

УДК 616.24-002-053.5-06:616.839[-085.214.31]

С.Л. Няньковський, І.В. Бабік

Ефективність ноотропних препаратів при лікуванні вегетативних порушень у дітей шкільного віку після перенесеної позалікарняної пневмонії

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Україна

Мета: визначити ефективність ноотропного препарату «Ноофен» у комплексі лікування астеничного синдрому та вегетативних порушень у школярів після перенесеної позагоспітальної пневмонії.

Пацієнти і методи. У дослідженні взяли участь 80 дітей віком 7–14 років, які були розподілені на основну (з включенням препарату «Ноофен») та контрольну (стандартні схеми лікування) групи.

Результати. Встановлено, що протягом тривалого часу після перенесеної позагоспітальної пневмонії у дітей наявні порушення загального стану та астенизація організму, а також виразні зміни з боку вегетативної нервової системи. Включення у схему лікування препарату «Ноофен» призводило до скорочення тривалості загальної слабкості, втомлюваності, головного болю, порушення сну, емоційної лабільності, дратівливості. За даними опитувальника Вейна, у дітей основної групи прояви вегетативної дисфункції спостерігалися удвічі рідше, ніж у контрольній групі (17,5% проти 32,5%), покращилися працездатність, суттєво зменшився рівень депресії.

Висновки. Застосування ноотропного препарату «Ноофен» дозволяє швидше досягнути нормалізації клінічних, інструментальних та функціональних показників, зменшити прояви вегетативної дисфункції, покращити фізичний стан, адаптаційні властивості і стресову стійкість дитячого організму. Наявність виразного клінічного ефекту, відсутність побічних дій дозволяють рекомендувати включення препарату «Ноофен» у комплекс стаціонарного та амбулаторного лікування позагоспітальної пневмонії у дітей віком 7–14 років.

Ключові слова: діти, пневмонія, лікування, астеничний синдром, вегето-судинна дистонія, Ноофен.

Вступ

Пневмонії залишаються у центрі уваги педіатрів, що пов'язано з високою питомою вагою цієї патології у структурі захворюваності, важкістю перебігу і прогнозом. Відомо, що патогенез пневмоній складний та багатофакторний, велику роль у ньому відіграють різноманітні механізми адаптації, значною мірою визначаючи розвиток та перебіг захворювання. Виникнення патологічного процесу в органах дихання, певною мірою, можна розглядати як нездатність організму протидіяти несприятливим чинникам навколишнього та внутрішнього середовища [2,5].

Гостра пневмонія є одним з найпоширеніших захворювань у дитячому віці. Дослідження, проведені з належним рентгенологічним контролем, показали, що захворюваність на пневмонію становить від 4 до 17 випадків на 1000 дітей. Незважаючи на запровадження протоколів діагностики та лікування пневмонії у практичну діяльність закладів охорони здоров'я, ведення дітей з пневмонією часто викликає труднощі у лікарів. Підходи до реабілітації дітей після перенесеної пневмонії останнім часом зазнали істотних змін. Сьогодні визнано необґрунтованим і недоцільним широке призначення так званих «біогенних стимуляторів». Значно звузилися показання до апаратної фізіотерапії, призначення якої затягує перебування дитини у стаціонарі та сприяє суперінфекції у поліклініці [3].

Одним із важливих симптомів при захворюванні на пневмонію є астеничний синдром — найбільш частий і неспецифічний патологічний стан, що визначається послабленням енергетичних можливостей центральної нервової системи, який значною мірою обумовлює характер і тривалість перебігу відновного періоду [12,13]. Крім того, астеничний синдром та відповідне нерво-психічне напруження значною мірою обумовлюють адекватне включення дитини у навчально-трудову діяльність після перенесеного захворювання [8], якість життя школяра, його працездатність та соціалізацію [7].

Астенія супроводжує більшість гострих і хронічних захворювань соматичного та інфекційного генезу. Вона характеризується низкою синдромів, провідними з яких є психовегетативні розлади та втомлюваність. Дані синдроми частіше проявляються зниженням загальної резистентності організму на фоні звичних фізичних та розумово-емоційних навантажень, супроводжуються виснаженням основних інтелектуальних, мнестичних та когнітивних функцій центральної нервової системи і зазвичай не зникають після відпочинку. Отже, якщо організм хворого школяра своєчасно та повністю не відновиться, виникає відчуття хронічної втоми і значного зниження працездатності [9]. Як правило, це супроводжується вегетативною дисфункцією — поліетіологічним синдромом, що характеризується порушенням функції вегетативної (автономної) нервової системи і функціональними порушеннями з боку різноманітних систем організму. Синдром вегетативної дисфункції є провідним патологічним станом серед соматичної патології дитячого віку та за своєю поширеністю поступається лише ГРВІ [10].

У чинних клінічних протоколах провідними при лікуванні пневмонії є антибактеріальна та муколітична терапія, а корекції астеничного синдрому та наявним проявам вегетативних порушень приділяється недостатньо уваги [1,4,6,11].

Мета дослідження: визначити ефективність ноотропного препарату «Ноофен» у комплексі лікування астеничного синдрому та вегетативних порушень у школярів після перенесеної позагоспітальної пневмонії.

Матеріал і методи дослідження

За методикою представлено клінічне дослідження було відкритим одноцентровим, у якому взяли участь діти обох статей віком 7–14 років із діагнозом позагоспітальної пневмонії. Діагноз пневмонії встановлювався на основі рекомендацій ВООЗ, як захворювання нижніх відділів дихальних шляхів, що проявляється лихоманкою і/або задишкою із наявністю вогнищового інфільтрату при рентгенографії грудної клітки.

Всього у дослідженні взяли участь 80 дітей. Усі діти були рандомізовані на дві групи. Основну групу склали 40 дітей (середній вік – 10,4±2,1 року), яким на тлі стандартного лікування відповідно до наказу МОЗ України №18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям» додатково призначався ноотропний препарат «Ноофен» у дозі по 1 пакетику тричі на добу курсом 15 діб. Діти контрольної групи – 40 осіб (середній вік 10,1±1,3 року) – отримували стандартне лікування за протоколом.

Усі включені у дослідження діти були госпіталізовані на 2–4 день захворювання, у розпалі клінічної симптоматики позагоспітальної пневмонії. Загальний стан дітей під час госпіталізації можна було розцінити як середньої важкості. Критеріями включення у дослідження були: позалікарняна (негоспітальна) пневмонія, яка підтверджена рентгенологічно; вік від 7 до 14 років; відсутність алергічних реакцій на компоненти препарату; згода дитина та її батьків на прийом препарату. Критеріями виключення – відмова від прийому препарату; застосування інших адаптогенів і/або імуномодуляторів; важкі супутні гострі та хронічні захворювання, недотримання умов протоколу.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження пацієнти не відрізнялись за основними медико-соціальними параметрами та важкістю клінічних проявів пневмонії (табл. 1).

Оцінюючи тривалість клінічної симптоматики в групах спостереження, які досліджувались за записами батьків у спеціально розроблених щоденниках, ми визначили, що середня тривалість показників (загальна слабкість, втомлюваність, біль голови, порушення сну, емоційна лабільність, дратівливість, поганий апетит) була достовірно меншою у дітей основної групи порівняно з показниками дітей контрольної групи. Так, оцінюючи прояви астеничного синдрому, можна стверджувати, що у дітей основної групи на тлі прийому препарату «Ноофен» спостерігалася зменшення тривалості загальної слабкості – 12,2±1,9 дня проти 14,5±2,1 дня у дітей контрольної групи

Таблиця 1

Клінічна характеристика пацієнтів на початку дослідження

Ознака	Група	
	основна (n=40)	контрольна (n=40)
Вік, років	10,4±2,1	10,1±1,3
Стать, хлопців % (n)	60 (24)	50 (20)
Тривалість захворювання, днів	2,6±1,6	2,8±1,9
Лихоманка, % (n)	100 (40)	100 (40)
Тахіпноє, % (n)	90 (36)	90 (36)
Колір шкіри: блідість, % (n), почервоніння, % (n)	60 (24) 40 (16)	70 (28) 30 (12)
Утруднене носове дихання, % (n)	40 (16)	50 (20)
Притуплення легеневого звуку, % (n)	90 (36)	90 (36)
Крептіція, % (n) / хрипи, % (n)	40 (16) / 60 (24)	35 (14) / 65 (26)
Кашель, % (n)	100 (40)	100 (40)
Зниження апетиту, % (n)	90 (36)	85 (34)
Загальна слабкість, % (n)	100 (40)	100 (40)
Зниження працездатності, % (n)	100 (40)	100 (40)
Порушення сну, % (n)	80 (32)	70 (28)
Біль голови, % (n)	75 (30)	85 (34)
Емоційна лабільність, % (n)	80 (32)	85 (34)

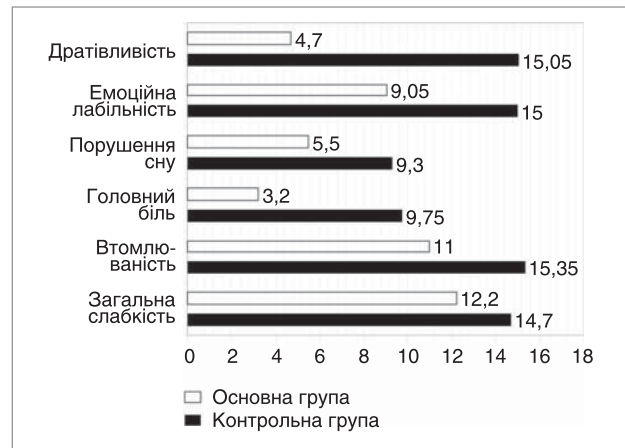


Рис.1. Середня тривалість клінічної симптоматики в групах дослідження залежно від отриманого лікування

($p<0,01$), втомлюваності – 11±1,8 і 15,3±2,7 ($p<0,01$), головного болю – 3,2±1,6 і 9,7±3,8 ($p<0,01$), порушення сну – 5,5±2,7 і 9,3±3,6 ($p<0,05$), емоційної лабільності – 9,05±2,9 і 15±2,7 ($p<0,01$), дратівливості – 4,7±2,02 і 15,05±2,73 ($p<0,01$) відповідно.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що діти основної групи, які в комплексі терапії приймали ноотропний препарат «Ноофен», мали значно кращу динаміку відновлення основних показників діяльності вегетативної нервової системи порівняно з дітьми контрольної групи (рис. 1).

Ступінь тяжкості вегетативної дисфункції визначали за допомогою запитальника-анкети О.М. Вейна (1998), оцінюючи кількість отриманих балів до та після лікування. Щоденники пацієнти заповнювали самостійно. Сума балів, що перевищувала 15, свідчила про наявність вегетативної дисфункції. На початку лікування загальна кількість набраних балів під час обстеження становила у 28 (35%) дітей 30±6,44 бала, у 36 (45%) – 20±1,6 бала та у 16 (20%) – менше 15 балів. Отримані нами дані свідчать про те, що у 77,5% дітей після перенесеної пневмонії були виразні клінічні прояви вегетативної дисфункції. Після лікування прояви вегетативної дисфункції спостерігалися у 17,5% дітей основної групи, а у дітей контрольної групи – 32,5% випадків (табл. 2). Це також підтверджує ефективність використання Ноофену для відновлення функ-

Таблиця 2

Результати обстеження дітей за допомогою запитальника Вейна після лікування позагоспітальної пневмонії

Бал	Група			
	основна (n=40)		контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
Більше 15 балів	17,5	7	32,5	13
Менше 15 балів	82,5	33	67,5	27

Таблиця 3

Результати порівняльного обстеження дітей за допомогою ортостатичної проби після отриманого лікування

Реакція	Група			
	основна (n=40)		контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
Незадовільна	10	4	15	6
Задовільна	90	36	85	34

Таблиця 4
Результати обстеження дітей за допомогою проби Штанге після отриманого лікування

Реакція	Група			
	основна (n=40)		контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
Відмінна	2,5	1	2,5	1
Добра	75	30	45	18
Задовільна	15	6	40	16
Незадовільна	7,5	3	12,5	5

цій вегетативної нервової системи після перенесеної пневмонії.

Важливим моментом нашого дослідження було визначення динаміки функціональних проб після перенесеної позагоспітальної пневмонії. Так, за даними ортостатичної проби під час фонового обстеження у 63 (78,75%) дітей простежувалась «незадовільна» реакція. Після отриманого лікування «незадовільна» реакція реєструвалась у 10% дітей основної групи та у 15% дітей групи контролю ($p > 0,01$). Отримані дані свідчать про ефективність препарату «Ноофен» у комплексному лікуванні пневмонії (табл. 3).

За даними проби Штанге під час фонового обстеження у 95% дітей обох груп здатність організму протистояти нестачі кисню була низькою або дуже низькою. Після отриманого лікування показники покращились: у дітей основної групи «відмінна» реакція спостерігалась у 2,5%, а «добра» — у 75% випадків; у дітей контрольної групи «відмінна» реакція спостерігалась у 2,5%, а «добра» — у 45% випадків, що також підтверджує ефективність застосування ноотропного препарату (табл. 4).

Водночас за результатами розрахунків за формулою Баєвського у більшості дітей (90%) було визначено високий адаптаційний потенціал, що теоретично свідчило про достатню рівновагу організму із довкіллям, внаслідок наявних адаптивних можливостей. Тільки у 6 (7,5%) дітей визначалося помірне функціональне напруження механізмів адаптації. Після лікування результати практично не змінились.

За результатами проби Мартіне у 66 (82,5%) дітей простежувалась проміжний тип реагування серцево-судинної системи на фізичне навантаження, у 8 (10%) дітей — несприятлива реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження і тільки у 6 (7,5%) дітей — нормотонічний тип реакції системи кровообігу на фізичне навантаження. Після отриманого лікування «нормальна» реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження визначалась у 35% дітей основної групи. У контрольній групі «нормальна» реакція була у 25% дітей і залишалися стабільними показники «несприятливої» реакції — 15% дітей. Можемо стверджувати, що після застосування Ноофену показники дітей основної групи були значно кращими (табл. 5).

За результатами Індекса Кердо у 44 (55%) дітей спостерігалось переважання симпатичної нервової системи

Таблиця 5
Результати обстеження дітей за допомогою проби Мартіне після отриманого лікування

Реакція	Група			
	основна (n=40)		контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
Проміжна	60	24	60	24
Норма	35	14	25	10
Несприятлива	5	2	15	6

Таблиця 6
Результати обстеження дітей за даними індекса Кердо після отриманого лікування

ВНС	Група			
	основна (n=40)		контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
парасимпатична	7,5	3	12,5	5
симпатична	22,5	9	25	10
нормостенічна	67,5	27	50	20
патологія	2,5	1	12,5	5

Таблиця 7
Результати оцінки ефективності роботи, працьовитості та психічної стійкості дітей залежно від отриманого лікування

Показник	Група			
	основна (n=40)		контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
Ефективність роботи				
5 балів	25	10	15	6
4 бали	50	20	55	22
3 бали	15	6	15	6
2 бали	7,5	3	10	4
1 бал	2,5	1	5	2
Ступінь працьовитості				
менша 1,0	75	30	75	30
більша 1,0	25	10	25	10
Психічна стійкість				
менша 1,0	75	30	75	30
більша 1,0	25	10	25	10

(НС), у 18 (22,5%) дітей — парасимпатичної НС. Патологічні зміни спостерігались у 30 (37,5%) дітей. Після отриманого лікування у 67,5% дітей основної групи реєструвався нормостенічний тип НС; в контрольній групі нормостенічний тип НС спостерігався у половини дітей, а у 12,5% дітей реєструвались патологічні зміни (табл. 6).

За результатами таблиці Шульце визначали темп сенсомоторних реакцій та рівень розумової працездатності на початку лікування та після його закінчення. При фоновому обстеженні ступінь виснаженості підвищувався на 2,3 таблиці (із п'яти таблиць). Хворі робили помилки, вказували хибні цифри, що свідчило про підвищену виснаженість та порушення темпу сенсомоторних реакцій. Ефективність роботи у всіх дітей була низькою, біля 1–2 балів. Ступінь працездатності у 52 (65%) дітей був меншим за 1,0, що свідчило про хорошу працездатність; відповідно у решти дітей показник був вищим 1,0, що свідчило про потребу у більшій кількості часу для відновлення розумової та фізичної працездатності. Психологічна стійкість у 60 (75%) дітей була нижчою 1,0, що свідчило про хорошу стійкість, відповідно у 20 дітей (25%) вона була низькою.

Після отриманого лікування ефективність роботи в основній групі оцінювалась як «відмінна» у 25% дітей, «добра» — у 50% дітей; у контрольній групі «відмінний» результат спостерігався тільки у 15% дітей і 15% дітей отримали «незадовільні» результати. Водночас показники ступеня працьовитості та психічної стійкості покращились в обох групах, що свідчить про високу здатність до відновлення дитячого організму (табл. 7).

За результатами тесту Бека (тест на депресію) при фоновому обстеженні хворі діти скаржились на головний біль, фізичне напруження. Спостерігалось зниження

Таблиця 8

Результати обстеження дітей за тестом Бека та Перона-Рузера залежно від отриманого лікування

Показник	Група			
	Основна (n=40)		Контрольна (n=40)	
	%	абс.	%	абс.
Рівень депресії				
легкий	15	6	37,5	15
немає	85	34	62,5	25
Рівень концентрації уваги				
дуже низький	15	6	25	10
середньонизький	65	26	62,5	25
високий	20	4	12,5	5
Індекс короткочасної пам'яті				
низький	20	6	50	20
середній	70	20	42,5	17
високий	10	4	7,5	2

показників за соматичними субшкалами. У 56 (70%) дітей виявлено легкий рівень депресії (від 10 до 17 балів), у решти дітей депресія не спостерігалась. Після лікування у дітей основної групи ознаки депресії практично не визначалися, натомість у контрольній групі частка дітей з депресією становила 37,5% (табл. 8).

За результатами тесту Перона—Рузера оцінювали рівень концентрації уваги, яка у 68 (85%) дітей була дуже низькою, у 4 (5%) дітей — середньонизькою і тільки у 8 (10%) дітей — високою. Після лікування у дітей основної групи дещо покращилась концентрація уваги, хоча різниця з показниками контрольної групи була недостовірною (табл. 8).

При аналізі індексу короткочасної пам'яті у 60 (75%) дітей виявлено дуже низький рівень короткочасного запам'ятовування, а у 12 (15%) дітей — середній. Коефіцієнт об'єму пам'яті відповідав рівню запам'ятовування.

Після лікування у дітей основної групи рівень запам'ятовування був значно вищим, ніж у дітей контрольної, — 80% і 50% відповідно ($p < 0,01$).

Висновки

У дітей, які перенесли позагоспітальну пневмонію, протягом тривалого часу спостерігаються порушення загального стану та виразна астенизація організму на тлі вегетативних розладів нервової системи; притаманні такі порушення, як вегетативна дисфункція, недостатня нервова регуляція серцево-судинної системи, низька здатність організму протистояти нестачі кисню, несприятлива реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження.

Діти із такими порушеннями потребують, окрім стандартного лікування (включаючи фізіотерапевтичні та фізкультурні процедури), додаткових лікувальних заходів, спрямованих на корекцію обмінних, енергетичних процесів, порушень вегетативної регуляції.

Запропоноване лікування із застосуванням ноотропного препарату «Ноофен» дозволяє швидше досягнути нормалізації клінічних, інструментальних та функціональних показників, зменшити прояви вегетативної дисфункції (дисбаланс між парасимпатичною та симпатичною ВНС), покращити фізичний стан, адаптивні властивості та стресову стійкість організму.

Наявність виразного клінічного ефекту, відсутність побічних дій дозволяють рекомендувати включення препарату «Ноофен» у комплекс стаціонарного та амбулаторного лікування позагоспітальної пневмонії у дітей віком 7–14 років.

Одержані результати є основою для подальшого вивчення особливостей перебігу та лікування астеничного синдрому та порушень з боку вегетативної нервової системи у періоді реабілітації після перенесеної пневмонії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкин Ю. Г. Принципы диагностики и лечения негоспитальных пневмоний у детей / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин // Здоров'я України. — 2008. — № 24. — С. 11—13.
2. Антипкин Ю. Г. Довідник з дитячої пульмонології: довідник лікаря / Ю. Г. Антипкин, В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманець. — К., 2011. — С. 49—118.
3. Ботьбот Ю. К. Нові можливості реабілітації дітей з гострою пневмонією / Ю. К. Ботьбот, Т. А. Бордій // ПАГ. — 2007. — № 3. — С. 27—31.
4. Вегетативные дисфункции у детей с острой внебольничной пневмонией и пути медикаментозной коррекции / С. Л. Няньковский, М. С. Яцула, И. В. Бабик [и др.] // Здоровье ребенка. — 2012. — № 2 (37). — С. 130136.
5. Долмашкина М. А. Клинико-диагностическое и прогностическое значение комплексной оценки активности воспаления при внебольничной пневмонии : дис. ...канд. мед. наук : 040122.08 / М. А. Долмашкина. — М., 2006. — 215 с.
6. Кузин В. В. Обоснование клеточно-ассоциированной антибактериальной и иммунокорректирующей терапии при внегоспитальной пневмонии: дис. ...канд. мед. наук: 040122.08 / В. В. Кузин. — М., 2007. — 148 с.
7. Леженко Г. О. Вегетативні дисфункції у дітей / Г. О. Леженко, О. Є. Пашкова // Дитячий лікар. — 2011. — № 4. — С. 20—32.
8. Лембрик І. С. Особливості астеничного синдрому при хронічних соматичних захворюваннях в умовах навчальної діяльності / І. С. Лембрик // Здоров'я ребенка. — 2009. — № 1. — С. 52—56.
9. Парволюсова М. Ю. Возрастная динамика клинических и инструментальных проявлений синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков : дис. ... канд. мед. наук : 040122.08 / В. В. Кузин. — М., 2005. — 171 с.
10. Попик Г. С. Обоснование дифференцированного подхода к реабилитационным мероприятиям у пациентов с вегетативной дисфункцией / Г. С. Попик, Е. А. Гоженко // Мед. реабилитация, курортот. и физиотерапия. — 2007. — № 1. — С. 18—21.
11. Шаповалова В. А. Особливості та ефективність фізичної реабілітації хворих із патологією органів дихання / В. А. Шаповалов, В. М. Коршак, Л. І. Гончаренко // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекції. — 2010. — № 3. — С. 54—59.
12. American Thoracic Society / European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2006. — Vol. 173. — P. 1390—413.
13. Niederman M. S. Recent Advances in Community-Acquired Pneumonia: Inpatient and Outpatient / M. S. Niederman // Chest. — 2007. — Vol. 131 (4). — P. 1205—1215.

НООФЕН® 100

(γ-аміно-β-фенілмасляної кислоти гідрохлорид)

порошок в саше
для дітей з
3-х років



**УНІКАЛЬНИЙ НООТРОПНИЙ
ПРЕПАРАТ КОМПЛЕКСНОЇ ДІЇ:**

- 1. НООТРОПНА** – стимулює процес навчання, покращує увагу, пам'ять, підвищує фізичну та розумову діяльність.
- 2. ПОМІРНА ТРАНКВІЛІЗУЮЧА** – зменшує відчуття тривоги, страху, усуває ознаки розгальмованості, гіперактивності та прояви невротів у дітей (заїкання, тики, енурез).
- 3. АНТИАСТЕНІЧНА** – поліпшує самопочуття, впевненість в собі, мотивації до активної діяльності.
- 4. ВЕГЕТОСТАБІЛІЗУЮЧА** – впорядковує симпато-вагальний баланс: нормалізує ритм серця, артеріальний тиск, знижує метеочутливість.
- 5. АНАЛЬГЕТИЧНА** – зменшує прояви вертебро-генного болювального синдрому при остеохондрозі, сколіозі та болю при неврогенних захворюваннях серця і шлунка.
- 6. ПОМІРНА ПРОТИСУДОМНА** – покращує стан пацієнтів після черепно-мозкових травм, усуває рухові та мовні розлади, попереджає мимовільні скорочення м'язів в тому числі при невротизах у дітей.

**НООФЕН® 100 –
препарат вибору при астеничних
та тривожно-невротичних станах у дітей з 3-х років:**

- ✓ Зручна форма випуску (порошок в саше) – швидко розчиняється, має приємний апельсиновий смак, не містить цукру;
- ✓ Клінічно доведений швидкий терапевтичний ефект з перших днів прийому та високий профіль безпеки;
- ✓ Не акумулює в організмі;
- ✓ Не викликає звикання й синдрому відміни;
- ✓ Відпускається без рецепта.

Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату. Гостра ниркова недостатність. До складу препарату входить аспартам, джерело фенілаланіну. Його застосування протипоказане хворим на фенілкетонурію. Більш детальну інформацію читайте в інструкції по медичному застосуванню препарату Ноофен® 100 мг. Реклама лікарських засобів. Інформація призначена для лікарів і фармацевтів.
Р.П. №UA/3773/02/01 від 09.07.2012 р. №503. * Перелік літератури знаходиться в редакції

Эффективность ноотропных препаратов при лечении вегетативных нарушений у детей школьного возраста после перенесенной внегоспитальной пневмонии

С.Л. Няньковский, И.В. Бабик

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Украина

Цель: определить эффективность ноотропного препарата «Ноофен» в комплексе лечения астенического синдрома и вегетативных нарушений у школьников после перенесенной внебольничной пневмонии.

Пациенты и методы. В исследовании приняли участие 80 детей в возрасте 7–14 лет, которые были распределены на основную (с включением препарата «Ноофен») и контрольную (стандартные схемы лечения) группы.

Результаты. Установлено, что в течение длительного времени после перенесенной внебольничной пневмонии у детей наблюдаются нарушения общего состояния и астенизация организма, а также выразительные изменения со стороны вегетативной нервной системы. Включение в схему лечения препарата «Ноофен» приводило к сокращению продолжительности общей слабости, утомляемости, головной боли, нарушений сна, эмоциональной лабильности, раздражительности. По данным опросника Вейна, у детей основной группы проявления вегетативной дисфункции наблюдались вдвое реже, чем в контрольной группе (17,5% против 32,5%), улучшилась трудоспособность, существенно снизился уровень депрессии.

Выводы. Применение ноотропного препарата «Ноофен» позволяет быстрее достичь нормализации клинических, инструментальных и функциональных показателей, уменьшить проявления вегетативной дисфункции, улучшить физическое состояние, адаптативные свойства и стрессовую устойчивость детского организма. Наличие выраженного клинического эффекта, отсутствие побочных действий позволяют рекомендовать включение препарата «Ноофен» в комплекс стационарного и амбулаторного лечения внебольничной пневмонии у детей в возрасте 7–14 лет.

Ключевые слова: дети, пневмония, лечение, астенический синдром, вегето-сосудистая дистония, Ноофен.

The effectiveness of neuroprotective drugs in the treatment of autonomic disorders among school age children after an undergoing out of hospital pneumonia.

S.L.Nyankovskiy, I.V.Babik

Lviv national medical university of Danilo Galytskyi, Ukraine

Purpose: to determine the effectiveness of the nootropic drug «Noofen» in the complex treatment of an asthenic syndrome and an autonomic disorders among school age children after an undergoing out of hospital pneumonia.

Patients and methods: there were 80 children aged 7-14 involved into the study and divided on the base group (with «Noofen» using) and the control one (the standard treatment scheme).

Results: it was established that during the time after an undergoing out of hospital pneumonia among children there was observed the violations of the general state of the organism, and asthenia, also the changes from the vegetative nervous system. Inclusion in the scheme the «Noofen» drug led to the reduction in the duration of the overall weakness, fatigue, headache, sleep disturbances, emotional lability. According to the Wayne questionnaire the main group of children had the vegetative dysfunction half as often than the control one (17,5% against 32,5%), the work capacity was improved, significantly reduced the level of depression.

Conclusion: the nootropic drug «Noofen» using makes it easier to achieve the normalization of clinical, instrumental and functional indicators, to reduce manifestations of autonomic dysfunction, improve physical condition, adaptive properties and stress resistance of the child's body. The presence of the clinical effect, the lack of side effects make it possible to recommend the inclusion of the «Noofen» drug into the inpatient and outpatient treatment complex in an undergoing out of hospital pneumonia among children aged 7-14 years.

Key words: children, pneumonia, treatment, asthenic syndrome, vegetative-vascular dystonia, «Noofen».

Сведения об авторах:

Няньковский Сергей Леонидович — д.мед.н., проф., зав. каф. педиатрии Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. 032-2917851.

Бабик И.В. — ассистент каф. педиатрии Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого. Адрес: г. Львов, ул. Пекарская, 69; тел. 032-2917851.

Статья поступила в редакцию 22.08.2014 г.