

СИНДРОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

К.И. Григорьев, проф., Е.Л. Поважная, проф., А.Л. Соловьева, канд. мед. наук
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Представлены описание синдрома вегетативной дистонии у детей, его классификация, клиническая картина, приведены меры по оказанию помощи при нем.

Ключевые слова: синдром вегетативной дистонии, классификация, клиническая картина, диагностика, помощь.

Синдром вегетативной дистонии (СВД) – состояние, определяемое как нарушение вегетативной регуляции сердца, сосудов, внутренних органов, желез внутренней секреции и т.д., связанное с первичными или вторичными отклонениями от нормы в структуре и функциях центральной и периферической нервной систем, с нарушением сложного взаимодействия центральных, надсегментарных, сегментарных и автономных местных вегетативных структур.

По вопросу о сути СВД у детей и подростков и его наиболее распространенного варианта – нейроциркуляторной дистонии (НЦД) – в педиатрической среде, а тем более – у специалистов разных направлений нет однозначного мнения. СВД рассматривают преимущественно как преморбидное состояние – пограничное между здоровьем и болезнью.

Диагноз верифицируют как первичную соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы – ВНС (МКБ X-F45), нейроциркуляторную астению (G 90), гипотензию (I 95) или как вторичный синдромокомплекс, возникающий в результате психоэмоциональных воздействий, травм, соматических заболеваний, эндокринной перестройки. В медико-биологическом плане СВД представляет собой отклонение состояния здоровья от нормы; с точки зрения статистики это – заболевание (фиксируется выборочно), в клиническом отношении – функциональное или, что весьма условно, – обратимое состояние.

Расстройства вегетативной регуляции не следует путать с возрастными особенностями роста. Тем не менее СВД наблюдается в любом возрасте, но как первичный клинический синдром медико-социальное значение приобретает у подростков. Как вто-

ричный симптомокомплекс СВД выявляется практически у всех больных при тех или иных инфекционных и соматических заболеваниях и приобретает самостоятельное клиническое значение в восстановительный период.

Классифицируют СВД в зависимости от формы (первичная, вторичная – на фоне заболеваний), вегетативных типов (симпатикотонический, ваготонический, смешанный), фаз развития (напряженной адаптации, относительной компенсации, декомпенсации), клинической картины (синдромы артериальной гипо- и гипертензии, нейрогенные обмороки, вестибулопатический синдром, синдром нейрогенной гипервентиляции, термоневроз, гипергидроз, симпатико-адреналовые или вагоинсулярные кризы и др.), характера течения (перманентное, пароксизмальное, перманентно-пароксизмальное). СВД – диагноз «исключения», т.е. его считают первичным только тогда, когда исключены все другие соматические и инфекционные причины.

Первичная вегетативная дисфункция связана с изменениями регулирующих функций центральной нервной системы на уровне полушарий головного мозга, гипоталамогипофизарной системы и(или) ствола мозга. Возникает состояние неудовлетворительной адаптации к условиям окружающей среды, а гомеостаз сохраняется лишь благодаря значительному напряжению регуляторных систем за счет включения компенсаторных механизмов. В этом случае имеет место полиорганный вариант СВД, что особенно характерно для подростков, хотя нередки случаи изолированного нарушения регуляции отдельных органов или систем. Например, НЦД – частное проявление дистонии автономной нервной системы, при котором имеются дизрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе.

Большое значение в развитии СВД принадлежит наследственно-конституциональным факторам. Из экзогенных причин наиболее важные – поражения ЦНС различного генеза, психотравмирующие ситуации, эндокринные и соматические заболевания и пр.

Клиническая картина

Очень важно обращать внимание на так называемые клинические маркеры СВД: цефалгию, кардиалгию, желудочную и кишечную диспепсию, синкопе, термоневроз, вестибулопатию, метеочувствительность, десинхроноз. Если не определен органический компонент, перечисленные симптомы, скорее всего, представляют собой проявления СВД.

Вегетативно-сосудистая дисфункция у подростков часто протекает на фоне дисморфогенеза, что касается как артериальных, так и венозных дисциркуляций, определяющих характер, в том числе, сосудисто-мозговой недостаточности.

Более чем у 1/3 детей с СВД выявляют различные соединительнотканые дисплазии сердца или малые аномалии его развития – пролапс митрального клапана, ложные хорды и аномальные трабекулы левого желудочка. И, наоборот, при наличии малых аномалий сердца у большинства детей клинические проявления СВД весьма выражены.

СВД – широкое клиническое понятие, объединяющее, с одной стороны, вегетативные кризы, длительные лихорадки и субфебрилитеты, вазовагальные обмороки, а с другой – конституционально обусловленную вегетативную астению, ортостатическую гипотензию, гипер- и ангидроз, нейрогенный мочевой пузырь, цереброваскулярную дистонию, синдром нейрогенной гипервентиляции, венозные церебральные дизрегуляции, функциональную диспепсию, дисфункцию билиарного тракта, синдром раздраженного кишечника.

Из вегетативных нарушений наиболее значимы 3 клинических синдрома: психовегетативный, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности и вегетативно-сосудисто-трофический (последние 2 у детей наблюдают сравнительно редко). СВД – обязательный компонент так называемых пограничных состояний – расстройств адаптации, хронического стресса, заболеваний на стадии начальных или субклинических проявлений, неврозов, «малых» психических расстройств, диатезов и т.д.

Выделяют вегетативные нарушения по симпатикотоническому и ваготоническому (парасимпатикотоническому) типам.

При симпатикотонии у детей наблюдают бледность и сухость кожи, холодные конечности, блеск глаз, легкий экзофтальм, тенденцию к повышению артериального давления, запоры. Все это сопровождается высокой работоспособностью, инициативностью, физической выносливостью при сниженной способности к запоминанию, сосредоточенности. В то же время снижена переносимость тепла, шума, яркого света. Сон беспокойный. Характерны мышечная дрожь, парестезии, зябкость, неприятные ощущения в области сердца.

Для ваготонии характерны холодная влажная бледная кожа, гипергидроз и гиперсаливация, яркий красный дермографизм, брадикардия, тенденция к артериальной гипотензии, дыхательная аритмия, склонность к обморокам, увеличению массы тела, апатичность, астения, низкая работоспособность, нерешительность, боязливость, склонность к депрессии. Наиболее эффективную умственную деятельность отмечают в утренние часы.

Когда не удастся выделить преимущественного нарушения симпатического и парасимпатического звеньев ВНС, опираются на исследование вегетативной реактивности.

Диагностика

В комплекс диагностических методик входят психоневрологические, кардиологические, уронефрологические, гастроэнтерологические и по показаниям – иные исследования. Не следует забывать о возможности атипичного течения инфекционных заболеваний. Среди обязательных исследований – функциональные тесты с физической нагрузкой, кардиоинтервалография, компьютерная диагностика на системе АМСАТ.

Наиболее частые причины СВД вторичного генеза:

- генетические дефекты – синдромы Марфана, Элерса–Данло, несовершенный остеогенез и др.;
- недифференцированные соединительнотканые дисплазии, венозные церебральные дизрегуляции;
- вертебробазилярная недостаточность, компрессия внутренних яремных вен – артериальная, миофасциальная;
- недостаточность клапанного аппарата глубоких вен нижних конечностей, варикоцеле;
- шейный остеохондроз, последствия натальной травмы позвоночника, гипоплазия позвоночной артерии (синдром позвоночной артерии);
- церебральный арахноидит и др.

Необходимо решить, какой специалист будет курировать больного, чтобы исключить визиты больного с СВД к разным специалистам. Предпочтительно чтобы эту миссию выполнял врач-педиатр или семейный доктор вместе с участковой медсестрой; «узкие» специалисты привлекаются к составлению схемы этапной терапии и профилактики. Исключение составляют вторичная вегетативная дисфункция, изолированная кардиальная (вегетососудистая дистония), психоневрологическая (начальные формы нарушения мозгового кровообращения), нефрологическая (нейрогенный мочевой пузырь) или гастроэнтерологическая патология (функциональные изменения желудка или кишечника).

Таблица 1
Неотложные и плановые назначения при вегетативных кризах у детей

Симпатико-адреналовый криз	Вагоинсулярный криз
Психотерапия и седативная фитотерапия	Психотерапия и седативная фитотерапия
Транквилизаторы (анксиолитики) – седуксен, реланиум, феназепам	Амизил, триоксазин, тофизопам, грандаксин
Сонапакс	Адаптогены – настойка элеутерококка, женьшеня и др.
Седуксен+сонапакс	Беллоид, беллатаминал
Фенибут, пантогам, глицин	Пиридитол, пирацетам, аминалон
Пирроксан	Антигистаминные препараты (при аллергии)
Обзидан (0,5–1 мг/кг – разовая доза)	Атропин подкожно

В реализации программы диагностики и лечения роль медсестры трудно переоценить.

Лечение

Прежде всего встает вопрос: лечить или не лечить СВД у конкретного ребенка? Вопрос этот связан с тем, что СВД – не всегда заболевание. В отдельных случаях клинические симптомы СВД представляют собой проявления саногенеза и процесса адаптации, т.е. вариант нормы.

Создание устойчивых патологических рефлекторных систем в высших отделах нервной системы в период родов, раннем детском возрасте легко воспроизводимо в более старшем. Поэтому следует признать необходимость обследования и своевременной коррекции и лечения расстройств регуляции, особенно у подростков. Хотя здесь есть другая проблема – «не залечить».

В большинстве случаев лучше идти по пути постепенного увеличения лечебных нагрузок, т.е. начинают с «малых», преимущественно немедикаментозных назначений. Но при наличии серьезных клинических проявлений (синкопе, симпатико-адреналовые или вагоинсулярные кризы) ограничиться немедикаментозными назначениями вряд ли удастся; поэтому используют преимущественно иной принцип: «от большого к малому».

Учитывают исходный вегетативный тонус и уровень вегетативной реактивности. Регламентируются режим дня, физические и умственные нагрузки; ребенку обеспечивают полноценный отдых, рациональное питание; по показаниям назначают методики психотерапии, физиотерапии, фитотерапии, медикаментозное лечение – транквилизаторы, нейролептики, нейрометаболические стимуляторы и т.д.

Режим. Большое значение имеет нормализация режима труда, отдыха и распорядка дня. Для восста-

новления регуляторных функций нужны полноценный сон не менее 8–9 ч в сутки, занятия гимнастикой, ЛФК, массаж. Ограничивают просмотр телевизионных передач и работу на компьютере до 2–3 ч в сутки. Рекомендуются виды спорта: плавание, катание на лыжах, коньках, велосипеде, ходьба. Нежелательны прыжки, борьба, тяжелая атлетика, экстремальные виды спорта. При отсутствии кризов необоснованно освобождение таких детей от занятий физкультурой, так как гиподинамия усугубляет вегетативную дисфункцию. Необходимо обращать внимание на регулярность стула.

Диета. Диетические рекомендации предусматривают кратность приема пищи, разнообразие рациона, контроль водной нагрузки; обязательны витамины и микроэлементы, при необходимости на короткий срок назначают лечебный стол.

При симпатикотонии показаны пищевые продукты, содержащие калий, магний, витамины А и Е, полиненасыщенные жирные кислоты (картофель, морковь, курага, бананы, кабачки, зелень, растительное масло и др.); ограничивают прием продуктов с повышенным содержанием натрия (соленья, маринады, сыры, колбасы и т.д.), а также возбуждающие напитки (крепкий чай, кофе), шоколад. При вагоинсулярной кризе рекомендуется увеличение кратности приема пищи из-за высокого риска развития гипогликемии; показаны продукты, содержащие натрий, кальций (творог, кефир, гречневая каша и т.д.); ограничивают прием продуктов, усиливающих секрецию пищеварительных желез, а также вызывающих метеоризм (острые блюда, лук, чеснок, маринады, чипсы, ржаной хлеб, бобовые и др.).

Планируя помощь при вегетативных кризах у детей учитывают характер криза (табл. 1).

В межприступный период на основе сохранения рационального режима дня назначаются *базисные препараты* (обычно после консультации с невропатологом): ноотропные средства (оптимизаторы ЦНС), психотропные (коррекция эмоциональной компоненты) или энергетические метаболики. Проводится санация хронических очагов инфекции.

Седативная терапия обычно базируется на средствах растительного происхождения. Препараты выбора: валериана, пустырник (обычно экстракты), травы – экстракт пассифлоры жидкий, зверобой – негрустин, деприм, комбинированные средства – санасон, персен, дормиплат, новопассит, а также фитосборы – шалфей, боярышник, валериана, пустырник, зверобой, багульник и др. комбинации, фиточай, коктейли, настой листьев эвкомии и шлемника.

Пример назначения препарата Пумпан для лечения вегетативных дисфункций у детей и подростков: по 10 капель или 1 таблетке 3 раза в день в течение 2–3 мес. «Бальзам для сосудов», в состав кото-

Методы физиолечения у детей с СВД

Процедура	Ваготония	Симпатикотония
Лекарственный электрофорез на воротниковую зону	5% раствор Са хлорида 1% раствор кофеина 1% раствор мезатона	2% раствор эуфиллина 2% раствор папаверина 4% раствор Mg сульфата 1% раствор дибазола
Переменное магнитное поле, термо-релаксация в альфа-капсуле	-	+
Электросон	Импульсный ток с частотой до 100 Гц	Импульсный ток с частотой 10 Гц
Двухдиапазонный электронейро-адаптивный стимулятор, миллиметровая терапия	+	+
Ванны	Кислородные, солено-хвойные, жемчужные, с настоями из березового, смородинового листа, белокопытника	Углекислые, сульфидные, йодо-бромные, сухие радоновые, шалфейные, с настоями из мяты, хвои, валерианы, с сушеницей (ножные)
Души	Циркулярный, игольчатый, контрастный, струевой, душ Шарко, подводный душ-массаж (для детей старшего возраста)	Пылевой, дождевой, циркулярный, веерный

рого входят аскорбиновая кислота, корень валерианы, плоды боярышника, корень женьшеня, трава мелисы, хмель обыкновенный, душица обыкновенная, плоды шиповника, принимают во время еды по 1 чайной ложке 2 раза в день. Курс – 2 мес.

Назначают адаптол – дневной транквилизатор со свойствами адаптогена: с 5 лет – по 0,5 г; с 7 – по 0,75 г; с 10 – по 1,0 г; с 14 – по 1–1,5 г в 2–3 приема. В 1 таблетке – 500 мг, курс – 1–2 мес.

Помощь при обмороке. Ребенка укладывают горизонтально, приподняв ноги на 35–45°. Следует растегнуть воротник, ослабить пояс, обеспечить доступ свежего воздуха. Можно обрызгать лицо холодной водой, дать вдохнуть пары нашатырного спирта. При затянувшемся обмороке рекомендуется подкожное введение 10% раствора кофеина-бензоата натрия (0,1 мл на 1 год жизни) или кордиамина (0,1 мл на 1 год жизни). Если сохраняется выраженная артериальная гипотензия, назначают 1% раствор мезатона (0,1 мл на 1 год жизни) внутривенно струйно.

Детям с нарушениями вегетативного гомеостаза как препараты выбора показаны для коррекции:

- внутриклеточного энергообмена – пантогам, элькар, коэнзим Q (кудесан Q10);
- обменно-трофических процессов – панангин, рибоксин, нейромультивит, магний В6, препараты калия, витамины А, Е;
- нарушений метаболизма мозга – церебролизин, энцефабол, кортексин, когитум, мексидол;
- дисциркуляций в вертебробазилярной системе – кавинтон, циннаризин или винпоцетин.

При повышенном сосудистом тоне рекомендуются лечение, направленное на снижение активности адренорецепторов периферических сосудов

и симпатической нервной системы: стугерон, бивиталь с боярышником, транквилизаторы (фенибут, диазепам, рудотель, атаракс), ноотропные или ГАМК-ергические препараты (пантогам, аминолон, глицин), сосудистые препараты (трентал, тромбоАСС, димефосфон, актовегин), при устойчивой гипертензии – ранитек, капотен.

При сниженном тоне сосудов и нарушении венозного оттока назначают препараты, стимулирующие ВНС и повышающие активность адренорецепторов: грандаксин, глицерам, поливитамины, анавенол, венорутон. При ваготонии используются общетонизирующие препараты типа женьшеня, элеутерококка, лимонника, заманихи, назначаются витамины В₆ и С, препараты кальция.

При выраженных головных болях (установленном диагнозе мигрени) рекомендуются простые анальгетики: аспирин УПСА, парацетамол, тромбоАСС, при их неэффективности – комбинированные анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (аскофен, цитрамон, диклофенак, ибупрофен), при неэффективности последних – антимигренозные препараты (эрготамин, кофергот, дигидергот, имигран, суматриптан).

В детской практике используется широкий набор альтернативных методов лечения СВД, что во многом определяется возможностями лечебной базы и наличием обученных медсестер:

- физиотерапия (электросон, лазеротерапия, электрофорез лекарственных веществ, водолечение и др.);
- мануальная терапия и остеопатия, рефлексотерапия – иглоукалывание, гомеопатия;
- энтеросорбция, «галотерапия», сенсорная комната, альфа-капсула, стоунтерапия;
- апи-, гирудо-, пэт-, иппотерапия;

- лечебная педагогика, психосоматическая медицина, биологическая обратная связь;
- санаторно-курортное лечение, метеопрофилактика, закаливание и др.

Выбор конкретной методики физио- и, особенно, водолечения определяется характером вегетативных изменений сердечно-сосудистой системы (табл. 2).

Поскольку при СВД часто регистрируется повышенная метеочувствительность, практическое значение имеют специальные меры метеопрофилактики, включая баротренировки.

Необходимые условия для эффективного восстановительного лечения детей и подростков с СВД:

- выполнение индивидуальной программы терапии, учитывающей особенности болезни, конституции, реактивности организма, в том числе – переходных состояний;
- строгое и последовательное выполнение комплекса режимных и лечебных мер, включая восстановительный период (использование санаторно-курортных факторов);
- психотерапевтический тренинг, психологическая коррекция для всех членов семьи;
- профилактика рецидивов и участие в индивидуальной программе оздоровления.

Рекомендуемая литература

Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Соматизация психических расстройств в детском возрасте. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 444 с.

Береславская Е.Б. Вегетососудистая дистония. – СПб: Весть, 2006. – 160 с.

Брызгунов И.П. Длительные субфебрилитеты у детей. – М.: МИА, 2008. – 240 с.

Вегетативная дисфункция у детей и подростков / Под ред. Л.В. Козловой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 96 с.

Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М.: МИА, 2000. – 752 с.

Григорьев К.И. Метеопрофилактика у детей. – М.: Русский врач, 2010. – 155 с.

Детская вегетология / Под ред. Р.Р. Ширяева и Е.В. Неудахина: Практическое руководство по детским болезням. – М.: Медпрактика, т. XI, 2008. – 408 с.

Долгих Г.Б. Цереброваскулярные дистонии у детей. – Казань: Медлитература, 2007. – 256 с.

Кельцев В.А. Артериальная гипертензия у детей и подростков. – М.: Инфра-М, 2013. – 157 с.

Коровина Н.А., Захарова И.Н., Гаврюшова Л.П. и др. Вегетативная дистония у детей. – Медпрактика-М, 2007. – 68 с.

Кушнир С.М., Антонова Л.К. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония. – Тверь, 2007. – 215 с.

Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста. – М.: Медпрактика-М, 2005. – 536 с.

Руководство по школьной медицине / Под ред. Д.Д. Панковой, А.Г. Румянцева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 640 с.

Царегородцева Л.В. Синдром вегетативной дистонии у детей / Практическое руководство по детским болезням / Под ред Г.А. Самсыгиной и М.Ю. Щербаковой. – М.: Медпрактика, т. III, 2009. – С. 467–488.

VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Prof. K.I. Grigoryev; Prof. E.L. Povazhnaya; A.L. Solovyeva, Cand.Med. Sci.

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

The paper describes vegetative dystonia syndrome in children, its classification and clinical picture and gives measures to render care for this syndrome.

Key words: vegetative dystonia syndrome, classification, clinical picture, diagnosis, care.