

УДК 616.839-07-08:615.214

О. Є. Коваленко, д-р мед. наук, проф. каф. неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П. Л. Шупика, гол. наук. співробітн. відділу внутрішньої медицини ДНУ «НПЦ ПКМ» ДУС, **Л. П. Рощина**, лікар-невролог Київської міської студентської поліклініки

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, ДНУ «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС, Київська міська студентська поліклініка (м. Київ)

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У СТУДЕНТІВ З ВИКОРИСТАННЯМ ПРЕПАРАТУ «НООФЕН»

З метою оптимізації лікування поширеної проблеми у студентів — вегетативних розладів — вивчали терапевтичну ефективність ноотропного препарату фармацевтичної компанії «OLFA» Ноофен. Були досліджені особливості вегетативних дисфункцій у студентів, об'єктивізовані за допомогою клінічних шкал А. М. Вейна, проведений порівняльний аналіз результатів традиційного лікування і терапії із застосуванням препарату Ноофен. В результаті було доведено, що використання Ноофену у хворих із синдромом вегетативної дистонії має вегетостабілізуючий ефект поряд з відсутністю побічних негативних ефектів, що істотно розширює межі застосування і обґрунтовує доцільність включення Ноофену в терапію вегетативних порушень у молоді.

Ключові слова: Вегетативні дисфункції, ВСД, студенти, Ноофен

Вегетативні порушення — одна з найактуальніших проблем сучасності. Вегетосудинна дистонія (ВСД) — клінічний синдром, який може супроводжувати цілу низку захворювань і проявлятися дисфункціями серцево-судинної, дихальної, ендокринної, психічної сфер організму людини. На жаль, ВСД є одним з найпоширеніших діагнозів серед осіб молодого віку, зокрема, студентської молоді. Специфіка характеру діяльності студентів нерозривно пов'язана з виникненням ВСД, де факторами, що сприяють її розвитку, є перенапруження нервової системи, перевтома, психічні травми та інші негативні фактори, дія яких посилюється спадковою схильністю, а також конституціональними особливостями організму. Різноманітні скарги, які висувають хворі (головний біль, запаморочення, потемніння в очах, неприємні відчуття в ділянці серця, серцебиття, а при негативних емоціях — похолодання й оніміння пальців рук і ніг, пітливість, роздратованість, сонливість, швидка втомлюваність та зниження працездатності тощо) можуть бути прийняті молодими людьми за «просте нездужання у зв'язку з посиленими заняттями», і, як правило, вони до лікаря не звертаються. Це призводить до виснаження резервних можливостей організму. Функціональний характер ВСД з часом може перейти в межі органічної патології, що в свою чергу ускладнить здатність студента засвоїти навчальну програму, або навіть призведе до припинення подальшої освіти [1].

Такий стан віддзеркалюється в даних статистики, згідно з якими за останні 10 років скоротилась кількість здорових учнів-старшокласників до 2,3 %. В теперішній час 24,3 % підлітків мають функціональні розлади, а 73,4 % — хронічні захворювання різного ступеня важкості [2].

Згідно з епідеміологічними дослідженнями, погіршення в популяції обумовлено тенденцією до постійного збільшення захворюваності на атеросклероз, ішемічну хворобу серця та інфаркт міокарда, гіпертонічну хворобу. А витоки вищезазначених хвороб лежать саме

в дитячому або підлітковому віці і часто обумовлені саме ВСД [3].

Значна поширеність патології нерозривно пов'язана з недосконалістю її профілактики та лікування. Велика кількість фармакологічних препаратів, яка весь час збільшується і загрожує невиправданою поліпрагмацією, та способів лікування, на жаль, вирішити проблему не змогли. Поліетіологічність патології, досить висока поширеність, поліморфність проявів та резистентність до лікування обґрунтовують гостру необхідність комплексного багатфакторного етіопатогенетичного профілактично-лікувального підходу, що, безсумнівно, має включати адекватну фармакотерапію, рефлекторний вплив та фізичні методи лікування, організацію, а точніше — виховання самоорганізації безпосередньо у самих хворих адекватного їхнім навантаженням характеру життєдіяльності та особистісного ставлення до зовнішніх подій тощо. Звісно, що вибір фармакологічного препарату у комплексному лікуванні має ґрунтуватися на наявності високої ефективності поряд з мінімумом або відсутністю негативних побічних ефектів, можливістю впливати на якнайбільшу кількість ланок патогенезу та симптомів, доступною вартістю.

Як відомо, ноотропний препарат «Ноофен» фармакологічної компанії OLFA має багаторічну доведену ефективність за ноотропно дією. Окрім того, серед рекомендацій до його застосування фігурують вегетостабілізуючий, антидепресантний ефекти тощо, за наявності мінімуму можливих побічних ефектів, що робить його надзвичайно привабливим, особливо до застосування у осіб молодого віку [4, 5]. Поряд з вивченням різних його ефектів при застосуванні у студентській молоді та шляхом об'єктивізації за допомогою як клінічних, так і лабораторно-інструментальних обстежень, це дослідження мало за мету вивчення вегетостабілізуючого ефекту препарату Ноофен шляхом саме клінічної оцінки динаміки вегетативного статусу студентів з синдромом вегетативної дистонії.

Нами було обстежено 60 хворих віком від 18 до 30 років (середній вік 24 ± 6 р.) з різноманітними клінічними проявами вегетативної дисфункції, які зверталися за медичною допомогою в Київську міську студентську поліклініку з лютого 2010 р. по травень 2011 р. Серед досліджуваного контингенту — 14 (23,3 %) осіб чоловічої, та 46 (76,7 %) жіночої статі.

Для проведення та оцінки лікування хворі були поділені на 2 клінічні групи: основна (I група) та група порівняння (II група). Крім того, вихідні показники хворих порівнювали з даними групи практично здорових осіб (табл. 1). Кожна клінічна група містила по 30 осіб. Хворі клінічних груп були ідентичними за віком, статтю та характером скарг. Усі пацієнти отримували стандартну медикаментозну терапію (вазо-, вегетотропну, вітаміно-

седативну терапію) та фізіотерапевтичне лікування. Хворі основної групи, окрім зазначеного, у комплексному лікуванні використовували Ноофен у дозі 0,25 г тричі на добу до прийому їжі.

Оцінку вегетативного статусу хворих проводили за допомогою як клінічних, так і лабораторно-інструментальних методів, до та після лікування. Клінічна оцінка вегетативних порушень поряд з неврологічним та загальноклінічним оглядом включала «Опитувальник для визначення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна (вихідний статус), вегетативний індекс Кердо, коефіцієнт Хільдебранта, вегетативне забезпечення діяльності, вегетативну реактивність. Дані вегетативного забезпечення діяльності, вегетативної реактивності та лабораторно-інструментальних методів буде подано в наступній статті.

Ступінь виразності вегетативної дисфункції ми оцінювали за допомогою «Опитувальника для визначення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна, визначаючи кількість балів до лікування та після нього (заповнювалася пацієнтом самостійно). Сума балів, що перевищувала 15, свідчила про наявність вегетативної дисфункції (Вейн А. М., 1998). Даний метод дозволяє виявити наявність вегетативних порушень навіть у тих осіб, хто не пред'являє активних скарг та оцінити фактор ризику, що, на наш погляд, є актуальним під час проведення профілактичних медичних оглядів.

Для оцінки характеру вегетативних змін ми розраховували вегетативний індекс Кердо (ВІК), коефіцієнт Хільдебранта (КХ).

ВІК — це дослідження співвідношення діастолічного тиску (Д) і кількості ударів пульсу (ЧСС) за хвилину, що обчислюється за формулою: $VIK = (1 - D/ЧСС) \times 100$. При вегетативній рівновазі (ейтонії) в діяльності серцево-судинної системи ВІК = 0. Позитивні значення означають зсув вегетативного тонуусу в бік симпатичної переваги, негативні — в бік парасимпатичної. Даний метод є простим у виконанні, не потребує багато часу та спеціальної підготовки. За допомогою повторних визначень індексу можна встановити, які зрушення у вегетативному тонуусі в обстежених сталися з часом [6].

За допомогою коефіцієнта Хільдебранта (КХ) (відношення ЧСС до частоти дихання) ми аналізували міжсистемні кардіореспіраторні співвідношення. Якщо коефіцієнт був за межами нормальних значень (2,8—4,9), то це вказувало на дискоординацію вегетативного забезпечення респіраторної і кардіальної систем та, ймовірно, пояснювало різноманітність суб'єктивної симптоматики [7].

Статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel, Statistica for Windows 7.0. Беручи до уваги обсяг вибірки, попарні порівняння та характер даних, для статистичного оброблення було використано розрахунок коефіцієнта Стюдента (t) з допустимою похибкою в межах $p \leq 0,05$, що застосовується у біологічних і медичних дослідженнях [8].

Провідною скаргою студентів при зверненні до невропатолога студентської поліклініки був головний біль (98,3 %) різноманітного характеру, локалізації та інтенсивності, нерідко однобічний (55,0 %), що турбував постійно або нападами, часто був пов'язаний з перевтомою, психоемоційним навантаженням, тривалим перебуванням у статичному напруженні шийного відділу та плечового поясу (за комп'ютером) та зі зміною метеорологічних умов (76,7 %).

Частими супутниками головного болю були запаморочення (83,3 %), почуття «дурноти» (31,7 %), серцебиття

(53,3 %), лабільність артеріального тиску (АТ) (48,3 %), швидка втомлюваність (100 %), зниження працездатності (100 %), сонливість (78,3 %), апатія (58,3 %) або роздратованість (45,0 %), невмотивовані зміни настрою (68,3 %), тривога (80,0 %), відчуття браку повітря (85,0 %), підвищена пітливість (частіше кистей рук та стоп) (76,3 %), здуття та періодичні болі в різних відділах живота (55 %). Іноді хворі відзначали «безпричинне» підвищення температури тіла до 37,0—37,2° С (28,3 %).

Поряд з цим, хворі часто скаржилися на біль (44,3 %), дискомфорт (87,7 %), скутість або напруження (68,3 %) м'язів в шийно-плечовому відділі. Нерідко більшість відчуття розповсюджувалися на потилицю (70,0 %), скроні (71,7 %), тім'я (76,7 %), очницю (56,7 %), щелепи та плечі.

В неврологічному статусі спостерігалися слабкість конвергенції очних яблук (88,3 %), деякі лицьові асиметрії — очних щілин, носогубних складок, наявність рефлексу Маринеску — Радовичі (55,0 %). Сухожилкові рефлекси, як правило, були симетричними, проте, переважно позбавленими. Серед обстежених хворих патологічних рефлексів виявлено не було. Спостерігалися деякі порушення чутливості у вигляді гіперестезії шиї та надпліччя (65,0 %). Координаторні проби — пальцево-носова (ПНП) та колінно-п'яткова (КПП) — нерідко виконувалися дещо невпевнено, під час пози Ромберга інколи відзначалось похитування та тремор пальців рук та повік. Дермографізм — частіше рожевого або білого кольору, тривав близько 1—5 хв., рідше спостерігався червоний дермографізм (інколи супроводжувався вазомоторним набряком у місці подразнення шкіри) та зберігався 3—15 хв. Часто відмічався дистальний гіпергідроз (83,3 %) кистей рук, рідше — стоп.

Звертала на себе увагу постава тіла — нерідко мала місце сутулість (66,7 %), асиметрія надпліч та тазу (сідниць), деякий звичний однобічний нахил голови (41,7 %). При пальпації паравертебральних точок хребта виявлялася болючість, найчастіше — в шийній ділянці, рідше — в грудному та поперековому відділах. М'язи шийно-плечового поясу тою чи іншою мірою були напруженими майже в усіх хворих.

Анамнестично хворі часто пов'язували появу скарг з психічним та фізичними перенавантаженнями, стресами. Були випадки, коли хворі вказували на перенесені (але незареєстровані в медичних закладах, і тим самим — неліковані) травми голови та/або хребта. Іноді спостерігалися випадки асфіксії при народженні або інших перинатальних ускладнень, які в подальшому певний час не супроводжувались явними патологічними проявами (як правило до періоду пубертату). Окрім головних болів, запаморочень, що тривали протягом близько 1—5 років, хворі також відзначали в анамнезі наявність соматичних скарг з боку серця, шлунково-кишкового тракту, бронхолегеневої та сечостатевої систем. Обстежуваним були притаманні переважно такі особистісні риси як сором'язливість, невпевненість у собі, вразливість, підвищене сприйняття стрес-ситуацій.

Серед хворих, що вперше звернулися до невропатолога, були і такі, які самостійно намагалися подолати свої проблеми зі здоров'ям — приймали знеболюючі, заспокійливі, протизапальні препарати, зверталися до терапевта, кардіолога, гастроентеролога, психотерапевта, ортопеда-травматолога, користувалися нагодою відпочити в санаторно-курортних умовах та навіть відвідували «костоправів». Проте, спроби поліпшити свій стан були або невдалими, або покращання були короточасними.

Клінічні вегетативні прояви у досліджуваних хворих за опитувальником О. М. Вейна наведені в таблиці 1.

Динаміку вегетативних змін за даними клінічних досліджень під впливом лікування наведено в наступних

таблицях (табл. 2, 3). Враховуючи, що показники двох клінічних груп хворих (основної та контрольної) порівнювалися попарно, для статистичного оброблення даних ми скористалися коефіцієнтом Стьюдента (t).

Таблиця 1

Вихідний вегетативний статус за «Опитувальником для визначення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна

Клінічні ознаки	I група основна (n = 30)		II група порівняння (n = 30)		Практично здорові (n = 30)	
	n	%	n	%	n	%
Схильність до почервоніння або збліднення обличчя при хвилюванні	20	66,7	16	53,3	2	6,7
Оніміння і похолодання пальців кистей чи стоп	22	73,3	13	43,3	0	0
Зміна забарвлення пальців кистей чи/або стоп	19	63,3	15	50	1	3,3
Відчуття серцебиття, зупинки серця	25	83,3	25	83,3	0	0
Підвищена пітливість («постійна» або «при хвилюванні»)	27	90	21	70	0	0
Відчуття утруднення дихання («недостатня кількість повітря», прискорене дихання)	25	83,3	26	86,7	0	0
Порушення функції травної системи (схильність до запорів, проносів, здуття живота, біль)	17	56,7	17	56,7	5	16,7
Відчуття дезорієнтації (випадки втрати свідомості або відчуття, що може втратити свідомість)	10	33,3	9	30	0	0
Напади головного болю (дифузний біль або біль «половини» голови, «вся голова», біль стискаючого або пульсуючого характеру)	28	93,3	29	96,7	0	0
Зниження працездатності, швидка стомлюваність	29	96,7	28	93,3	1	3,3
Порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон, неглибокий сон із частими пробудження, відчуття «недостатності сну», втому при пробудженні вранці)	22	73,3	25	83,3	3	10

Примітка: n — кількість хворих

Таблиця 2

Оцінка вегетативної дисфункції (в балах) за «Опитувальником для визначення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна в динаміці лікування у хворих досліджуваних груп

n	I група основна (n = 30)			II група порівняння (n = 30)			Практично здорові (n = 30)
	до лікування	після лікування	Δ	до лікування	після лікування	Δ	
1	45	21	24	35	24	11	3
2	31	4	27	49	25	24	0
3	48	7	41	34	24	10	6
4	51	0	51	49	24	25	0
5	32	0	32	39	33	6	0
6	20	0	20	49	32	17	0
7	51	21	30	59	26	33	5
8	41	12	29	35	28	7	5
9	24	0	24	51	19	32	0
10	46	14	32	36	24	12	6
11	37	3	34	27	27	0	0
12	44	0	44	36	31	5	0
13	59	5	54	27	27	0	3
14	38	5	33	49	23	26	0
15	47	0	47	45	28	17	5
16	49	0	49	37	30	7	0
17	27	12	15	48	29	19	6
18	49	11	38	44	25	19	0
19	49	3	46	51	30	21	0
20	47	3	44	46	22	24	0
21	49	8	41	37	29	8	0
22	51	16	35	40	28	12	6
23	49	0	49	24	20	4	0
24	28	3	25	41	29	12	0
25	49	8	41	36	22	14	10
26	49	7	42	52	24	28	0
27	59	10	49	34	29	5	0
28	38	0	38	42	23	19	0
29	33	7	26	47	27	20	0
30	54	15	39	32	29	3	6
$M \pm m$	$43,1 \pm 10,1$	$6,5 \pm 6,4$	$36,6 \pm 10,06^*$	$41,0 \pm 8,5$	$26,4 \pm 3,5$	$14,6 \pm 9,3^*$	$2,03 \pm 2,93$

Примітка: Δ — від'ємність парних варіант; $M \pm m$ — середнє \pm стандартне відхилення; * — різниця достовірна при $p \leq 0,001$

Динаміка індексу Кердо до та після лікування в досліджуваних групах

N	I основна група (n = 30)			II група порівняння (n = 30)			Практично здорові (n = 30)
	до лікування	після лікування	Δ	до лікування	після лікування	Δ	
1	15	6	9	0	0	0	1,3
2	6	4	2	19	10	9	0
3	5	7	-2	10	7	3	2,6
4	7	7	0	-5	-3	-2	0
5	-17	-5	-12	-5	-3	-2	0
6	9	-4	13	9	5	4	0
7	10	-3	13	14	5	9	1,3
8	0	0	0	-12	-7	-5	1,2
9	7	4	3	-11	-4	-7	0
10	10	0	10	-4	-1	-3	-1,3
11	-4	-1	-3	15	12	3	0
12	-1	-3	2	6	5	1	0
13	6	0	6	12	11	1	3
14	12	7	5	-12	-5	-7	1,2
15	-15	7	-22	-19	-4	-15	1,4
16	4	1	3	10	6	4	0
17	6	4	2	0	0	0	-1,5
18	18	1	17	19	10	9	0
19	20	9	11	4	3	1	0
20	-3	-5	2	6	2	4	0
21	7	0	7	11	7	4	0
22	14	0	14	12	7	5	1,4
23	-16	2	-18	32	14	18	0
24	26	7	19	29	14	15	0
25	16	-5	21	20	13	7	2,3
26	-4	3	-7	5	3	2	0
27	10	5	5	23	11	12	0
28	12	0	12	16	6	10	0
29	0	0	0	-23	-13	-10	0
30	14	1	13	6	6	0	-2,4
M ± m	5,8 ± 10,2	1,6 ± 4,1	4,16 ± 10,0*	6,2 ± 13,4	3,9 ± 6,8	2,3 ± 7,1**	0,31 ± 1,12

Примітка: Δ — від'ємність парних варіант; * — різниця достовірна при $p \leq 0,05$; ** — різниця недостовірна при $p \geq 0,05$

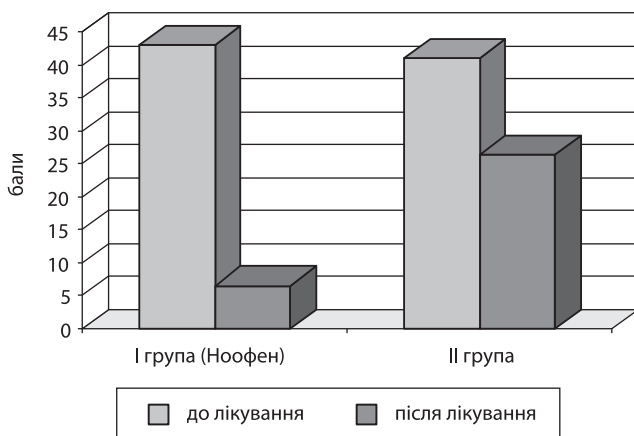


Рис. 1. Розподіл середніх показників динаміки вегетативної дисфункції (в балах) за анкетую-опитувальником О. М. Вейна під впливом лікування у хворих досліджуваних груп

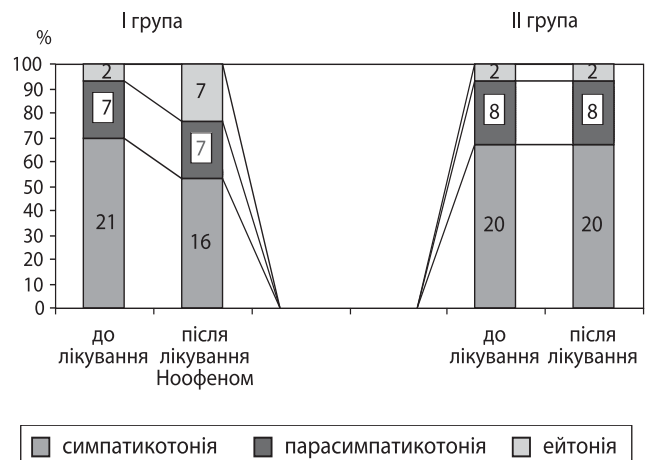


Рис. 2. Розподіл хворих за вегетативним індексом Кердо в I (основній) групі та в II групі (порівняння) до та після лікування

Слід зазначити, що клінічних побічних проявів лікування у хворих, що використовували Ноофен, виявлено не було.

В результаті аналізу вищевикладених даних можна зробити такі висновки:

Динаміка показників, отриманих за допомогою «Опитувальника для визначення ознак вегетативних змін» О. М. Вейна, під впливом лікування виявилася статистично достовірною в обох групах (основна $t = 19,93$; група порівняння $t = 8,62$ при $p \leq 0,001$) (див. табл. 2). При цьому, різниця в динаміці між двома групами виявилася так само статистично достовірною ($t = 7,71$ при $p \leq 0,001$), що свідчить про більш виражену регресію симптоматики у пацієнтів, які приймали Ноофен в комплексі з традиційним лікуванням, порівняно з пацієнтами, яким проводили лише традиційну терапію.

Якщо порівняти вихідні дані (згідно з опитувальником Вейна) з показниками практично здорових або з показниками норми, то можна відзначити, що в I (основній) групі до лікування середній бал клінічних симптомів за Вейном склав $43,1 \pm 10,1$, що в 2,8 рази вище за норму, а після лікування у 26 хворих (13,3 %) він не перевищував $6,5 \pm 1,2$, що говорить про суттєвий регрес патологічної вегетативної симптоматики; в II клінічній групі (порівняння) до лікування середній бал клінічних симптомів за Вейном склав $41,0 \pm 1,5$, а після лікування він зменшився до $26,4 \pm 0,6$, але до показників норми так і не дійшов.

Динаміка індексу Кердо виявилася статистично достовірною в основній групі ($t = 2,32$ при $p \leq 0,05$) і статистично недостовірною у групі порівняння ($t = 1,8$ при $p \geq 0,05$) (див. табл. 3).

Зазначена позитивна динаміка індексу Хільдебранта виявилася статистично недостовірною в обох групах (основна група $t = 0,61$; група порівняння $t = 0,96$ при $p \geq 0,05$). Оскільки даний показник свідчить про міжсистемні співвідношення, ми можемо припустити, що на дисбаланс цих співвідношень могли вплинути фактори, які нами або не вивчалися, або не були зареєстровані. Ймовірним також може бути варіант малої вибірності, який не дає можливості достовірно оцінити зміни цього показника.

Враховуючи вищевикладене — позитивну динаміку клінічних показників вегетативного статусу — можна зробити висновок, що використання препарату Ноофен має у хворих з синдромом вегетативної дистонії вегетостабілізуючий ефект поряд з відсутністю побічних негативних ефектів, що суттєво розширює межі застосування препарату у хворих різних вікових груп.

Список літератури

1. Морозова О. Г. Вегетативные дисфункции в общесоматической практике // Здоров'я України. — № 3. — 2008. — С. 51—52.
2. Анализ заболеваемости детей школьного возраста / [Беседин А. А., Безроднова С. М., Прокопенко Л. М., Заводнова О. С.] // Вопросы современной педиатрии. — 2005. — Т. 4, прил. № 1. — С. 47.
3. Эфендиева Гюльбаджи Тельмановна. Синдром вегетосудистой дистонии у подростков: дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.09 «Педиатрия» / Г. Т. Эфендиева. — Ставрополь, 2006. — 137 с.: ил.
4. Кузьміна, Н. В. Вегетативні розлади у пацієнтів із гіпертонічною хворобою: діагностика та медикаментозна корекція / Н. В. Кузьміна, В. К. Серкова // Укр. мед. часопис. — 2009. — № 2 (70). — III/IV. — С. 37—42.

5. Опыт применения «Ноофена» в лечении больных нейрорегуляторной дистонией / [Монастырский Ю. И., Серкова В. К., Кузьмина Н. В., Домбровская Ю. В.] // Укр. терапевт. журнал. — 2007. — № 4. — С. 83—87.

6. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: руководство для врачей // под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 752 с.

7. Соловьева, А. Д. Методы исследования вегетативной нервной системы / А. Д. Соловьева, А. Б. Данилов. В кн. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика: руководство для врачей / под ред. В. Л. Голубева. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — С. 48—107.

8. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. — 2-е изд., перераб. и доп. — Киев: Морион, 2001. — 408 с.

Надійшла до редакції 28.02.2012 р.

О. Е. Коваленко, Л. П. Рощина

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика МЗ Украины, ГНУ «Научно-практический центр профилактической и клинической медицины» ГУД, Киевская городская студенческая поликлиника (г. Киев)

Клиническая оценка оптимизации лечения вегетативных нарушений у студентов с использованием препарата «Ноофен»

С целью оптимизации лечения распространенной проблемы у студентов — вегетативных расстройств — изучали терапевтическую эффективность ноотропного препарата фармацевтической компании «OLFA» Ноофен. Были исследованы особенности вегетативных дисфункций у студентов, объективизированные с помощью клинических шкал А. М. Вейна, проведен сравнительный анализ результатов традиционного лечения и терапии с применением препарата Ноофен. В результате было выявлено, что использование Ноофена вызывает у больных с синдромом вегетативной дистонии вегетостабилизирующий эффект наряду с отсутствием негативных побочных проявлений, что существенно расширяет границы применения и обосновывает целесообразность включения Ноофена в терапию вегетативных нарушений у молодежи.

Ключевые слова: вегетативные дисфункции, ВСД, студенты, Ноофен.

О. Е. Kovalenko, L. P. Roshchina

National medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk, Public scientific institution is the "Scientific-practical center of prophylactic and clinical medicine" of State administration of Affairs, Kyiv's city student polyclinic (Kyiv)

The clinical estimation of treatment optimization of vegetative disorders of students with the use "Noofen"

With the purpose of treatment optimization of widespread problem for students — vegetative disorders — therapeutic efficiency of Noofen of pharmaceutical company "OLFA" was studied. There were investigational features of vegetative dysfunctions for students by the scales of A. M. Veyn, the comparative analysis of traditional treatment and the therapy is conducted with the use of Noofen. It was well-proven as a result, that the use of preparation of Noofen causes for patients with the syndrome of vegetative dystonia vegetativstabilization effect without side negative effects, that substantially extends the limits of application of preparation and grounds expedience of including of Noofen in therapy of vegetative violations for young people.

Key words: vegetative disorders, VDS, students, Noofen.