

12. Манухин Б.Н. «Адренорецепторы эффекторной клетки – локальные регуляторы интенсивности адренергической реакции». Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова 1984, т. 70, №5, с. 602-616
13. Орликов А.Б. «Обзор: Некоторые аспекты тревоги» Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова 1991, т. 91, №11, с. 116-120;
14. Парцева М.Н. «Уровень катехоламинов и адренергическая иннервация в функциональном развитии системы бета адренорецептор – аденилатциклаза» «Механизмы нейрональной регуляции мышечной функции», Ленинград, 1988, с. 43-46;
15. Родионов И.М., Ярыгин В.Н., Мухаммедов А.А. «Иммунологическая и химическая десимпатизация», Наука, 1988 г., с. 73-75.;
16. Соминский В.Н., Бердышева Л. В., Блума Р.К., Калнина И.Э., Окунь К.В., Селиванова Г.П., Манухин Б.Н. «Использование эритроцитов крови для прижизненной оценки функционального состояния адренорецепторов» Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова 1989, т. 75, №2, с. 189-193;
17. Соминский В.Н., Блума Р.К., Калнина И.Э. «Исследование β - адренорецепторной функции мембран ЭЦ морской свинки с помощью спектрального люминесцентного анализа». Физиологический журнал СССР им. И.М. Сеченова 1985, т. 71, №12, с. 1587-1590;
18. Стрюк Р.И., Длусская И.Г. «Метод оценки адренореактивности организма по величине бета-адренорецепции клеточных мембран» Методические рекомендации. Москва 2000 г., с. 3-9;
19. Стрюк Р.И., Длусская И.Г. «Новый метод прогнозирования и оценки эффективности бета-адреноблокаторов у больных гипертонической болезнью» Кардиология 1997 №8 с. 10-13;
20. Стрюк Р.И., Длусская И.Г., Токмачев Ю.К., Бобровнический И.П., Дженжера Л.Ю., Ефремушкина О.Д., Яковлева И.П. «Прогнозирование и профилактика нейровегетативных гипертонических кризов» Кардиология 1995 №3 с. 24-27;
21. Шабеева Т.Н., Манухин Б.Н., Соминский В.Н. «Влияние различных стрессоров на адренергические механизмы и холинорецепторы морской свинки» Патофизиология и экспериментальная терапия 1985 вып. 2, с. 65-67;
22. Hall R.A., Premont R.T., Chow C-W., Blitzer J.T., Pitcher J.A., Claing A., Stoffel R.H., Barac L.S., Shenolicar Sh., Weinman E.J., Grinstain S., Lefcowitz R.J. The β_2 -adrenergic receptor interact with the Na^+/H^+ -exchanger regulatory factor to control Na^+/H^+ exchanger//Nature.-1998, v 392/9 april, P. 626-630.
23. Popov-KM; Bulargina-TV; Severin-ES Factors essential for desensitization of pigeon erythrocyte adenylate cyclase responsiveness in a cell-free system. : Biochem-Int. 1985 May; 10(5): 723-31;

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

И.Б.Комарова

Кафедра рефлексологии и мануальной терапии РМАПО

Психовегетативный синдром (ПВС) связан с дисфункцией лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса и проявляется эмоциональными и генерализованными вегетативными нарушениями (перманентными или пароксизмальными) [2]. Клиника ПВС складывается из эмоциональных нарушений, расстройств сна и бодрствования, головных болей, головокружений, а также нарушений вегетативной регуляции различных висцеральных органов и систем.

Актуальность изучения психовегетативного синдрома в детском возрасте определяется его широкой распространенностью. По данным Центра вегетативной патологии жалобы психовегетативной природы предъявляют 90% детей школьного возраста. При объективном обследовании признаки вегетативной дистонии обнаруживаются у 64% подростков [5].

Для лечения ПВС применяются как медикаментозные, так и немедикаментозные средства. Рефлексотерапия, широко используемая у взрослых в качестве немедикаментозного лечения, в детском возрасте применяется редко.

Задачами настоящего исследования являлись: (1) изучение влияния рефлексотерапии на клинические проявления психовегетативного синдрома у детей в сравнении с медикаментозным лечением; (2) изучение влияния рефлексотерапии на вегетативное обеспечение ортоклиностатической реакции организма при психовегетативном синдроме.

Материал и методы. В исследование было включено 163 больных (99 мальчиков) в возрасте 7-15 лет с психовегетативным синдромом. Критериями включения больных в исследование являлись клинические проявления ПВС. Наиболее частыми симптомами были: головная боль (98,16%), пониженное (48%) или повышенное артериальное давление (32%), метеочувствительность (82,2%), эмоциональные нарушения (79,1%), нарушения сна (68,1%), нарушение дермографизма (79,14%), повышенная потливость (68,7%), головокружение (63,2%), изменение окраски кожных покровов (63,2%), нарушения моторики желудочно-кишечного тракта (37,4%), изменение окраски кистей и стоп (31,3%), дискомфорт в левой половине грудной клетки (23,9%), гипервентиляционный синдром (14,7%), обморочные состояния (14,7%), повышение температуры при отсутствии воспалительных заболеваний (9,3%),

В зависимости от проводимой терапии больные были разделены на три группы: 1 – дети, получавшие медикаментозную и рефлексотерапию ($n = 80$), 2 – дети, получавшие только рефлексотерапию ($n = 20$), 3 – дети, получавшие только медикаментозную терапию ($n = 63$).

Для выполнения задач исследования применялись:

- шкала балльной оценки (БО) клинических проявлений синдрома вегетативной дистонии, разработанная в Центре вегетативной патологии [2, 6]
- активная клиноортостатическая проба (КОП), проводимая по классическому варианту в соответствии с рекомендациями Белоконов Н.А., 1987г. и Вейна А.М., 1998г[1, 6].

Исследование состояния вегетативной регуляции проводилось исходно, через 2 недели лечения (после окончания 1-ого курса рефлексотерапии), через 2 месяца (после окончания 2-ого курса рефлексотерапии) и через 4 – 6 месяцев от начала терапии

В первой и третьей группах медикаментозная терапия начиналась в стационаре, продолжалась в течение 8 недель и включала препараты, улучшающие церебральную гемодинамику и метаболизм головного мозга (кавинтон, циннаризин, ноотропил, фезам, сермион, теоникол). У больных с симпатикотонией при недостаточном гипотензивном эффекте дополнительно назначался каптоприл и бета-блокаторы. Больным первой и второй групп проводилось два двухнедельных курса рефлексотерапии исходно и через 6 недель от начала лечения. При рефлексотерапии использовались: классическое корпоральное и аурикулярное иглоукалывание, поверхностное воздействие игольчатым валиком, точечный массаж, прогревание, а также микроиглотерапия). Подбор точек акупунктуры проводился индивидуально для каждого больного в зависимости от клинических проявлений.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ "Statistica for Windows". Для сравнения категоризованных величин использовался критерий Фишера. Для сравнения непрерывных переменных использовался критерий критерия Вилкоксона. Результаты в тексте представлены в виде $M \pm m$.

Результаты. Исходно суммарная БО в первой группе составила $43,23 \pm 0,37$ балла, во второй группе – $43 \pm 0,75$ балла, в третьей группе – $40,2 \pm 0,42$ балла. Достоверных различий между группами не отмечено. На фоне лечения через два во всех группах больных произошло достоверное снижение суммарной БО на 50 – 70 %, Имелась тенденция к более значительному снижению БО у больных 1 и 2 групп по сравнению с третьей. Через 6 месяцев от начала исследования во всех группах больных отмечено недостоверное увеличение суммарной БО, наиболее выраженное в 3 группе.

При анализе БО через 2 и через 6 месяцев от начала исследования во всех группах больных отмечено достоверное уменьшение по сравнению с исходными показателями частоты и выраженности головной боли, метеочувствительности, нарушений сна, эмоциональной лабильности, головокружения, повышения температуры тела при отсутствии воспалительных заболеваний, кардиалгий. По сравнению с пациентами первой и второй групп у больных в третьей группе регресс эмоциональных нарушений, метеочувствительности, кардиалгий был меньше. Повышенная потливость, нарушение дермографизма, изменение окраски кистей и стоп значимо не изменились во всех трех группах. Ухудшения состояния больных не отмечалось.

Клинические проявления ПВС во многом определяются нарушением регионального сосудистого тонуса, в том числе в ортостазе. Поэтому для изучения клинического эффекта терапии логичным представлялось использование клиноортостатической пробы наряду со шкалой балльной оценки клинических проявлений вегетативной дистонии. Исходно нормальной КОП не было отмечено ни в одной из обследованных групп больных. Во всех группах больных наиболее частым вариантом был асимпатикотонический. Он характеризуется недостаточным участием симпатической нервной системы в вегетативном обеспечении реакций организма при клиноортостатической пробе. При этом систолическое и диастолическое АД не изменяются или снижаются; ЧСС может оставаться нормальной или, при снижении пульсового давления более чем на 50% компенсаторно увеличивается на 20 – 40% и более. При проведении пробы возможен обморок как проявление ортостатической гипотонии.

На фоне терапии отмечено тенденция к нормализации показателей КОП во всех группах больных, заметная уже через 2 недели. В группе 1 через 2 недели лечения число больных с нормальными КОП было достоверно выше, чем в группе 3. Более выраженное улучшение клиноортостатической реакции во всех группах отмечалось через 2 месяца от начала терапии. К этому времени в первой группе нормальный вариант КОП регистрировался у 61,25 %, во второй группе – у 50% пациентов, что соответствовало частоте нормальной КОП у здоровых детей. В третьей группе к 2 месяцам этот уровень достигнут не был. Через 6 месяцев от начала исследования во всех группах больных отмечено уменьшение частоты нормальных КОП, наиболее выраженное в 3 группе.

Заключение. Существуют различные подходы к лечению вегетативной дистонии, включающие как медикаментозную, так и рефлексотерапию. Однако небольшое число работ было посвящено их сравнительной оценке. Наше исследование показало достаточно высокую клиническую эффективность обоих методов. В то же время данные, полученные при анализе балльной шкалы, свидетельствуют о более высокой клинической эффективности комплексного лечения с использованием рефлексотерапии. Рефлексотерапия достаточно эффективна и в качестве самостоятельного метода при лечении ПВС. Дифференцированный анализ балльной шкалы показал, что наиболее легко устранимыми являются астенические проявления, эмоциональные нарушения, нарушения сна, кардиалгии, головные боли. Коррекция элементов феномена Рейно, нарушений дермографизма, гипергидроза достаточно затруднительна.

Коррекция клинических проявлений ПВС на фоне лечения сопровождалась нормализацией регуляции сосудистого тонуса по данным анализа КОП. Наиболее выраженный и стойкий эффект также был отмечен в группах больных, получавших комплексное лечение и лечившихся только с использованием методов рефлексотерапии. Значимый эффект от лекарственной терапии достигался только ко 2 месяцу лечения и утрачивался к 6 месяцам наблюдения.

Таким образом, в исследовании показана более высокая эффективность рефлексотерапии в сравнении с медикаментозным лечением и возможность использования ее в качестве монотерапии ПВС у детей. Однако

более значимый клинический эффект достигается применением комплексного лечения, включающего рефлексотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Т.1. – М.: Медицина, 1987, 448 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. – М.: Медицинское информационное агентство, 1998, 750 с.
3. Вейн А.М., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А. Вегетативная дистония. – М., 1996, 373 с.
4. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство. – М.: Медицина, 1997, 352 с.
5. Шварков С.Б., Вейн А.М., Ковров Г.В., Посохов С.И. Эпидемиология вегетативных нарушений у московских школьников. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1993, Т.93, №6, с. 59 – 61.
6. Шварков С.Б. Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. Дисс. ... докт. мед. наук. М., 1993

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Е.Г. Клочева

Изучению вегетативных нарушений в остром периоде геморрагического инсульта посвящены ряд исследований, в которых, наряду с кардиоваскулярными, отражены гипоталамические дисфункции [2, 4, 5, 6 – 12]. Однако подтверждение вегетативных расстройств при геморрагическом инсульте требует специальных методов исследования, поскольку нередко на первый план выступают общемозговые и грубые очаговые неврологические симптомы. Вместе с тем, характер и степень вегетативной дисфункции в отдаленном периоде кровоизлияния изучены недостаточно.

Целью настоящей работы явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза у больных в отдаленном периоде геморрагического инсульта.

Обследовано 172 больных внутричерепными кровоизлияниями, из них у 104 были внутримозговые, у 68 – субарахноидальные. Локализация внутримозговых кровоизлияний была следующая: медиальная – 11 чел, латеральная – 21, лобарная – 34, смешанная – 8, в мозжечке – 25, в мосту мозга – 5. Среди субарахноидальных кровоизлияний причиной у 36 больных явился разрыв аневризмы, АВМ, у 16 – гипертоническая болезнь, у 16 – этиология невыясненная.

Наряду с неврологическим осмотром использовалась схема исследования (вопросник) для выявления признаков вегетативных нарушений, разработанная Российским Центром вегетативной патологии, позволяющей подтвердить наличие синдрома вегетативной дистонии [1]. По схеме у здоровых лиц сумма баллов при изучении признаков вегетативной дистонии не превышала 25. Для оценки вегетативного тонуса использовали комплекс традиционных вегетативных показателей: частота сердечных сокращений (ЧСС) артериальное систолическое (АДс) и диастолическое давление (АДд), частота дыхания (ЧД). ЧСС регистрировали по кардиоинтервалограмме.

Для динамического количественного исследования симпатико-парасимпатических соотношений и оценки вегетативного обеспечения деятельности у больных геморрагическим инсультом производили компьютерную кардиоритмографию (КРГ) с помощью диагностической системы «Валента», разработанной Санкт-Петербургским научно-производственным предприятием «Нео». Использование диагностической компьютерной программы «Валента» позволяло получить 26 математических характеристик: 10 статистических, 5 волновых, 8 комбинированных, 3 дифференциальных показателя. Методика начиналась с адаптации больного в положении лежа (расслабленное бодрствование, условно обозначенное «покой») 15 мин., от 10⁰⁰ до 12⁰⁰ час, затем производилась запись ритмограммы (500 кардиоинтервалов). Результатом дальнейшего компьютерного анализа являлись: функция вариации ритма, отфильтрованная в трех диапазонах; гистограмма распределения R – R интервалов, вариационная пульсограмма, скаттерограмма и статистические характеристики, включая показатели по Баевскому Р. М., диаграмма спектрального распределения мощностей волн, заключение о характере аритмии и влиянии симпатического или парасимпатического отделов вегетативной нервной системы на регуляцию синусового ритма по Жемайтите Д. И. [3]

Для характеристики баланса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы при анализе волновой структуры сердечного ритма по программе «Валента» выделяли три основных диапазона: быстрые волны БВ (HF-high frequency), высокочастотные от 0,1 до 0,5 Гц, определяемые частотой дыхания; медленные волны второго порядка МВ2 (LF – low frequency) низкочастотные от 0,03 до 0,1 Гц; медленные волны первого порядка МВ1 (VLF- very low frequency) особо низкочастотные до 0,03 Гц. Для более полной оценки степени вегетативного баланса использовали определение значения дифференциального индекса ритма ($Rr_i + 1 - RR_i / RR_i + 1$, где i – номер текущего интервала), триангулярного индекса (N / AM в

интервале $1/128$ с, AM – амплитуда моды), а также соотношения показателей $\frac{MB2}{BB}$ (коэффициент

централизации) и $\frac{MB1}{BB}$.

С целью выяснения характера реакции на тонизирование парасимпатического отдела ВНС применяли пробу с управляемым дыханием. Для исследования вегетативного обеспечения деятельности проводили актив-