

С целью улучшения мозговой гемодинамики и микроциркуляции используется курсовое лечение циннаризином, винпоцетином. Оптимизирующий метаболический эффект оказывают актовегин и оксибрал.

Применение антиоксидантной терапии и коррекция энергодифицитного диатеза также необходимы больным с артериальной гипотензией.

Показанием для назначения транквилизаторов являются выраженные невротические проявления, эмоциональное напряжение, фобии, скрытая тревога. Предпочтение отдается транквилизаторам активирующего действия, дневным анксиолитикам (триоксазин, грандаксин и пр.).

Таким образом, комплексный, этиопатогенетический подход в лечении артериальной гипотензии позволяет мониторировать ее течение, профилактировать ее прогрессивное течение и снижение качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконов Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей в 2-х томах. — М.: Медицина. — 1987. — Т. 1. — С. 303-337.
2. Коровина Н. А. соавт. Вегетативная дистония у детей. // Руководство для врачей. — М., 2006, 67 с.
3. Кушнир С. М., Антонова Л. К. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония. — Тверь., 2007, 215 с.
4. Курочкин А. А. и соавт. Нейроциркуляторная дистония у детей и подростков (обзор литературы и взгляд клинициста на спорные вопросы терминологии, этиологии, патогенеза, клиники и лечения). // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1999. — № 6. — С. 21-25.
5. Леонтьева И. В. Лекции по кардиологии детского возраста. — М., 2005. — С. 405-503.
6. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии: Т. 5. — Клиническая кардиология. — под ред. проф. Белозерова Ю. М. — М., 2004. — С. 170-176.
7. Творогова Т. М., Коровина Н. А. Артериальная гипотония у детей и подростков. // Русский медицинский журнал. — 2007. — № 21. — С. 1519-1524.

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы у подростков: особенности диагностики и лечения

Е. А. АЦЕЛЬ, Р. М. ГАЗИЗОВ

Казанская государственная медицинская академия

Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (СДВНС) — это состояние, которое характеризуется нарушением нейроморальной регуляции деятельности внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), органов дыхания, желез внутренней секреции), код по МКБ-10 F 45.3. На долю СДВНС приходится до 50-75% детей от числа обратившихся с неинфекционной патологией. Общепринятой классификации СДВНС нет. Чаще всего используется классификация Н. А. Белоконова с соавторами (1987):

— первичная или вторичная (возникшая на фоне хронического соматического заболевания) СДВНС;

— ведущий этиологический фактор: (резидуально-органическое поражение центральной нервной системы (ЦНС), невротическое состояние, пубертатный период, посттравматическая или конституциональная вегетативная дисфункция и др.);

— вариант СДВНС: ваготонический, симпатикотонический, смешанный;

— ведущая органная локализация или характер изменений артериального давления (АД), требующие коррекции: дискинезия желчевыводящих путей, кишечника, артериальная гипер- или гипотония, функциональная кардиопатия;

— степень тяжести: легкая, среднетяжелая, тяжелая;

— течение: перманентное или пароксизмальное.

В этиологии СДВНС играют роль наследственно-конституциональные особенности деятельности вегетативной нервной системы, неблагоприятное течение беременности и родов; из приобретенных факторов имеют значение повреждения ЦНС, психозомоциональное напряжение, особенности личности ребенка, умственное и физическое перенапряжение, гормональный дисбаланс, инфекции, соматические заболевания, остеохондроз, операции, вредные привычки, избыточная масса тела, гиподинамия, длительная работа за компьютером, длительный просмотр телевизионных программ и др.

Клинические признаки и симптомы: 1) болевой синдром (цефалгии, кардиалгии, абдоминалгии и т. д.); 2) признаки ваготонии; 3) признаки симпатикотонии.

Диагностика СДВНС основана на клинко-экспериментальном подходе, сущность которого составляют исследования вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и обеспечения деятельности. Для оценки вегетативного тонуса используют специальные таблицы А. М. Вейна в модификации для детского возраста. Вегетативную реактивность исследуют с помощью фармакологических, физических и физиологических проб. Изучение вегетативного обеспечения проводится методом экспериментального моделирования физической, умственной и эмоциональной деятельности. Для регистрации и анализа полученных результатов исследуют профиль АД, проводят РЭГ, ЭКГ.

При ваготонии дети легко краснеют и бледнеют, кожные покровы цианотичные, влажные, холодные, мраморные (сосудистое ожерелье), бледнеют при надавливании пальцем, сальные, склонны к угревой сыпи, дермографизм красный, возвышающийся. Избыточно развитая подкожная жировая клетчатка распределена неравномерно. При симпатикотонии кожные покровы сухие, потоотделение скудное, дермографизм белый или розовый. Симпатикотоники чаще астеничны или имеют нормальную массу, несмотря на повышенный аппетит.

Расстройства терморегуляции проявляются внезапной гипертермией на фоне эмоционального стресса, чаще в утренние часы. Отмечается термоасимметрия, нормальная температура ночью, хорошая переносимость температуры. Чаще подъемы температуры наблюдаются в осенне-зимний период.

Изменения со стороны органов ЖКТ могут проявляться снижением аппетита, тошнотой, рвотой, изжогой, отрыжкой, болями в животе, повышенном или сниженном слюноотделении, функциональными запорами или поносами, метеоризмом.



Различают несколько вариантов обмороков: вазовагальные обмороки, обмороки по типу ортостатической гипотонии и обмороки, обусловленные синдромом гиперчувствительности каротидного синуса.

Со стороны органов дыхания может отмечаться внезапная одышка во время выполнения умеренной физической нагрузки, чувство нехватки воздуха, частое поверхностное дыхание, глубокие «вздохи», приступы невртического кашля.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы получили название нейроциркуляторная дистония (НЦД) или астения (НЦА). В структуре сердечно-сосудистых заболеваний у подростков НЦД составляет 75%.

НЦД подразделяется на следующие клинические типы: 1) гипертонический, 2) гипотонический, 3) кардиальный.

Для гипертонического типа характерны периодические подъемы в основном систолического АД. Для данного типа характерна симпатикотония, отмечаются приступы сердцебиения, перебои. Объективно определяется тахикардия, громкие, хлопающие сердечные тоны, функциональный систолический шум. На ЭКГ отмечается увеличение амплитуды зубца $R_{II,III}$, нарушение процессов реполяризации в виде сглаженного или отрицательного зубца $T_{I,II,AVL,V5-6}$, иногда со смещением сегмента ST ниже изолинии.

Для гипотонического типа характерно снижение систолического и пульсового давления и признаки ваготонии в виде выраженной брадикардии, ослабления I тона на верхушке, III тона и функционального систолического шума в положении лежа. На ЭКГ регистрируется брадикардия, снижение амплитуды зубца $R_{II,III}$, атриовентрикулярная блокада I-II степени, высокоамплитудные, заостренные зубцы $T_{I,II,AVL,V5-6}$, экстрасистолия, могут быть признаки синдрома ранней реполяризации желудочков.

При кардиальном типе отмечаются жалобы на боли в области сердца (кардиалгия). При НЦД боль колющая, иррадирует в лопатку, руку, вправо, возникает при волнении, переутомлении, перемене погоды, не связана с физической нагрузкой, купируется седативными препаратами. Объективно определяются болезненность при пальпации большой грудной мышцы, межреберий, грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по ходу сосудисто-нервного пучка на левом плече и предплечье, в местах выхода ветвей тройничного нерва, в паравертебральных точках шейного и грудного отделов.

Изменения психоэмоциональной активности — подростки с симпатикотонией рассеяны, у них выявляются невротические реакции, неврастения, истерия и др. У подростков с ваготонией отмечается ощущение разбитости, повышенная утомляемость, снижение памяти, сонливость, апатичность, нерешительность, склонность к депрессии, головокружения, расстройства сна.

СДВНС у подростков чаще носит перманентный характер, однако в ряде случаев могут возникать вегетативные кризы (пароксизмы или панические атаки), которые провоцируются эмоциональными или физическими перегрузками. Различают симпато-адреналовые, вагоинсулярные и смешанные пароксизмы. Симпато-адреналовые пароксизмы сопровождаются ознобами, чувством тревоги, страха, нервного напряжения, мидриазом, тахикардией, повышением АД и температуры, головной болью, сухостью во рту. Вагоинсулярные пароксизмы характеризуются мигреноподобной головной болью, головокружением, болями в животе с тошнотой, рвотой, обильной потливостью, падением АД вплоть до обмороков, брадикардией, чувством нехватки воздуха, полиурией. Смешанные пароксизмы включают и те и другие симптомы. Продолжительность вегетативных пароксизмов от нескольких минут до нескольких часов.

Дифференциальный диагноз. При возникновении жалоб на боли в области сердца необходимо исключать органические заболевания сердца. При наличии стойкого повышения АД необходимо исключить первичную (эссенциальную) и вторичную (симптоматическую) АГ, при обмороке — органические поражения сердца и ЦНС.

Лечение. Лечение должно быть комплексным, длительным, проводиться с учетом этиологических факторов, направленности вегетативной дисфункции и тяжести течения. Одновременно проводится лечение хронических очагов инфекции и сопутствующих заболеваний. Терапию следует начинать с нормализации режима дня, физических и умственных нагрузок. Необходимо устранить гиподинамию, организовать прогулки на свежем воздухе не менее 2-3 ч. в день. Продолжительность ночного сна должна быть не менее 8-10 ч. Необходимо ограничить просмотр телевизионных передач до 1 ч. в день, занятия за компьютером. Подростки с СДВНС должны заниматься утренней гимнастикой, плаванием, катанием на лыжах, коньках, дозированной ходьбой, настольным теннисом, бадминтоном, групповыми видами спорта. Питание должно быть полноценным с достаточным количеством минеральных веществ и витаминов. Симпатотоникам со склонностью к АГ необходимо ограничить поваренную соль, чай, кофе, копчености, острые блюда, шоколад. Ваготоникам со склонностью к артериальной гипотонии рекомендуются достаточное количество жидкости, маринады, чай, кофе, шоколад, кефир, гречневая каша. При отсутствии аллергии при всех вариантах дистонии целесообразно принимать на ночь мед не менее 2-3 месяцев, а также соки, настои, компоты, минеральные воды. Индивидуальная рациональная и семейная психотерапия должна быть направлена на формирование у подростка здорового образа жизни. Эффективны плавание, циркулярный душ, сауна, лечебные ванны. Симпатотоникам показаны ванны с седативными травами, ваготоникам — хвойно-солевые, нарзанные, родоновые ванны, обливания, растирания холодной водой.

Широко используется ультразвук, синусоидальные модулированные токи, индуктотермия, электросон, гальванизация по рефлекторно-сегментарной методике, парафин, озокерит на шейно-затылочную область. При ваготонии назначается общий массаж, массаж икроножных мышц, кистей рук и шейно-воротниковой зоны. При симпатикотонии — массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области.

Подросткам с повышенной возбудимостью, тревожностью назначаются седативные фитосборы: шалфей, боярышник, валериана, пустырник. Травы чередуются через 2-4 недели. Курс лечения составляет 3-12 месяцев.

Транквилизаторы назначаются при отсутствии эффекта от фитотерапии. При повышенной тревожности, нарушениях сна и симпатикотонии назначают транквилизаторы с седативным эффектом (диазепам внутрь 3-5 мг 1-2 раза в сутки или феназепам внутрь 0,25-0,3 мг 2-3 раза в сутки или хлордиазепоксид внутрь 2,5-5 мг 2-3 раза в сутки курсом 3-4 недели). При апатии, пониженной активности, эмоциональной напряженности, артериальной гипотонии назначаются «дневные» транквилизаторы (медазепам внутрь 5 мг утром и днем с постепенным повышением дозы до 10-20 мг в сутки или тофизопам 100-200 мг в сутки в 2-3 приема в течение 3-4 недель).

Нейролептики показаны подросткам с острой и хронической тревогой, при двигательном беспокойстве, наличии тиков, ипохондрии, страхов, стойком болевом синдроме. Назначается алименазин внутрь 7,5-25 мг в сутки в 3-4 приема или метофеназат внутрь 1 мг/кг/сут. в 2-3 приема или тиоридазин внутрь 30-50 мг в сутки в 2-3 приема в течение 3-4 недель.

Ноотропы назначаются подросткам со снижением памяти и интеллекта. Гамма-амино-бета-фенилмасляная кислоты гидрохлорид внутрь после еды 0,5-0,75 г/сутки в 3 приема 2-8 недель, или гамма-аминомасляная кислота внутрь 3 г/сутки (детям старше 7 лет) в 3 приема 2-16 недель, или глицин внутрь или сублингвально 0,1 г 2-3 раза/сутки 3-4 недели, или пирacetам внутрь, начиная с 400-800 мг/сутки, затем 1,2-1,8 г/сутки в 3 приема 2-12 недель, или пиритинол внутрь 0,1-0,2 г/сутки в 2-3 приема, 2-12 недель. Курсы лечения ноотропами проводят 2-3 раза в год.

Ваготоникам назначают психостимуляторы, повышающие активность симпатической нервной системы: настойка ара-

лии, заманихи, лимонника, пантокрин, экстракт корня женьшеня, родиолы, элеутерококка. Препараты чередуют, назначая с перерывами в 2-3 недели.

Терапия витаминами и микроэлементами — назначаются коэнзим Q10, левокарнитин, бетакаротин, поливитамины. При симпатикотонии назначают препараты калия, при ваготонии используются препараты кальция.

Гипотензивная терапия. Применение у подростков большинства гипотензивных препаратов ограничено, что связано с недостаточной изученностью фармакокинетики этих средств у подростков. При стабильной АГ и гиперкинетическом типе кровообращения (тахикардия, преимущественное повышение систолического артериального давления) показано назначение небольших доз β -блокаторов (пропранолол внутрь 0,5-1 мг/кг/сутки в 3-4 приема) до клинического улучшения.

При гипокINETическом типе кровообращения (брадикардия, повышении преимущественно диастолического артериального давления) назначают тиазидные диуретики в качестве монотерапии, а также в сочетании с другими гипотензивными препаратами. Назначается гидрохлоротиазид внутрь 25 мг 1 раз/сутки (утром) 3-7 дней подряд, затем делают перерыв 3-4 дня, и вновь продолжают прием препарата.

Лечение вегетативных кризов. При симпато-адреналовых кризах применяют транквилизаторы, седативные препараты, β -адреноблокаторы. После купирования криза β -адреноблокатор назначается на 4-5 суток, в сочетании с седативными препаратами. При повторяющихся вагоинсулярных кризах проводят курс лечения одним из препаратов красавки 1-2 месяца.

Эффективность лечения оценивается по исчезновению жалоб, улучшению общего состояния, нормализации вегетативных показателей.

Прогноз зависит от качества и своевременности проводимой терапии. У 33,3% детей СДВНС может сохраняться в последующие периоды жизни, а в 17-20% случаев прогрессирует, являясь фактором риска развития психосоматических заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакумов С., Самойленко В., Стрижаков Л. Дифференциальная диагностика нейроциркуляторной дистонии с гиперкинетическим синдромом и гипертонической болезнью без поражения органов-мишеней. — Врач. — 2003. — № 2. — С. 26-28.
2. Антонова Л. К. Роль социальных факторов риска в формировании синдрома вегетативной дистонии у детей пубертатного возраста. — Проблемы социальной гигиены. — 2003. — № 6. — С. 7-9.
3. Баранов А. А., Володин Н. Н., Самсыгина Г. А. и др. Рациональная фармакотерапия детских заболеваний. — М.: Литтерра, 2007. В 2 книгах. 1136 с.
4. Баранов А. А., Щеплягина Л. А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 432 с.
5. Белозеров Ю. М. Детская кардиология. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 600 с.
6. Белоконов Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей. — М.: Медицина, 1987. — Т 1. — 448 с.
7. Беляева Л. М., Хрусталева Е. К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы у детей. — Мн.: Амаффея. — 2000. — 208 с.
9. Вейн А. М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. — М.: МИА, 2003. — 752 с.
10. Иванов С. Н. Нарушения вегетативного гомеостаза и периферическое кровообращение у подростков с нейроциркуляторной дистонией гипертонического типа. — Российский кардиологический журнал. — 2005. — № 2. — С. 47-50.
11. Кушнер С. М. Профилактика сердечно-сосудистой патологии у детей подросткового возраста. — Справочник педиатра. — 2006. — № 4. — С. 48-52.
12. Михайлов И. Б., Маркова И. В. Лекарственные средства в педиатрии. Санкт-Петербургское медицинское издательство. — СПб: 2002. — 320 с.
13. Шияев Р. Р., Чемоданов В. В., Рывкин А. И. и др. Болезни детей старшего возраста. — М.: МЕДпресс-информ, 2002. — 608 с.

Зачем снимать электрокардиограмму новорожденным детям?

Е. Г. ИГНАШИНА

Министерство здравоохранения Республики Татарстан

Несмотря на успехи диагностики, профилактики и лечения болезни системы кровообращения продолжают занимать лидирующую позицию в причинах инвалидизации и смертности населения России.

В структуре заболеваемости детского возраста болезни сердечно-сосудистой системы, включая пороки развития сердца, занимают 13 место, однако именно эта патология формирует от 10 до 15% всей младенческой смертности и более 55% смертности от других заболеваний во взрослом возрасте.

Стремительный рост сердечно-сосудистой заболеваемости у детей в последнее десятилетие, свидетельствующий в первую очередь об улучшении уровня и качества диагностики, подчеркивает, что значительное число заболеваний, особенно в ранних доклинических формах, нередко остается не диагностированными. Сложившаяся ситуация диктует необходимость внедрения скрининговых программ для раннего выявления сердечно-сосудистой патологии в первые дни жизни ребенка. Общеизвестна медико-социальная значимость неонатального

скрининга на ряд наследственных болезней обмена и эндокринных заболеваний, проводимых во всем мире с 1960-1970 годов. С конца 90-х годов началась новая эра неонатального скрининга, кроме рутинных исследований на фенилкетонурию и врожденный гипотериоз список скринируемых нарушений расширился. В различных регионах России стали внедряться массовые и селективные скрининги новорожденных: аудиологический, нейросонографический, мочевого скрининг и другие. Однако распространенность сердечно-сосудистых заболеваний у детей в десятки раз превышает скринируемую в рамках государственных программ патологию.

По мнению патриарха интервенционной аритмологии Ю. Бредикис, из-за отсутствия электрокардиографического скрининга новорожденных сердечная патология выявляется зачастую на поздней стадии, когда лечение становится малоэффективным.

Одна из главных задач практического здравоохранения состоит в разработке, совершенствовании и повсеместном вне-