

С.А. Соломин,
кандидат медицинских наук

М.Г. Жестикова,
кандидат медицинских наук

Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк, Россия

Кортексин в комплексном лечении
синдрома вегетативных дисфункций у детей

Синдром вегетативных дисфункций (СВД), по мнению ряда авторов, имеется у 25–80% населения [1], а среди детей преимущественно школьного возраста СВД встречается у 45–49% [2, 3]. Среди факторов, способствующих развитию СВД, важное значение имеет сочетание наследственно-конституциональной предрасположенности и провоцирующих экзогенных факторов.

Целью настоящего исследования было изучение эффективности использования препарата «Кортексин» в комплексном лечении детей, страдающих СВД. Обследовано и пролечено 79 детей в возрасте от 7 до 16 лет с различными формами СВД, из них 48 (60,7%) девочек и 31 (39,2%) мальчик. В работе мы опирались на стойкие перманентные и параксизмальные вегетативные нарушения (головная боль, вертебро-базилярная недостаточность, метеозависимость, кризы и обмороки).

У всех детей были жалобы на головную боль различной продолжительности (от 15 – 20 сек. до 1–2 ч.) и интенсивности, возникающие в 81,2% случаев во второй половине дня. Боли локализовались в области лба, висков, затылка и имели давящий или пульсирующий характер, редко сопровождалась тошнотой, рвотой (33,3%). Боли купировались после отдыха, сна, приема анальгетиков. Жалобы на головокружение при перемене положения тела, длительном стоянии предъявляли 32 ребенка (66,6%). Слабость, повышенная утомляемость после занятий в школе отмечалась у всех детей. СВД с параксизмами в виде обмороков протекал в 30% случаев.

Диагноз «мигрень» до сих пор распространен довольно широко [4]. У всех детей, обратившихся к нам с таким диагнозом и широким набором вегетативных расстройств (39,5%), рентгенологически выявлялась выраженная нестабильность шейных позвонков в разных позвоночных двигательных сегментах.

Нейровегетативные нарушения при СВД часто реализовались в различных органах и системах преимущественно ССС в виде СВД по гипертоническому или гипотоническому типу (55 детей – 69,6%, из них СВД по гипотоническому типу был у 69,4%), а также в виде абдоминальных приступов (боли в животе, вздутие, рвота, понос) – 24 ребенка (30,3%).

Дети с СВД метеозависимы, считается [4–5], что метеозависимость и ее вегетативные проявления своим происхождением обязаны реакциям симпатических сплетений.

Под нашим наблюдением находилось 38 детей – 48% с признаками метеозависимости, у 89% этих детей обнаружены признаки нестабильности в шейном отделе позвоночника с клиникой вегетативно-сосудистых, вестибулярно-гидроцефальных пароксизмов, ретикулярных кризов с выраженной астенией, которые сопровождаются распирающей головной болью, тошнотой, рвотой, головокружениями, перебоями в деятельности сердца, нарушениями дыхания, вздутием живота и др.

В результате анализа медицинской документации выявлено, что большинство детей (89%) с диагнозом «СВД» были недообследованы и назначенное лечение не приводило к устранению одного из основных провоцирующих факторов (нестабильность, гипермобильность в шейном отделе позвоночника).

При рентгенологическом обследовании с функциональными пробами выявлены патобиомеханические изменения (ПБМИ) в шейном отделе позвоночника в 100% случаев (нестабильность – 64%, гипермобильность – 36%). В 25% случаях отмечались функциональные блоки С0–С1, сочетающиеся с нестабильностью или гипермобильностью.

Наличие ПБМИ у всех обследованных послужило основанием для включения в комплекс лечебных мероприятий мануальной терапии с использованием преимущественно мягких техник (миофасциальный релиз, техника нейтральной точки, ручная тракция, техника мышечного веретена) по оригинальной методике. Курс мануальной терапии составлял до 10 сеансов с обязательной фиксацией шейного отдела позвоночника воротником Шанца на 2 – 3 ч. после сеанса.

В комплекс лечения входила медикаментозная терапия по общепринятой методике, а также лечебно-медикаментозные блокады (ЛМБ) с церебролизин, кавинтоном в точки позвоночной артерии и сочетание электрофореза по Бургиньону с этими же препаратами (например, церебролизин и кавинтон через день).

В лечении СВД был использован Кортексин. Этот препарат обладает тканеспецифическим действием на кору головного мозга, оказывает церебротекторное, ноотропное и противосудорожное воздействие, снижает токсические эффекты нейротропных веществ, стимулирует репаративные процессы в головном мозге, ускоряет восстановление функций головного мозга после стрессорных воздействий.

В нашей практике Кортексин используется в качестве медикаментозной терапии в комплексе реабилитационных мероприятий при многих заболеваниях нервной системы у детей. Так, за последние 1,5 года пролечено 79 детей с СВД в возрасте от 7 до 16 лет.

Кортексин назначался детям в виде лечебно-медикаментозных блокад в точку Vg 15 или Vg 16. Препарат растворяли в 1,0 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Курс составил 10 дней.

Для сравнения результатов лечения взяты две группы детей. Первой (41 ребенок – 51,8%) курс лечения проведен с препаратами «Церебролизин» и «Кавинтон» по нашей методике, второй (38 детей – 48,1%) – с Кортексином. При назначении Кортексина во второй группе улучшение наступило на 4-5-й день лечения. В 100 % случаев прошли головные боли, улучшился сон, исчезла метеозависимость, наступило улучшение памяти и общего состояния детей. В первой группе улучшение наступило лишь к 10-11-му дню лечения.

Осложнений или побочных явлений при проведении комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий с применением Кортексина не наблюдалось.

Всем детям назначался массаж шейно-воротниковой зоны, а также лечебная физкультура (ЛФК) с преимущественно статическими упражнениями на шейном уровне. Упражнения были обучены все дети для дальнейшего выполнения их в домашних условиях.

В результате проведенного лечения с использованием Кортексина у всех детей отмечалось улучшение состояния, у 100% детей прошли головные боли и другие вегетативные нарушения, у 84% детей за период от 6 мес. до 1 года головные боли не повторялись.

Выводы

1. В 100% случаях при СВД развиваются патобиомеханические изменения на шейном уровне (нестабильность, гипермобильность, функциональные блоки), которые влияют на течение СВД, что обосновывает при вегетативных расстройствах необходимость включения наряду с мануальной терапией в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий отечественного высокоэффективного препарата «Кортексин», используемого в виде блокад.

2. Особенностью вегетативных дисфункций является то, что в качестве самостоятельного заболевания они выступают редко. Вегетативные нарушения являются вторичными, возникающими на фоне многих психических, неврологических, соматических заболеваний, а также имеющихся ПБМИ на шейном уровне. В этих условиях применение Кортексина активизирует информационно-метаболические процессы и оказывает ярко выраженный лечебный эффект у детей с СВД.

Список литературы

1. Вейн А.М., Соловьева А.Д. Вегетососудистая дистония. М., 1981.
2. Исмаилов М.Ф. Клинические аспекты вегетативной дисрегуляции пубертатного периода // Невропатология и психиатрия. 1985. № 10. С. 1460.
3. Бондоренко Е.С., Соломатина О.Г. и др. Вегетососудистая дистония у детей. М, 1989.
4. Лудянский Э.А. Руководство по заболеваниям нервной системы. Вологда, 1995. С. 424.
5. Яременко Б.Р., Яременко А.Б. и др. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. СПб, 1999.