

УДК 616.8-008.61-08-053.2

ВОЗМОЖНОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Савво В.М.¹, Филонова Т.А.¹, Хижняк В.М.², Мощич А.П.³, Шарапова А.П.⁴, Борзенко И.А.⁵

¹ - Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков;

² - Детская клиническая поликлиника № 23, г. Харьков;

³ - Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев;

⁴ - Городская клиническая больница № 6, г. Запорожье;

⁵ - Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Резюме. Рассматриваются клинико-диагностические особенности поведенческих расстройств у детей различных возрастных групп, которые сопровождаются нарушением концентрации внимания, неусидчивостью, повышенной возбудимостью, которые часто встречаются в педиатрической практике. Проанализированы возможные пути фармакологической коррекции данных состояний. Приведены данные об использовании гомеопатического метода лечения детей с поведенческими расстройствами, включая синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Представлены результаты постмаркетингового клинического исследования комплексного гомеопатического препарата Киндинорм. Препарат использовали для лечения поведенческих расстройств у детей различных возрастных групп (от 1 года до 14 лет). Результаты исследования показали, что Киндинорм достоверно снижает выраженность основных изучаемых симптомов (концентрация внимания, гиперактивность/импульсивность), хорошо переносится пациентами.

Ключевые слова: поведенческие расстройства у детей, СДВГ, коррекция поведения, гомеопатическая терапия, Киндинорм

Введение. Поведение – это способ проявления человека в повседневной жизни. Поведение определяется как совокупность поступков по отношению к объектам живой и неживой природы, к отдельному человеку или обществу, опосредованных внешней (двигательной) и внутренней (психической) активностью человека. Расстройства поведения и, связанные с ними нарушения психического развития и обучения, социализации, межперсональной коммуникации, часто встречаются у детей и представляют одну из наиболее важных психологических, педагогических и медицинских проблем детского и подросткового периода, влекущие серьезные социальные и экономические последствия.

Поведенческие расстройства у детей, часто сопровождаются нарушениями концентрации внимания, повышенной возбудимостью, неусидчивостью, трудностями в обучении, расстройствами сна. Данные симптомы наблюдаются при минимальных мозговых дисфункциях (ММД), синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), школьной дезадаптации, психосоматических расстройствах и др. В вопросах классификации, диагностики и лечения перечисленных заболеваний подходы ученых различных школ могут отличаться [1, 3, 7, 12, 18, 26].

Наиболее изученным состоянием, связанным с поведенческими расстройствами является СДВГ [32]. Существует точка зрения, что это наиболее распространенный вариант ММД [18]. Назва-

ние заболевания является адаптированной версией англоязычного термина «расстройство с дефицитом внимания/гиперактивностью» (attention deficit/hyperactivity disorder - ADHD). Распространенность СДВГ среди детского населения различных возрастных групп, увеличивается с каждым годом [28, 31, 36]. Актуальность проблемы определяется не только высокой частотой данного синдрома в детской популяции, но и его большой социальной значимостью, так как исходами СДВГ могут быть проблемы обучения, большая конфликтность с учителями и родителями, возможность антисоциальной модели поведения в подростковом возрасте, снижение качества жизни. Поэтому знания этой патологии необходимы для врачей различных специальностей: педиатров, терапевтов и семейных врачей, неврологов и психиатров, а также психологов, воспитателей и учителей, работающих с детскими коллективами. [2, 10, 13, 15, 19, 23].

В настоящее время под термином СДВГ понимают дисфункцию центральной нервной системы (преимущественно ретикулярной формации головного мозга), проявляющуюся трудностями концентрации и поддержания внимания, нарушениями обучения и памяти, а также сложностями обработки экзогенной и эндогенной информации и стимулов. Частота СДВГ, по данным разных авторов, варьирует от 2,2 до 18 % у детей школьного возраста со значительными различиями между разными регионами земно-

го шара [28, 36]. У мальчиков СДВГ встречается в четыре раза чаще, чем у девочек [2, 15, 21]. У большинства пациентов основные симптомы заболевания сохраняются и в подростковом возрасте.

Термин «синдром дефицита внимания» был выделен из более широкого понятия «минимальная мозговая дисфункция». СДВГ – это название этиологически гетерогенной группы нарушений поведения детей. Большинство исследователей предполагают генетическую природу синдрома. По современным представлениям, генетическая опосредованность СДВГ свойственна от 40% до 75% случаев болезни. Биохимическим субстратом в патогенезе СДВГ являются нарушения катехоламинового обмена [21, 23, 33].

Наряду с генетическими, выделяют и другие факторы риска развития СДВГ: семейные (социальное положение семьи, наличие криминального окружения, тяжелые разногласия между родителями, нейропсихиатрические нарушения, особенно материнского поведения); пре- и постнатальные (гестозы при беременности, асфиксия новорожденного, родовая травма, внутриутробные инфекции, прием некоторых лекарственных препаратов, токсические факторы, особенно высокая концентрация свинца в окружающей среде, алиментарные дефициты витаминов, минеральных веществ). Выраженная внутриутробная активность ребёнка вследствие возникновения гипоксии также может предшествовать появлению синдрома гиперактивности [26].

Есть мнение, что СДВГ может формироваться вследствие избыточного употребления сахара, продуктов питания и напитков промышленного изготовления, содержащих в большом количестве экстрактивные вещества, консерванты и красители [23, 24].

Клиническая картина СДВГ складывается из симптомов гиперактивности, импульсивности и дефицита внимания. Клинические проявления СДВГ зависят от возраста пациента. В значительном проценте случаев клинические проявления синдрома возникают в возрасте до 5 - 6 лет, а иногда уже на 1-м году жизни. Мышечный гипертонус, постнатальная энцефалопатия, минимальная мозговая дисфункция в первые полгода жизни ребенка могут стать причиной дебюта синдрома гиперактивности. Обычно дети,

страдающие гиперподвижностью, изо всех сил стараются освободиться от пелёнок и плохо успокаиваются, если их туго пеленают. На протяжении всего 1-го года жизни гиперактивные дети легко возбуждаются, плохо засыпают, мало спят, часто днём, а не ночью. В дальнейшем они становятся крайне непослушными и гиперподвижными, их поведение с трудом контролируется родителями. Вместе с тем дети, имеющие в дальнейшем синдром дефицита внимания без гиперактивности, в младенчестве могут умеренно отставать в двигательном (начинают переворачиваться, ползать, ходить на 1-2 месяца позднее) и речевом развитии, они инертны, пассивны, не очень эмоциональны. По мере роста ребенка становятся очевидными нарушения внимания, на которые родители, как правило, сначала не обращают внимания. Первыми, кто может отметить указанные симптомы, являются врачи педиатры и семейные врачи. В период развития ребенка от года до двух лет, становится особенно заметна повышенная бесцельная моторная активность малыша. С тех пор, как он начал удерживать игрушки, он хватается всё, что попадает под руку, но тотчас же бросает, и ни на чём не задерживает внимания. Затем то же происходит и с играми: гиперактивный ребенок начинает игру, но не заканчивает её, и переключается на что-нибудь другое [2, 18, 20].

В дошкольном возрасте у детей с СДВГ преобладают гиперактивность, двигательная расторможенность, моторная неловкость, непоседливость, отвлекаемость, могут наблюдаться нарушения развития речи. Избыточная моторная активность бесцельна, не соответствует требованиям обстановки. У школьников с СДВГ на первый план выступают трудности в учёбе и поведенческие расстройства.

В лечении СДВГ используются принципы модификации поведения, а также дифференцированные стратегии обучения. В ряде стран довольно широко применяются фармакологические средства.

Так в 2008 году в США было выпущено более 39 миллионов рецептов на лекарственные препараты для лечения СДВГ. В то же время, «Вашингтон Пост» опубликовала результаты большого, многоцентрового исследования,

спонсированного федеральными властями, в котором были получены данные, свидетельствующие о том, что «разница в отдаленных результатах между детьми, принимавшими медикаменты постоянно и детьми, которые не получали фармакологических препаратов вообще приближается к нулю» [38].

Все же с точки зрения доказательной медицины, в лечении СДВГ лидируют психостимуляторы. Основным представителем является Метилфенидат (концента, риталин) - психостимулятор амфитаминоподобного действия с выраженным психостимулирующим эффектом, который назначается детям после 6 лет. К побочным эффектам препарата можно отнести: повышение артериального давления, рвоту, тахикардию, головокружение, бессонницу, диарею, тревогу, депрессию, галлюцинации, нарушение сна, суицидальные попытки, носовое кровотечение, задержку роста и другие. [35].

К препаратам первой линии также относится амоксетин (страттера) – высокоселективный ингибитор пресинаптических переносчиков норадреналина. Курс лечения должен составлять не менее 6 месяцев. Побочные эффекты могут возникнуть в процессе лечения препаратом: боли в желудке, тошнота, рвота, снижение аппетита и снижение массы тела, повышение артериального давления, сонливость, раздражительность.

К следующей группе препаратов для лечения СДВГ относят антидепрессанты – имипрамин, бупропион, и антагонисты центральных α_2 адренорецепторов – клонидин и гуанфацин. Препараты данной группы также имеют большой спектр побочных эффектов и не назначаются детям до 12 лет.

К препаратам третьей группы относят препараты, эффективность которых была частично доказана, а наличие побочных эффектов ограничивает их применение. Это препараты милнаципран и бупропион. Их назначают в случае неэффективности препаратов предыдущих групп [13].

При отсутствии возможности обеспечить лечение заболевания препаратами основной группы назначают средства ноотропного и/или нейрометаболического действия (церебролизин, семакс, пирацетам, фенибут, пантогам, энцефабол, ницерголин, винпоцетин), поливитами-

ные препараты, а также седативные и сосудистые средства [8, 9, 21, 27, 30].

Многочисленные побочные эффекты лекарственных препаратов, отсутствие желаемого результата лечения, возрастные ограничения для многих психотропных средств, опасения использовать амфитаминоподобные психостимуляторы, заставляют практикующих врачей искать более безопасные методы лекарственной терапии СДВГ, которые можно было бы назначать детям с поведенческими расстройствами во всех возрастных группах.

Актуальным в настоящее время является поиск безопасных и эффективных путей терапии поведенческих расстройств, особенно у пациентов, имеющих противопоказания к назначению или непереносимость стандартных средств терапии [34].

В течение продолжительного периода времени одним из безопасных и эффективных путей терапии заболеваний детского возраста является использование гомеопатических лекарственных препаратов [11, 16, 17, 30, 36, 37].

Эффективность и безопасность данного метода лечения изучались в многочисленных клинических исследованиях, проведенных по стандартам доказательной медицины. Так, в одном из таких исследований при лечении детей с СДВГ была доказана эффективность индивидуально подобранных гомеопатических препаратов, которая не уступала Риталину [30]. В клиническом исследовании, проведенном под руководством Frei H. и соавт. (2005) также изучалась эффективность гомеопатических препаратов [29]. По дизайну это было «Рандомизированное двойное слепое, плацебо контролируемое, перекрестное клиническое исследование». В нем приняли участие 83 пациента, которые были разбиты на две группы. Первая получала индивидуализированное гомеопатическое лечение, вторая плацебо. В момент перекреста дети, получавшие гомеопатическое лечение переходили на плацебо, а группа, получавшая плацебо – принимала индивидуализированные гомеопатические препараты. В результате исследования убедительно показана эффективность индивидуализированного гомеопатического лечения в сравнении с плацебо у детей, страдающих от СДВГ.

Основным достоинством гомеопатического метода лечения является достаточная эффективность и высокая безопасность, что имеет особое значение для педиатрической практики [22]. Врачи гомеопаты говорят, что традиционная медицина лечит болезни, а гомеопатия – человека, у которого могут присутствовать различные симптомы заболевания. Однако, применение гомеопатических монопрепаратов в клинической практике требует от врача определенных знаний и умений. Выходом из сложившейся ситуации может стать использование комплексных гомеопатических препаратов, которые выпускаются, как правило, в низких потенциях и имеют показания к применению. Важным аспектом применения таких средств является возможность безрецептурного их назначения, что значительно облегчает работу с ними врачей первого звена оказания медицинской помощи, так называемых «врачей первого контакта» - педиатров и семейных врачей

Монопрепараты, входящие в состав комплексных гомеопатических средств, как правило, хорошо себя зарекомендовали в лечении детей всех возрастных групп. Именно таким препаратом является Киндинорм.

В состав препарата Киндинорм входит: Calcium hypophosphorosum D4, Kalium phosphoricum (D6), Valeriana D6, Cuprum metallicum (D10), Chamomilla (D12), Staphisagria (D12).

Гомеопатическая Chamomilla давно используется как детское средство в гомеопатической медицине. Так, В.Бурт в своей книге «Физиологическая Materia Medica» [4] отмечает, что препарат можно с успехом использовать у чрезмерно возбудимых детей. Г. Гуллон в своей работе «Болезни малолетних детей и их гомеопатическое лечение» рекомендует препарат назначать при гневе [6]. Известный французский гомеопат-педиатр Дидье Гранжорж представляет ребенка, как «бурю»: беспокоится, кричит, нервничает, неистовствует [5]. Адольф Фегель относит Chamomilla в группу детских препаратов от вспыльчивости и в группу «для крикунов» [28].

В составе Киндинорма Chamomilla используется для купирования расстройств ментальной и эмоциональной сфер: раздражительности, злости, тревоги, неусидчивости, взволнованности,

снижения способности к обучению. Препарат эффективен при купировании злости, крикливости, нервозности у детей.

Kalium phosphoricum – одно из наиболее действенных средств для лечения заболеваний нервной системы, особенно у детей. Доказана его эффективность в лечении состояний, сопровождающихся депрессией, истощением после чрезмерного возбуждения или тяжелой болезни, нервозностью или бессонницей, вследствие большой умственной работы (например, выполнение домашнего задания) [28].

Staphisagria в гомеопатии используется при расстройствах поведения, приступах раздражительности и злости. Эффективна она при лечении чрезмерной чувствительности, ослаблении памяти, невозможности сосредоточиться. Для маленьких детей препарат назначают, когда они спят днем и бодрствуют ночью. Адольф Фегель рекомендует Стафизагрию, как средство от тоски по дому [28].

Valeriana, как лекарственное растение, широко используется в традиционной и народной медицине, это хорошо известный препарат в гомеопатии. Его назначается при нарушениях сна, неусидчивости, повышенной чувствительности и раздражительности, эмоциональной нестабильности.

Основными показания к применению Calcium hypophosphorosum являются: поведенческие расстройства, сопровождающиеся нарушениями концентрации внимания, повышенной возбудимостью, неусидчивостью.

Cuprum metallicum назначают детям при неуравновешенности характера, гневливости, склонности к буффонаде, беспокойным детям.

Раннее выявление и комплексный подход к коррекции поведенческих расстройств у детей с использованием эффективных и безопасных методов лечения позволит устранить имеющиеся нарушения и предупредить возможные негативные последствия и оптимизирует социальную адаптацию детей.

Целью данной работы явилась оценка терапевтической эффективности, безопасности и переносимости комплексного гомеопатического препарата Киндинорм у детей от 1 года до 14 лет, у которых наблюдаются поведенческие рас-

стройства (нарушение концентрации внимания, повышенная возбудимость, неусидчивость), т.к. предыдущие клинические исследования препарата проводились на популяции пациентов от 4 и 7 лет [14, 39]. Данное клиническое исследование проводилось как открытое, неконтролируемое, нерандомизированное. В исследование включались амбулаторные пациенты с поведенческими расстройствами в возрасте от 1 года до 14 лет, находившиеся под наблюдением врачей – педиатров в поликлиниках. У детей наблюдались поведенческие расстройства различной степени выраженности без органической патологии ЦНС и психических заболеваний, тяжелых сопутствующих соматических и эндокринных болезней, тугоухости, состояний, требующих другого известного лечения.

В соответствии с поставленными задачами в исследование были включены 30 пациентов с различными видами поведенческих расстройств в возрасте от 1 до 14-ти лет: от 1 до 6-ти лет – 12 детей (40,0 %), от 6 до 9 лет – 11 детей (36,7 %), от 10 лет и старше – 7 детей (23,3 %). Гендерное распределение было следующим: 25 мальчиков (83,3%), 5 девочек (16,7 %).

Все пациенты получали исследуемый препарат Киндинорм в дозах, указанных в инструкции по медицинскому применению препарата: дети от 1 до 5-ти лет получали по 5 гранул 3 раза в день, от 5 до 12-ти лет - по 10 гранул 3 раза в день, дети старше 12-ти лет - по 10 - 20 гранул 3 раза в день. Пациенты принимали Киндинорм за полчаса до или через полчаса после еды, давая гранулам медленно раствориться в полости рта. Продолжительность лечения составила 56 дней.

Выраженность и динамика клинических проявлений оценивалась по оценочной шкале с индивидуальной оценкой каждого вопроса (от 0 до 3 баллов). Была произведена оценка суммарного балла у каждого пациента согласно всем вопросам шкалы на 0, 14, 28 и 56 дни терапии.

Объективизация эффективности лечения осуществлялась в установленный протоколом исследования срок (56 дней) как выздоровление, значительное улучшение, улучшение и незначительное улучшение, высокая и низкая эффективность терапии. Критериями эффективно-

сти терапии служили степень восстановления эмоционально-психологического и поведенческого статуса детей.

Оценка переносимости проводилась на основании объективных данных, полученных в процессе лечения, сообщений родителей пациентов о побочных реакциях.

Основным инструментом, который использовался для оценки динамики лечения, являлась шкала оценки симптомов СДВГ (ориентированная на ADHD Rating Scale-IV), выраженность которых врач выяснял у родителей в ходе беседы. Каждый из 18 симптомов, приводимых в данной шкале, соответствует одному из диагностических критериев по классификации DSM-IV-R, и оценивается по 4-балльной системе (0 — симптома никогда не было или он возникал редко; 1 — иногда; 2 — часто; 3 — очень часто). Общий балл высчитывался по сумме баллов каждого из 18 пунктов.

Анализ результатов исследования проводилась с использованием методов описательной статистики. Рассчитывали средние значения показателей (M), среднее квадратическое отклонение (σ) и стандартную ошибку (m). Сравнительный анализ результатов проводили с использованием непараметрических методов (критерий Вилкоксона, Манна-Уитни).

Результаты исследования и их анализ. У наблюдаемых детей до начала лечения были диагностированы различной степени выраженности нарушения поведения и концентрации внимания: трудности по удержанию внимания в играх или выполнении задач, забывчивость, гиперактивность, несдержанность, трудности в обучении. У некоторых детей родители отмечали нарушение сна. Степень выраженности симптомов была различной: легкая - 6 пациентов (20,0%), умеренная - 18 (60,0%), значительная – 6 (20,0 %) пациентов. Была произведена оценка суммарного балла у каждого пациента согласно всем вопросам шкалы на 0, 14, 28 и 56 дни терапии.

Выраженность симптомов (средний бал) на различных этапах лечения для всех пациентов составила: $25,4 \pm 1,7$ балла до начала терапии, $21,2 \pm 1,4$ балла на 14-й день, $12,8 \pm 0,9$ балла на 28-й день и $7,7 \pm 0,8$ балла на 56-й день терапии.

Таким образом, применение препарата Киндинорм, в целом, уже на 14-й день приводит к определенному снижению выраженности клинической симптоматики, однако по степени ее уменьшения не удалось выявить статистически значимых отличий от исходного статуса пациента ($p > 0,05$). Отчетливая редукция патологической симптоматики отмечена, начиная со второго этапа лечения ($p < 0,01$)

Редукция патологической симптоматики на 28-й день терапии была статистически значимой ($p < 0,01$), как по сравнению с исходным уровнем, так и по сравнению с результатами на 14-й день терапии. Следует отметить, что степень относительной редукции изучаемых симптомов была более выраженной на втором и третьем этапах терапии (28 - 56-й дни) – 49,5% и 69,7% соответственно, чем на первом этапе (0 - 14-й дни) – 16,5%, что свидетельствует о нарастании терапевтического эффекта Киндинорма по мере пролонгации приема препарата.

Нами была проведена оценка редукции патологической симптоматики в клинических группах с различной степенью тяжести поведенческих расстройств. Так, на первом этапе терапии (0 - 14 дни) относительная редукция симптоматики составляет в исследуемых группах 15% – 23%, статистически значимых отличий с исходными параметрами не получено ($p > 0,05$). Выраженная положительная динамика во всех группах детей отмечается к исходу месяца от начала лечения, достигая при легкой степени выраженности симптоматики – 67,1%, при умеренной – 64,8%, при выраженной – 78,4% ($p < 0,01$). Это свидетельствует о терапевтической эффективности препарата, которая максимально была отмечена к 56 дню приема препарата.

Для определения зависимости степени редукции симптомов от возраста пациентов проведен соответствующий анализ. Во всех возрастных группах стабильный терапевтический эффект отмечался начиная с 28-го дня терапии (редукция симптомов составила 45-55 %). К окончанию наблюдения (56-й день лечения) редукция составила в младшей возрастной группе – 64,1%, в возрасте 6 – 9 лет – 70,6%, у детей 10 лет и старше – 78,4%. Это свидетельствует, что участники всех возрастных групп были ответчиками на проводимую терапию в течение

56-ти дней. Более выраженная редукция симптоматики к 56-му дню терапии отмечена у детей старшей возрастной группы.

Оценка эффективности препарата Киндинорм определялась по степени редукции патологической симптоматики. Значительное улучшение и улучшение отмечалось к исходу второго месяца лечения у 66,0% и 23,4% пациентов соответственно, т.е. отчетливый положительный эффект терапии был достигнут у 90,0% детей ($p < 0,05$). Следовательно, Киндинорм обладает высокой эффективностью при продолжительности курса терапии не менее 2-х месяцев.

В связи с незначительным терапевтическим эффектом Киндинорма к исходу первых 14-ти дней лечения, в ряде случаев требовалось дополнительная беседа с родителями о необходимости продолжения приема препарата с целью достижением клинического эффекта к окончанию курса лечения.

Интересным наблюдением в ходе исследования стало то, что большинство родителей пациентов отмечали улучшение сна на фоне эффективной терапии препаратом Киндинорм. При этом объективное изучение нарушений сна и влияние Киндинорма на динамику регрессии этого симптома в рамках данного исследования не проводилось. Также родители пациентов отмечали улучшение успеваемости и поведения детей в школе, о чем свидетельствовали школьные дневники, принесенные на визит к врачу, что также не подвергалось статистическому анализу.

Оценка переносимости препарата Киндинорм проводилась на основании объективных данных, полученных в процессе лечения и наблюдения за детьми, сообщений родителей о переносимости препарата, побочных реакциях. У подавляющего большинства детей переносимость Киндинорма была отмечена как хорошая. К особенностям наблюдения можно отнести мальчика 4-х лет с выраженной реакцией возбуждения и двигательной расторможенностью через 3 дня от начала терапии. При последующем уменьшении суточной дозы отмечен постепенный регресс клинической симптоматики и улучшение статуса ребенка, что, возможно, явилось первичной гомеопатической реакцией на прием Киндинорма. Другие побочные эффекты

в ходе клинического исследования зарегистрированы не были.

Выводы. 1. Киндинорм позволяет проводить эффективное лечение детей с поведенческими расстройствами.

2. Применение препарата Киндинорм приводит к статистически и клинически значимому ($p < 0,01$) снижению степени выраженности изучаемых симптомов поведенческих расстройств у детей (снижения концентрации внимания, гиперактивности) к 28-му дню от начала терапии. Редукция патологической симптоматики на 56-й день терапии также была достоверной ($p < 0,01$), как по сравнению с исходным уровнем, так и по сравнению с результатами на 28-й день терапии.

3. Степень относительной редукции патологической симптоматики была более выраженной на втором (14 - 28-й день, 49,5 %) и третьем (28 - 56-й день, 69,7 %) этапах терапии, чем на первом этапе (0 - 14-й день, 16,5%), что свидетельствует о нарастании терапевтического эффекта Киндинорм во времени.

4. Темпы редукции патологической симптоматики у детей с различной степенью выраженности клинической симптоматики к окончанию периода наблюдения сопоставимы между собой.

5. Динамика развития терапевтического эффекта Киндинорма говорит о необходимости проведения курсовой (не менее 56 дней) терапии Киндинормом для достижения положительного эффекта.

6. Препарат Киндинорм характеризуется хорошей переносимостью и высокой безопасностью.

7. Своевременное выявление симптомов поведенческих расстройств у детей врачами - педиатрами, особенно в младших возрастных группах, проведение безопасной и эффективной коррекция этих состояний на ранних этапах, позволит предотвратить в дальнейшем развитие серьезных заболеваний центральной нервной системы, социальной дезадаптации, проблем, связанных с обучением.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях / Ю.А. Александровский // Психотерапия и психофармакотерапия. – 2002. – № 1. – С. 4-7.
2. Белоусова Е. Д. Синдром дефицита внимания/гиперактивности. / Е.Д. Белоусова, М. Ю. Никанорова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – Т.45, № 3. – С. 39-42.

3. Брызгунов И.П. Психосоматика у детей / И.П. Брызгунов. – Москва : Психотерапия, 2009. – 476с.
4. Бурт В. Физиологическая Materia Medica в 2-х тт / Бурт В. – Смоленск : Гомеопатическая медицина, 2005. – 1132 с.
5. Гранжорж Д. Гомеопатия – Путь Жизни / Гранжорж Д. – СПб.: Центр гомеопатии, 2000. – 120 с.
6. Гуллон Г. Болезни малолетних детей и их гомеопатическое лечение / Гуллон Г. – Смоленск : Гомеопатическая медицина, 2002. – 126 с.
7. Даценко И.Б. Минимальная мозговая дисфункция и эмоционально-поведенческие расстройства у детей и принципы их дифференцированной коррекции / И.Б. Даценко // Международный медицинский журнал. – 2007. – №1. – С.28 – 36.
8. Заваденко Н.Н. Гиперактивность с дефицитом внимания у детей: диагностика и лечение / Н.Н. Заваденко // Русский медицинский журнал. – 2006. – № 1. – С. 48-51.
9. Заваденко Н.Н. Атомоксетин и пираретам в терапии гиперактивного расстройства с дефицитом внимания у детей / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – №7. – С. 43-47
10. Заваденко Н.Н. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: выбор оптимальной продолжительности лекарственной терапии / Н.Н. Заваденко, Н.Ю. Суворинова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. Т10. – С.28 -32.
11. Ильенко Л.И. Принципы использования гомеопатической терапии в педиатрии / Л.И. Ильенко, Н.А. Харитонова // Вопросы современной педиатрии. – 2002. – Т 1. № 5. – С. 58 – 62.
12. Кочергова С.А. Психокоррекция и профилактика дезадаптации младших школьников [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru. – 2011. – №1. URL. – Режим доступа к журналу : http://psyjournals.ru/psyedu_ru
13. Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків з гіперкінетичним розладом / І.А. Марценковський, Я.Б. Бікшаєва, І.І. Марценковська [та ін.] // Здоров'я України. – 2009. – № 5/1. – С. 54 – 56.
14. Марценковський І.А. Гіперкінетичний розлад у дітей дошкільного й молодшого віку (принципи діагностики й терапії) / І.А. Марценковський, О.В. Ткачова // Педіатрія акушерство та гінекологія. – 2007. – № 3. – С.40- 46.
15. Марценковський І.А. Гіперкінетичне розлад у дітей: принципи діагностики і терапії / І.А. Марценковський, О.В. Ткачова // Терапія. – 2006. – № 3. – С.31-38.
16. Мошч О.П. Гомеопатичне лікування при загальних хворобах внутрішніх органів / О.П. Мошч // Медицина дитинства. Т.4, книга 3. – 2001. – С.190 -215.
17. Мошч О.П. Гомеопатична терапія деяких патологічних станів у новонароджених дітей / О.П. Мошч // Нова медицина. – 2002. – № 1. – С.50-54.
18. Основы дисонтогенеза, причины и клинические проявления минимальной мозговой дисфункции у детей. / [Научно-информационные материалы]. – М.: Ассоциация Московских вузов. – 2011. – 37 с.
19. Романчук О.И. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей (Пер. с украинского)/ О.И. Романчук. – М.: Генезис. – 2010. –323 с.
20. Рудовская В.А. Синдром дефицита внимания (СДВГ) и его гомеопатическая коррекция. / В.А. Рудовская // Український гомеопатичний щорічник. – 2003. – Т. 6. – С. 88-95.
21. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ): этиология, патогенез, клиника, течение, прогноз, терапия, организация помощи (экспертный доклад). – М.: САФ, 2007. – 64с.
22. Скурту Т.П. Нарушение поведения детей (синдром дефицита внимания у детей с гиперактивностью): ведение случаев, возможности диетической и гомеопатической коррекции / Т.П. Скурту // Український гомеопатичний щорічник. – 2006. – Т.9. – С. 50 -52.
23. Студеникин В.М. Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей: диагностика и лечение / В.М. Студеникин, С.В. Балканская, В.И. Шелковский // Лечащий врач. – 2010. – № 1. – С.31-34.
24. Сухоносова О.Ю. Особливості корекції синдрому гіперактивності з дефіцитом уваги у дітей / О.Ю. Сухоносова // ПАГ. – 2008. – № 6. – С. 54-56.
25. Коморбидные тревожные расстройства при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью / Л.С. Чутко, К.А. Айкбеков, О.В. Лапшина [та ін.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – № 3. – С. 34-39
26. Детская поведенческая неврология. Руководство для врачей. / [Ред. Л.С. Чутко]. — СПб. : Наука. – 2011. – с.2009
27. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью: клиническая типология и подходы к лечению / Л.С. Чутко, С.Ю. Суруцкина, А.М. Ливинская [и др.] // Педиатрия. – 2009. – № 2. – С.79-81.
28. Фегель А. Гомеопатическая терапия детских болезней / А. Фегель. — М.: Атлас. – 1992. — 254 с.

29. Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, double blind, placebo controlled crossover trial / H. Frei, R. Everts, K. vonAmmon [et al.]. // *European Journal of Pediatric*. – 2005. – V.164. – P. 758-767.
30. Frei, H, Thurneysen, A. Treatment for Hyperactive Children: Homeopathy and Methylphenidate Compared in a Family Setting / H. Frei, A. Thurneysen // *British Homeopathic Journal*. – 2001. – V. 90. – P. 183-188.
31. Guideline on the clinical investigation of medicinal products for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) / *European Medicines Agency*. – 2010.
32. Guilherme V., Polanczyk E. Attention deficit disorder/hyperactivity: a scientific overview / V. Guilherme, E. Polanczyk // *Clinics*. – 2012. – P. 1125-1126.
33. Dopaminergic and noradrenergic gene polymorphisms and response to methylphenidate in Korean children with attention-deficit/hyperactivity disorder: is there an interaction? / S. B. Hong, J. W. Kim, S. C. Cho [et al.] // *Journal of Children and Adolescent Psychopharmacology*. – 2012. – V.22. – P. 343-352.
34. Compound Herbal Preparation (CHP) in the Treatment of Children with ADHD: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Attention Disorders* / M. Katz, A. Adar Levine, H. Kol-Degani [et al.] // *Journal of Attention Disorders OnlineFirst*. – 2010. – P. 1-11
35. The effects of methylphenidate on cognitive function in children with attention-deficit/hyperactivity disorder / H. A. Kubas, E. M. Backenson, G. Wilcox [et al.]. // *Postgraduate Medicine*. – 2012. – V. 124. – P. 33-48.
36. Polanczyk G. The world wide prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis / G. Polanczyk, M. Silva de Lima // *American Journal of Psychiatry*. – 2007. – V.164. – P. 942-948.
37. Homeopathy and conventional medicine: an outcomes study comparing effectiveness in a primary care setting / D. Riley, M. Fischer, B. Singh [et al.] // *J. Altern. Complement. Med.*, Apr. – 2001. – V.7. – P. 149-159.
38. Vedantam S. Debate over Drugs for ADHD Reignites / S. Vedantam // *Washington Post*. – 2009. – № 3. – P. 1=4
39. Hultzsich W. Klinische Behandlungseffekte und Vertraglichkeit von Zappelin im Vergleich zu Ritalin / W. Hultzsich // *BVKG Kinder-und jugendarzt*. – 2007. – V.6. – P. 1 – 6..

Савво В.М., Філонова Т.А., Хижняк В.М., Мошчич А.П., Шарапова А.П., Борзенко І.А. МОЖЛИВОСТІ АЛЬТЕРНАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДІТЕЙ В ПЕДІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Резюме. Розглядаються клініко діагностичні особливості поведінкових розладів у дітей різних вікових груп, що супроводжуються порушенням концентрації уваги, непосидючістю, підвищеною збудливістю, включаючи синдром дефіциту уваги/гіперактивності у педіатричній практиці. Проаналізовано можливі шляхи фармакологічної корекції даних станів. Наведено дані щодо використання гомеопатичного методу лікування дітей з поведінковими розладами, включаючи СДУГ. Представлені результати постмаркетингового клінічного дослідження комплексного гомеопатичного препарату Кіндінорм. Препарат використовували для лікування поведінкових розладів у дітей різних вікових груп (від 1-го до 14-ти років). Результати дослідження показали, що Кіндінорм достовірно знижує вираженість основних досліджуваних симптомів (концентрація уваги, гіперактивність/імпульсивність, підвищена збудливість), добре переноситься пацієнтами.

Ключові слова: поведінкові розлади у дітей, СДУГ, корекція поведінки, гомеопатична терапія, Кіндінорм

Savvo V.M., Filonova T.A., Khizhnyak V.M., Moschich A.P. Sharapova A.P., Borzenko I.A. POSSIBLE ALTERNATIVE THERAPY BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDREN IN THE PEDIATRIC

Summary. Clinical and diagnostic peculiarities of different age children behavior disorders associated with attention deficit, restlessness, enhanced excitability (including attention deficit/hyperactivity syndrome) in pediatric practice were discussed in this article. Possible ways of pharmacological correction of these pathological states were analyzed. Data concerning homeopathic method usage during children suffering from behavior disorders including ADHD treatment were discussed. Results of post marketing clinical trial using homeopathic drug Kindinorm were presented in the article. Kindinorm was used for treatment of children (1-14 years old) suffering from behavior disorders. Results of clinical trial show effectiveness and safety of Kindinorm in treatment of children with mentioned above pathology.

Keywords: children behavior disorders, ADHD, correction of behavior, homeopathic therapy, Kindinorm

Рецензет: проф. Тананакіна Т.П.

УДК 612.2-053.32:616.83

ВАРИАНТЫ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПАТТЕРНОВ НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС

Соловьева Г.А.

Кафедра педиатрии с детскими инфекциями и детской хирургией, ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина

Резюме. В статье приведены результаты динамического реопневмографического мониторинга 159 недоношенных детей с перинатальным поражением ЦНС. Установлено наличие периодического дыхания с респираторными паузами у всех обследованных, причем достоверно большая длительность апноэ у новорожденных с гипоксически-геморрагическим поражением ЦНС. Между гестационным возрастом и количеством апноэ в течение суток выявлена обратная корреляционная связь средней силы.

Ключевые слова: недоношенный новорожденный, апноэ, диспноэ, реопневмография

Введение. Постнатальное преобразование дыхательной системы у преждевременно рожденных детей имеет существенные особенности, причем не только в длительности процесса адаптации, но и в самих механизмах этого процесса. У новорожденных, особенно недоношенных детей, дыхание неравномерно по глубине, амплитуде и частоте. Периодические задержки дыхания являются скорее правилом, чем исключением. Высо-

кая вариабельность объемно-временных параметров внешнего дыхания в период новорожденности свидетельствует о норме, тогда как их снижение предвещает неблагоприятный прогноз.

Связь работы с научными программами, планами, темами. Исследование выполнено согласно плана научно-исследовательской работы кафедры педиатрии с детскими инфекциями и детской хирургией ДЗ «Луганский государ-