



# Цефанейро

Cefaneuro

## Спокій від природи



- натуральний заспокійливий засіб
- для дорослих та дітей від 1 року
- не викликає звикання
- не викликає сонливості протягом дня
- простий режим дозування

### Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЦЕФАНЕЙРО

Склад: діючі речовини: 1 т. містить Avena sativa Ø 30 mg, Gelsemium trit. D4 30 mg, Ignatia trit. D4 30 mg, Passiflora incarnata Ø 30 mg, допоміжні речовини: лактози моногідрат, магнію стеарат. Фармакологічні властивості. Дія препарату обумовлена діючими речовинами, що входять до його складу, та виразно спрямована на нервову систему. Цефанейро чинить заспокійливу дію. Показання. Відповідно до принципів гомеопатії. Серед них: нервові збудження з розладами сну. Протипоказання. Підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату, вагітність та годування груддю. Спосіб застосування та дози. Дозу і тривалість лікування визначає лікар індивідуально. Якщо не призначено іншу дозу, у випадку гострих станів дорослим слід приймати по 1 таблетці щопівгодини або щогодини, але не більше 6 разів на добу. У випадку хронічного перебігу захворювання приймати по 1 таблетці 1–3 рази на добу. Таблетку розчиняють у роті для покращення її ефективності. Застосовувати препарат більше одного тижня можна тільки після консультації з лікарем. Консультація з лікарем також потрібна у випадку, якщо, на думку пацієнта, ефективність препарату надто висока або надто низька. Діти. Перед застосуванням препарату слід проконсультуватися з лікарем. Препарат можна застосовувати дітям віком від 1 року. Тривалість курсу лікування залежить від перебігу захворювання та визначається лікарем індивідуально. Дітям віком 1–6 років слід приймати не більше половини дози для дорослого. Дітям віком 6–12 років слід приймати не більше ¼ дози для дорослого. Для дітей віком від 1 до 6 років таблетку можна подрібнити або розчинити у воді. Передозування. Про випадки передозування не повідомлялось. Побічні реакції. Не виявлені. На початку лікування гомеопатичним препаратом можуть тимчасово посилитись наявні симптоми, що потребує консультації лікаря. При індивідуальній непереносимості будь-якого компонента препарату можливі реакції гіперчутливості. Р. п. № UA/14251/01/01

# Синдром гіперактивності у практиці педіатра

У рамках XVIII Всеукраїнської науково-практичної конференції «Актуальні питання педіатрії», присвяченої пам'яті видатного вітчизняного вченого-педіатра Віктора Михайловича Сідельникова (21-23 вересня 2016 р., м. Львів), серед багатьох змістовних доповідей особливу цікавість аудиторії викликав виступ «Синдром гіперактивності в практиці педіатра та сімейного лікаря, який представив доктор медичних наук, професор Сергій Петрович Кривоустов (Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця).



С.П. Кривоустов

**Гіперактивність визначають як стан, за якого активність та збудливість дитини перевищують прийняті в суспільстві норми і є проблемою не тільки для неї самої, а й для оточуючих.**

Ця проблема активно обговорюється фахівцями з огляду на її поширеність та медико-соціальну значущість. Гіперактивність класифікується згідно з МКХ-10 за кодами F90.0, F90.1, F90.8, F90.9. У світовій та вітчизняній літературі велика увага приділяється синдрому дефіциту уваги і гіперактивності – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), який включає симптоми неувважності, гіперактивності й імпульсивності.

**Поширеність гіперкінетичних розладів у дітей, за даними різних джерел, коливається від 1 до 19%; часто говорять про показник 5-7% (G. Polanczyk et al., 2007; R. Schlack et al., 2007; S.N. Visser et al., 2007; I.I. Марценковська, 2011; E.G. Willcutt, 2012; P. Cowen et al., 2012 та ін.)**

Актуальні дані наводить І.І. Марценковська (2011) у своєму дисертаційному дослідженні. Автор встановила, що розлади активності й уваги, що супроводжуються порушеннями шкільної адаптації та відповідають діагностичним критеріям розладу з дефіцитом уваги й гіперактивністю, спостерігаються у 12,2% учнів загальноосвітніх шкіл м. Києва. Найбільш тяжкі варіанти розладу з дефіцитом уваги та гіперактивністю, що відповідають діагностичним критеріям гіперкінетичного розладу, зареєстровано у 4,1% київських школярів.

І.А. Марценковський і співавт. (2009) у методичних рекомендаціях «Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків із гіперкінетичним розладом» наголошують на важливості діагностичних критеріїв гіперактивності за ICD-10, які вимагають наявності у дитини принаймні трьох із нижче перелічених симптомів, які спостерігаються щонайменше протягом 6 міс і є настільки суттєвими, що призводять до вираженої дезадаптації дитини або ж не узгоджуються із загальним рівнем її розвитку: дитина часто занепокоєно рухає ногами або руками чи крутиться на кріслі; часто залишає своє місце за партою, у класній кімнаті, не може втриматися, залишатися на місці в ситуаціях, що вимагають тривалого сидіння; нерідко починає бігати, кудись дертися, коли це зовсім недоречно (в юнацькому або дорослому віці аналогом описаного симптому може бути відчуття неспокою в подібних ситуаціях); часто є надмірно галасливою під час забави або не може заспокоїтися в ситуації, яка того вимагає; демонструє прояви тривалої надмірної рухової активності, яка практично не модифікується соціальним контекстом та очікуваннями оточуючих.

**Керівництво з діагностики і статистики Американської психіатричної асоціації DSM-IV виділяє в межах синдрому дефіциту уваги/гіперактивності такі порушення: синдром, що поєднує дефіцит уваги і гіперактивність; синдром дефіциту уваги без гіперактивності; синдром гіперактивності без дефіциту уваги. За критеріями DSM-IV дитина гіперактивна, якщо наявні принаймні п'ять із таких симптомів: здійснює метушливі рухи руками і ногами; часто**

**схоплюється зі свого місця; є гіперрухливою в ситуаціях, коли це неприйнятно; не може грати в «тихіх» ігри; завжди перебуває в русі; дуже багато говорить.**

Важливо, що на відміну від DSM-IV, де зазначено, що поведінка дитини відрізняється від поведінки інших дітей аналогічного віку і рівня розвитку як мінімум 6 міс, і ці особливості поведінки виникають до 7 років, нині існують оновлені критерії DSM-V. Так, за даними DSM-V, вік початку клінічних проявів визначено вже до 12 років. Є й інші відмінності, зокрема, у пацієнта мають бути кілька симптомів у кожному з видів обстановки (будинку, школи або роботи, контакти з друзями або родичами, інші види діяльності), допускається коморбідність синдрому дефіциту уваги і гіперактивності з розладами аутистичного спектра.

Без сумніву, це – складні питання, і відповіді на них може лише фахівець відповідного профілю. Яка ж роль при цьому лікаря першого контакту, сімейного лікаря та лікаря-педіатра? І.А. Марценковський і співавт. (2009) у методичних рекомендаціях «Програмно-цільове обслуговування дітей та підлітків із гіперкінетичним розладом» зазначає етапність цієї діагностики (попередня, первинна й заключна).

**Попередня діагностика** порушень уваги, рухової активності та вольового контролю над мисленням, поведінкою і потягами у дітей дошкільного віку має здійснюватися корекційними педагогами, у дітей шкільного віку – вчителями та психологами закладів освіти. Тобто, це – скринінг, який проводиться педагогами, вчителями, психологами.

Далі – **первинна діагностика лікарями загальної практики**. Лікарі ланки первинної медичної допомоги дітям, дитячі неврологи мають здійснювати первинну діагностику шляхом співставлення інформації, отриманої від батьків, дитини, вчителів та психологів, з діагностичними критеріями ICD-10. Вони мають проводити диференційну діагностику з розладами уваги та поведінки, зумовленими загально-медичними проблемами, немедичним застосуванням психоактивних речовин, здійснювати ранню діагностику порушень зору, слуху, фізичного розвитку, специфічних розладів розвитку мови, шкільних навичок, рухових функцій.

**Заключна діагностика** – на етапі спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги. Без сумніву, лише після цієї заключної діагностики із залученням відповідних фахівців можливо реалізувати програму комплексної терапії, яка передбачає соціальну терапію (наприклад, когнітивно-поведінкову терапію, тренінги батьківської та педагогічної компетенції, корекційно-педагогічний супровід випадку) і, за показаннями, медикаментозну терапію. У межах медикаментозної терапії спеціалісти розглядають, зокрема, застосування метилфенілату (під пильним наглядом лікаря-психіатра з досвідом лікування дитячих/підліткових поведінкових розладів), атомоксетину (повинен призначати лікар, який має досвід лікування синдрому дефіциту уваги і гіперактивності, зокрема дитячий/підлітковий психіатр) та ін.

У літературі широко обговорюють такі питання терапії дітей із синдромом дефіциту уваги і гіперактивності, як позитивна модель виховання, ігри, що спрямовані на тренування уваги, посидючості й витримки, питання сімейної та поведінкової терапії, педагогічної і нейропсихологічної корекції,

психотерапії. Слід зазначити, що при цьому існує чимало публікацій щодо можливостей гомеопатії.

Стосовно гомеопатичного лікування, наприклад, варто згадати статті John Lamont. Homeopathic treatment of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled study (British Homeopathic journal, Volume 86, Issue 4, October 1997, P. 196-200); H. Frei, A. Thurneysen. Treatment for hyperactive children: homeopathy and methylphenidate compared in a family setting (Br Homeopath J., 2001 Oct; 90(4), P. 183-8); H. Frei et al. Homeopathic treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder: a randomised, double blind, placebo controlled crossover trial (Eur J Pediatr, 2005 Dec; 164(12): 758-67). Корисною є праця Heiner Frei (м. Берн, Швейцарія) Homeopathy and ADHD. A new Treatment Concept with Polarity Analysis, яка була опублікована у 2015 р.

**З огляду на роль гомеопатичного лікування, яка є предметом обговорення, на особливу увагу заслуговує комплексний гомеопатичний препарат Цефанейро, 1 таблетка якого містить Avena sativa Ø 30 мг, Gelsemium trit. D430 мг, Ignatia trit. D430 мг, Passiflora incarnata Ø 30 мг. Його ефекти зумовлені зазначеними діючими речовинами, і препарат чинить заспокійливу дію.**

Серед показань розглядають нервові збудження з розладами сну. Протипоказання: підвищена індивідуальна чутливість до компонентів препарату, вагітність та годування груддю. Побічні реакції не виявлені. На початку лікування гомеопатичним препаратом можуть тимчасово посилюватися наявні симптоми, у разі індивідуальної непереносимості будь-якого компонента препарату можливі реакції гіперчутливості. Цефанейро можна призначати дітям віком від 1 року. Спосіб застосування та дози – згідно з інструкцією для застосування препарату.

Щодо зазначених діючих речовин, то в літературі, присвяченій гомеопатичній терапії, вони добре відомі. Avena sativa – овес посівний, його використовують, зокрема, при нервовому виснаженні, нервозності, збудженні, безсонні, неувважності, нездатності сконцентруватися. Gelsemium – жасмин жовтий, його застосовують при емоційному збудженні, роздратованості, неспокої, страхах, значній вразливості. Ignatia – ігнація, її використовують, зокрема, при агресивності, поганій поведінці дитини, надмірній дратівливості, збудженні, істерії, відчутті кому в горлі, головному болю, депресії. Passiflora incarnata – пасифлора червоно-біла, її застосовують, зокрема, при істерії, нервозності, збудженні, розладах сну.

Без сумніву, проблема гіперактивності у дітей, синдрому дефіциту уваги і гіперактивності є вкрай актуальною. Сімейні лікарі та педіатри мають бути добре ознайомлені з нею, адже саме вони відіграють важливу роль у багаторівневому діагностичному процесі. Від цього залежить своєчасність фахової діагностики на етапі спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги та грамотного комплексного лікування. Заслуговують на увагу і можливості гомеопатичної терапії, зокрема із залученням комплексного препарату Avena sativa Ø 30 мг, Gelsemium trit. D430 мг, Ignatia trit. D430 мг, Passiflora incarnata Ø 30 мг у таблетках, що потребує подальшого вивчення.