Коррекция синдрома вегетативной дистонии у детей и подростков с использованием препарата Милдронат® (mildronate)

Усова Н.Н.,
Галиновская Н.В.,
Латышева В.Я.

Областной клинический
госпиталь ИОВ,

ГГМУ,
Гомель

Синдром вегетативной дистонии (СВД) у детей привлекает все большее внимание клиницистов различных специальностей [1]. Актуальность проблемы диктуется прежде всего большой распространенностью СВД, выраженностью клинических проявлений, отсутствием органических нарушений, низкой эффективностью применяемых методов лечения и значительной частотой трансформации в соматические заболевания. По данным разных авторов СВД страдают до половины населения мира, до 64% трудоспособного городского населения, до 25% детей [1, 2, 3].

Обращаемость к неврологам по поводу СВД составляет около 30% [1, 2, 4]. СВД занимает ведущее место среди психосоматических заболеваний и синдромов [2, 4]. Проявления этого синдрома часто дебютируют в детском и юношеском возрасте в связи с гормональной перестройкой организма в пубертатном периоде, а также с различными первичными заболеваниями детского возраста [1, 3, 5]. Затем эта вовремя не диагностированная ситуация становится пожизненным спутником взрослого человека, снижая качество жизни, становясь источником различных болезней [1, 5].

В связи с этим, своевременная диагностика СВД у детей и подростков, наличие преемственности медицинского мониторинга и лечения между «педиатрическим» и взрослым звеном медицины является залогом здоровья человека на протяжении всей последующей жизни.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Изучить состояние исходного вегетативного статуса и вегетативную реактивность у детей и подростков.
2. Определить изменения вегетативного статуса и клинического статуса у детей и подростков с СВД после курса лечения Милдронатом.
3. Изучить динамику клинических проявлений СВД у детей и подростков с СВД после курса лечения Милдронатом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнялась при проведении комплексных медицинских осмотров детей и подростков Гомеля и Гомельской области. Объектом исследования являлись 84 ребенка от 7 до 15 лет (средний возраст 14,5±0,2 лет; мальчиков – 43,2%, девочек – 56,8%), которые составили основную группу. Все дети основной группы прошли курс оздоровления на базе РУП ДРОЦ «Лесная поляна» Сморгонского района Гродненской области. В группу сравнения вошли дети с диагнозом СВД (81 человек), не ездившие в санаторий, но дважды обследованные одновременно с основной группой.

Все обследованные являлись учащимися школ, не состоявшие на диспансерном психиатрическом учете, у которых ранее не были диагностированы какие-либо психические заболевания. Выявленные нарушения проявлялись эпизодическими функциональными

Таблица 1
Определение вегетативного тонуса и вегетативной реактивности на основании полученных значений ИН

Исходный индекс напряжения	Вегетативная реактивность		
	нормальная	гиперсимпатикотоническая	асимпатикотоническая
ИН 1 < 30 (ваготония)	1,1–3,0	>3,0	<1,1
ИН 1 – 30–60 (эйтония)	1,0–2,5	>2,5	<1,0
ИН 1 – 60–90 (эйтония)	0,9–1,8	>1,8	<0,9
ИН 1 – 90–160 (симпатикотония)	0,7–1,5	>1,5	<0,7
ИН 1 > 160 (гиперсимпатикотония)	0,5–1,2	>1,2	<0,5

нарушениями со стороны внутренних органов и систем.

Обследование детей осуществлялось педиатром и неврологом. С помощью программно-аппаратного комплекса «KARD» регистрировалась кардиоинтервалограмма (КИГ), определялся исходный вегетативный тонус и вегетативная реактивность. Исследование проводилось методом кардиоинтервалографии в положении лежа и после проведения ортостатической пробы с помощью программно-аппаратного комплекса «KARD» на базе персонального компьютера. При этом регистрировались следующие общепринятые показатели КИГ: мода, амплитуда моды, вариационный размах, на основании которых вычислялся индекс напряжения лежа (ИН 1) и при проведении ортостатической пробы (ИН 2). Согласно значению ИН 1 оценивался вегетативный тонус. Отношение ИН 2/ИН 1 определяло коэффициент реактивности (таблица 1).

Для выявления признаков вегетативной дистонии и субъективной оценки эффективности лечения использовали модифицированный опросник А. М. Вейна, состоящий из 10 вопросов, каждый из которых имел рейтинг от 3 до 7 баллов. Набор пациентом более 18 баллов свидетельствовал о достоверном наличии у него синдрома вегетативной дистонии [1].

Все дети из основной группы получали комплексное лечение, включавшее использование Милдроната по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 14 суток и комплекс физиотерапевтических процедур общеукрепляющей направленности (массаж шейно-воротниковой зоны, хвойно-валериановые ванны, кинезотерапию).

Статистический анализ полученных данных проведен с помощью методов описательной статистики и параметрических методов на базе программы STATISTICA 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам клинического осмотра дисфункция вегетативной нервной системы была диагностирована у всех детей. У 32,6% из них выявили СВД по гипотоническому типу, у 8,2% – по смешанному, у 6,5% – по гипертоническому типу.

Симптомы вегетативной дистонии, которые дети приписывали физическому расстройству, проявлялись чаще со стороны центральной нервной и сердечно-сосудистой системы, реже со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. При клинико-инструментальном соматическом обследовании у них выявлялись вегетативные нарушения в виде колебания артериального давления, тахикардия, сердцебиение, повышенная потливость, изменения дермографизма; тремор пальцев рук, повышенная метеочувствительность, дискомфорт в эпигастральной области, склонность к запорам и поносам, плохая переносимость езды в транспорте. Эти нарушения подтверждались результатами КИГ, обнаруживавшей тахикардию, экстрасистолию, ваготонический и симпатотонический типы исходного вегетативного тонуса, вегетативную гиперреактивность и иные расстройства вегетативной регуляции.

Таблица 2
Динамика вегетативного статуса у детей после лечения с использанием Милдроната

Вегетативный статус		Использование Милдроната	
1	2	3	4
до лечения	после лечения	не использовался	использовался
симпатикотония	Симпатикотония	25,0%	16,4%
	Эйтония	25,0%	50,8%
	Парасимпатикотония	50,0%	32,8%
эйтония	Симпатикотония	6,7%	16,1%
	Эйтония	43,3%	48,3%
	Парасимпатикотония	50,0%	35,7%
парасимпатикотония	Симпатикотония	2,0%	5,6%
	Эйтония	26,0%	23,1%
	Парасимпатикотония	72,0%	71,4%

В целом положительная динамика неврологического статуса после лечения была достигнута у 18,3% детей, отсутствие динамики отмечено у 80,6%, ухудшение – у 1,1%. В группе сравнения отрицательная динамика была зарегистрировано у 4,9% обследованных, а положительная – только у 11,1%.

При повторном кардиоинтервалографическом обследовании было установлено, что в группе, получавшей лечение Милдронатом, нормализация вегетативного статуса произошла у 50,8% детей с исходной симпатотонией и у 23,1% – с исходно высоким парасимпатотонусом, в группе сравнения результаты были несколько хуже, соответственно 25,0% и 26,0% (таблица 2).

Нормализация вегетативной реактивности после курса лечения Милдронатом произошла у 41,89% детей с исходно асимпатикотоническим ее типом и у 34,6% с исходной гиперсимпатикотонической реактивностью, в группе сравнения соответственно у 32,1% и 45,0% (таблица 3).

По результатам опросника А. М. Вейна было отмечено существенное различие в динамике клинических проявлений в основной группе обследованных. Так, после лечения дети достоверно реже, чем до терапии предъявляли жалобы на повышенную потливость ($p<0,01$), ощущение сердцебиения, «замирания» или «остановки сердца» ($p<0,05$). Значительно реже после курса лечения возникали жалобы на ощущение затруднения при

Таблица 3
Динамика вегетативной реактивности у детей после лечения с использованием Милдроната

Вегетативная реактивность		Использование Милдроната	
до лечения	после лечения	не использовался	использовался
гиперсимпатикотоническая	гиперсимпатикотоническая	35,0%	38,5%
	нормотоническая	45,0%	34,6%
	асимпатикотоническая	20,0%	26,9%
нормотоническая	гиперсимпатикотоническая	16,7%	15,5%
	нормотоническая	47,2%	48,1%
	асимпатикотоническая	36,1%	36,4%
асимпатикотоническая	гиперсимпатикотоническая	32,1%	17,6%
	нормотоническая	32,1%	41,9%
	асимпатикотоническая	35,7%	40,5%

дыхании, нехватки воздуха, приступы учащенного дыхания при волнении и в душном помещении ($p<0,05$), а также на нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта в виде нелокализованных болей, склонности к запорам, поносам, «вздутиям» живота, ($p<0,05$). Существенно реже в основной группе происходили внезапные потери сознания при волнении или при длительном пребывании в вертикальном положении ($p<0,05$), меньше беспокоили опасения потерять сознание и приступообразные головные боли ($p<0,01$).

После терапии Милдронатом уменьшилось число жалоб на снижение работоспособности, быструю утомляемость ($p<0,01$). У представителей группы сравнения статистически значимой динамики этих показателей зарегистрировано не было.

Общий балл по опроснику А. М. Вейна до курса терапии в основной группе и группе сравнения был равен 37,7±1,6 балла и 40,4±2,4 балла соответственно. После курса лечения в обеих группах наблюдалась положительная динамика: 31,4±2,2 балла ($p<0,05$) и 33,3±3,4 балла ($p>0,1$) соответственно, – которая однако не имела достоверности в контрольной группе, что объяснялось существенным разбросом значений в ней.

Таким образом, проведенное исследование показало улучшение состояния вегетативной нервной системы у детей и подростков с СВД после летнего отдыха, которое было более значимо в группе детей, получавших курс терапии с использованием Милдроната. Учитывая показанную эффективность, относительно невысокую стоимость препарата, отсутствие побочных эффектов, можно рекомендовать применение препарата Милдронат в комплексном лечении детей и подростков с СВД.

■ ВЫВОДЫ

1. Исследование состояния вегетативной нервной системы у детей и подростков выявляет выраженный дисбаланс с преобладанием гипотонии, что можно объяснить особенностями гормонального статуса в пубертатном периоде.
2. Комплексное лечение с использованием препарата Милдронат оказывает мягкое влияние на кардиоритмографические характеристики вегетативной нервной системы, особенно у больных с патологической симпатикотонией и асимпатикотонической реактивностью, что отражает нормализацию функции кардиореспираторной системы.
3. Терапия с использованием Милдроната способствует уменьшению интенсивности клинических проявлений СВД у детей и подростков, улучшая качество жизни обследованного контингента.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. Руководство для врачей. / Под ред. Вейна А. М. – М., 1998. – 740 с.
2. Вейн А. М. / Неврология и психиатрия. – 1996, № 3. – С. 5–8.
3. Вейн А. М., Колосова О. А., Рябус М. В. / Неврология и психиатрия. – 1997, № 11. – С. 4–7.
4. Колосова О. А., Осипова В. В. / Неврология и психиатрия. – 1991, № 1. – С. 101–107.
5. Колосова О. А., Осипова В. В. / Неврология и психиатрия. – 1996, № 3. – С. 8–12.