

## СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ КАК МАРКЕР АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

ДОМБЯЛОВА Э.С.\*, ИВАНОВА Л.Г.\*, БАРКУН Г.К.\*\*

УЗ «Витебская детская областная клиническая больница»\*

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»\*\*

**Резюме.** Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 50 детей и подростков, находившихся на лечении в УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» с диагнозом «синдром вегетативных дисфункций». Стационарное обследование и лечение позволило у 10 пациентов (20%) диагностировать СВД пубертатного периода, у 34 (68%) – НЦД. Диагноз артериальной гипертензии выставлен 5 пациентам (10% от числа обследованных).

**Ключевые слова:** дети, синдром вегетативных дисфункций, артериальная гипертензия.

**Abstract.** Complex clinical and laboratory investigation was conducted in 50 children and adolescents with the diagnosis of vegetative dysfunction syndrome who were treated in Vitebsk children regional hospital. Hospital examination and treatment enabled the diagnosis of vegetative dysfunction syndrome of puberty in 10 patients (20%) and neurocirculatory dysfunction in 34 cases (68%). The diagnosis of arterial hypertension was made in 5 patients (10% from all examined children).

**Key words:** children, vegetative dysfunction syndrome, arterial hypertension.

Синдром вегетативных дисфункций (СВД) и его проявления у детей и подростков вызывает большое количество вопросов, на которые предлагается множество ответов, причем не всегда однозначных. СВД не является самостоятельной нозологической единицей. Однако согласно МКБ (10 пересмотр) в классе «Болезни нервной системы» в блоке «Другие нарушения нервной системы» под кодом G 90.8 имеется определение – «Другие расстройства вегетативной нервной системы», что означает СВД. Вегетососудистая дистония не является самостоятельной нозо-

логической формой болезни. Это синдром, который может предшествовать развитию очень многих полигенно наследуемых психосоматических заболеваний [1].

Вегетативная дисфункция - состояние, определяемое нарушением вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, внутренних органов, желез внутренней секреции, связанных с первичными или вторичными отклонениями в структуре и функции центральной и периферической нервной системы [2, 3, 4].

Вегетативные расстройства в регуляции органов и систем на ранних этапах носят функциональный характер, поэтому их следует расценивать как пограничное состояние или предболезнь. Практически все функциональные нарушения в организме по механизмам своего развития носят характер вегетативных, хотя не всегда в процесс

**Адрес для корреспонденции:** 210023, г.Витебск, пр-т Фрунзе, 27, УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», кафедра педиатрии. Тел.моб.: 8 (033) 613-97-17 – Баркун Галина Константиновна.

вовлекается сосудистый компонент. Это позволяет считать термин «синдром вегетативной дисфункции» более точным, чем термин «вегетососудистая дистония» [1, 2].

А.М. Вейн с соавт. предлагают выделять вегетативные нарушения по симпатикотоническому, ваготоническому и смешанному типу [5].

Клинические проявления СВД чаще носят характер генерализованных, реже локальных. Диагностика СВД – это сложный процесс, требующий комплексного подхода [6]. Применяются клинико-анатомические, функционально-диагностические и лабораторные методы обследования. Если нельзя обеспечить такую диагностику в амбулаторных условиях, целесообразно направить пациента в стационар для более углубленного обследования и лечения.

Целью данного исследования явилась оптимизация диагностики и лечения СВД как маркера артериальной гипертензии у детей.

### Методы

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 50 детей и подростков, находившихся на стационарном лечении и обследовании в УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» с диагнозом «синдром вегетативных дисфункций».

Согласно протоколам обследования детям проводились следующие диагностические тесты:

- сбор данных анамнеза;
- клиническое обследование по органам и системам;
- стандартные лабораторные методы (общий клинический анализ крови, общий анализ мочи, копрограмма, биохимический анализ крови липидный спектр, оценка состояния свертывающей системы крови, катехоламинов, уровня глюкозы крови);
- инструментальные методы исследования (ЭКГ, УЗИ сердца с доплером, УЗИ щитовидной железы, органов брюшной полости);

- индекс массы тела (ИМТ);
- кардиоинтервалография (КИГ);
- суточное мониторирование АД;
- реоэнцефалография (РЕГ);
- осмотр специалистов (невролога, эндокринолога, окулиста, отоларинголога).

При выявлении повышенного АД у ребенка при клиническом измерении проводилось ступенчатое обследование:

1 этап: трехкратное, с интервалом не менее 1 недели, подтверждение повышенного АД (среднее, по данным трех измерений);

2 этап проводился при подтверждении повышения АД. Проводилось выполнение суточного мониторирования артериального давления (СМАД);

3 этап проводился при подтверждении артериальной гипертензии (АГ) данными СМАД. Оценивалось состояние органов-мишеней, определялась категория риска.

Классификация уровня АД у детей и подростков проводилась согласно рекомендациям ВНОК и Ассоциации детских кардиологов России, 2003 г.

При оценке факторов риска АГ дети были разделены на 2 группы: с повышенным риском избыточного веса и с избыточным весом.

К 1 группе были отнесены дети, у которых возрастной ИМТ находился между 85-95 перцентилями. Это сопоставимо с категорией ИМТ от 25 до 29,9 у взрослых, то есть категорией избыточной массы тела.

Ко 2 группе были отнесены дети с ИМТ более 95 перцентиля. Эта категория сопоставима с ИМТ более 30% у взрослых, то есть с ожирением.

Статистический анализ результатов исследования был произведен с использованием аналитического пакета Statistica 6.0.

### Результаты и обсуждение

Нами обследовано 50 детей и подростков, находившихся на стационарном лечении в УЗ «Витебская детская областная клиническая больница» с диагнозом: синдром вегетативных дисфункций, из них 11-15 лет – 38 (76%), старше 15 лет – 12 (24%), 28 мальчиков и 22 девочки. При по-

ступлении жалобы носили как общий, так и местный характер. Чаще (70%) это была головная боль, головокружение, быстрая утомляемость, боли в сердце различного характера, возникающие как в покое, так и после физических нагрузок. У 15 детей (30%) отмечались боли в животе, тошнота, расстройства стула, приступы затрудненного дыхания после физической нагрузки.

Индекс массы тела (ИМТ) у 15 детей (30%) составил от 15,0 до 20,0; у 23 (46%) от 20,0 до 25,0; больше 25,0 - у 12 пациентов (24%). Проконсультированы неврологом - 26 человек, эндокринологом - 27, окулистом - 43, отоларингологом - 19.

С помощью кардиоинтервалографии (КИГ) определяли исходный вегетативный тонус (ИВТ) и вегетативную реактивность (ВР).

Симпатикотония выявлена у 27 (54%) пациентов, эйтония - 11 (22%), ваготония - у 9 (18%).

Симпатикотонический (нормальный) тип ВР зарегистрирован у 9 (18%), гиперсимпатикотонический - у 35 (70%), асимпатикотонический - у 2 (4%).

При электрокардиографии выявлены:

- Экстрасистолия - 5 (10%);
- Нарушение реполяризации желудочков - 2 (4%);
- Правопредсердный ритм - 3 (6%);
- Миграция источника ритма - 3 (6%);
- Укорочение PQ - 1 (2%);
- Синдром ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) - 4 (8%);
- Внутрисердечная блокада - 1 (20%);
- Неполная блокада правой ножки пучка Гиса - 2 (4%);
- Атриовентрикулярная блокада - 1 (2%);
- Брадикардия - 1 (2%).

При ультразвуковом исследовании сердца:

- Дефект межпредсердной перегородки - 1 (2%);
- Дополнительная хорда левого желудочка - 7 (14%);
- Проплапс митрального клапана - 4 (8%).

При ультразвуковом исследовании щитовидной железы:

- Множественные кисты - 1 (2%);
- Узловой зоб - 1 (2%).

При ультразвуковом исследовании печени:

- Увеличение размеров - 1 (2%).

При ультразвуковом исследовании надпочечников, почек, мочевого пузыря, селезенки патологии не выявлено.

У 28 пациентов проведено суточное мониторирование АД. Нормальные значения показателей АД отмечены у 15 (30% от числа обследованных), у 5 (10%) - повышение показателей АД. Вариабельность показателей АД в ночное время на уровне верхних границ возрастной нормы, а днем незначительное повышение или верхние границы нормы - у 8 (28%).

Всем пациентам проводилось РЭГ, позволяющая диагностировать сосудистые нарушения со стороны ЦНС, выявлять зоны затрудненного венозного оттока оценивать тонус и эластичность сосудов. Повышенный тонус артериальных сосудов выявлен у 20% детей, затруднение венозного оттока - у 30%. При необходимости назначалось рентгенологическое обследование для выявления новообразований головного мозга, уточнения размеров сердца.

В общеклинических анализах патологии не выявлено, в биохимических исследованиях отмечалось повышение показателя холестерина у детей с артериальной гипертензией.

В результате проведенного обследования выставлен клинический диагноз:

- СВД пубертатного периода - 10 (20%) пациентов;
- НЦД - 34 (68%), в том числе гипертонический тип НЦД - у 25 (73,5%); гипотонический - у 5 (14,7%); кардиальный - у 4 (11,8%).

Госпитализация и обследование детей их в условиях стационара позволила у 35 пациентов (70%) выявить заболевания, которые ранее не были диагностированы:

- Малые аномалии развития сердца - 12 (24%);

- Алиментарное ожирение – 5 (10%);
- Гипоталамический синдром – 4 (8%);
- Патология желудочно-кишечного тракта – 6 (12%);
- Синдром Жильбера – 1 (2%);
- Гипотиреоз – 2 (4%);
- Хронический тонзиллит – 5 (10%).

Диагноз артериальной гипертензии выставлен 5 пациентам (10% от числа обследованных). Трое из них имели избыточную массу тела (ИМТ >25,0), у двоих ИМТ >20,0. У 4 из 5 детей с артериальной гипертензией отмечалась наследственная предрасположенность.

При назначении лечения учитывались этиологические факторы, исходный вегетативный тонус и реактивность, вегетативное обеспечение функций, клинические вегетативные синдромы. Длительность лечения составляла от 12 до 15 койко-дней.

Полученные результаты согласуются с данными литературы и свидетельствуют о том, что СВД у детей и подростков – это полиэтиологическое по своему генезу пограничное состояние, отмечающееся исключительной гетерогенностью [2, 3, 5]. В каждом конкретном случае необходим коллегиальный подход с участием педиатров, кардиологов, невропатологов, эндокринологов, психотерапевтов и других специалистов.

Детям с СВД показано диспансерное наблюдение на педиатрическом участке, так как после выписки из стационара регуляторные и морфофункциональные нарушения ликвидируются не в полной мере, что требует дальнейшей медицинской реабилитации. Врачам-педиатрам в течение диспансерного наблюдения необходимо проводить контроль режима дня, адекватной физической активности, коррекции всех выявленных отклонений. Особое внимание необходимо обратить на детей с гипертоническим типом НЦД, так как в последние десятилетия стремительно уве-

личивается доля лиц, страдающих артериальной гипертензией в молодом возрасте [2]. Своевременное выявление проблем сердечно-сосудистой патологии в детском и подростковом возрасте, их коррекция имеют первостепенное значение в перспективе улучшения состояния здоровья взрослого населения.

### Заключение

Таким образом, стационарное обследование и лечение позволило у 10 пациентов (20%) диагностировать СВД пубертатного периода, варианты и направленность СВД, у 34 (68%) – НЦД, преимущественную локализацию дисфункции, назначить адекватную терапию и улучшить самочувствие пациентов.

Диагноз артериальной гипертензии выставлен 5 пациентам (10% от числа обследованных), что позволило считать СВД маркером артериальной гипертензии, а детей с диагностированной патологией – своевременно поставить на диспансерный учет для проведения комплекса реабилитационных мероприятий.

### Литература

1. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков. Методические рекомендации. – Красноярск, 2010. – 39 с.
2. Беляева, Л.М. Педиатрия. Курс лекций / Л.М. Беляева. – М., Медицинская литература. – 2011. – С. 220-235.
3. Беляева, Л.М. Артериальные гипертензии у детей и подростков / Л.М. Беляева. – Мн., Белорусская наука. – 2006. – 160 с.
4. Белоконь, Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей: в 2 т. / Н.А. Белоконь, Б. Кубергер. – М., 1987. – 380 с.
5. Вейн, А.М. Болезни вегетативной нервной системы / А.М. Вейн. – М., 1999. – 457 с.
6. Шабалов, Н.П. Детские болезни: в 2 т. / Н.П. Шабалов. – 2004.

Поступила 17.06.2013 г.

Принята в печать 05.09.2013 г.

### Сведения об авторах:

Домбьялова Э.С. - к.м.н., врач функциональной диагностики УЗ «ВДОКБ»;

Иванова Л. Г. - врач-кардиолог, зам. главного врача УЗ «ВДОКБ»;

Баркун Г.К. - к.м.н., доцент кафедры педиатрии УО «ВГМУ».