

© Царегородцева Л. В., 2003

Л. В. Царегородцева

## ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

Кафедра детских болезней № 1 с курсом кардиологии и кардиоревматологии  
детского возраста ФУВ РГМУ, Москва

Лечение ребенка с синдромом вегетативной дистонии (СВД) должно быть этиотропным, комплексным, длительным, проводиться с учетом направленности вегетативной дисфункции и тяжести течения. Характер рекомендаций должен определяться выраженностью, стойкостью вегетативных и психоэмоциональных нарушений. Предпочтение в лечении детей с СВД должно отдаваться немедикаментозным методам лечения. Этого, как правило, бывает достаточно при легком течении СВД. При тяжелом течении СВД наряду с этим используют и другие методы лечения. Одновременно проводится лечение хронических очагов инфекции и сопутствующих заболеваний, возникших в результате нарушений вегетативной регуляции деятельности сердца, органов желудочно-кишечного тракта и др. Терапию следует начинать с нормализации режима дня, упорядочив при этом физические и умственные нагрузки ребенка. Надо устранить гиподинамию, необходимо чтобы ребенок гулял на свежем воздухе не менее 2—3 ч в день. Очень важно чтобы ночной сон был не менее 8—10 ч. Необходимо ограничить просмотр телевизионных передач до 1 ч в день, занятия компьютером должны быть дозированы с учетом состояния и возраста ребенка.

**Занятия физкультурой.** Дети с СВД должны заниматься утренней гимнастикой. Благоприятное влияние на пациентов оказывают плавание, катание на лыжах, коньках, дозированная ходьба, настольный теннис, бадминтон. При всех видах нейроциркуляторной дистонии (НЦД) не рекомендуется занятия групповыми видами спорта (футбол, баскетбол, волейбол) и видами, связанными с ударами и сотрясениями (бокс, борьба, кикбоксинг).

**Питание.** Ребенок с СВД должен получать полноценное питание с достаточным количеством минеральных веществ и витаминов. Детям с повышенной симпатoadренальной активностью необходимо умеренно ограничить поваренную соль, чай, кофе. Целесообразно включать в рацион продукты питания, понижающие сосудистый тонус и активность вегетативной иннервации, такие как ячневая каша, фа-

соль, салаты, шпинат, молоко, творог. Необходимо исключить из рациона копчености, острые блюда, шоколад. Детям с повышенной парасимпатической активностью, артериальной гипотонией рекомендуется пища, содержащая достаточное количество жидкости, маринады, чай, кофе (лучше с молоком), шоколад и шоколадные конфеты, кефир, гречневая каша, горох, то есть те продукты, которые могли бы стимулировать активность вегетативной нервной системы и адренорецепторов, ответственных за состояние сосудистого тонуса. Если нет аллергии, при всех вариантах дистонии целесообразно принимать на ночь мед (длительным курсом не менее 2—3 месяцев), а также различные соки, настои, компоты из облепихи, калины, шиповника, рябины, моркови, брусники, черноплодной рябины, изюма, урюка, кураги и минеральные воды.

**Психотерапия.** Важное место в лечении детей с СВД должно отводиться индивидуальной рациональной психотерапии, направленной на коррекцию внутренней картины болезни с переориентацией на немедикаментозные приемы саморегуляции. Кроме того, психотерапия должна проводиться и в семейном аспекте. Важно, чтобы пациент и его родители доверяли врачу. Часто явное убеждение больного изменить образ жизни, характер питания, избавиться от курения, уже дает хороший терапевтический эффект.

**Водные процедуры** (табл. 1). Обычно у детей с СВД эффективны такие водные процедуры как плавание, циркулярный душ, сауна, лечебные ванны. Бальнеотерапия должна проводиться в зависимости от особенностей вегетативных нарушений и направленности исходного вегетативного тонуса. Для детей с повышенной симпатической активностью показаны ванны с добавлением седативных трав и лечебного «Таежного» бальзама, при ваготонии — солено-хвойные, нарзанные, родоновые ванны, обливания, растирания холодной водой.

**Физиотерапевтические процедуры** (табл. 2). При СВД широко используют гальванизацию по

Таблица 1

## Рекомендуемое водолечение у детей с СВД

Процедуры	Ваготония	Симпатикотония
Ванны	Кислородные Жемчужные Солено-хвойные  С растительными добавками из настоев: березового листа смородинового листа	Хвойные Шалфейные С сушеницей (для ножных ванн)  С растительными добавками из настоев: валерианы хвои мяты
Души	Циркулярный Игольчатый Контрастный Струевой Душ Шарко (по показаниям детям старшего возраста) Подводный душ-массаж	Пылевой (мелкодисперсный) Дождевой  Циркулярный  Веерный (индивидуально)

Таблица 2

## Рекомендуемая физиотерапия у детей с СВД

Вид физиотерапии	Ваготония	Симпатикотония
Электрофорез на воротниковую зону	5% раствор кальция хлорида 1% раствор кофеина 1% раствор мезатона	2% раствор эуфиллина 2% раствор папаверина 4% раствор магния сульфата
Синусоидальные модулированные токи	—	+
Электросон	Импульсный ток с частотой до 100 Гц	Импульсный ток с частотой до 10 Гц
Переменное магнитное поле	—	+

рефлекторно-сегментарной методике, парафин озокерит на шейно-затылочную область. Выбор методики должен проводиться с учетом направленности исходного вегетативного тонуса.

**Массаж.** При ваготонии, особенно сочетающейся со снижением артериального давления, назначают общий массаж, а также массаж икроножных мышц, кистей рук и шейно-воротниковой зоны. При преобладании симпатического тонуса рекомендуют массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области с использованием кремов, содержащих пихту (бальзам «Таежный») и продукты пчеловодства (баль-

зам «Прополис» 15—30% в зависимости от возраста).

**Медикаментозная терапия.** При недостаточной эффективности описанных выше лечебно-оздоровительных мероприятий назначают медикаментозную терапию. Желательно начинать медикаментозное лечение с фитотерапии (табл. 3). Детям с повышенной возбудимостью, тревожностью реко-

Таблица 3

## Рекомендуемые фитопрепараты для детей с СВД

Препараты	Торговые названия
Препараты валерианы	Настойка валерианы Экстракт валерианы
Препараты пустырника	Настойка пустырника Экстракт пустырника жидкий
Препараты травы пассифлоры	Экстракт пассифлоры жидкий
Препараты зверобоя	Негрустин (стандартизированный экстракт зверобоя)
Комбинированные препараты	Санасон (валериана, шишки хмеля) Персен (валериана, мята перечная, мята лимонная) Дормиплат (валериана, Melissa) Новопассит (гвайфенезин, экстракты боярышника, хмеля, Melissa, зверобоя, страстоцвета, бузины, валерианы)

мендуют назначать фитосборы, обладающие седативным действием — шалфей, боярышник, валериана, пустырник, зверобой. Курсы лечения обычно проводят длительно, в течение 3—12 месяцев. Препараты необходимо чередовать через 2—4 недели (с 2-недельным перерывом между курсами).

Кроме настоек и экстрактов из фитопрепаратов, могут использоваться также различные «чай». Из препаратов валерианы лучше всего зарекомендовал себя «валериановый чай»: 1 ст. ложку измельченного корня валерианы заварить с вечера одним стаканом крутого кипятка, накрыть блюдцем и на следующий день принять настой в 3—4 приема. Точно также готовится «чай» из травы пустырника, которая обладает даже большими чем валериана успокаивающими свойствами. При острых невротических реакциях в качестве быстродействующего «огнетушителя» может использоваться «валериановый коктейль»: 5—15 мл настойки валерианы, т.е. 1 чайная, десертная или столовая ложка, пополам с водой. Менее убедителен седативный эффект таблетированного экстракта валерианы.

**Транквилизаторы (анксиолитики) и нейролептики.** При недостаточном успокаивающем эффекте фитопрепаратов в лечение детей с СВД можно подключить транквилизаторы и нейролептики. До 1967 г. психотропные средства седативного дей-

ствия подразделялись на «большие» и «малые» транквилизаторы. В 1967 г. Комитет экспертов ВОЗ счел нужным внести терминологические коррективы. «Большие транквилизаторы» во главе с аминазином получили название нейролептики, а «малые» стали называться анксиолитическими седатиками или анксиолитиками (от английского «anxiety» — снимающие беспокойство, тревогу, страх). Термин «транквилизатор» было решено упразднить и считать утратившим силу. Во многих странах, в том числе и в России, это поддержки не получило. Главной мишенью действия нейролептиков и анксиолитиков служат структуры лимбико-ретикулярного комплекса, в которых сосредоточены высшие вегетативные и эмоциональные центры. Тесная связь психических и вегетативных функций, осуществляемая лимбической системой, позволяет понять, почему эти препараты, снижая эмоциональную возбудимость, одновременно оказывают нормализующее влияние на вегетативно-висцеральные расстройства, сопровождающие СВД.

Нейролептики показаны детям с острой и хронической тревогой, при двигательным беспокойстве, наличии тиков, ипохондрии, страхов, стойком болевом синдроме. Они снижают реакцию на внешние раздражители, обладают вегетотропным действием, рекомендуются к применению при неэффективности транквилизаторов. Чаще всего из этой группы препаратов используют френолон в дозе 5—15 мг в сутки, меллерил (сонапакс) в дозе детям дошкольного возраста от 10 до 20 мг в сутки, школьникам — по 20—30 мг в сутки, терален в дозе 5—15 мг в сутки. Френолон и сонпакс дают хороший эффект при кардиалгиях. Терален обладает еще и антигистаминным свойством. При необходимости нейролептики можно сочетать с транквилизаторами.

При назначении транквилизаторов (табл. 4) необходимо учитывать характеристику психоэмоционального состояния больного (гипер- или гипостеническое состояние) и направленность вегетатив-

ной дисфункции (ваго- и симпатикотония). При гиперстенической симптоматике показаны транквилизаторы с седативным эффектом, которые назначают в 3 приема в день или днем и вечером (мепробромат, атаракс, седуксен, сибазон, реланиум, диазепам, феназепам, тазепам). При гипостеническом невротическом состоянии, артериальной гипотонии назначают препараты с умеренным активизирующим действием — «дневные транквилизаторы», которые даются в 2 приема утром и днем (грандаксин, медазепам). При симпатикотонии показаны седуксен (1 табл. — 0,005 г), тазепам (1 табл. — 0,01 г и 0,015 г), феназепам (1 табл. — 0,5 мг и 1 мг), при ваготонии — амизил (1 табл. — 1 мг или 2 мг), при смешанном варианте СВД — беллойд или белласпон (1—3 табл. в сутки), мепробромат (1 табл. — 0,2 г), триоксазин (1 табл. — 0,3 г), фенибут (1 табл. — 0,1 г и 0,25 г), рудотель (1 табл. — 0,01 г), грандаксин (1 табл. — 0,05 г). Продолжительность приема транквилизаторов 4—6 недель, возможно проведение повторных курсов.

На вопрос, не привыкнет ли больной к препарату, следует ответить категорически «нет». Напротив, по мере улучшения самочувствия, отпадет необходимость использования этих препаратов.

*Нейрометаболические стимуляторы (ноотропные препараты).* Хорошо зарекомендовали себя препараты, улучшающие обменные процессы в ЦНС, — нейроболические стимуляторы. Они показаны детям с выраженными проявлениями СВД. Нейрометаболические стимуляторы оказывают не только положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга, но и стимулируют окислительно-восстановительные процессы, усиливают утилизацию глюкозы, улучшают энергетический потенциал организма, повышают устойчивость ткани мозга к гипоксии, способствуют улучшению памяти, облегчают процесс обучения. С этой целью можно назначить ноотропил (0,4—0,6 мг в сутки), энцефабол (0,1—0,2 мг в сутки), аминолон (0,5—1 г в сутки), пантогам (0,5—0,75 в сутки), фенибут (0,5—0,75 в сутки). Наряду с этими препаратами также используют глютаминовую кислоту, церебролизин по 1 мл внутримышечно, курс лечения 10—15 инъекций. Лечение этими препаратами проводят 2—3 раза в год.

*Растительные психостимуляторы.* Детям с ваготонической направленностью СВД назначают психостимуляторы, повышающие активность симпатической нервной системы. С этой целью можно воспользоваться кофеином, дуплексом, настойкой женьшеня, лимонника китайского, элеутерококка, родиолы розовой, заманихи, пантокрин. Все эти препараты назначают по 1—2 капли на 1 год жизни в первой половине дня, 2 раза в день за 30 мин до еды, в течение 1—2 месяцев, чередуя их между собой, с перерывами по 2—3 недели.

При упорных головных болях, внутричерепной гипертензии показаны курсы диакарба, мочегонных трав. Для улучшения микроциркуляции назначают трентал, кавинтон, винкапан.

Таблица 4

## Транквилизаторы (анксиолитики)

Группы препаратов	Препараты
Агонисты бензодиазепиновых рецепторов	Хлордиазепоксид (элиниум, хлорзепид, либриум) Диазепам (сибазон, реланиум, седуксен) Феназепам  Дневные транквилизаторы: Тофизепам (грандаксин) Медазепам (мезапам, рудотель, нобриум)
Вещества разного типа	Атаракс, амизил, триоксазин, мепротан (мепробромат)

В настоящее время в лечении любых форм СВД стали использоваться активные *пищевые добавки растительного происхождения*, в состав которых входят коферменты, микроэлементы и витамины в изолированном виде или в их сочетании: коэнзим Q 10, L-карнитин,  $\beta$ -каротин, хасон (боярышник), кальций, магний, цинк, селен или неоселен, магне-В<sub>6</sub>, «Винибис», «Мульти-табс» и «Мульти-табс с  $\beta$ -каротином».

Из других средств при симпатикотонии применяют препараты калия, витамин В<sub>1</sub>, при ваготонии — препараты кальция, фосфора, витамины В<sub>6</sub>, С.

**Лечение артериальной гипертензии.** При артериальной гипертензии наряду с использованием немедикаментозных методов лечения, седативных средств показано назначение базисной терапии, включающей сосудистые и ноотропные препараты. С этой целью можно назначить оксибрал (по 5—10 мл сиропа 3 раза в день), винпоцетин (1 табл. — 5 мг), кавинтон (1 табл. — 5 мг), циннаризин (1 табл. — 25 мг). При неэффективности лечения, сохранении стабильной артериальной гипертонии назначают гипотензивные препараты. Важным в лечении больных с артериальной гипертонией является индивидуальный подбор препаратов для конкретного больного. При стабильной артериальной гипертензии и гиперкинетическом типе кровообращения (тахикардия, преимущественное повышение систолического артериального давления) показано назначение небольших доз  $\beta$ -блокаторов: атенолол — 0,7 мг/кг 1 раз в день, пропранолол (об-зидан, индерал) 0,5 мг/кг 3—4 раза в день. При гипо-кинетическом типе кровообращения (брадикардия, повышение преимущественно диастолического артериального давления) лечение начинают с назначения мочегонных препаратов (гипотиазид, триампур). При отсутствии эффекта показано назначение ингибитора ангиотензин-превращающего фермента каптоприла (0,5 мг/кг 3 раза в сутки). В педиатрической практике часто используют пролонгированный препарат эналаприл (0,2 мг/кг 1 раз в день).

**Купирование гипертонических кризов.** Прежде всего необходимо создать максимально спокойную обстановку. С целью снижения артериального давления у ребенка с СВД можно назначить седативные препараты (седуксен 1 табл. — 5 мг или 1—2 мл внутримышечно), мочегонные средства (фуросемид, лазикс), препараты калия (панангин 2 таблетки),  $\beta$ -адреноблокатор атенолол из расчета 0,7 мг/кг массы тела.

**Лечение вегетативных пароксизмов** довольно сложно, так как кризы обладают циркадностью и строго индивидуальны. Преобладание активности того или иного отдела вегетативной нервной системы во время криза может быть компенсаторным, и, подавляя этот отдел, можно усугубить, усилить криз. Важно не столько лечение самого криза, сколько комплексная и длительная терапия в межприступный период.

При симпатикоадреналовых пароксизмах у детей используют транквилизаторы, седативные препара-

ты,  $\beta$ -адреноблокаторы. Желательно после купирования криза назначить  $\beta$ -адреноблокатор еще на 4—5 дней, можно в сочетании с седативными лекарственными средствами. Если у пациента симптикоадреналовые кризы повторяются, и выявлена связь между их возникновением и психоэмоциональным напряжением, то  $\beta$ -блокатор может назначаться в небольшой дозе более продолжительное время. Необходимо постараться устранить провоцирующий фактор и провести пациенту курс психотерапии. Детям с повторяющимися парасимпатическими кризами целесообразно провести длительный курс лечения (1—2 месяца) одним из препаратов красавки. С этой целью можно использовать беллоид, белласпон, беллатаминал и др. Обычно их назначают на ночь (1/2 — 1 табл.) в зависимости от возраста. На этом фоне следует продолжать лечение СВД.

Если у ребенка возник вегетативный пароксизм, нужно определить особенности его течения (вагоин-

Таблица 5

#### Оказание помощи детям с вегетативными кризами

Симпатикоадреналовый криз	Вагоинсулярный криз
Психотерапия и седативная фитотерапия	Психотерапия и седативная фитотерапия
Транквилизаторы (седуксен, реланиум)	Амизил
Сонапакс	Адаптогены (настойка женьшеня, элеутерококка и др.)
Седуксен + сонапакс	Беллоид, беллатаминал
Пирроксан	Антигистаминные препараты (при аллергических реакциях)
Обзидан (0,5—1 мг/кг разовая доза)	Атропин подкожно

сулярный, симпатикоадреналовый или смешанный), с учетом этого постараться оказать необходимую помощь (табл. 5).

В заключение следует сказать, что как купирование вегетативных кризов у детей, так и лечение СВД, требуют индивидуального подхода, с подбором соответствующих методов и препаратов. Организовав адекватную терапию ребенку с СВД, надо контролировать эффективность терапии, так как нередко могут наблюдаться парадоксальные реакции, ибо чистой ваготонии или симпатикотонии у детей практически не бывает. Сменяя один вид лечения другим, постепенно можно добиться положительного терапевтического эффекта в большинстве случаев.