдела ВНС [4]. Активация симпатoadrenalовой системы приводит к изменению функционирования нейромедиаторных систем головного мозга, в частности, к ослаблению ГАМК-эргических процессов [5]. Именно гамма-аминомасляная кислота (ГАМК) является основным тормозным нейромедиатором центральной нервной системы, играет существенную роль в углеводном и аминокислотном обмене в головном мозге, способствует нормализации метаболических процессов в нервной системе [2]. При активации ГАМК-системы наблюдается угнетение симпатической активности ВНС, поэтому в поиске путей коррекции ПВС у детей наше внимание было обращено на препараты, влияющие на ГАМК-эргическую передачу – «Адаптол» и «Ноофен». По своей химической структуре адаптол является бициклическим производным мочевины, что обуславливает его близость к природным метаболитам организма – пуринам. Активно проникая через гематоэнцефалический барьер, адаптол воздействует на различные структурно-функциональные элементы нейронов, преимущественно гипоталамуса и лимбической системы [2]. Среди основных нейромедиаторных эффектов адаптола – его центральное ГАМК-эргическое, серотонинэргическое и менее выраженное холинэргическое действие на фоне значительной адренолитической активности. Описана умеренная транквилизирующая активность адаптола, способность устранять тревогу, страх, внутреннее эмоциональное беспокойство и раздражительность [5]. Адаптол зарегистрирован в Украине, регистрационное свидетельство № П.10.00/02313. Ноофен является производным гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и фенилэтиламина ( $\gamma$ -амино- $\beta$ -фенилмасляной кислоты гидрохлорид). Указанное определяет его центральное ГАМК-эргическое действие: активно проникая через гематоэнцефалический барьер, гидрохлорид  $\gamma$ -амино- $\beta$ -фенилмасляной кислоты стимулирует

ГАМК-Б-рецепторы (медленные тормозные рецепторы) нейронов, преимущественно коры головного мозга, гипоталамуса и лимбико-ретикулярного комплекса, усиливая процессы торможения [5]. Активация ГАМК-эргических процессов в коре головного мозга обуславливает ноотропный, антигипоксический и антиамнестический эффект ноофена [13]. Воздействием на нейроны гипоталамуса, координирующего деятельность ВНС, объясняется вегетостабилизирующее действие препарата [2]. Описан его транквилизирующий эффект, обусловленный влиянием на лимбико-ретикулярный комплекс [5, 13].  $\beta$ -фенилэтиламин способствует высвобождению и торможению обратного захвата дофамина, что определяет антиастеническое действие препарата [2]. Ноофен зарегистрирован в Украине, регистрационное свидетельство №UA/3773/02/01.

Изучение проявлений психовегетативного синдрома у детей с различной соматической патологией, анализ эффективности адаптола и ноофена в его коррекции, клинической безопасности препаратов стало целью настоящей работы.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 119 детей (65 девочек и 54 мальчика) в возрасте от 7 до 16 лет с психовегетативным синдромом и различной соматической патологией (нарушения ритма сердца, первичная и вторичная артериальная гипертензия, хронический гастрит, хронический гастродуоденит, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, бронхиальная астма), которые находились на стационарном лечении в отделении детской кардиологии и кардиохирургии Государственного учреждения «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», а также наблюдались в консультативной поликлинике ИНВХ. Комплекс лечения пациентов включал: лечебно-охранительный режим с достаточной продолжительностью ночного сна и обязательным дневным отдыхом; обогащение рациона питания продуктами, богатыми калием, кальцием и магнием; лечение соматического заболевания согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Украины; групповой психотренинг по методике Н. В. Нагорной [9] с ежедневными сеансами в течение 2 недель; массаж головы и воротниковой зоны ежедневно в течение 10 дней или точечный самомассаж в домашних условиях; контрастный душ с последующим растиранием махровым полотенцем; электрофорез с 6% раствором NaBr на воротниковую зону в течение 10 дней; витаминно-минеральный препарат (согласно инструкции по применению препарата). Методом случайного отбора дети были разделены на три группы, однородные по соматической патологии. Группу «Комплексное лечение» составили 35 детей (19 девочек и 16 мальчиков); группу «Комплексное лечение + Адаптол» – 47 детей (24 девочки и 23

мальчика), комплекс лечения которых был дополнен препаратом «Адаптол»; группу «Комплексное лечение + Ноофен» – 37 детей (22 девочки 15 мальчиков), комплекс лечения которых был дополнен препаратом «Ноофен». Курс лечения во всех группах составил 21 день. Препараты «Адаптол» и «Ноофен» пациенты принимали согласно инструкции по применению.

Комплекс проведенного обследования включал сбор и анализ жалоб по специально разработанному опроснику; объективный осмотр с измерением артериального давления (АД); стандартную электрокардиографию (ЭКГ) в 12 общепринятых отведениях; 24-часовое мониторирование ЭКГ и АД (СМАД) с оценкой variability ритма сердца (ВРС) с помощью аппаратов «Кардиотехника 4000АД» и «Кардиотехника-04-АД-3» фирмы «Инкарт» (Россия). Оценку состояния вегетативной нервной системы проводили комплексно на основании данных variability сердечного ритма, опросника В. В. Седнева [11] с анализом по шкале «вегетативные расстройства», цветового теста Люшера (ЦТЛ) с расчетом коэффициента хронического стрессового состояния по Г. А. Аменеву [8]. Вегетативную реактивность и вегетативное обеспечение деятельности оценивали по ВРС с расчетом показателей временного и спектрального анализа 256 кардиоциклов (около 5 минут) в соответствии с рекомендациями Комитета экспертов Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии [14]. Временной анализ ВРС включал следующие показатели: SDNN (мс) – стандартное отклонение всех анализируемых RR интервалов; SDNNi (мс) – среднее значение стандартных отклонений за 5-минутные периоды; RMSSD (мс) – квадратный корень суммы разностей последовательных RR интервалов; pNN50% – процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50мс. Увеличение величин временных показателей ВРС расценивали как усиление парасимпатического влияния, снижение – как активацию симпатического. При спектральном анализе ВРС оценивали следующие компоненты: высокочастотный (high frequency – HF) – волны от 0,15 до 0,40 Гц (показатель мощности парасимпатического звена регуляции); низкочастотный (low frequency – LF) – волны 0,04–0,15 Гц (показатель мощности симпатического звена регуляции); очень низкий (very low frequency – VLF) – волны 0,0033–0,04 Гц (показатель мощности гуморального звена регуляции). Оценку психоэмоционального статуса проводили комплексно с использованием опросника В. В. Седнева [11] и ЦТЛ [8]. Для оценки качества жизни детей использовали специальный опросник «Качество жизни детей, больных вегетативной дисфункцией» по Н. В. Хайтовичу [12].

Критерии эффективности включали динамику жалоб, показателей психоэмоционального и

вегетативного статуса исходно и после окончания 21-дневного курса лечения. Качество жизни детей оценивали исходно и через 1 месяц после окончания 21-дневного курса лечения.

Переносимость препарата оценивал врач по следующей шкале: «хорошая», «удовлетворительная», «неудовлетворительная»; безопасность лечения – путем регистрации нежелательных явлений ежедневно в течение курсового лечения препаратами «Адаптол» и «Ноофен». Оценку удовлетворенности результатами лечения дети и/или их родители давали, используя интегральную шкалу IMPSS.

Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной и альтернативной статистики с использованием лицензионного программного пакета для статистического анализа «MedStat».

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Исходный анализ жалоб детей с психовегетативным синдромом свидетельствовал об их наличии у 117 (98,3±1,2%) обследованных, при этом 67 (56,3±4,5%) детей предъявляли их самостоятельно, у 50 (42,0±4,5%) пациентов они были выявлены при активном опросе врача. Независимо от основного соматического заболевания, наиболее часто детей беспокоили головная боль (90 чел., 75,6±3,9%) и боль в области сердца (62 чел., 52,1±4,6%). Головокружение отмечали 59 (49,6±4,6%) чел., боль в животе – 55 (46,2±4,6%) чел., учащенное сердцебиение – 49 (41,2±4,5%) чел., повышенную потливость – 41 (34,5±4,4%) чел., чувство неполноты вдоха – 25 (21,0±3,7%) чел., тошноту – 19 (16,0±3,4%), ощущение жара – 15 (12,6±3,0%) чел., частое мочеиспускание – 6 (5,0±2,0%) чел.

Обращало внимание наличие у всех обследованных астеноневротического синдрома (повышенная утомляемость при физической нагрузке, раздражительность, обидчивость, «страхи» и др.) независимо от пола, возраста, продолжительности клинических проявлений основного заболевания. Нарушения сна в виде позднего засыпания, беспокойного, поверхностного сна, ночных пробуждений имели 41 (34,5±4,4%) чел.

По мнению детей, основными причинами снижения качества их жизни были тревога за свое здоровье и жизнь (75,6±3,9% чел.), нарушенный ночной сон (74,8±4,0% чел.), повышенная утомляемость, обидчивость, раздражительность (62,2±4,4% чел.), цефалгия (60,5±4,5% чел.), головокружение (54,6±4,6% чел.), кардиалгия (50,4±4,6% чел.), боль в животе (22,7±3,8% чел.).

На стандартной ЭКГ у 27 (22,7±3,8) чел. зарегистрирована синусовая аритмия, у 25 (21,0±3,7%) чел. – синусовая тахикардия. Согласно результатам анализа 24-часового мониторирования ЭКГ, в дневное время при эмоциональных переживаниях и физических нагрузках у 37 (31,1±4,2%) обследованных

констатированы эпизоды синусовой аритмии, у 32 (26,9±4,1%) пациентов – пароксизмы синусовой тахикардии; в ночное время у 15 (12,6±3,0%) детей зарегистрирована синусовая брадикардия.

При анализе показателей СМАД обращало внимание неадекватное повышение АД на эмоциональное напряжение и физическую нагрузку у 79 (66,4±4,3%) чел.

У 71 (59,7±4,5%) чел. отмечено снижение рNN50 (на 23%) и RMSSD (на 17%) в сравнении со здоровыми сверстниками, что свидетельствовало о повышении активности симпатического отдела ВНС [2]. Подтверждением нарушения симпатико-

вагального баланса у обследованных детей было статистически значимое снижение низкочастотных компонентов спектра (1175±460) в сравнении со здоровыми (1652±596, p<0,05).

Динамика основных жалоб, показателей психоэмоционального и вегетативного статуса детей с психовегетативным синдромом групп «Комплексное лечение + Адаптол», «Комплексное лечение + Ноофен» и «Комплексное лечение» исходно и после окончания 21-дневного курса лечения представлена в табл. 1.

Как свидетельствуют данные табл. 1, полученное комплексное лечение оказало положительный

Таблица 1

**Динамика основных жалоб, показателей психоэмоционального и вегетативного статуса детей с психовегетативным синдромом групп «Комплексное лечение + Адаптол», «Комплексное лечение + Ноофен» и «Комплексное лечение» исходно и после окончания 21-дневного курса лечения (частота встречаемости)**

Показатель	До лечения (n=119)						После лечения (n=119)					
	Группа «Комплексное лечение + Адаптол» (n=47)		Группа «Комплексное лечение + Ноофен» (n=37)		Группа «Комплексное лечение» (n=35)		Группа «Комплексное лечение + Адаптол» (n=47)		Группа «Комплексное лечение + Ноофен» (n=37)		Группа «Комплексное лечение» (n=35)	
	Абс	%, M±m	Абс	%, M±m	Абс	%, M±m	Абс	%, M±m	Абс	%, M±m	Абс	%, M±m
Цефалгии	36	76,6±7,0	28	75,7±7,1	26	74,3±7,4	12	25,5±7,2***	11	29,7±7,5 <sup>000</sup>	18	51,4±8,4 <sup>^^</sup>
Кардиалгии	23	48,9±8,2	21	56,8±8,1	18	51,4±8,4	6	12,8±5,5**	6	16,2±6,1 <sup>00&amp;</sup>	7	20,0±6,8 <sup>0^</sup>
Головокружение	27	57,4±8,1	17	45,9±8,2	15	42,9±8,4	7	14,9±5,9***&	6	16,2±6,1 <sup>0</sup>	7	20,0±6,8 <sup>0^</sup>
Абдоминалгии	23	48,9±8,2	15	40,5±8,1	17	48,6±8,4	6	12,8±5,5**	7	18,9±6,4 <sup>0</sup>	8	22,9±7,1 <sup>0^</sup>
Уровень тревожности выше среднего	28	59,6±7,2	21	56,8±8,1	18	51,4±8,4	7	14,9±5,2***	5	13,5±5,6 <sup>000</sup>	11	31,4±7,8
Диссомния	23	48,9±8,2	17	45,9±8,2	15	42,9±8,4	6	12,8±5,5**	6	16,2±6,1 <sup>0</sup>	7	20,0±6,8 <sup>0^</sup>
Уровень астении выше среднего	18	38,3±8,0	15	40,5±8,1	17	48,6±8,4	10	21,3±6,7	7	18,9±6,4 <sup>0</sup>	8	22,9±7,1 <sup>0^</sup>
Депрессия	10	21,3±6,7	8	21,6±6,8	7	20,0±6,8	4	8,5±4,6	2	5,4±2,1 <sup>0</sup>	2	5,7±2,2 <sup>0</sup>
Конфликтность	27	57,4±8,1	21	56,8±8,1	18	51,4±8,4	7	14,9±5,9***&	6	16,2±6,1 <sup>00&amp;</sup>	7	20,0±6,8 <sup>0^</sup>
Уровень хронического стрессового состояния выше среднего	36	76,6±7,0	28	75,7±7,1	26	74,3±7,4	12	25,5±7,2***	11	29,7±7,5 <sup>000</sup>	18	51,4±8,4 <sup>^^</sup>
Дисбаланс вегетативной регуляции	45	95,7±3,3	35	94,6±3,7	33	94,3±3,9	21	44,7±8,2***&	21	56,8±8,1 <sup>000</sup>	26	74,3±7,4 <sup>0^</sup>

Примечания:

1. \*\* – различие достоверно (p<0,01) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Адаптол»;
2. \*\*\* – различие достоверно (p<0,001) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Адаптол»;
3. <sup>0</sup> – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»;
4. <sup>00</sup> – различие достоверно (p<0,01) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»;
5. <sup>000</sup> – различие достоверно (p<0,001) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»;
6. <sup>^</sup> – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение»;
7. <sup>^^</sup> – различие достоверно (p<0,01) в сравнении с показателем после лечения в группе «Комплексное лечение»;
8. & – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем после лечения в группе «Комплексное лечение».

эффект на самочувствие детей трех групп с большей степенью выраженности у пациентов, получивших дополнительно обсуждаемые препараты: в сравнении с исходными данными статистически значимо уменьшилось количество детей, предъявлявших жалобы на кардиалгии, цефалгии, головокружение, боль в животе. Обращало внимание, что после окончания курса лечения во всех группах отмечалось уменьшение ощущения жара, снижение потливости, уменьшение одышки, возникающей при эмоциональных переживаниях, исчезновение «комка» в горле.

Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на показатели психоэмоционального статуса детей трех групп с большей степенью выраженности у пациентов, получивших дополнительно исследуемые препараты. Так, статистически значимо ( $p < 0,001$ ) в сравнении с исходными данными уменьшились проявления тревожности у детей, комплекс лечения которых был дополнен адаптолом или ноофеном, что подтверждает транквилизирующий эффект указанных препаратов.

После окончания курса лечения статистически реже пациентов трех групп беспокоила диссомния. Степень выраженности положительного эффекта была выше у детей, комплекс лечения которых был дополнен препаратом «Адаптол». Следует отметить появление у 6 (16,2±6,1%) детей младшего школьного возраста повышенной сонливости на 2-е-3-и сутки после начала курса ноофена, в связи с чем его доза была уменьшена вдвое с последующим исчезновением указанных проявлений.

Обращало внимание, что 3-недельный курс комплексного лечения с включением адаптола не оказал статистически значимого влияния на уменьшение выраженности депрессивного и астенического синдрома у детей с ПВС. У 2 детей группы «Комплексное лечение + Адаптол», имевших исходно высокий уровень депрессии и астении, адаптол на 14-й день лечения был отменен ввиду нарастания выраженности депрессивного и астенического синдрома. В то же время, включение в комплекс лечения ноофена сопровождалось статистически значимым ( $p < 0,05$ ) уменьшением в сравнении с исходными данными степени выраженности астении (40,5±8,1% и 18,9±6,4% соответственно) и депрессии (21,6±6,8% и 5,4±2,1% соответственно), что может быть обусловлено влиянием β-фенилэтиламина, входящего в состав препарата.

Под воздействием проведенного лечения статистически реже у пациентов трех групп наблюдались обидчивость, раздражительность, плаксивость, что сопровождалось снижением степени конфликтности по данным опросника Седнева В.В. с большей степенью выраженности у пациентов, получивших адаптол.

После окончания курса лечения у пациентов трех групп статистически значимо уменьшилась степень выраженности хронического стрессового состояния.

Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на восстановление симпатико-вагального баланса у детей трех групп, статистически чаще у пациентов, получивших дополнительно адаптол (24 чел., 46,2±4,6%) или ноофен (14 чел., 37,8±8,0%), что может быть объяснено вегетостабилизирующим действием указанных препаратов.

Согласно результатам стандартной ЭКГ и 24-часового мониторинга ЭКГ и АД, после окончания лечения у детей с психовегетативным синдромом достоверно чаще в сравнении с исходными данными регистрировалась нормальная частота сердечных сокращений и уровень АД: статистически чаще у пациентов, получивших дополнительно ноофен (24 чел., 64,9±7,8%) или адаптол (29 чел., 61,7±7,1%) в сравнении с группой «Комплексное лечение» (14 чел., 40,0±8,3%,  $p < 0,05$ ).

Комплексное лечение привело к повышению в сравнении с исходными данными рNN50 на 14% и RMSSD на 12%; у пациентов, получивших адаптол, – повышение рNN50 на 25% и RMSSD на 23%; у детей, получивших ноофен, – повышение рNN50 на 28% и RMSSD на 25%, что свидетельствовало об уменьшении симпатического влияния ВНС на деятельность сердца [1].

Обращало внимание улучшение качества жизни у 19 (54,3±8,4%) детей, получивших комплексное лечение, у 29 (61,7±7,1%) чел., получивших в составе комплексного лечения препарат «Адаптол», у 27 (64,9±7,8%) чел., получивших в составе комплексного лечения препарат «Ноофен».

Переносимость препарата «Адаптол» у 45 детей была оценена врачом «хорошая», у 2 пациентов – «удовлетворительная». Анализ удовлетворенности детьми и/или родителями результатами лечения свидетельствовал, что 11 (23,4%) чел. были «всцело удовлетворены», 27 (57,4%) чел. – «удовлетворены», 7 (14,9%) чел. дали ответ «отношусь нейтрально», 2 (4,3%) чел. – «не удовлетворен».

Переносимость препарата «Ноофен» у 31 ребенка была оценена врачом «хорошая», у 6 пациентов – «удовлетворительная». Анализ удовлетворенности детьми и/или родителями результатами лечения свидетельствовал, что 9 (24,3%) чел. были «всцело удовлетворены», 23 (62,2%) чел. – «удовлетворены», 4 (10,8%) чел. дали ответ «отношусь нейтрально», 1 (2,7%) чел. – «не удовлетворен».

Таким образом, психовегетативный синдром у детей с различными соматическими заболеваниями характеризовался соматовегетативными симптомами (цефалгии, кардиалгии, головокружение, абдоминалгии, чувство неполноты вдоха, «ком» в

горле, тошнота и др.) и изменениями психоэмоционального статуса (повышенная тревожность, нарушения сна, депрессия, астения, высокий уровень хронического стрессового состояния и др.), снижающими качество жизни пациентов. У всех обследованных выявлено нарушение симпатико-вагального баланса с повышением активности симпатического отдела ВНС у 59,7% обследованных. Дополнение комплексного лечения детей с психовегетативным синдромом 21-дневным курсом исследуемых препаратов повысило его эффективность, что подтверждалось более быстрой и выраженной положительной динамикой показателей психоэмоционального и вегетативного статуса, прежде всего, уменьшением степени тревожности, конфликтности, уровня хронического стрессового состояния, уменьшением симпатического влияния ВНС на деятельность сердца. При наличии у ребенка с психовегетативным синдромом повышенной тревожности и диссомнии патогенетически более обосновано включение в комплекс лечения адаптола. При сочетании повышенной тревожности с депрессивным и астеническим синдромом предпочтительнее использовать ноофен.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акарачкова Е. С. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике / Е. С. Акарачкова // Лечащий врач. – 2010. – № 10. – С. 5 – 8.
2. Бурчинський С. Г. Сучасні підходи до фармакотерапії нейроциркуляторної дистонії / С. Г. Бурчинський // Ліки. – 2005. – № 1 – 2. – С. 1 – 4.
3. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. проф. Вейна А. М. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 752 с.
4. Вегетативні дисфункції у дітей: нові погляди на термінологію, патогенез та класифікацію / В. Г. Майданник, В. Д. Чеботарьова, В. Г. Бурлай и др. // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2000. – № 1. – С. 10 – 12.
5. Громов Л. А. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л. А. Громов, Е. Т. Дудко // Вісник фармакології та фармації. – 2003. – № 10. – С. 11 – 17.
6. Котова О. В. Возможности лечения психовегетативного синдрома / О. В. Котова // Трудный пациент. – 2011. – Т. 9, № 12. – С. 31 – 34.
7. Леженко Г. О. Вегетативні дисфункції у дітей. Патогенез, діагностика і терапевтична тактика / Г. О. Леженко, О. Є. Пашкова // Дитячий лікар. – 2011. – №4. – С. 20 – 32.
8. Максименко Ю. Б. Цветовая символика в экспериментально-психологических исследованиях: Учебное пособие. – Донецк: «Эра Психологии», 2004. – 72 с.
9. Нагорна Н. В. Немедикаментозна терапія і профілактика вегето-судинної дисфункції у дітей та підлітків: автореф. дис.на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.01.10 «Педіатрія» / Н. В. Нагорна. – К., 2001. – 37 с.
10. Эффективность ноофена в коррекции нарушений психоэмоционального статуса у детей с вегето-сосудистой дисфункцией / Н. В. Нагорная, А. В. Дубовая, Е. В. Бордюгова и др. // Современная педиатрия. – 2012. – №7 (47). – С. 47 – 51.
11. Седнев В. В. Детский опросник невротизма (ДОН) (методические указания) / В. В. Седнев, З. Г. Збарский, А. К. Бурцев. – Донецк. – 1997. – 8 с.
12. Хайтович М. В. Нейропсихосоматичні співвідношення у дітей з вегетативними дисфункціями / М. В. Хайтович // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 4. – С. 84 – 85.
13. Щекина Е. Г. Особенности ноотропной терапии / Е. Г. Щекина // Провизор. – 2008. – №2. – С. 6 – 9.
14. Guidelines for implantation of cardiac pacemaker and antiarrhythmia devices. A report of the American College of Cardiology / American Heart Association. Task force on Assessment of diagnostic therapeutic cardiovascular procedures (Committee of Pacemaker Implantation) // J. Am. Coll. Cardiol. – 1998. – Vol. 31 (5). – P. 1175 – 1209.
15. Uzark K. Parenting stress and children with heart disease / K. Uzark, K. Jones // J. Pediatr. Health Care. – 2003. – Vol. 17 (4) – P. 163 – 168.