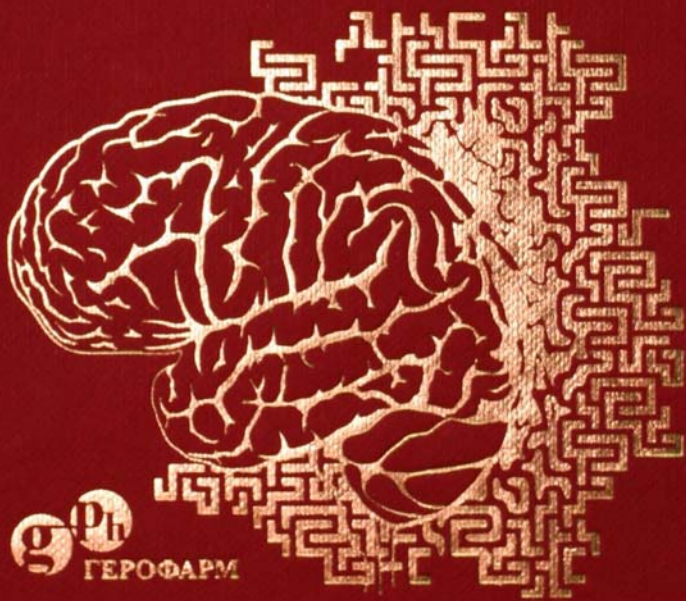


# КОРТЕКСИН

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ  
ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕВРОЛОГИИ



«НАУКА»

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

**С.А. Соломин**, кандидат медицинских наук; **И.Р. Шмидт**, профессор;  
**М.Г. Жестикова**, кандидат медицинских наук  
Новокузнецкий институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк, Россия

## NEW POSSIBILITIES FOR TREATING OF VEGETATIVE DYSFUNCTION SYNDROME IN CHILDREN

**S.A. Solomin**, Candidate of Medical Sciences; **I.P. Shmidt**, Professor;  
and **M.G. Zhestikova**, Candidate of Medical Sciences  
Novokuznetsk Institute for Advanced Medical Training, Novokuznetsk, Russia

*Using of Cortexin significantly improves the efficacy of therapy for vegetative dysfunction syndrome in children.*

### Состояние вопроса

**С**индром вегетативной дисфункции (СВД) – полиэтиологический синдром, обусловленный нарушением регуляторной функции высших отделов вегетативной нервной системы, расстройством макро- и микроциркуляции, сосудистого тонуса и кровенаполнения, клинически проявляющийся в виде эмоционально-волевых нарушений и снижения адаптационных возможностей организма [1].

Вегетативные нарушения имеются у 25-80% всех людей [1], у детей – преимущественно в школьном возрасте (45-49%) [1–2]. Основными причинами, вызывающими СВД, являются: наследственно-конституциональные факторы, психофизиологические расстройства, гормональные перестройки, соматические болезни, органические заболевания нервной системы, профессиональные и природные токсические факторы, невротические расстройства, психические заболевания. Одним из звеньев в развитии СВД является нарушение функции надсегментарного отдела вегетативной нервной системы: нарушение мозгового гомеостаза, изменения функциональных состояний мозга и биоритмологические аспекты, нарушение межполушарного взаимодействия [3]. Среди факторов, способствующих развитию СВД, большое значение имеет сочетание наследственно-конституциональной предрасположенности и провоцирующих экзогенных факторов. Считается, что детям передается от родителей тип реагирования вегетативной нервной системы на стресс [2, 4].

Лечение СВД является комплексным, индивидуальным и целенаправленным [5–6]. Определенную роль играет плацебо. Следует заметить, что лечение СВД может быть: 1) этиотропное и патогенетическое, в зависимости от выявленного этиологического фактора и патогенеза основного заболевания; 2) в форме воздействия на патологические процессы.

Среди патогенетических средств и методов лечения можно выделить 3 группы:

- 1-я – средства и методы, уменьшающие возбудимость ВНС: атропин и атропинсодержащие, ганглиоблокаторы, блокаторы  $\alpha$ - и  $\beta$ -рецепторов, местные анестетики, анальгетики, препараты кальция, отвлекающие и раздражающие, тормозные методики рефлексотерапии, массаж, гидротерапия, климатотерапия, гипербарическая оксигенация (ГБО);
- 2-я – средства и методы, воздействующие на тканевые процессы: препараты, улучшающие микроциркуляцию, спазмолитики, гипотензивные, кардиотоники, средства, улучшающие венозный отток, ангиопротекторы, средства, улучшающие метаболизм нервной и периферических тканей;
- 3-я – средства, корригирующие нейромедиацию в ЦНС: нейролептики, транквилизаторы, психостимуляторы, антидепрессанты.

Наиболее эффективно на компенсаторные механизмы воздействуют различные виды тренировки рецепторов – закаливание, души, обливания, воздушные ванны и др. Фитотерапия и ГБО уменьшают проявления метеозависимости. Аутогенная тренировка, сбалансированное питание, витамины и микроэлементы, оптимальные индивидуальные режимы, использование облегчающих факторов обязательно входят в комплекс лечебных мероприятий при СВД [1–2].

Психологическая и социальная реабилитация позволяет полностью или частично устранить психотравмирующие факторы или изменить к ним отношение пациента, повысить его толерантность к особенностям проявления СВД.

Лечение вегетативных кризов требует соблюдения общих мероприятий и назначения специальных медикаментозных препаратов в зависимости от особенностей протекания криза. Общие мероприятия включают: устранение факторов, спровоцировавших криз, нормализацию цикла сна и бодрствования и эмоционального состояния (рациональная психотерапия), обязательное лечение в межкризовом периоде.

При развившемся кризе необходимо создать пациенту подходящие условия, нормализовать микроклимат и дыхание. Из медикаментозных средств используются седативные, транквилизаторы (седуксен 2 мл 0,5%, антелепсин = клоназепам 0,001–0,002, 3–4 раза в день), амитриптилин (триптизол) 0,05–0,075, леривон.

При преобладании симпатoadреналовых проявлений применяют пирроксан ( $\alpha$ -адреноблокатор) 1%-ный 1–3 мл, анаприлин ( $\beta$ -адреноблокатор) 0,1%-ный 1 мл. При повышенном уровне артериального давления – гипотензивные средства.

При вагоинсулярных проявлениях – анаприлин ( $\beta$ -адреноблокатор) 0,1%-ный 1 мл, кофеин, кордиамин, атропин, седуксен.

В случаях вестибулярно-вегетативных проявлений – противорвотные (торекан, аминазин), пипольфен, дедалон, бутироксан, атропин, вдыхание кислорода.

При эпилептиформных проявлениях криза – противосудорожные (седуксен, финлепсин) [5–6].

Эффективно также немедикаментозное воздействие – например, рефлексотерапия, массаж головы и шеи и т.п.

### Цель работы, материалы и методики

Целью настоящего исследования было изучение эффективности использования препарата кортексин в комплексном лечении детей с СВД. Обследованы и пролечены 79 детей в возрасте от 7 до 16 лет с СВД различной этиологии. Среди обследованных с подтвержденным диагнозом «СВД» было 48 (60,7%) девочек и 31 (39,2%) мальчик. Больные предъявляли жалобы на стойкие перманентные и пароксизмальные вегетативные нарушения – головную боль, вертебро-базилярную недостаточность, метеозависимость, панические атаки.

У всех детей были жалобы на головные боли различной длительности (от 15–20 сек. до 1–2 часов) и интенсивности, возникающие во второй половине дня. Головные боли локализовались в области лба, висков, затылка и имели давящий или пульсирующий характер. Нередко они 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 и проходящая после отдыха отмечалась у всех детей. СВД с пароксизмами в виде панических атак протекал в 30% случаев. 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 реализовывались в различных органах и системах преимущественно ССС в виде СВД по гипертоническому или гипотоническому типу (55 детей: 69,6% – по гипертоническому типу, 69,4% – по гипотоническому), а также абдоминальными приступами (боли в животе, вздутие, рвота, понос) у 24 детей – 30,3 %.

Дети с СВД метеозависимы. Некоторые авторы [1, 2, 7] считают, что метеозависимость и ее вегетативные проявления своим происхождением обязаны реакциям симпатических сплетений, обвивающих крупные артерии. Симпатические сплетения обеспечивают кровоснабжение головного мозга. В первую очередь это относится к сонным и позвоночным артериям. Что касается непосредственной метеозависимости, то связь внутренней и окружающей среды в организме осу-

ществуется через кожу, полые органы, органы чувств, рефлекторные сосудистые зоны. Барорецепторы синокаротидной и других рецепторных сосудистых зон реагируют на изменения погоды, а затем опосредованно изменяют тонус сосудов головного мозга, что и является механизмом метеозависимости [4, 7].

Под нашим наблюдением также находились 38 детей с признаками метеозависимости, у 89% из них были 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 работе сердца, нарушением дыхания, вздутием живота и др.

При назначении детям рентгенологического обследования с функциональными пробами в 100% случаев были выявлены патобиомеханические изменения (ПБМИ) шейного отдела позвоночника, которые проявлялись в виде нестабильности у 64% пациентов и гипермобильности – у 36%. В 25% случаев отмечались функциональные блоки С0-С1, сочетающиеся с нестабильностью или гипермобильностью. Наиболее яркая картина вегетативных нарушений всегда сочеталась с более выраженными клиническими проявлениями и изменениями на рентгенограммах шейного отдела позвоночника.

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 разработанной нами методике. Курс мануальной терапии составлял до 10 сеансов с обязательной фиксацией шейного отдела позвоночника воротником Шанца на 2–3 часа после сеанса.

В комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий для лечения СВД использовался кортексин. Препарат вводили внутримышечно, растворяя 10 мг лиофилизированного порошка в 1,0 мл 0,5%-ного раствора новокаина. Курс составил 10 дней.

Для оценки эффективности кортексина в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий при лечении СВД у детей применялся вопросник для выявления признаков вегетативных изменений [1]. Вопросник был адаптирован в соответствии с возможностями детского восприятия (таблица).

При использовании кортексина на 5-6-й день количество баллов уменьшалось до 18, а к окончанию полного курса лечения составляло 15-12 баллов, что расценивается как состояние практически здорового человека.

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

## Оценка вегетативных изменений (вопросник)

	Да	Нет	Баллы
1. Отмечали ли Вы (при любом волнении) склонность к: а) покраснению лица; б) побледнению лица?	Да Да	Нет Нет	33
2. Бывает ли у Вас онемение или похолодание а) пальцев кистей и стоп; б) целиком кистей?	Да Да	Нет Нет	34
3. Бывает ли у Вас изменение окраски (побледнение, покраснение, синюшность): а) пальцев кистей и стоп; б) целиком кистей?	Да Да	Нет Нет	55
4. Отечаете ли Вы повышенную потливость? В случае ответа «да» подчеркните слово «постоянная» или «при волнении».	Да	Нет	4
5. Часто ли бывают у Вас ощущения сердцебиения, «замирания», остановки сердца?	Да	Нет	7
6. Часто ли бывают у Вас ощущения затруднения при дыхании: чувство нехватки воздуха, учащенное дыхание? В случае ответа «да» уточните: при волнении, в душном помещении (нужное подчеркните).	Да	Нет	7
7. Характерно ли для Вас нарушение функции желудочно-кишечного тракта: склонность к запорам, поносам, «вздутиям» живота, болям?	Да	Нет	6
8. Бывают ли у Вас обмороки (внезапная потеря сознания или чувство, что можете его потерять)? Если да, то уточните условия: душное помещение, волнение, длительность пребывания в вертикальном положении (нужное подчеркните).	Да	Нет	7
9. Бывают ли у Вас приступообразные головные боли? Если да, уточните: диффузные или только половина головы, «вся голова», сжимающие или пульсирующие (нужное подчеркните).	Да	Нет	7
10. Отмечаете ли Вы в настоящее время снижение работоспособности, быструю утомляемость?	Да	Нет	5
11. Отмечаете ли Вы нарушение сна? В случае ответа «да» уточните: а) трудность засыпания; б) поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями; в) чувство усталости при пробуждении утром.	Да	Нет	5

Обследуемый подчеркивает соответствующий ответ – «да» или «нет». Для количественной оценки имеющихся признаков проводится экспертная оценка вегетативных симптомов путем суммирования баллов каждого признака по его удельному весу среди различных симптомов СВД. Общая сумма баллов у здоровых лиц не должна превышать 15, в случае ее превышения можно говорить об СВД [1].

Из анализа приведенного клинического материала следует, что кортексин является эффективным средством в комплексном лечении детей с СВД, в том числе с имеющимися ПБМИ на шейном уровне. СВД развивается в 100% случаях при ПБМИ на шейном уровне, таких как нестабильность, гипермобильность, функциональные блоки. Констатируется хорошая переносимость кортексина. Местные реакции на введение препарата отсутствовали.



## Выводы

1. Кортиксин, влияющий на интегральное модулирование функций ЦНС, используется как эффективное средство при комплексном лечении СВД.

2. Под влиянием кортиксина происходит повышение уровня серотонина и ГАМК, а изменение уровня нейромедиаторов в определенных структурах головного мозга приводит к развитию седативного, антистрессового и противоэпилептического эффектов. Кортиксин можно поставить в один ряд с патогенетическими средствами, корригирующими нейромедиацию в ЦНС.

3. В терапевтических дозах у препарата отсутствуют токсичность и аллергенность. Препарат не оказывает побочного действия и не имеет противопоказаний к применению.

4. Кортиксин экономически доступен населению нашего региона.

## Список литературы

1. Вегетативные расстройства. Клиника. Диагностика. Лечение / Под ред. А.М. Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. 752 с.
2. Неврология для врачей общей практики / Под ред. А.М. Вейна. М.: Эйдос Медиа, 2001. 504 с.
3. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы: Руководство для врачей. Изд. 2-е. СПб.: Политехника, 1996. 320 с.
4. Zametkin A. J., Rapoport J. L. Noradrenergic hypothesis of attention deficit disorder with hyperactivity: A critical review // Psychopharmacology: The third generation of progress / H.V. Metsler (Ed.). N.Y.: Raven. P. 837.
5. Карлов В.А. Терапия нервных болезней. М.: Медицина, 1996. 653 с.
6. Бороян Р.Г. Клиническая фармакология. М.: Медицинское информационное агентство, 2000. 422 с.
7. Lowrence D. Management of headache and headache medications. N.Y.: Springer, 1994. 217 p.

