

Синдром вегето- судинної дистонії у дітей та підлітків



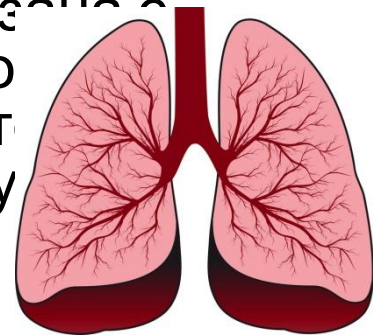
- **Синдром вегетативной дистонии (СВД)** – это симпатические, парасимпатические, смешанные перманентные и пароксизмальные нарушения, имеющие генерализованный, преимущественно системный характер.
- Основой патогенеза вегетативной дисфункции является нарушение интегративной деятельности надсегментарных вегетативных структур (лимбико-ретикулярного комплекса), в результате которой развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, сенсомоторных, эндокринно-висцеральных соотношений, а также цикла сон-бодрствование.

Клиническая картина



В кардиоваскулярной системе СВД проявляется в виде болевых ощущений в левой половине грудной клетки ноющего, колющего, сжимающего, жгучего характера, возникающих во время эмоционального напряжения и не связанных с физической нагрузкой. Боль обычно сопровождается парестезиями в области сердца, сердцебиением или ощущением «замирания» сердца. У больных может появляться головная боль в висках пульсирующего характера (вазомоторный тип цефалгий), онемение дистальных отделов рук и ног. Объективно регистрируется склонность к артериальной гипертензии или гипотензии, наблюдается дистальный акроцианоз или мраморность кистей, стоп и их похолодание. При этом органические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы по данным физикальных, электрокардиографических (ЭКГ) и электросонографических исследований отсутствуют.

- В системе органов дыхания СВД может выражаться ощущением нехватки воздуха, одышкой, затрудненным дыханием, ощущением сдавливания грудной клетки, «кома» в горле без физикальных и рентгенологических признаков поражения органов грудной клетки. Объективно регистрируется частое поверхностное дыхание, может возникать зевота или покашливание. Иногда на фоне нарушенного дыхания развивается обморок.
- В системе органов пищеварения СВД может проявляться диспептическими или дискинетическими нарушениями без признаков органической патологии желудочно-кишечного тракта. Больные жалуются на тошноту, урчание или боль в животе. Абдоминалгия не связана с приемом пищи, усиливается после эмоционально перенапряжения. Поведение больного не соответствует выраженности абдоминалгии, на которую он жалуется.





- В терморегуляционной и потоотделительной сферах СВД проявляется в виде длительного (более 2-3 недель) повышения температуры тела до субфебрильных цифр, не связанного с инфекционными заболеваниями или наличием хронических очагов инфекции. У пациентов возникают периодические «ознобы», диффузный или локальный гипергидроз. Во время клинического, биохимического, иммунологического исследования крови патологические изменения не обнаруживаются. Больные обычно удовлетворительно переносят такое состояние. Температура тела может повышаться во время эмоционального перенапряжения. В системе сосудистой регуляции СВД выражается дистальным акроцианозом и гипотермией, феноменом Рейно, вазомоторными цефалгиями (пульсирующая головная боль) мигренозного типа, липотимиями, приливами жара и холода.

- Вегетативная дисфункция в вестибулярной системе проявляется несистемными головокружениями и ощущением неустойчивости. Одним из частых проявлений СВД являются мышечно-тонические феномены, особенно головная боль напряжения (тензионная цефалгия), характеризующаяся ощущением сдавливания головы, тесного головного убора, болезненностью кожи головы. Наиболее часто подобная головная боль появляется вследствие эмоционального перенапряжения и уменьшается после рефлекторных методов воздействия (акупрессуры, мануальной терапии и т. п.). Кроме того, могут возникать мышечно-тонические феномены в руках, ногах, связанные с повышением нервно-мышечной возбудимости



- Чаще всего СВД проявляется сочетанием клинических симптомов со стороны разных систем организма.
Обязательными клиническими проявлениями СВД являются эмоциональные расстройства. Чаще всего это немотивированная тревога, страх смерти или развития соматического заболевания, общая слабость, раздражительность. Такие пациенты концентрируются на своем заболевании, часто посещают врача, предъявляют многочисленные жалобы, испытывают разнообразные методы лечения. Часто эмоциональные нарушения сочетаются с расстройствами сна в виде диссомний или гиперсомний.

Диагностические критерии

- **Критерий А.**
- ПА диагностируются в случае приступа страха, паники или дискомфорта в сочетании с 4 или более из ниже перечисленных симптомов, развивающихся внезапно и достигающих максимума в течение 10 минут:
 - пульсация, сильное сердцебиение, учащенный пульс;
 - потливость;
 - озноб, тремор, ощущение внутренней дрожи;
 - ощущение нехватки воздуха, одышка;
 - боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
 - тошнота или абдоминальный дискомфорт;
 - ощущение головокружения, неустойчивость;
 - легкость в голове или предобморочное состояние;
 - ощущение онемения или покалывания (парестезии);
 - волны жара или холода;
 - ощущение дереализации, деперсонализации;
 - страх смерти;
 - страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок.

- **Критерий Б.**

- Возникновение ПА не обусловлено непосредственным физиологическим действием некоторых веществ (приемом препаратов) или соматическим заболеванием. Необходимо исключить тиреотоксикоз, гиперальдостеронизм, феохромоцитому, сахарный диабет, сердечно-сосудистую патологию, органическую патологию нервной системы, абстинентный синдром, гормональные нарушения. Кроме того, ПА сопровождаются озабоченностью по поводу их повторения и осложнения, изменениями поведения.

Проявления ПА

- вегетативные нарушения;
- эмоционально-аффективные
компоненты;
- когнитивные расстройства;
- функционально-неврологические
проявления.

- Вегетативные расстройства наиболее часто представлены **симптоадреналовыми, смешанными**, реже **вагоинсулярными** симптомами.

Симптоадреналовыми кризы считаются, если в структуре пароксизма преобладают жалобы на боли или неприятные ощущения в области грудной клетки, сердцебиение, одышку, пульсирующие, сжимающие или пекущие головные боли, озноб, частое мочеиспускание с выделением большого количества светлой мочи. Объективно определяется тахикардия, тахипноэ, повышение артериального давления, бледность кожных покровов, ознобоподобный гиперкинез.

- **Вагоинсулярный** криз сопровождается жалобами на головокружение, общую слабость, сонливость, чувство «замирания» или «остановки» сердца, головную боль пульсирующего характера, удушье, иногда боль в области живота, тошноту, урчание в животе, чувство жара. Объективные симптомы характеризуются мраморностью кожных покровов кистей и стоп, появлением сосудистого «ожерелья», разлитым красным дермографизмом, снижением артериального давления, брадисистолией или аритмией, желудочно-кишечными дискинезиями, затрудненным выдохом.

- Эмоционально-аффективные компоненты вегетативных пароксизмов присутствуют независимо от направленности вегетативных реакций (хотя при симпатоадреналовой направленности они более выражены):
 - страх смерти;
 - страх инфаркта, инсульта и т. д.;
 - чувство безотчетной тревоги, внутреннего напряжения;
 - агрессия, раздражение по отношению к окружающим.

- **Когнитивные расстройства проявляются:**
 - ощущением дереализации;
 - «дурнотой»;
 - ощущением «неустойчивости» окружающего мира;
 - несистемным головокружением.

- **Функционально-неврологические СИМПТОМЫ:**
 - чувство «кома» в горле;
 - афония;
 - амавроз;
 - мутизм;
 - судорожные и мышечно-тонические феномены (тремор, «скрючивание» рук);
 - элементы «истерической дуги».

Дифференциальная диагностика

- эндокринные (повышенная или пониженная функция щитовидной железы, гипогликемия у больных сахарным диабетом, патология надпочечников);
- сердца (стенокардия, аритмия, пролапс митрального клапана);
- органов дыхания, сопровождающиеся гипервентиляцией (бронхиальная астма и хронический бронхит);
- неврологические (гипоталамический синдром, эпилепсия);
- артериальную гипертензию (АГ);
- абстинентный синдром, злоупотребление алкоголем или наркотическими веществами.

Эндокринные нарушения

- Симптомы, напоминающие ПА, нередко возникают у больных с патологией щитовидной железы (гипо- и гипертиреоз), в связи с чем необходимо исследование тиреоидной функции (содержание в плазме крови трийодтиронина (T_3), тироксина (T_4), тиреотропного гормона (ТТГ)). Вегетативные кризы симпатоадреналового типа наблюдаются у 40% больных феохромоцитомой. При подозрении на феохромоцитому необходимо провести исследование катехоламинов в моче и компьютерную томографию надпочечников. Исключение феохромоцитомы важно, так как при ее наличии не показано назначение трициклических антидепрессантов, которые применяются при лечении ПА. Это связано с подавлением обратного захвата и метаболизма катехоламинов.

Артериальная гипертензия

- Дифференциальная диагностика гипертонического криза и вегетативного пароксизма заключается в наличии АГ до начала первой ПА, повышении артериального давления при всех приступах, появлении в ВК очаговой и/или общемозговой симптоматики. При офтальмоскопическом исследовании выявляется гипертоническая ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка. Выявление АГ важно для определения тактики лечения, сочетающего гипотензивную и антипароксизмальную терапию. Кроме того, частые ВК способствуют прогрессированию АГ в связи с перенапряжением эрготропных механизмов.

Кардиальные аритмии

- Дифференциальный диагноз прежде всего проводится с пароксизмальными тахикардиями, для которых характерно внезапное начало, провокация физическими факторами, интенсивность тахикардии, эффективность антиаритмических средств. ЭКГ-мониторинг в данном случае позволяет объективизировать специфические для аритмии феномены.

Пролапс митрального клапана

- Наличие пролапса митрального клапана не отрицает наличия вегетативной дисфункции и ПА. Наоборот, эти состояния сочетаются в 50-65% случаев. Тем не менее при подозрении на пролапс митрального клапана необходимо проведение дополнительных методов исследования (фонокардиография (ФКГ), ЭКГ, ЭхоКГ, уровень тиреоидных гормонов) для исключения тиреотоксикоза, часто сочетающегося с пролапсом митрального клапана.

Лечение



- Лечение вегетативных дисфункций с наличием вегетативных пароксизмов состоит из трех этапов:
 - купирование ВК;
 - стабилизирующая терапия, направленная на достижение ремиссии и полное восстановление уровня социальной адаптации;
 - превентивная терапия, направленная на предотвращение развития новых ВК и поддержание стойкой ремиссии.



- Наиболее эффективными препаратами для купирования развившейся ПА являются бензодиазепины, из которых наиболее предпочтителен препарат быстрого действия диазепам в среднетерапевтических дозах. Купирование ПА достигается через несколько минут (15-30) после введения лекарства.



- Первым классом препаратов с антипаническим эффектом стали трициклические антидепрессанты (ТАД) неизбирательного действия: имипрамин, кломипрамин, amitриптилин, миансерин, мапротилин. Первое улучшение обычно наступает спустя 2-3 недели от начала лечения, а полный терапевтический ответ может проявиться спустя 8-10 недель.



- Эквивалентными и даже более эффективными, чем ТАД, оказались селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Они более предпочтительны в соматической практике, поскольку значительно превосходят ТАД по таким критериям, как переносимость и безопасность. К СИОЗС относятся пароксетин, флувоксамин, сертралин, флуоксетин, циталопрам.

Таблица. Сравнительная характеристика бензодиазепинов и антидепрессантов, применяющихся для лечения панических атак

	Бензодиазепины	Антидепрессанты
Антипаническая эффективность	+	+
Длительность периода до начала проявления эффективности	15-30 минут	2-4 недели
Синдром отмены	+	Единичные описания
Кардиоваскулярные побочные действия	-	+
Седативные побочные действия	+	-
Использование в качестве поддерживающей терапии	?	+



- Длительность терапии зависит от тяжести ... заболевания.
При средней степени тяжести (от 4 до 10 ПА в месяц с очевидной тревогой ожидания) – 6-8 нед до достижения эффекта, а затем еще 4-6 нед до решения вопроса об отмене. При тяжелом течении (более 10 пароксизмов в месяц в сочетании с тяжелой агорафобией, приводящей к дезадаптации) – 6 мес и более. Показания к отмене – 30-40 дней, свободных от ПА и тревоги ожидания. При этом ТАД отменяют постепенно, убирая 1/8-1/4 дозы в течение 1-2 недель, СИОЗС можно отменять одномоментно.

Немедикаментозная терапия

- соблюдение режима дня и отдыха;
- правильную организацию труда и отдыха;
- рациональное питание;
- занятия физической культурой;
- психотерапию;
- физиотерапию;
- водолечение и бальнеотерапию;
- массаж и иглорефлексотерапию.

Правильный образ жизни



- Соблюдение режима дня и достаточный сон имеют первостепенное значение, так как сон является одним из ведущих синхронизаторов циркадных биоритмов организма. Также необходимо правильное соотношение между физической и умственной деятельностью.
- Занятия физической культурой при дистонии не исключаются! Наоборот гиподинамия в настоящее время становится все более значимым фактором в развитии вегетативной дисфункции. Таким детям только противопоказаны занятия профессиональным спортом. Повышение физической активности включает обязательную физическую зарядку по 15 минут 2-3 раза в день.
- Физическая активность повышает тонус сердечно-сосудистой системы, улучшает микроциркуляцию, оказывает нормализующее влияние на обменные процессы. При **симпатикотонии лечение** с помощью физических упражнений способствует сжиганию избытка катехоламинов. Таким образом, освобождение детей с вегетативной дисфункцией от физкультуры, является в корне неправильным.

Рациональное питание



- приемы пищи не менее 4-5 раз в день;
- необходимо избегать избытка мучных продуктов, сладостей, копченостей, животных жиров;
- при симпатикотонии требуется некоторое ограничение соли, а также исключение солений, маринадов;
- при симпатикотонии также ограничиваются продукты, содержащие кофеин. Это шоколад, крепкий чай и кофе, какао; необходимо увеличить количество продуктов, содержащих соли калия и магния (гречневая, овсяная каши, фасоль, персики, абрикосы, сухофрукты, кабачки, тыква, печеный картофель);
- при склонности к повышению давления надо избегать высококалорийных продуктов, так как прибавка веса на 1 кг способствует повышению АД на 3-5 мм рт.ст.



- Психотерапия является одной из форм лечения вегетативной дистонии. Она может быть групповой, семейной, индивидуальной. Она позволяет скорректировать взаимоотношения ребенка с окружающей средой, снизить действия негативных психоэмоциональных факторов.
- Водолечение (гидротерапия) используется в виде обтираний, обливаний, различного душа (контрастного, циркулярного, душа-массажа). В основе действия водных процедур лежит влияние на рецепторы кожи, сосудистый тонус и иммунную систему.
- Бальнеотерапия - это использование лечебных ванн. Для этого используются разные по составу природные минеральные воды.

Физиотерапевтические процедуры



- Массаж – распространенный метод лечения вегетативной дистонии. Массаж снимает стресс, улучшает самочувствие и работоспособность. Массаж может быть сегментарный, точечный, общий. Массаж и физиотерапию проводят курсами. Курсы повторяют до 2-3 раз в год.
- Иглорефлексотерапия–иглоукалывание во многих случаях тоже бывает эффективной.

Опросник для выявления панических атак (W.J. Katon)



Panic Screening Questions

- *1. Бывают ли у Вас приступы тревоги (да, нет):*
 - а) испытывали ли Вы приступы внезапной тревоги, страха или ужаса в течение последних 4 месяцев (при ответе «да» продолжается опрос)?
 - б) были ли у Вас подобные приступы прежде?
 - в) возникают ли некоторые приступы неожиданно, без связи с определенной ситуацией?
 - д) есть ли у Вас боязнь приступа или его последствий?

- *2. Во время Вашего последнего приступа Вы испытывали:*
 - a) поверхностное, учащенное дыхание;
 - b) сердцебиение, пульсации, перебои в работе сердца или ощущение его остановки;
 - c) боль или дискомфорт в левой половине грудной клетки;
 - d) потливость;
 - e) ощущение нехватки воздуха, одышку;
 - f) волны жара или холода;
 - g) тошноту, дискомфорт в желудке, понос или позывы к нему;
 - h) головокружение, неустойчивость, туман в голове, предобморочное состояние;
 - i) ощущение покалывания или онемения в теле или конечностях;
 - j) дрожь в теле, конечностях, подергивание или стягивание тела;
 - k) страх смерти или необратимость последствий приступа.



- *При ответе «да» на вопросы 1 a-d и на 4 любых вопроса 2 a-k можно считать, что Вы испытали ПА.*

Следует еще раз напомнить, что вопросы 1 a-d относятся к ПА в рамках панического расстройства.

Чувствительность метода – 81%, специфичность – 99%.



Спасибо за внимание!

