

ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ПРЕПАРАТОМ ЭЛТАЦИН®

А. Симаков¹, доктор медицинских наук, профессор,

М. Панина¹, доктор медицинских наук, профессор,

Л. Чекулдаева², **С. Обухова**²

¹Медицинский университет «Реавиз», Самара

²Самарская МСЧ №2, Самара

E-mail: Doctor-Simakov@rambler.ru

Оценивается клиническая эффективность препарата Элтацин® у детей с синдромом вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: дети, синдром вегетативной дисфункции, Элтацин®.

Синдром вегетативной дисфункции (СВД) – это одна из наиболее частых патологий детского возраста (достигает 20% в популяции детского населения). В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра [3] термины «вегетативно-сосудистая дистония», «нейроциркуляторная дистония», «вегетативный невроз», «вегетативная дизрегуляция», использовавшиеся для обозначения функциональных нарушений вегетативной нервной системы, рекомендуется заменить на «вегетативные дисфункции».

Вегетативная дисфункция – это заболевание организма, характеризующееся симптомокомплексом расстройств психоэмоциональной, сенсомоторной и вегетативной активности, связанное с надсегментарными и сегментарными нарушениями вегетативной регуляции деятельности различных органов и систем. Это состояние характеризуется нарушением вегетативной регуляции работы внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, желез внутренней секреции и др.). В основе его лежат первичные (наследственно обусловленные) или вторичные (на фоне соматической патологии) отклонения в структурах и функциях центрального и периферического звеньев вегетативной нервной системы [1, 4, 5].

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность применения препарата Элтацин® у детей с СВД.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СВД У ДЕТЕЙ

СВД диагностировали методом исключения, исключив первичную патологию различных органов и систем.

Для оценки стабильных характеристик вегетативных показателей в состоянии покоя использовали диагностические критерии оценки исходного вегетативного тонуса (ИВТ) А.М. Вейна и соавт. [2], модифицированные для детского возраста (табл. 1). Количество приведенных в таблице признаков (45) свидетельствует о ваготонии или симпатикотонии как в определенной системе, так и в организме в целом.

По табл. 1 подсчитывали число ваго- и симпатикотонических признаков. У здоровых детей число ваготонических признаков не превышает 4, симпатикотонических – 2, что соответствует эйтонии. У детей с СВД, у которых отмечается дисбаланс в обоих отделах вегетативной нервной системы,

Таблица 1

Критерии диагностики ИВТ

Диагностический критерий	Симпатикотония	Ваготония	Диагностический критерий	Симпатикотония	Ваготония
1. Цвет кожи	Бледная	Склонность к покраснению	24. Бронхиальная астма	Не характерна	Характерна
2. Сосудистый рисунок	Норма	Мраморность, цианоз	25. Слюноотделение	Уменьшено	Усилено
3. Сальность	Понижена	Повышена, угревая сыпь	26. Жалобы на тошноту, рвоту, боли в животе	Не характерны	Характерны
4. Потоотделение	Уменьшено	Повышено	27. Моторика кишечника	Атонический запор	Метеоризм, спастические запоры
5. Дермографизм	Розовый, белый	Красный, стойкий	28. Мочеиспускание	Редкое обильное	Частое необильное
6. Пастозность тканей (склонность к отекам)	Не характерна	Характерна	29. Ночной энурез	Не бывает	Часто
7. Температура тела	Склонность к повышению	Склонность к понижению	30. Аллергические реакции	Редко	Часто
8. Зябкость	Отсутствует	Повышена	31. Увеличение лимфатических узлов, миндалин, аденоиды	Не бывает	Часто
9. Ознобopodobный гиперкинез	Характерен	Не характерно	32. Боли в ногах по вечерам, ночью	Редко	Часто
10. Температура при инфекциях	Высокая	Субфебрильная	33. Зрачок	Расширен	Сужен
11. Переносимость духоты	Нормальная	Плохая	34. Головная боль	Редко	Характерна
12. Масса тела	Понижена	Повышена	35. Темперамент	Увлекающиеся, настроение изменчивое	Угнетены, апатичны, склонность к депрессии
13. Аппетит	Повышен	Понижен	36. Физическая активность	Повышена по утрам	Понижена
14. Жажда	Повышена	Понижена	37. Психическая активность	Рассеянность, быстрая отвлекаемость, неспособность сосредоточиться	Внимание удовлетворительное
15. Частота сердечных сокращений (ЧСС)	Повышена	Понижена	38. Сон	Позднее засыпание, раннее пробуждение	Глубокий, продолжительный, замедленный переход к бодрствованию
16. Систолическое АД (САД)	Повышено	Понижено	39. Вегетативные пароксизмы	Чаше подъем АД, тахикардия, озноб, чувство страха, повышение температуры тела	Чаше одышка, потливость, понижение АД, боли в животе, тошнота
17. Диастолическое АД (ДАД)	Повышено	Понижено	40. Синусовая аритмия	Не характерна	Характерна
18. Обмороки	Редко	Часто	41. Зубец T в отведениях V _{5,6}	Уплощенный, ниже 3 мм	Нормальный
19. Кардиалгии	Редко	Часто	42. Амплитуда зубца P во II отведении	Выше 3 мм	Ниже 2 мм
20. Сердцебиение	Часто	Редко	43. PQ на ЭКГ	Укорочен	Удлинен
21. III тон на верхушке в положении лежа	Не бывает	Характерен	44. Интервал ST	Смещение ниже изоэлектрической линии	Смещение выше изоэлектрической линии. Синдром ранней реполяризации
22. Головокружение, непереносимость транспорта	Не характерно	Характерно	45. Индекс напряжения (метод КИГ)	>90 усл. ед.	<30 усл. ед.
23. Жалобы на чувство нехватки воздуха, «вздохи»	Не характерны	Часто			

Примечание. КИГ – кардиоинтервалография.

о характере ИВТ судили по преобладанию симпатических или ваготонических признаков по сравнению с их числом у здоровых. ИВТ может быть ваготоническим, симпатикотоническим, дистоническим.

Кроме оценки ИВТ по таблицам, у детей с СВД использовали метод КИГ. В основе этого метода лежит способность синусового узла реагировать на малейшие ве-

гетативные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Методика проведения КИГ. После 5–10-минутного отдыха ребенка (лежа) записывали 100 кардиоциклов во II стандартном отведении ЭКГ. Скорость движения ленты 50 мм/с. Для определения вегетативной реактивности запись КИГ проводили во время выполнения ребенком

клиноортостатической пробы: после записи КИГ в покое ребенок вставал (ортоклиноположение), и у него сразу же записывали 100 кардиокомплексов ЭКГ. При анализе КИГ рассчитывали ряд показателей:

- Мо (мода, с) – наиболее часто повторяющийся интервал R–R во всем кардиомагнитограмме;
- ΔX – вариационный размах (разница между максимальным и минимальным значениями в массиве кардиоциклограмм);
- АМо – амплитуда моды – частота встречаемости Мо (% в общем кардиомагнитограмме);
- ИН₁ – индекс напряжения в покое (усл. ед.) – интегральный показатель, вычисляемый по формуле: $ИН = АМо(\%) / 2Мо \times \Delta X(с)$.

Для симпатикотонии в покое характерен ИН₁ >90 усл. ед., для ваготонии – <30 усл. ед., для эйтонии – от 30 до 90 усл. ед. У некоторых детей с дистонией был нормальный индекс напряжения из-за сочетания ваго- и симпатикотонии. В таких случаях характер СВД определяли по совокупности клинических данных.

По результатам КИГ, кроме оценки ИВТ, определяли и другой важный показатель – вегетативную реактивность, под которой следует понимать изменение вегетативных реакций организма на внешние и внутренние раздражители.

Характер и тип вегетативной реактивности определяли по соотношению ИН₂ (индекс напряжения в ортоклиноположении) и ИН₁ (в покое). Выделяли 3 варианта вегетативной реактивности: симпатикотонический (нормальная), гиперсимпатикотонический (избыточная), и асимпатикотонический (недостаточная). Данные КИГ, используемые для определения типа вегетативной реактивности в зависимости от показателей ИВТ (ИН₁), представлены в табл. 2.

Пациенты методом простой рандомизации были разделены на 2 группы: в основную вошли 55 обследованных с СВД, в контрольную – 30. При этом в основной группе было 30 пациентов с ваготонией и 25 – с симпатикотоническим типом вегетативных расстройств, в контрольной – соответственно 15 и 15 больных. По степени тяжести с учетом количества клинических признаков ИВТ, характера течения, ведущей органной локализации (функциональная кардиопатия), ИВТ сердечно-сосудистой системы по данным КИГ и вегетативной реактивности группы были сопоставимы.

В основной группе на фоне немедикаментозной терапии пациенты получали Элацин® (по 1 таблетке 3 раза в день под язык в течение 3 мес). Элацин® – препарат в таблетках для сублингвального применения. Содержит по 70 мг глицина, глютаминовой кислоты и цистина. Препарат является регулятором обмена веществ: повышает внутриклеточный уровень глутатиона и глутатионзависимых ферментов, нормализует

Оценка вегетативной реактивности по показателю ИН₂/ИН₁

Таблица 2

ИН ₁ в покое, усл. ед.	Вегетативная реактивность		
	нормальная	гиперсимпатикотоническая	асимпатикотоническая
<30	1–3	>3	>1
30–60	1,0–2,5	>2,5	>1
61–90	0,9–1,8	>1,8	>0,9
≥91–160	1,5–0,7	>1,5	>0,7

уровень окислительно-восстановительных ферментов, использование кислорода в тканях. Доклинические исследования показали что:

- Элацин® является индуктором эндогенного глутатиона;
- усиливает образование аденозинтрифосфата, улучшает биоэнергетику клетки (эксперименты проведены на митохондриях);
- снижает уровень окислительного стресса и усиливает антиоксидантную защиту организма;
- положительно влияет на коронарный кровоток.

Вегето-сосудистая дистония у детей и подростков?

Дети не должны быть такими!

Они должны быть такими!

Элацин - комбинированный лекарственный препарат на основе глицина (70мг), L-глутаминовой кислоты (70мг), L-цистина (70мг)

В ходе клинических испытаний было установлено, что Элацин действует комплексно на ВСД и позволяет снять сразу несколько симптомов, действуя на патогенез заболевания.

- ✓ Показан при лечении синдрома вегетативной дисфункции;
- ✓ Проявляет антиоксидантное и антигипоксантное действие;
- ✓ Помогает увеличить физическую работоспособность.

Применение:

При синдроме вегетативной дисфункции у детей в возрасте от 12 до 18 лет: по 1 таблетке 3 раза в сутки под язык, курс лечения от 1 до 3 месяцев в зависимости от тяжести заболевания, повторные курсы назначаются по рекомендации врача.

Регистрационное удостоверение №ФСР-001431/10/7
Информация предназначена для медицинских работников, не для пациентов.

Пациенты контрольной группы получали только немедикаментозную терапию, которая включала занятия физкультурой, полноценное питание, психотерапию, водные процедуры, физиотерапевтическое лечение, массаж.

Всем больным проводили традиционное обследование (изучали анамнез заболевания, жалобы, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования).

Лабораторные анализы включали общий и биохимический анализы крови. Для измерения АД использовали метод Н.С. Короткова.

Данные электрокардиографии (ЭКГ) позволили определить нарушения сердечного ритма, интервалы *P–Q*. Кроме того, ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ), нагрузочные пробы проводили для исключения органической патологии и уточнения характера вегетативных влияний на сердце и сосуды. Рентгенологическое обследование, кроме обзорной рентгенограммы грудной клетки, включало (по показаниям) краниографию, спондилографию.

При первичном осмотре у больных выявлялось много жалоб на изменения со стороны сердечно-сосудистой и нервной системы.

В результате проведенной терапии в обеих группах улучшилось общее самочувствие пациентов, повысилось настроение, уменьшилось количество жалоб. Однако в группе пациентов, принимавших Элтацин®, число детей, у которых произошло улучшение самочувствия, составило 87,8%, тогда как во 2-й группе – только 34,9% ($p < 0,05$). Дети стали активнее, стали лучше запоминать тексты, переносить транспорт. Улучшалось общее самочувствие, нормализовалось АД, уменьшились экстрасистолия, головные боли, стал нормализовываться сон, проходить страхи, улучшились память, общая физическая активность. Побочных эффектов за время лечения не отмечалось.

В 1-й группе у детей быстрее наступало улучшение общего самочувствия, возрастала общая активность, повышалось настроение, исчезали гневливость, агрессивность поведения. Дети стали лучше засыпать ночью, исчезли страхи, они стали эмоционально более активными. У них отмечались снижение АД, уменьшение ЧСС. При сравнении 2 групп отмечено, что в группе детей, принимавших Элтацин®, улучшение наступало достоверно раньше, чем в контрольной группе, и показатели также были выше в конце лечения.

По результатам оценки ИВТ, уже через 10–12 дней было выявлено статистически достоверное уменьшение ваготонических и симпатокотонических признаков в группе пациентов, принимавших Элтацин® (в контрольной такие изменения происходили в течение 1,5 мес после начала лечения).

Показатели КИГ и вегетативной реактивности по соотношению IN_2/IN_1 продемонстрировали статистически достоверную динамику уже через 10–12 дней терапии Элтацином, при этом в 87,0% случаев отмечен переход пациентов в

эйтонию и нормальную вегетативную реактивность, тогда как в контрольной группе – соответственно в 35,2% случаев ($p < 0,05$) нормализация показателей происходила к 40–45-му дню наблюдения.

Таким образом, проведенное открытое контролируемое, рандомизированное исследование с применением метаболитического препарата Элтацин® у детей – 11–16 лет с СВД подтвердило целесообразность его назначения на фоне немедикаментозной терапии. Отмечена общая положительная динамика всех показателей в группе пациентов, принимавших Элтацин® на фоне немедикаментозной терапии: дети стали активнее, улучшилось их настроение, быстрее наступала стабилизация общего состояния, нормализовались АД, сердечный ритм, уменьшились головные боли, улучшилось качество жизни в целом. Элтацин® рекомендуется принимать детям с СВД по 1 таблетке 3 раза в день под язык в течение 1–3 мес (в зависимости от течения заболевания). Препарат Элтацин® полностью безопасен: на протяжении лечения ни у одного больного не отмечалось нежелательных побочных реакций.

Таким образом, проведенное исследование установило, что добавление Элтацина к немедикаментозной терапии у пациентов с СВД улучшает их клиническое состояние. Детям с СВД показано курсовое лечение метаболитическим препаратом Элтацин® в составе комплексной немедикаментозной терапии.

Литература

1. Акарачкова Е.М. К вопросу диагностики и лечения психовегетативных расстройств в общесоматической практике // Лечащий врач. – 2010; 10: 60–4.
2. Вегетативные расстройства (клиника, диагностика, лечение). Под ред. А.М. Вейна. Клиника, диагностика, лечение / М.: Медицинское информ. агентство, 1998; 752 с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии / СПб, 1994; 208 с.
4. Robertson D., Haile V., Perry S. et al. Dopamine beta-hydroxylase deficiency: a genetic disorder of cardiovascular regulation // Hypertension. – 1991; 18: 1–8.
5. Hyland K., Surtees R., Rodeck P. Aromatic L-amino acid decarboxylase deficiency clinical features, diagnosis and treatment of a new inborn error of neurotransmitter amine synthesis // Neurology. – 1992; 42: 1980–8.

ELTACIN® TREATMENT IN CHILDREN WITH AUTONOMIC DYSFUNCTION

Professor A. Simakov¹, MD; Professor M. Panina¹, MD, L. Chekuldaeva², S. Obukhova²

¹Samara Reaviz Medical University, Samara

²Samara Medical and Sanitary Unit Two, Samara

The clinical efficacy of Eltacin was evaluated in children with autonomic dysfunction syndrome.

Key words: children, autonomic dysfunction syndrome, Eltacin.