

ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

*Зайцев И.Э., доцент, Журавель А.А., канд. мед. наук,
Сумской государственный университет
кафедра педиатрии с курсом медицинской генетики,
Сумская областная детская клиническая больница*

В наше исследование было включено 12 детей (4 девочки, 8 мальчиков) в возрасте 12 - 17 лет с синдромом вегетативной дистонии, находившихся в детском кардиологическом отделении Сумской областной детской клинической больницы. Критериями включения больных в исследование явились клинические проявления вегетативных нарушений, в том числе приступы пароксизмальной дистонии (кризовое течение). Использовались следующие методические подходы: 1). клиничко-неврологическое обследование для уточнения характера процесса; 2) клиническая оценка состояния вегетативной нервной системы (оценка вегетативного индекса Кердо, клиноортостатическая проба, профиль артериального давления, исследование дермографизма); 3) электрофизиологические методы исследования: ЭКГ, оценка вызванных кожных симпатических потенциалов, ЭЭГ, РЭГ.

Наиболее частыми симптомами были: головная боль (все дети), головокружение (8 детей), повышенная потливость – 9, метеочувствительность – 6, нарушения сна – 4, пониженное – 5 или повышенное – 2 артериальное давление, обморочные состояния - 3. У всех больных имелись клинические проявления психовегетативного синдрома. У 7 больных отмечалась перманентная, у 5 - пароксизмальная форма течения заболевания. У школьников по-казательно уменьшение вегетативных расстройств во время каникул, особенно летних. Так-же было существенным влияние метеоусловий: улучшение или ухудшение состояния в зависимости от температуры окружающей среды, влажности, атмосферного давления. Головная боль (ГБ) в качестве жалобы отмечена практически у всех детей. Дебют ГБ у 1 ребенка был в возрасте 5-7 лет, у 7 детей в 7-11 лет, у 4 - после 12 лет. Частота приступов от одного в месяц до ежедневных. Дети жаловались на ГБ диффузного характера интенсивностью 4-6 баллов, реже выше. Частые ГБ - от 3-4 раз в неделю до ежедневных отмечались у 7 детей, нередко провоцировались переутомлением в школе, погодными факторами, продолжались приступы ГБ от нескольких часов до 1 суток, часто сопровождалась потемнением в глазах, тошнотой, реже однократной рвотой, прекращались после приема анальгетиков или при засыпании. У остальных детей ГБ отмечалась от 1-2 раз в месяц до 1-2 раз в неделю, продолжалась от 1 ч до нескольких часов, часто прекращалась самостоятельно или при перемене рода деятельности. Отмечена тенденция нарастания болей к пубертатному периоду. Кроме того, в наших исследованиях более выраженный синдром головной боли отмечался при ваготонии.

Частыми оказались клинические проявления СВД с участием желудочно-кишечного тракта: почти все дети предъявляли жалобы той или иной степени выраженности на периодические боли в животе, тошноту, изменение характера и частоты стула, чувство переполнения в желудке; 8 детей ранее наблюдались у педиатра, гастроэнтеролога по поводу дисфункции билиарного тракта, проявлений синдрома раздраженной толстой кишки, эзофагогастрального и дуоденогастрального рефлюкса. При детальном обследовании почти у всех детей выявлены нарушения разной степени выраженности со стороны сердечно-сосудистой системы. Жалобы на кардиалгии, дискомфорт в области сердца предъявляли 5 детей. У большинства на ЭКГ отмечались изменения в виде аритмий, блокад разных уровней, метаболических изменений миокарда. У 2 детей имел место синдром артериальной гипертензии. При клинической оценке состояния вегетативной системы получены следующие данные. О достоверном преобладании ваготонии можно говорить в 4 случаях, симпатикотония встречалась у 1 пациента а у 7 - смешанный тип исходного вегетативного тонуса. Причем отмечено, что у детей с ваготонией клинические проявления возникали в более раннем возрасте и отличались большим разнообразием, чем при смешанном и симпатикотоническом типах вегетативного гомеостаза. По данным клиноортостатической пробы чаще встречались асимпатикотонический и гипердиастолический варианты вегетативного обеспечения деятельности.

При оценке ЭЭГ у 5 детей регистрировался нормальный тип ЭЭГ, у остальных изменения разной степени выраженности: десинхронизация основного ритма, диффузное усиление медленно волновой активности, повышение порога судорожной готовности, в т.ч. у 4 из 5 пациентов с пароксизмальным течением вегетативной дисфункции регистрировался пограничный тип ЭЭГ.

Таким образом, у всех пациентов с синдромом вегетативной дистонии имело место нарушение функции периферического эфферентного звена симпатической нервной системы. Нельзя исключить, что у пациентов с различными клиническими проявлениями СВД имеются изменения в периферических холинергических структурах симпатического отдела автономной нервной системы.