Клинические особенности и подходы к лечению синдрома вегетативной дисфункции у подростков

Л.С. ЧУТКО*, С.Ю. СУРУШКИНА

Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой РАН, Санкт-Петербург

Autonomic dysfunction syndrome in adolescents: clinical features and treatment approaches

L.S. CHUTKO, S.YU. SURUSHKINA

Bekhtereva Human Research Institute, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg

Ключевые слова: *синдром вегетативной дисфункции, подростки, адаптол, ноофен.*

Key words: *autonomic dysfunction syndrome, adolescents, adaptol, noofen.*

Высокая распространенность вегетативной дисфункции в детском и подростковом возрасте издавна привлекает внимание специалистов различного профиля [1]. Синдром вегетативной дисфункции (СВД) у детей встречается в 20—82% [2, 3]; неустойчивая вегетативная регуляция отмечается у 95% подростков [4].

Еще J. Da Costa в 1871 г. [5] на основе наблюдений, сделанных во время гражданской войны в США, описал нарушения сердечно-сосудистой системы, названные им «возбудимым сердцем солдата» и позднее получившие название «синдром Да Коста». Он описал психогенно провоцированные нарушения функций сердечно-сосудистой системы (учащенное и усиленное сердцебиение, кардиалгии), дыхательной системы (учащенное дыхание, чувство удушья и нехватки воздуха) и пищеварительной системы (учащенный жидкий стул, ощущение вздутия живота, боли по ходу толстой кишки) в структуре тревожно-ипохондрических состояний. Непосредственная связь с психогениями в наблюдениях J. Da Costa подтверждается редукцией функциональных нарушений и тревожной симптоматики после разрешения психотравмирующей ситуации.

В 1966 г. W. Thiele [6] описал психовегетативный синдром — психофизиологическое расстройство с превалированием вегетативных нарушений в ответ на эмоциональное напряжение, отметив одновременное развитие психических и вегетативных нарушений. Позднее О.В. Воробьева [7], подчеркивая облигатность и приоритет психических нарушений, отметила, что вегетативные расстройства не ограничиваются рамками одной системы. Б.Д. Карвасарский [8] в своих работах использует понятие «синдром вегетативных расстройств», в рамках которого объединяются разные формы нарушений функции сердечно-сосудистой, пищеварительной, дыхательной систем.

Долгие годы СВД рассматривался в рамках неврозов, либо как патология собственно вегетативной системы, либо начальная форма других заболеваний. В настоящее время под СВД понимают самостоятельную группу полисистемных расстройств в деятельности надсегментарных вегетативных структур [9][1].

В МКБ-10 СВД отнесен к рубрике G90. При этом отмечен полиморфизм его клинических проявлений с вовлечением многих систем организма, ведущее место среди которых принадлежит расстройствам сердечно-сосудистой системы.

В современной психиатрии СВД рассматривается и как «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» (рубика МКБ-10 F45.3). Данное понятие объединяет группу психогенных заболеваний, характеризующихся симптомами, напоминающими соматическое заболевание. В этом аспекте формулируются и предъявляются больным жалобы, которые чаще всего связаны с расстройствами сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или

[1]В клинической практике используется ряд синонимов СВД: вегето-сосудистая дистония, вегетативный невроз, вегетоз, нейроциркуляторная дистония. В настоящее время вместо последнего часто применяется понятие «нейроциркуляторная астения» (НА).

© Л.С. Чутко, С.Ю. Сурушкина, 2014

*e-mail: chutko5@rambler.ru

дыхательной систем. В МКБ-10 классифицируются и отдельные расстройства этой группы, обозначаемые по соответствующим органам и системам: F45.30 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы (для обозначения данной патологии в кардиологии иногда используется сокращение НА; F45.31 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы верхней части желудочно-кишечного тракта; F45.32 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы нижней части желудочно-кишечного тракта. Для обозначения данной патологии в гастроэнтерологии используется термин «синдром раздраженного кишечника»; F45.33 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы органов дыхания; F45.34 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы мочеполовых органов; F45.38 — соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы других органов.

Следует обратить внимание на то, что в МКБ-10 соматоформные расстройства объединены в одну большую группу с невротическими и связанными со стрессом нарушениями. Это может быть объяснено упоминавшейся выше их исторической связью с концепцией невроза, а также обусловленностью основной части этих расстройств психологическими причинами.

Причинами СВД являются наследственная предрасположенность (предполагают мультифакториальный и аутосомно-доминантный типы наследования [10, 11]), патология перинатального периода, последствия черепно-мозговых травм и нейроинфекций, очаги хронического воспаления и соматические заболевания, чрезмерные физические нагрузки, неблагоприятные условия внешней среды (климат и т.д.) и др. Однако очень часто ведущей причиной являются эмоциональные нарушения, в первую очередь тревожные расстройства. Тревога — субъективно неприятное эмоциональное состояние, чувство неопределенности, ожидание плохих событий, трудноопределимые предчувствия. Согласно Дж. Боулби [12], у детей, считающих окружающий мир ненадежным, недоступным, враждебным или угрожающим, могут впоследствии возникать сильная тревожность и формироваться поведенческие паттерны избегания. Тревожные дети и подростки отличаются тенденциозностью в обработке информации со сверхчувствительностью к угрожающим событиям и интерпретацией двусмысленных ситуаций как угрожающих.

Говоря о развитии СВД у подростков, необходимо помнить и о нейроэндокринных перестройках в пубертатном периоде. Согласно Л.С. Выготскому [13], существует пятый возрастной кризис — кризис подросткового возраста (около 13 лет). Кроме этого, следует помнить и о роли семейной и школьной дезадаптации в генезе СВД. Под школьной дезадаптацией понимают нарушения приспособления личности ребенка к условиям обучения в школе, которое выступает как частное явление расстройства у ребенка общей способности к психической адаптации [14].

В психиатрии традиционно доминирует психоцентрический подход к СВД, предусматривающий оценку данной патологии как психосоматического заболевания. При этом необходимо учитывать механизм соматизации, который, согласно Z. Lipowsky [15], определяется как склонность переживать психологический стресс на физиологическом уровне. По мнению В.Н. Мясищева [16], причина данной патологии — результат взаимодействия психогенных факторов с аномалиями (врожденные или приобретенные) вегетативной иннервации.

В основе патогенеза СВД лежит нарушение равновесия между симпатической и парасимпатической системами, обусловленное дезинтеграцией высших вегетативных центров, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса [9].

Симптоматика СВД зависит от возраста, вегетативного тонуса, эмоциональных нарушений [17]. Согласно В.Я. Гиндикину [18], можно выделить 2 разновидности психовегетативных расстройств: с преобладанием органной патологии, при которой нарушения локализуются в определенной системе, и общую, характеризующуюся полиморфизмом симптоматики. В качестве отдельных компонентов СВД выделяют: соматический, включающий разнообразные дисфункции органов; неврологический — с оживлением рефлексов, незначительным тремором языка, клонусом стоп; психический, клиническим содержанием которого являются внутреннее беспокойство, тревога, расстройства сна, лабильность настроения, повышенная истощаемость, расстройства внимания и т.д.

Выделяют [19] следующие клинические варианты СВД, которые встречаются изолированно или в сочетаниях: синдромы артериальной гипер- и гипотензии; нейрогенные обмороки; цефалгический синдром; вестибулопатический синдром; нейрогенная гипертермия; функциональная кардиопатия; гипервентиляционный синдром; дискинезия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ); дискинезия нижних отделов ЖКТ (синдром раздраженной толстой кишки); ангиотрофоневроз; нейрогенный мочевой пузырь; функциональная легочная гипертензия; гипергидроз; нейроэндокринный синдром; вегетативные кризы (панические атаки).

При клинической диагностике СВД следует учитывать общую направленность вегетативных изменений (симпатикотоническая, ваготоническая, смешанная) [20, 21]. В подростковом возрасте усиливаются симпатоадреналовые влияния, отражая общую возрастную активацию нейроэндокринной системы [20]. Такие подростки, как правило, асте-

ничные, пониженного питания. Их кожные покровы сухие, бледные, сосудистый рисунок не выражен, отмечается стойкий белый дермографизм. Они часто предъявляют жалобы на болевые ощущения в области сердца (кардиалгии), у них отмечается склонность к тахикардии, повышению артериального давления. Кроме этого, для них типичны жалобы на запоры, редкие, но обильные мочеиспускания [21]. У подростков с ваготонией нередко наблюдается склонность к ожирению, несмотря на сниженный аппетит. Для них характерны зябкость, потливость, частая и длительная субфебрильная температура. Кожные покровы с мраморным рисунком, прохладные. Кисти рук и стопы холодные и влажные, часто цианотичные. Дермографизм красный, стойкий, разлитой, иногда возвышающийся. Для таких подростков типичны брадикардия или брадиаритмия, тенденция к снижению артериального давления, кардиалгии, обмороки, плохая переносимость транспорта, чувство нехватки воздуха. У многих детей отмечаются боли в животе, тошнота, гиперсаливация, склонность к метеоризму, частые и необильные мочеиспускания [21].

Оценивая динамику клинических синдромов в зависимости от типа вегетативного гомеостаза и возраста ребенка, О.Е. Талицкая и С.Б. Шварков [17] отметили, что у детей с ваготонией клинические проявления возникают в более раннем возрасте и отличаются большим разнообразием, чем при смешанном и симпатикотоническом типах вегетативного гомеостаза. Одним из распространенных при СВД является синдром цефалгии, отмеченный авторами у 35% детей. Наиболее часто цефалгический синдром встречается у детей с ваготоническим типом СВД. У подавляющего большинства (82,9%) пациентов с цефалгическим синдромом были диагностированы головные боли напряжения (ГБН). ГБН являются одними из наиболее частых из всех форм цефалгий. Среди остальных форм головной боли они встречаются в 40—80% случаев [22]. Вопрос о начале появления и частоте ГБН в детском возрасте остается открытым в связи с тем, что дети не всегда могут четко рассказать о своих ощущениях. Это значительно затрудняет выявление цефалгий. По данным А.П. Рачина [23], частота ГБН нарастает к 11—12 годам, когда наблюдается пик болезни с последующим снижением к возрасту окончания школы. Клинически ГБН характеризуются как монотонная, диффузная, тупая, чаще двусторонняя симметричная боль давящего, сжимающего, непульсирующего характера. При сравнении групп подростков с эпизодическими (частыми) ГБН и хроническими ГБН более выраженные проявления СВД регистрировались у пациентов с хронической формой заболевания, что является косвенным свидетельством параллельного прогрессирования этих заболеваний [24].

Пароксизмальное течение СВД проявляется в виде панических атак. Ранее данное состояние называлось вегетативными кризами. Основным признаком панических атак являются повторные приступы тяжелой тревоги (паники), которые не ограничиваются определенной ситуацией или обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Тревожные нарушения сочетаются с ощущениями сильного сердцебиения, нехватки воздуха, одышки, боли или дискомфорта в левой половине грудной клетки, тошноты, головокружения и т.д. Впоследствии, после серии панических эпизодов, формируется страх повторения приступа. Исследование J. Davidson [25] показало, что подобные симптомы отмечаются у 3% людей в популяции. Панические приступы как эпизодический феномен отмечаются более чем у 10% населения [26]. По данным T. Ollendick и соавт. [27] панические атаки встречаются у 1—5% подростков.

Панические атаки могут быть спонтанными (возникающими без провоцирующих факторов) и ситуационными. Последние могут провоцироваться психогениями, физической нагрузкой, сексуальной активностью, приемом алкоголя, а также условнопатогенными факторами (температурные перегрузки, пребывание в душном помещении, различные резкие запахи, табачный дым и др.). Вегетативные расстройства чаще представлены картиной симпатикотонического криза, реже смешанного или вагоинсулярного криза. Частыми сопутствующими симптомами являются боли в области сердца [28, 29].

Лечение СВД должно носить комплексный характер. Важная роль уделяется образу жизни подростка: режиму дня, обязательным прогулкам на свежем воздухе, адекватному питанию, достаточному времени, выделяемому на сон. Рекомендуется проведение закаливающих процедур, регулярных гимнастических упражнений и пеших прогулок. Кроме этого, следует ограничить просмотр телепередач, компьютерные игры. Обязательна санация очагов хронической инфекции [21].

Комплексность лечения СВД предполагает также бóльшую роль психотерапевтических методик. Рациональная психотерапия при СВД основывается на разъяснении больному доброкачественности имеющихся у него симптомов. Техника лечения основана на беседах с больным, во время которых врач разъясняет ему обратимый характер имеющихся у него нарушений, призывает больного изменить свое отношение к волнующим его событиям окружающей обстановки, перестать фиксировать внимание на имеющихся у него патологических симптомах. Терапевтическая беседа строится по методу сократовского диалога, во время которого терапевт постепенно подводит больного к запланированному выводу с помощью таких вопросов, на которые возможен лишь положительный ответ. Врачу необходимо

четко, доступно и обоснованно изложить пациенту суть его заболевания, подчеркнуть психогенную основу возникновения симптомов. Говоря о психотерапевтической коррекции у подростков, необходимо отметить, что «мишенью» зачастую является не сам пациент, а его родители.

В лечении СВД активно используется и фармакотерапия, в частности нейрометаболические средства, такие как препараты гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК). К данной группе относится и препарат ноофен — гидрохлорид β-фенил-γ-аминомасляной кислоты.

Особенностью ноофена является его способность проявлять и ноотропный и транквилизирующий эффекты. Ноотропное свойство основано на антигипоксическом действии, улучшении ГАМКергической нейромедиаторной передачи, повышении энергетических ресурсов, активации метаболических процессов, улучшении функциональных особенностей нейронов [30]. Умеренное транквилизирующее (анксиолитическое) действие проявляется уменьшением напряженности, тревоги, страха, эмоциональной лабильности, слезливости, раздражительности и нормализацией сна. Предполагается, что транквилизирующее действие препарата связано с его способностью усиливать контролирующую функцию корковых структур над подкорковыми, в том числе и лимбическими, за счет патогенетического воздействия — улучшения ГАМКергической нейромедиаторной передачи. Следует учитывать, что ноофену (как производному фенилэтиламина) присущи обусловленные дофамином свойства — его антиастеническое действие. По мнению О.С. Чабана и Е.А. Хаустовой [31], фармакологическое действие ноофена имеет дозозависимый характер: с увеличением дозы препарата увеличивается его транквилизирующая активность. Авторы подчеркивают позитивное влияние препарата на вегетативную симптоматику в структуре тревожных расстройств. О.Г. Морозова и А.А. Ярошевский [32] отметили выраженный вегетостабилизирующий и умеренный транквилизирующий эффекты ноофена, а также снижение интенсивности цефалгий. Ноофен нашел применение не только у взрослых пациентов, но и в педиатрии. Так, М.В. Хайтовичем [33] была показана эффективность ноофена у детей с вегетативной дисфункцией. Кроме вегетостабилизирующего эффекта на фоне лечения отмечалось снижение астенической симптоматики.

Важной особенностью препарата является редкость возникновения побочных эффектов. Так, лишь в редких случаях в первые дни приема или при использовании высоких доз возможно появление сонливости и тошноты. Ноофен выпускают в капсулах по 250 мг и назначают взрослым пациентам в дозе 250—500 мг 2—3 раза в сутки. В подростковом возрасте препарат назначают в дозе 250 мг 1—2 раза в день. Курс лечения составляет 4—6 нед.

Учитывая важную роль тревоги в генезе СВД, большое значение в лечении данной патологии играют анксиолитики. К таким средствам относится препарат адаптол, анксиолитический эффект которого не сопровождается сонливостью, миорелаксацией и нарушением координации движений. Препарат не снижает умственную и двигательную активность, поэтому адаптол можно применять перед началом учебного дня. Проведенные нами ранее исследования показали значительное улучшение динамики вегетативных показателей у пациентов с СВД, что подтверждает эффективность применения адаптола для нормализации вегетативного баланса [34]. Немаловажно то, что применение адаптола почти не сопровождается нежелательными побочными эффектами и осложнениями. Спектр действия препарата определяется сочетанием активизирующих и тормозящих эффектов, в основе которых лежит, с одной стороны, стимуляция серотонин- и ГАМКергических механизмов, а с другой — тормозящее влияние на дофаминергические системы.

У пациентов с паническими атаками рекомендуется последовательное лечение сначала ноофеном в течение 6—8 нед, а затем адаптолом в течение 3 нед.

Кроме вышеупомянутых средств в лечении СВД возможно использование седативных препаратов растительного происхождения. Чаще всего в качестве седативных используют препараты валерианы, мяты, зверобоя (дормиплант, нейроплант, гелариум гиперикум и др.).

В.И. Маколкин и С.А. Абакумов [35] образно сравнили вегетативные расстройства со зданием, каждую часть которого разные специалисты (неврологи, терапевты, психиатры) воспринимают посвоему. Это нашло частичное отражение и в данной статье, авторы которой — психотерапевт и невролог — попытались подойти к проблеме СВД с разных сторон.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др.* Заболевания вегетативной нервной системы. М 1991.
2. *Белоконь Н.А., Кубергер М.Б.* Болезни сердца и сосудов у детей. М 1987; 2: 136—197.

3. *Axelrod F.B., Chelimsky G.G., Weese-Mayer D.E.* Pediatric autonomic disorders. Pediatrics 2006; 118: 1: 309—321.
4. *Куликов А.М.* Соматоформная вегетативная дисфункция у подростков: сотрудничество интерниста и психотерапевта. Вопросы психического здоровья детей и подростков 2009; 9: 1: 69.
5. *Da Costa J.M.* On irritable heart; a clinical study of a form of functional cardiac disorder and its consequences. American Journal of the Medical Sciences 1871; 61: 17—52.
6. *Thiele W.* Psycho-vegetative Syndrome. Ment Welt 1966; 1: 9—13.
7. *Воробьева О.В.* Психовегетативный синдром. Лечение нервных болезней 2004; 1: 7—11.
8. *Карвасарский Б.Д.* Неврозы. М: Медицина 1990.
9. *Вейн А.М.* Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. М: МИА 2003.
10. *Белоконь Н.А., Осокина Г.Г., Леонтьева И.В.* Вегетососудистая дистония у детей: клиника, диагностика, лечение (методические рекомендации). М 1987.
11. *Середа Ю.В., Шабалов Н.П.* Нейроциркуляторная дисфункция у детей: проблемы трактовки и диагностики. Российский семейный врач 1999; 4: 16—22.
12. *Боулби Джон.* Создание и разрушение эмоциональных связей. М: Академический проект 2004.
13. *Выготский Л.С.* Проблема возраста. Собрание сочинений: в 6 т. Т. 4. М: Педагогика 1984.
14. *Вроно М.Ш.* Сущность и проявления школьной дезадаптации при психических заболеваниях у детей. В кн.: Актуальные вопросы неврологии и психиатрии детского возраста (тезисы докладов). Ташкент 1984; 159—160.
15. *Lipowski Z.J.* Somatization: the concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988; 145: 11—21.
16. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л 1960.
17. *Талицкая О.Е., Шварков С.Б.* Цефалгический синдром при вегетативной дисфункции у детей. Журн неврол и психиат 1999; 99: 1: 11—14.
18. *Гиндикин В.Я.* Соматогенные и соматоформные расстройства. М 2000.
19. *Неудахин Е.В.* Практическое руководство по детским болезням. Т. 11. Детская вегетология. Под ред. Р.Р. Шиляева, Е.В. Неудахина. М: ИД «Медпрактика-М» 2008.
20. *Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е.* Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков. Педиатрия 2012; 91: 2: 92—101.
21. *Панков Д.Д., Румянцев А.Г., Медведева Н.В. и др.* Вегетативно-сосудистая дисфункция у подростков как проявление дисморфогенеза. Рос пед журн 2001; 1: 39—41.
22. *Arruda M.A., Guidetti V., Galli F., Albuquerque R.C., Bigal M.E.* Primary headaches in childhood — a population-based study. Cephalalgia 2010; 30: 9: 1056—1064.
23. *Рачин А.П.* Головная боль напряжения у школьников (эпидемиология, клиника, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 2002.
24. *Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Никишена И.С., Яковенко Е.А., Кузовенкова М.П., Анисимова Т.И., Рожкова А.В., Сергеев А.В.* Головные боли напряжения: клинико-психологические варианты и возможности терапии. Журн неврол и психиат 2010; 110: 4: 52—56.
25. *Davidson J.I.R.* Generalized anxiety and panic: Common, costly and challenging disorders and their pharmacologic-management CNS Spectr 2004; 9: 6: 1—7.
26. *Batelaan N.M., De Graaf R., Van Balkom A.J., Vollebergh W.A., Beekman A.T.* Epidemiology of panic. Jijdschr Psychiatr 2006; 48: 3: 195—205.
27. *Ollendick T.H., Mattis S.G., King N.J.* Panic in children and adolescents: A review. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1994; 35: 1: 113—134.
28. *Huffman J.C., Pollack M.H., Stern T.A.* panic disorder and chest pain: mechanisms, morbidity, and management. Prim Care Companion. J Clin Psychiatry 2002; 4: 2: 54—62.
29. *Achiam-Montal M., Tibi L., Lipsitz J.D.* Panic disorder in children and adolescents with noncardiac chest pain. Child Psychiatry Hum Dev 2013.
30. *Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Яновский С.С.* Место ноофена в лечении тревожных расстройств у пациентов в общей медицинской практике (аналитический обзор). Український вісник психоневрології 2004; 12: 1: 90—93.
31. *Чабан О.С., Хаустова Е.А.* Терапия пациентов с тревожными синдромами в рамках невротических и психосоматических расстройств. Современные подходы к терапии внутренних болезней. Методическое пособие. Киев 2009.
32. *Морозова О.Г., Ярошевский А.А.* Цервикогенная головная боль: современные представления и тактика лечения. Международный неврологический журнал (Тематический выпуск) 2009; 40—52.
33. *Хайтович М.В.* Вегетативні дисфункції у дітей (Неврологічні аспекти). Соціальна педіатрія. Розділ: Медикосоціальні аспекти реабілітації дітей з хронічним ураженням нервової системи. Киев 2001; 480—483.
34. *Корнишина Т.Л., Сурушкина С.Ю., Чутко Л.С.* Применение адаптола при синдроме вегетативной дистонии у детей. Журн неврол и психиат 2011; 111: 9: 2: 61—63.
35. *Маколкин В.И., Абакумов С.А.* Нейроциркуляторная дистония в практике терапевта. М: Медицина 1985.