

# ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ С ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

*Н.В. Нагорная, А.В. Дубовая, Е.В. Бордюгова, И.Ю. Муравская<sup>1</sup>, В.Н. Кислица, А.А. Бурка, К.В. Муравская*

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

<sup>1</sup>Общеобразовательное специализированное санаторное интернатное учреждение II–III уровня для одаренных детей «Эрудит», г. Донецк

*В работе проведена оценка качества жизни 115 детей (63 девочки и 52 мальчика) в возрасте 7–18 лет с вегето-сосудистой дисфункцией (78 чел.) и здоровых сверстников (37 чел.).*

*При исходном обследовании снижение качества жизни (КЖ) имели 67 (84,8±2,9%) обследованных с ВСД, достоверно чаще ( $p<0,05$ ) при гипертензивном типе (72,5±5,4% чел.). При этом основными причинами были изменение самочувствия (56,3±4,0% чел.), снижение концентрации внимания (50,7±6,1%), ухудшение памяти (28,4±5,5%), вегетативный дисбаланс (81,5±3,2% чел.), нарушения психоэмоционального статуса (77,5±3,4% чел.). Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на показатели КЖ детей с ВСД обеих групп, более выраженный у пациентов, получивших ноофен. Так, включение в комплекс лечения Ноофена сопровождалось улучшением КЖ у 59 (75,7±7,1%) детей вследствие улучшения самочувствия (76,2±9,3%), снижения тревожности (76,2±9,3%), нормализации баланса вегетативной нервной системы (75,7±7,1%), улучшения памяти (75,0±7,7%), повышения концентрации внимания (64,0±8,8%), снижения уровня стрессового состояния (60,7±9,2%).*

*Вышеуказанное обосновывает целесообразность включения Ноофена в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий детей с вегетативной дисфункцией.*

**Ключевые слова:** дети, вегетативная дисфункция, качество жизни, Ноофен.

## Введение

В настоящее время доказано, что любое изменение состояния здоровья, в том числе вегетативная дисфункция (F 45.3 по МКБ X), способно влиять не только на физическую активность ребенка, но и на психологию его поведения, когнитивные способности, часто изменяя место и роль пациента в социальной жизни, а потому эффективная помощь больному невозможна без всестороннего изучения этих проявлений, которые объединены термином «качество жизни» (Health-related Quality of life) [12,13,15,22–25]. По определению Всемирной организации здравоохранения [26], этот критерий оценивает компоненты, ассоциированные и не ассоциированные с заболеванием, и позволяет дифференцированно определить влияние самого заболевания (его симптомов и признаков), а также проводимого лечения на изменение функционального состояния и психологии поведения, ограничение социальной активности пациента.

Имеющиеся в мировой медицине опросники для оценки качества жизни (КЖ) делят на две группы — общие и специальные [15]. Общие опросники применяют для здоровых людей и при различных заболеваниях; специальные являются наиболее чувствительными для конкретного заболевания, так как содержат специфические для него компоненты. Их используют как при первичном обследовании больных, так и в мониторинге наблюдения.

Оценка КЖ больного может проводиться двумя основными способами: путем самооценки (субъективный подход) либо другим человеком, чаще всего лечащим врачом (объективный подход). Согласно современным данным, наиболее целесообразным является комплексная оценка КЖ, сочетающая субъективный и объективный подходы [12].

Для оценки КЖ детей с вегето-сосудистой дисфункцией (ВСД) применяют опросник, разработанный Н.В. Хайтовичем [18], основанный на субъективном подходе. Вместе с тем до настоящего времени отсутствует методика комплексной оценки КЖ детей с ВСД, что и стало **целью** первого этапа настоящего исследования.

## Материал и методы исследования

Объектом исследования стали 115 детей (63 девочки и 52 мальчика) в возрасте от 7 до 16 лет — учащиеся школ г. Донецка и общеобразовательного специализированного санаторного интернатного учреждения II–III уровня для одаренных детей «Эрудит». 78 чел. (44 девочки и 34 мальчика) имели ВСД (основная группа), при этом 47 чел. — по кардиальному типу, 31 чел. — по гипертензивному типу; 37 здоровых сверстников (19 девочек и 18 мальчиков) составили группу контроля.

Для субъективной оценки КЖ детей использовали два опросника: общий опросник — тест дифференцированной самооценки функционального состояния организма (опросник самочувствие, активность, настроение — САН) [16] и специальный опросник — «Качество жизни детей, больных вегетативной дисфункцией» по Н.В. Хайтовичу [18]. Комплексную оценку КЖ проводили на основании совокупности показателей субъективной оценки КЖ, функционального состояния сердечно-сосудистой системы, вегетативного и психоэмоционального статуса, уровня внимания и памяти.

Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным стандартной ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, доплерЭхоКГ, по показаниям 24-часового мониторинга ЭКГ. Оценку состояния вегетативной нервной системы проводили комплексно на основании данных вариабельности сердечного ритма (ВСР) [21], опросника В.В. Седнева [17] с анализом по шкале «вегетативные расстройства», цветового теста Люшера (ЦТЛ) с расчетом коэффициента «баланс вегетативной нервной системы (БВНС)» по Г.А. Аменеву и психофизиологической коррелянты — коэффициента Шипоша (КШ) [11]. Оценку психоэмоционального статуса проводили комплексно с использованием опросника В.В. Седнева [17] и ЦТЛ [11]. Оценку внимания составляли на основании корректурной пробы, методики «Мюнстерберга», красно-черных таблиц; памяти — с помощью методик «Оперативная память», «Память на числа» и таблиц Шульце [16].

**Исходные показатели самочувствия, активности и настроения детей с ВСД и здоровых сверстников по опроснику САН**

Самочувствие, активность, настроение	Дети с ВСД (n=78)		Здоровые дети (n=37)	
	Абс.	%, M±m	Абс.	%, M±m
«Отлично»	29	37,2±5,5*	24	64,9±7,8
«Хорошо»	30	38,5±5,5	13	35,1±7,8
«Удовлетворительно»	19	24,4±4,9**	0	0,0±0,0
«Неудовлетворительно»	0	0,0±0,0	0	0,0±0,0

Примечание: \* – различие достоверно (p<0,05) в сравнении со здоровыми детьми; \*\* – различие достоверно (p<0,001) в сравнении со здоровыми детьми.

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

**Результаты исследования и их обсуждение**

Анализ ответов детей по общему опроснику КЖ выявил, что результаты оценки самочувствия, активности и настроения имели достоверное (p<0,05) отличие у больных ВСД и здоровых сверстников (табл. 1). Так, «отличные» показатели самочувствия, активности и настроения достоверно чаще документировали у здоровых детей (24 чел., 64,9±7,8%), чем у пациентов с ВСД (29 чел., 37,2±5,5%, p<0,05). Оценкой «хорошо» свои самочувствие, активность и настроение отметили 30 (38,5±5,5%) больных с ВСД и 13 (35,1±7,8%) здоровых детей, «удовлетворительно» – 19 (24,4±4,9%) обследованных с ВСД. Значимых различий в показателях самочувствия, активности и настроения у пациентов с ВСД по гипертензивному и кардиальному типу не было. «Неудовлетворительными» свои самочувствие, активность и настроение не считал ни один ребенок.

Результаты оценки КЖ детей с ВСД по специальному опроснику представлены на рис. 1. Снижение КЖ выявлено у 48,3±4,1% детей, при этом умеренно сниженным («удовлетворительным») его считали 41,1±4,0% пациентов (у 29,8±3,7% чел. с ВСД по гипертензивному типу), значительно сниженным («неудовлетворительным») – 7,2±2,1% больных (у 5,3±1,8% чел. с ВСД по гипертензивному типу).

По мнению детей, основными причинами снижения качества их жизни были тревога за свое здоровье и жизнь (75,5±3,5% чел.), нарушения сна (74,2±3,6% чел.), повышенная утомляемость, обидчивость, раздражительность (61,6±4,0% чел.), цефалгии (60,9±4,0% чел.), головокружение (56,3±4,0% чел.), кардиалгии колющего (50,3±4,1% чел.) и давящего (22,5±3,4% чел.) характера у 53,0±4,1% пациентов. У 53,6±4,1% детей с ВСД по кардиальному типу причиной снижения КЖ были приступы частых сердцебиений (43,0±4,0% чел.), сильных сердцебиений (29,1±3,7% чел.), «перебоев» в работе сердца (22,5±3,4% чел.).

Показатели комплексной оценки КЖ были достоверно ниже (p<0,05) данных субъективной оценки (рис. 2). Так, отсутствие снижения КЖ имело место только у 15,2±2,9% детей с ВСД. У 84,8±2,9% пациентов показатель был снижен (у 72,5±5,4% чел. с ВСД по гипертензивному типу, p<0,001). При этом у 29,8±3,7% детей имело место значительное снижение КЖ (у 25,8±3,6% чел. с ВСД по гипертензивному типу, p<0,05).

Использование совокупности субъективных и объективных данных (комплексная оценка КЖ) позволило установить, что основными причинами снижения КЖ у детей с ВСД явились нарушение самочувствия (56,3±4,0% чел.), снижение концентрации внимания (50,7±6,1%), ухудшение памяти (28,4±5,5%), нарушения психоэмоционального статуса в виде повышенной тревожности и диссомнии (77,5±3,4% чел.), выраженный вегетативный дисбаланс (81,5±3,2% чел.).

Вышеизложенное явилось основанием для проведения лечебно-реабилитационных мероприятий. Как свидетельствуют результаты многочисленных исследований и собственный многолетний опыт, определяющее значение в эффективности лечения и реабилитации пациентов с ВСД имеет соблюдение патогенетически обоснованных рекомендаций: режим с рациональным чередованием умственных и физических нагрузок; достаточный ночной сон и наличие дневного отдыха; обогащение рациона питания продуктами, богатыми витаминами, минералами, антиоксидантами; физическая активность, адекватная состоянию ребенка; рациональная психотерапия; физиотерапия; акватерапия [1,10,14]. В случаях недостаточной эффективности указанного и, особенно, при невозможности устранения причинно-значимого психического или невротического фактора, важен выбор эффективной и безопасной психофармакотерапии [3,4,7]. В терапевтической практике в ряде исследований доказана эффективность и клиническая безопасность препарата «Ноофен» (зарегистрирован в Украине, регистрационное свидетельство №UA/3773/02/01), являющегося производным гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК) и фенилэтиламина (γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид), в воздействии на тревожность, страх, психоэмоциональную

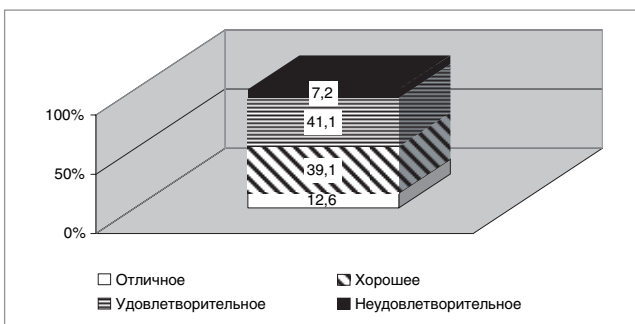


Рис. 1. Результаты субъективной оценки КЖ детей с ВСД (Н.В. Хайтович и соавт.).

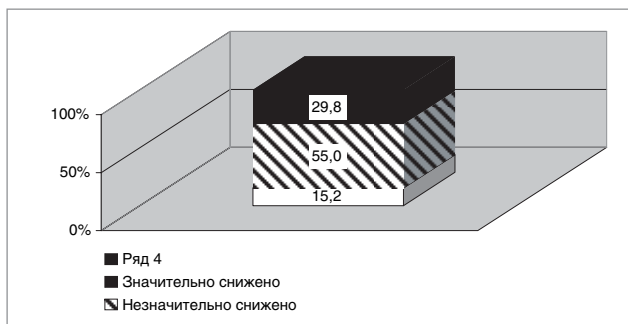


Рис. 2. Результаты комплексной оценки КЖ детей с ВСД (Н.В. Нагорная и соавт.).

Таблица 2

**Динамика показателей самочувствия, активности и настроения детей с ВСД групп «Комплексное лечение + Ноофен» и «Комплексное лечение» исходно и через 1 месяц после окончания 21-дневного курса лечения (частота встречаемости)**

Самочувствие, активность, настроение	До лечения (n=72)				Через 1 месяц после окончания лечения (n=72)			
	«Комплексное лечение + Ноофен» (n=37)		«Комплексное лечение» (n=35)		«Комплексное лечение + Ноофен» (n=37)		«Комплексное лечение» (n=35)	
	А Б С.	%, M±m	А Б С.	%, M±m	А Б С.	%, M±m	А Б С.	%, M±m
«Отлично»	14	37,8±8,0	13	37,1±8,2	27	73,0±7,3**	22	62,9±8,2 <sup>0</sup>
«Хорошо»	14	37,8±8,0	12	32,4±7,7	4	10,8±5,1**	8	22,9±7,1
«Удовлетворительно»	9	24,3±7,1	10	28,6±7,6	4	10,8±5,1*	5	14,1±6,4 <sup>0</sup>

Примечание: \* – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»; \*\* – различие достоверно (p<0,01) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»; 0 – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение».

Таблица 3

**Динамика показателей когнитивных способностей детей с ВСД групп «Комплексное лечение + Ноофен» и «Комплексное лечение» исходно и через 1 месяц после окончания 21-дневного курса лечения (частота встречаемости)**

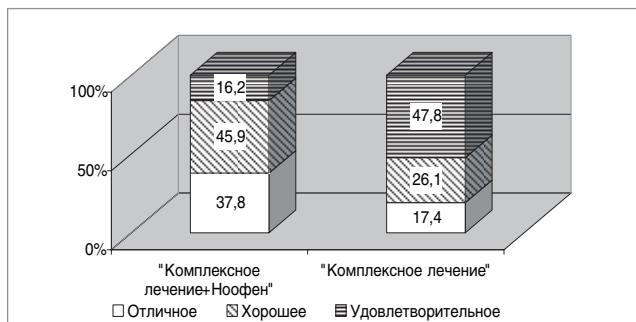
Показатели когнитивных способностей	До лечения (n=72)				Через 1 месяц после окончания лечения (n=72)			
	«Комплексное лечение + Ноофен» (n=37)		«Комплексное лечение» (n=35)		«Комплексное лечение + Ноофен» (n=37)		«Комплексное лечение» (n=35)	
	А Б С.	%, M±m	А Б С.	%, M±m	А Б С.	%, M±m	А Б С.	%, M±m
Выше среднего уровня и высокая устойчивость внимания (корректирующая проба)	11	29,7±7,5	12	34,3±8,0	28	75,7±7,1***	23	65,7±8,0 <sup>0</sup>
Высокий уровень избирательности внимания (методика «Мюнстерберга»)	12	32,4±7,7	10	28,6±7,6	27	73,0±7,3**	22	62,9±8,2 <sup>00</sup>
Высокая переключаемость внимания (красно-черные таблицы)	10	27,0±7,3	11	31,4±7,8	29	78,4±6,8*** &	19	54,3±8,4
Высокий уровень кратковременной памяти (методики «Оперативная память», «Память на числа»)	16	43,2±8,1	17	48,6±8,4	31	83,8±6,1** &	21	60,0±8,3
Высокая эффективность работы (таблицы Шульце)	15	40,5±8,1	12	34,3±8,0	27	73,0±7,3*	19	54,3±8,4
Высокая степень вработываемости (таблицы Шульце)	14	37,8±8,0	12	34,3±8,0	26	70,3±7,5*	17	48,6±8,4
Хорошая психическая устойчивость (таблицы Шульце)	16	43,2±8,1	14	40,0±8,3	30	81,1±6,4** &	19	54,3±8,4

Примечание: \* – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»; \*\* – различие достоверно (p<0,01) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»; \*\*\* – различие достоверно (p<0,001) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение + Ноофен»; 0 – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение»; 00 – различие достоверно (p<0,01) в сравнении с показателем до лечения в группе «Комплексное лечение»; & – различие достоверно (p<0,05) в сравнении с показателем после лечения в группе «Комплексное лечение».

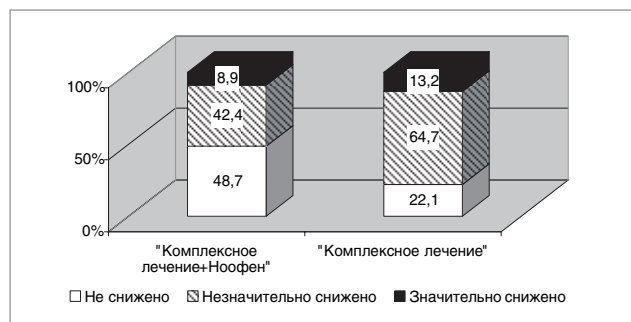
напряженности у взрослых пациентов. Данный транквилизирующий эффект обусловлен стимуляцией ГАМК-Б-рецепторов (медленные тормозные рецепторы) нейронов лимбико-ретикулярного комплекса [7,15]. Активация ГАМК-эргических процессов в коре головного мозга обеспечивает ноотропный, антигипоксический и антиамнестический эффект Ноофена [15]. Воздействием на нейроны гипоталамуса, координирующего деятельность ВНС, объясняется возможность вегетостабилизирующего эффекта препарата [3].

Изучение эффективности Ноофена в улучшении качества жизни детей с ВСД стало предметом следующего этапа настоящего исследования. Объектом явились 72 пациента с ВСД (41 девочка и 31 мальчик), подписавшие (пациенты и родители) информированное согласие. Комплекс их лечения включал: лечебно-охранительный режим с достаточной продолжительностью ночного сна и обяза-

тельным дневным отдыхом; обогащение рациона питания продуктами, богатыми калием, кальцием и магнием; групповой психотренинг по методике Н.В. Нагорной [14] 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 «Мульти-табс» (согласно инструкции по применению препарата). Методом случайного отбора дети были разделены на две группы. Группу «Комплексное лечение» составили 35 детей (19 девочек и 16 мальчиков) с ВСД по кардиальному (21 чел.) и гипертензивному (14 чел.) типу; «Комплексное лечение + Ноофен» – 37 детей (22 девочки 15 мальчиков) с ВСД по кардиальному (20 чел.) и гипертензивному (17 чел.) типу, комплекс лечения которых был



**Рис. 3.** Результаты субъективной оценки КЖ детей с ВСД групп «Комплексное лечение + Ноофен» и «Комплексное лечение» через 1 месяц после окончания лечения (Н.В. Хайтович и соавт.)



**Рис. 4.** Результаты комплексной оценки КЖ детей с ВСД групп «Комплексное лечение + Ноофен» и «Комплексное лечение» через 1 месяц после окончания лечения (Н.В. Нагорная и соавт.)

дополнен препаратом «Ноофен», который пациенты принимали согласно инструкции: дети 7–10 лет — по 100 мг 2 раза в сутки до еды; 10–14 лет — по 200 мг 2 раза в сутки до еды; 14–18 лет — по 200 мг 3 раза в сутки до еды. Курс лечения в обеих группах составил 21 день.

Критерии эффективности включали динамику показателей КЖ, оцененных исходно и через 1 месяц после окончания 21-дневного курса лечения.

Анализ ответов детей по общему опроснику КЖ выявил достоверную положительную динамику самочувствия, активности и настроения у больных обеих групп через 1 месяц после окончания лечения, при этом более выраженную у пациентов, курс которых был дополнен Ноофеном.

Как свидетельствуют данные табл. 2, в обеих группах достоверно увеличилось в сравнении с исходными данными количество детей, давших КЖ оценку «отлично»: 27 (73,0±7,3%, p<0,01) пациентов, получивших Ноофен, и 22 (62,9±8,2%, p<0,05) ребенка без него. Вместе с тем в обеих группах достоверно уменьшилось количество детей, отметивших КЖ оценкой «удовлетворительно».

Через 1 месяц после 21-дневного курса лечения результаты оценки КЖ детей с ВСД по специальному опроснику свидетельствовали о достоверно более высоких показателях в группе «Комплексное лечение + Ноофен» в сравнении с комплексным лечением.

Как свидетельствуют данные рис. 3, через 1 месяц после курса лечения у детей обеих групп улучшились когнитивные способности, достоверно чаще у больных, получивших ноофен. Так, у 17 (45,9±8,2%) пациентов группы «Комплексное лечение + Ноофен» повысилась устойчивость внимания (в группе «Комплексное лечение» — у 11 (31,4±7,8%) чел.), у 15 (40,5±8,1%) детей — избирательность внимания (в группе «Комплексное лечение» — у 12 (34,3±8,0%) чел.). Повышение переключаемости внимания после курса лечения достоверно чаще наблюдалось у детей, получивших Ноофен, в сравнении с пациентами комплексного лечения (78,4±6,8% и 54,3±8,4% больных соответственно, p<0,05).

Через 1 месяц после лечения у детей обеих групп документировано улучшение кратковременной памяти, достоверно чаще у детей, получивших Ноофен, в сравнении с группой «Комплексное лечение» (83,8±6,1% и 60,0±8,3% больных соответственно, p<0,01). Зарегистрировано повышение эффективности работы, степени вырабатываемости, психической устойчивости после лечения у детей обеих групп, при этом достоверно чаще улучшение указанных показателей было документировано у детей, получивших ноофен, в сравнении с пациентами ком-

плексного лечения. Обращало внимание, что хорошая психическая устойчивость после курса лечения достоверно чаще наблюдалась у детей, получивших Ноофен, в сравнении с пациентами комплексного лечения (81,1±6,4% и 54,3±8,4% больных соответственно, p<0,05).

Результаты исследования свидетельствовали о том, что показатели комплексной оценки КЖ через 1 месяц после 21-дневного курса лечения были достоверно выше (p<0,05) у пациентов, комплекс лечения которых был дополнен ноофеном (рис. 4). Так, отсутствие снижения КЖ имели 48,7% детей с ВСД, получивших в дополнение к комплексному лечению препарат «Ноофен», что было достоверно больше в сравнении с группой «Комплексное лечение» (22,1%, p<0,01).

Улучшение показателей КЖ было обусловлено улучшением самочувствия в виде исчезновения или уменьшения жалоб, степени выраженности симптомов ВСД у 25 (67,6±7,7%) пациентов, получивших Ноофен, и 14 (40,0±8,3%) больных, которым было проведено комплексное лечение (p<0,05); повышением концентрации внимания (64,0±8,8% и 25,8±8,0% больных соответственно, p<0,05); улучшением памяти (75,0±7,7% и 25,7±7,4% детей соответственно, p<0,01); нормализацией баланса вегетативной нервной системы (75,7±7,1% и 51,4±8,4% пациентов соответственно, p<0,05); улучшением психоэмоционального состояния в виде снижения уровня тревожности и нормализации сна (70,3±7,5% и 51,4±8,4% больных соответственно). Полученные результаты подтверждают вегетостабилизирующий, ноотропный, умеренный транквилизирующий эффект ноофена.

### Выводы

Таким образом, при исходном обследовании 78 пациентов 7–16 лет с ВСД (47 чел. по кардинальному типу, 31 чел. по гипертензивному типу) снижение КЖ имели 84,8±2,9% (67 чел.), достоверно чаще (p<0,05) при гипертензивном типе (72,5±5,4% чел.). При этом основными причинами были изменение самочувствия (56,3±4,0% чел.), снижение концентрации внимания (50,7±6,1%), ухудшение памяти (28,4±5,5%), вегетативный дисбаланс (81,5±3,2% чел.), нарушения психоэмоционального статуса (77,5±3,4% чел.). Проводимое комплексное лечение оказало положительный эффект на показатели КЖ детей с ВСД обеих групп, более степени выраженности у пациентов, получивших Ноофен. В ходе проведенного исследования Ноофен подтвердил свое вегетостабилизирующее (нормализация баланса вегетативной нервной системы у 75,7±7,1% детей),

ноотропное действие (повышение концентрации внимания у  $64,0 \pm 8,8\%$  пациентов, улучшение памяти у  $75,0 \pm 7,7\%$  детей), умеренный транквилизирующий эффект (снижение уровня тревожности, депрессии,

стрессового состояния) у  $70,6 \pm 9,3\%$ . Вышеуказанное обосновывает целесообразность включения Ноофена в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий детей с вегетативной дисфункцией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконов Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей в 2 томах. / Н. А. Белоконов, М. Б. Кубергер. — М.: Мед., 1987. — 918 с.
2. Брызгунов И. П. Особенности психологического статуса при психосоматических функциональных заболеваниях у детей и подростков / И. П. Брызгунов, М. В. Абалакина // Рос. педиатр. журн. — 2000. — № 5. — С. 15—16.
3. Бурчинський С. Г. Сучасні підходи до фармакотерапії нейроциркуляторної дистонії / С. Г. Бурчинський // Ліки. — 2005. — № 1—2. — С. 1—4.
4. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / под ред. проф. А. М. Вейна. — М.: Мед. информ. аг., 2003. — 752 с.
5. Вегетативні дисфункції у дітей: нові погляди на термінологію, патогенез та класифікацію / В. Г. Майданик, В. Д. Чеботарьова, В. Г. Бурлай, Н. М. Кухта // ПАГ. — 2000. — № 1. — С. 10—12.
6. Влияние препарата Карниэль на функциональное состояние вегетативной нервной системы у детей и подростков / А. В. Тяжкая, Е. Н. Джуринская, О. И. Лукаевич [и др.] // Медицина транспорту України. — 2012. — № 1. — С. 12—15.
7. Громов Л. А. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л. А. Громов, Е. Т. Дудко // Вісн. фармакол. та фармації. — 2003. — № 10. — С. 11—17.
8. Кардіологія дитячого і підліткового віку: наук.-практ. посіб. / П. С. Мошчич, Ю. В. Марушко, С. О. Бабко [та ін.]; за ред. П. С. Мошчича, Ю. В. Марушка. — К.: Вища шк., 2006. — С. 94—103.
9. Коровина Н. А. Вегетативные дистонии у детей (пособие для врачей) / Н. А. Коровина, Л. П. Гаврюшова, Т. М. Творогова. — М., 2000. — 62 с.
10. 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.
11. Максименко Ю. Б. Цветовая символика в экспериментально-психологических исследованиях: [учебн. пособие.] / Ю. Б. Максименко. — Донецк: Эра Психологии, 2004. — 72 с.
12. Мясоедова Н. А. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях / Н. А. Мясоедова, Э. Б. Тхостова, Ю. Б. Белоусов // Качественная. клин. практика. — 2002. — № 1. — С. 3—8.
13. Нагорная Н. В. Оценка качества жизни пациентов в терапевтической и педиатрической практике врача / Н. В. Нагорная, В. В. Седнев, А. В. Дубовая // Совр. педиатрия. — 2005. — № 3 (8). — С. 169—173.
14. 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 / Н. В. Нагорна. — К., 2001. — 37 с.
15. Новик А. А. Концепция исследования качества жизни в педиатрии / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Т. П. Никитина // Педиатрия. — 2002. — № 6 — С. 83—87.
16. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский. — Самара: ИД «Бахрах», 2002 — 240 с.
17. Седнев В. В. Детский опросник невротозов (ДОН) (методические указания) / В. В. Седнев, З. Г. Збарский, А. К. Бурцев. — Донецк, 1997. — 8 с.
18. Хайтович М. В. Якість життя у дітей, хворих на вегетативну дисфункцію / М. В. Хайтович // ПАГ. — 1999. — № 4. — С. 84—85.
19. Хайтович М. В. Порушення когнітивних функцій у дітей з вегетативними дисфункціями та їх корекція ноофеном / М. В. Хайтович // ПАГ. — 2002. — № 5. — С. 26—29.
20. Щекина Е. Г. Особенности ноотропной терапии / Е. Г. Щекина // Провизор. — 2008. — № 2. — С. 6—9.
21. Heart rate variability, standards of measurement, physiological interpretation and clinical use. Task force of the European Society of Cardiology and the North American Society of pacing and electrophysiology // Eur. Heart J. — 1996. — Vol. 17. — P. 354—381.
22. Item Response Theory Methods can Improve the Measurement of Physical Function by Combining the Modified Health Assessment Questionnaire and the SF-36 Physical Function Scale / Martin M., Kosinski M., Bjorner J. [et al.] // Quality of Life Research. — 2007. — Vol. 16. — P. 467—481.
23. Psychometric properties of the initial Brazilian version of the CHQ-PF50 applied to the caregivers of children and adolescents with cerebral palsy / Morales N., Silva C., Frontarolli A. [et al.] // Quality of Life Research. — 2007. — Vol. 16. — P. 437—444.
24. Feasibility, reliability, and validity of adolescent health status measurement by the Child Health Questionnaire Child Form (CHQ-CF): internet administration compared with the standard paper version / Raat H., Mangunkusumo R., Landgraf J. [et al.] // Quality of Life Research. — 2007. — Vol. 16. — P. 675—685.
25. Sears S. F. Quality of life and psychological functioning of icd patients / S. F. Sears, J. B. Conti // Heart. — 2002. — Vol. 87. — P. 488—493.
26. World Health Organization. Measurement of level of health: Report of study group // WHO Technical Report Series, 1957. — P. 137.

### ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ З ВЕГЕТО-СУДИННОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

*Н.В. Нагорна, Г.В. Дубова, О.В. Бордюгова, І.Ю. Муравська, В.М. Кислиця, О.О. Бурка, К.В. Муравська*

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Загальноосвітній спеціалізований санаторний інтернатний заклад

II—III рівня для обдарованих дітей «Ерудит»

У роботі проведена оцінка якості життя (ЯЖ) 115 дітей (63 дівчинки і 52 хлопчики) віком 7—18 років з вегето-судинною дисфункцією (78 чол.) і здорових однолітків (37 чол.). При вихідному обстеженні зниження ЯЖ мали 67 ( $84,8 \pm 2,9\%$ ) обстежених з ВСД, достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) при гіпертензивному типі ( $72,5 \pm 5,4\%$  чол.). При цьому основними причинами були зміна самопочуття ( $56,3 \pm 4,0\%$  чол.), зниження концентрації уваги ( $50,7 \pm 6,1\%$  чол.), погіршення пам'яті ( $28,4 \pm 5,5\%$  чол.), вегетативний дисбаланс ( $81,5 \pm 3,2\%$  чол.), порушення психоемоційного статусу ( $77,5 \pm 3,4\%$  чол.). Проведене комплексне лікування мало позитивний ефект на показники ЯЖ дітей з ВСД обох груп, більш виразний у пацієнтів, які отримали Ноофен. Так, включення в комплекс лікування Ноофену супроводжувалося поліпшенням ЯЖ у 59 ( $75,7 \pm 7,1\%$ ) дітей внаслідок поліпшення самопочуття ( $76,2 \pm 9,3\%$ ), зниження тривожності ( $76,2 \pm 9,3\%$ ), нормалізації балансу вегетативної нервової системи ( $75,7 \pm 7,1\%$ ), поліпшення пам'яті ( $75,0 \pm 7,7\%$ ), підвищення концентрації уваги ( $64,0 \pm 8,8\%$ ), зниження рівня стрессового стану ( $60,7 \pm 9,2\%$ ).

Вищевказане обґрунтовує доцільність включення Ноофену до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дітей з вегетативною дисфункцією.

**Ключові слова:** діти, вегетативна дисфункція, якість життя, Ноофен.

### TOWARDS IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH VEGETATIVE-VASCULAR DYSFUNCTION

*N.V. Nagorna, G.V. Dubova, Ye.V. Boryugova, I.Yu. Muravskaya1, V.N. Kislytsia, A.A. Burka, K.V. Muravskaya*

Donetsk National Medical University named after M. Gorky,

<sup>1</sup>Secondary Specialized Sanatorium Boarding School II–III Stage for Gifted Children «Erudit»

The quality of life of 115 children (63 girls and 52 boys) 7–18 years with vegetative-vascular dysfunction (78 pers.) and healthy children (37 pers.) are presented. At baseline a decrease in quality of life of 67 (84,8±2,9%) individuals with vegetative-vascular dysfunction, significantly higher ( $p < 0,05$ ) in hypertensive type (72,5±5,4% pers.) are submitted. The major reasons were the change of health (56,3±4,0% pers.), decreased concentration (50,7±6,1%), memory impairment (28,4±5,5%), autonomic imbalance (81,5±3,2% pers.), disorders of emotional status (77,5±3,4% pers.). Conducted comprehensive treatment had a positive effect on the quality of life of children with vegetative-vascular dysfunction in both groups with greater severity in patients receiving Noofen. Thus, the inclusion in the complex treatment of Noofen accompanied by improved quality of life in 59 (75,7±7,1%) pers. due to improved well-being of children (76,2±9,3%), reducing the anxiety (76,2±9,3%) pers., normalization of the autonomic nervous system balance (75,7±7,1%) pers., improving memory (75,0±7,7%) pers., high concentration (64,0±8,8%) pers., reducing stress state (60,7±9,2%) pers. The above justifies the desirability of placing Noofen in complex of medical rehabilitational activities for children with vegetative-vascular dysfunction.

**Key words:** children, vegetative-vascular dysfunction, quality of life, Noofen.

## НОВОСТИ

### Проблемы с поведением у ребенка — повод прислушаться к его дыханию во сне

Такое серьезное нарушение дыхания как обструктивное ночное апноэ сна встречается и среди детей. Однако в отличие от взрослых детям регулярные остановки дыхания в течение ночи грозят отставанием в учебе и плохими оценками по поведению.

У взрослых синдром обструктивного апноэ сна обычно развивается в связи с появлением избыточного веса или возрастными изменениями — снижением эластичности тканей мягкого неба и гортани. Это явление, как правило, сопровождается мощным храпом.

Но регулярно храпеть во время сна могут даже дошкольники и тем более дети старшего возраста — однако у них это явление вызвано хроническим тонзиллитом, воспалением небных миндалин и/или аденоидами, увеличением носоглоточной миндалины.

По этой причине, обнаружив, что ребенок стал храпеть во сне, следует как можно скорее показать его врачу отоларингологу, так, как по утверждению ученых из США, у него может развиваться обструктивное ночное апноэ сна, которое у детей приводит к кислородному голоданию мозга и вызванному им ухудшению умственных способностей и появлению серьезных проблем с поведением.

Авторы исследования, ученые из университета штата Аризона в городе Тусон (University of Arizona in

Tucson) наблюдали на протяжении 5 лет более 260 детей в возрасте от 6 до 11 лет, у которых исследователи изучали особенности протекания процесса ночного сна.

Симптомы синдрома обструктивного апноэ сна были обнаружены у 23 ребят, причем у 21-го из них расстройство было стойким и наблюдалось на протяжении всего периода исследования.

Авторы сообщают, что проблемы с поведением, сходные с тем, которые характерны для детей, страдающих синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), наблюдались у детей с нарушениями дыхания во сне, намного чаще, чем среди их здоровых сверстников.

Так, риск развития поведенческих расстройств по типу СДВГ у детей с постоянным апноэ был в 6 раз выше, чем среди детей без такого нарушения дыхания во сне.

Также у них был повышен риск хронической неуспеваемости в учебе — не менее чем в 3 раза.

«В случае с детским обструктивным апноэ тактика выжидания может привести к серьезным последствиям: родителям и врачам обязательно следует принимать меры для скорейшего излечения этого расстройства», — рекомендует руководитель этого исследования профессор Мишель Перфект (Michelle Perfect).

**Источник:** <http://medexpert.org.ua>