

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной педиатрии

**Методические указания к практическим занятиям по
дисциплине**

Наименование дисциплины Госпитальная педиатрия

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Форма обучения очная

Год начала подготовки 2022

Тема 25. Кардиология. Синдром вегетативной дисфункции у детей.

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Госпитальная педиатрия»:

Разработаны
доцентом кафедры
доцентом кафедры
доцентом кафедры

Водовозовой Э.В.
Леденевой Л.Н.
Быковым В.О.

Обсуждены на заседании кафедры «Госпитальной педиатрии»,
зав. кафедрой

Водовозова Э.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе
для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.02
Педиатрия 2022 года набора очной формы
20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

Методические указания по дисциплине «Госпитальная педиатрия» размещены
в ЭИОС университета в авторской редакции

1.Цель Ознакомить обучающихся с основами синдрома вегетососудистой дистонии у детей, студенты должны научиться диагностировать данное заболевания, проводить дифференциальную диагностику и назначать терапию.

2.Учебные вопросы

- 1.Этиология.
- 2.Патогенез.
- 3.Классификация.
4. Клиника.
5. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

6.Диетотерапия. Лечение.

7.Профилактика. Прогноз. Исход.

3.Теоретическая часть.

Под синдромом **СВД** (раньше **ВСД**) понимают наличие полиорганных проявлений вегетативной дисфункции. При вегетативной дисфункции с преимущественной ее локализацией в сердечно-сосудистой системе, диагноз конкретизируется: **НЦД** (гипо- или гипертонический тип, кардиальная форма).

Наиболее значимыми приобретенными этиологическими факторами развития синдрома являются неврозы (особенно астеновегетативный невроз), очаги хронической инфекции, дефицит массы тела, низкая физическая активность детей и подростков, любые травмы головы.

В патогенезе **СВД** основная роль принадлежит вегетативной дисфункции, которая вызывает нарушение адаптации систем организма к воздействию факторов внешней и внутренней среды. Срыв адаптации приводит к появлению неадекватных сосудистых реакций, нарушению деятельности внутренних органов.

Принципы классификации. Тип: ваготонический, симпатотонический, смешанный; стадия: транзиторная, лабильная; характер течения: латентное, перманентное, пароксизмальное; характер криза: симпатоадреналовый, вагоинсулярный; фаза процесса: обострение, ремиссия.

При сборе анамнеза необходимо обратить внимание на: наследственно-конституциональные особенности, неблагоприятное течение беременности и родов, повреждения ЦНС, психоэмоциональное напряжение, психоэмоциональную обстановку, в которой живёт ребёнок,

психологическую несовместимость членов семьи, злоупотребление алкоголем, конфликты в доме и школе, ссоры с товарищами, психоэмоциональные особенности личности ребенка, умственное и физическое переутомление, наличие острых и хронических инфекционных и соматических заболеваний, очагов хронической инфекции, неблагоприятные экологические условия, наличие шейного остеохондроза, оперативных вмешательств и наркоза, вредных привычек, избыточной массы тела, недостаточный уровень физической активности, увлечение телевизором, компьютером и др.

При объективном исследовании также обратить внимание на: конституциональные особенности (астенический тип телосложения); собственно признаки синдрома дисплазии соединительной ткани (аномалии развития лицевой части черепа и скелета, осевого и конечностей, включая кифосколиоз, килевидную деформацию грудной клетки, плоскостопия, гипермобильность суставов, гиперрастяжимость кожи и т.д.); количество малых аномалий развития (стигмы дисэмбриогенеза). При выявлении перечисленных признаков решить вопрос о наличии синдрома дисплазии соединительной ткани.

Таб. 2.11. Оценка вегетативного статуса

Признак	Симпатическая реакция	Парасимпатическая реакция
<i>Кожа</i>		
Цвет	Бледный	Склонность к покраснению
Потоотделение	Уменьшено	Повышено
Сосудистый рисунок	Не выражен	Мраморность, цианоз
Дермографизм	Белый	Красный

Температура кистей рук	Холодные	Тёплые
Склонность к отёкам	Отсутствует	Характерна
Зябкость	Отсутствует	Характерна
<i>Сердечно-сосудистая система</i>		
ЧСС	Тенденция к учащению	Тенденция к урежению
Жалобы	Бывают сжимающие боли в сердце	Бывает стеснение в области сердца (особенно ночью)
Данные ЭКГ: Зубец Р во 2 и 3 отведениях	Тенденция к увеличению	Тенденция к снижению
Зубец Т в 1-2, V5	Тенденция к уплощению	Тенденция к увеличению
АД систолическое	Тенденция к повышению	Тенденция к снижению
<i>Дыхательная система</i>		
Частота дыхания	Нормальная или повышенная	Нормальная или пониженная
Жалобы на отдышку, вздохи, затруднённый вдох	Не характерны	Характерны
<i>Желудочно-кишечный тракт</i>		
Аппетит	Повышен	Снижен
Жажда	Бывает	Не характерна
Слюноотделение	Уменьшено	Усилено

Моторика кишечника	Атонические запоры	Спастические запоры
<i>Нервная система</i>		
Головная боль	Бывает	Характерна
Обмороки	Редко	Характерны

Клиника. Отличительной чертой СВД является обилие и многоплановость жалоб больного: утомляемость, слабость, расстройство сна, головные боли и др., колющие, ноющие боли в области сердца, боли в животе и др. При клиническом обследовании больного проводят оценку исходного вегетативного статуса (таб. 2.11).

Исследования: клиноортостатическая проба, ЭЭГ, РЭГ, РВГ, ЭКГ, ФКГ, ЭХО-КГ, рентгенологическое исследование, КИГ, функциональные пробы с физической нагрузкой, фармакологические ЭКГ пробы, суточное мониторирование АД.

Диагноз. С помощью таблицы 2.11 подсчитывается число ваго- и симпатикотонических признаков. У здоровых детей число ваготонических признаков не превышает 4-х, симпатикотонических – 2, что соответствует *эйтонии*. Исходный вегетативный статус может быть ваготоническим, симпатикотоническим, дистоническим.

Табл. **Определение варианта вегетативной дистонии в зависимости от результатов оценки исходного вегетативного тонуса и КОП** (Коровина Н.А., Захарова И.Н с соавт., 2007)

Исходный тонус	КОП	Вариант ВД
Ваготония	Асимпатикотонический	Ваготонический
Симпатикотония	Гиперсимпатикотонический	Симпатикотонический

Ваготония	Гиперсимпатикотонический	Смешанный
Симпатикотония	Асимпатикотонический	Смешанный

Табл. **Определение варианта вегетативной дистонии в зависимости от результатов оценки исходного вегетативного тонуса и КОП** (Коровина Н.А., Захарова И.Н с соавт., 2007)

Показатели САД, ДАД, ЧСС по отношению к нормальной реакции на ортостаз	Оценка вегетативного обеспечения	КОП
САД↑, ДАД –N или↑, ЧСС↑,	Избыточное	Гиперсимпатикотонический
САД↓, ДАД –N или↓, ЧСС↑,	Недостаточное	Асимпатикотонический
САД –N или↓, ЧСС↑	Избыточное	Гипердиастолический

Критерии диагностики СВД по ваготоническому типу

I. соматические изменения.

1. 1. Многочисленные ипохондрические и неврологические жалобы.
2. 2. Изменения кожи: цианотичные влажные кисти рук, мраморность, повышенная потливость, сальность, склонность к угревой сыпи, к отёкам на лице и голенях, аллергической сыпи.
3. 3. Нарушение терморегуляции: пониженная температура тела, ощущение зябкости; субфебрильная температура тела при инфекционных заболеваниях, плохая переносимость душных помещений.
4. 4. Масса тела: склонность к ожирению.
5. 5. Изменения со стороны дыхательной системы:

(«дыхательный невроз»): одышка по ночам, приступы спастического кашля по ночам (без признаков вирусной инфекции), невротическая астма («псевдоастма»), глубокие вздохи, метеозависимость.

6. Изменения со стороны ЖКТ: повышенная саливация, тошнота, рвота, рецидивирующие боли в животе, функциональные (спастические) запоры, диареи (синдром раздражённой кишки).

7. Изменения со стороны ССС: кардиалгии, ослабление первого тона на верхушке, функциональный шум, в положении лёжа, снижение систолического и пульсового давления, брадикардия.

8. ЭКГ: атриовентрикулярные блокады 1-2-й степени, синдром Вольф-Паркинсон-Уайта, экстрасистолия, синусовая брадикардия, снижение амплитуды зубца $R_{II, III}$; высокий заострённый зубец T_{I, II, V_5} ; смещение интервала ST выше изолинии

9. КИГ: индекс напряжения в покое и после ортоклинопробы менее 30 уе.

10. Исходный вегетативный тонус: определяется более 8 признаков ваготонии.

II. Изменения нервной системы

1. Цефалгии по типу мигрени; головокружение, сонливость, трудность засыпания, глубокий сон, тремор пальцев рук, век, гиперкинетические подёргивания, симптомы внутричерепной гипертензии.

III. Психогенные особенности ребенка

1. Угнетённость, склонность к депрессиям, повышенная утомляемость, снижение памяти, апатичность, наибольшая активность до обеда, сниженная физическая активность.

IV. Вагоинсулярные кризы

1. Внезапно развивается бледность, потливость, тошнота, рвота, резкое вздутие кишечника, боли в животе, головная боль, гипотермия, гипотензия, вплоть до обморока, брадикардия.

Критерии диагностики СВД по симпатикотоническому типу.

I. Соматические изменения.

1. Жалобы (редко) на сердцебиения, перебои.
2. Изменения кожи: бледная, сухая.
3. Нарушения терморегуляции: склонность к повышению температуры до фебрильных цифр при инфекционных заболеваниях.
4. Масса тела: склонность к похуданию.
5. Изменения со стороны ЖКТ: повышенный аппетит и жажда, рецидивирующие боли в животе, атонические запоры.
6. Изменения со стороны ССС: склонность к тахикардии, повышению АД, часто выявляется ПМК и другие признаки недифференцированного синдрома дисплазии соединительной ткани (НСДСТ), громкие, хлопающие тоны сердца, в некоторых случаях возможна ортостатическая гипотензия.
7. ЭКГ: синусовая тахикардия, снижение амплитуды T_{I, II, V_5} ; смещение ниже изолинии интервала ST; укорочение интервала PQ, увеличение амплитуды $P_{II, III}$.
8. КИГ: индекс напряжения в покое и после ортоклинопробы более 90 уе.
9. Исходный вегетативный тонус определяется более 5-7 признаками симпатикотонии.

1. Головная боль, невротические реакции, тремор, признаки внутричерепной гипертензии, беспокойный сон, позднее засыпание, раннее пробуждение.

III. Психогенные особенности ребенка

1. Вспыльчивость, изменчивость настроения, быстрая отвлекаемость, высокая активность по ночам, физическая выносливость.

IV. Симптоадреналовые кризы

1. Озноб, сердцебиение, вплоть до ПТ, неприятные ощущения в области грудной клетки, головная боль, повышение АД, страх.

Схема лечения. Обязательные мероприятия: нормализации режима дня, физических и умственных нагрузок; фитотерапия, физиолечение, психотерапия, аутотренинг.

Вспомогательное лечение: диета, седативные, транквилизаторы, нейроплегики, антидепрессанты, β -адреноблокаторы, ноотропы, мочегонные, препараты магния, кальция, биологически активные добавки.

Лечение больных с СВД направлено на коррекцию: а) психоэмоциональных нарушений, б) сосудистой дистонии, в) вегетативной дисфункции. Предпочтение в лечении детей с СВД должно отдаваться немедикаментозным методам. Их обычно достаточно при лёгком течении СВД. Терапию следует начинать с нормализации режима дня, физических и умственных нагрузок. 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 СВД не рекомендуются занятия групповыми видами спорта (футбол, баскетбол, волейбол) и видами, связанными с ударами и сотрясениями (бокс, борьба, кикбоксинг). *При выраженной симпатотонии* не рекомендуется занятия спортом с толчкообразными движениями (прыжки, брусья, карате, борьба).

Ребёнок с СВД должен получать полноценное сбалансированное питание. Детям с *повышенной симпатико-адреналовой активностью* необходимо умеренно ограничить поваренную соль, чай, кофе. Включать в рацион продукты питания, понижающие сосудистый тонус и активность вегетативной иннервации, такие как ячневая каша, фасоль, салаты, шпинаты, молоко, творог. Исключить из рациона копчёности, 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.

Важное место в лечении детей с СВД должно отводиться

индивидуальной рациональной психотерапии, в том числе и в семейном аспекте.

Водные процедуры. При симпатикотонии: ванны с: хвоей, шалфеем, валерианой, мятой; *при ваготонии* – солено-хвойные, нарзанные, радоновые, жемчужные, кислородные.

Физиотерапевтическое лечение. При ваготонии: электрофорез на воротниковую зону с 5% р-р хлористого кальция, 1% р-р кофеина, 1% р-р мезатона, электросон. *При симпатотонии:* электрофорез на воротниковую зону с: 2% р-р эуфиллина, 2% р-р папаверина, 4% р-р сульфата магния, переменное магнитное поле.

Массаж. При ваготонии, сочетающейся со снижением артериального давления - общий массаж, массаж икроножных мышц, кистей рук и шейно - воротниковой зоны. *При симпатотонии* – массаж по зонам позвоночника и шейно-воротниковой области с использованием кремов, содержащих пихту (бальзам «Гаёжный») и продукты пчеловодства (бальзам «Прополис» 15-30% в зависимости от возраста).

Фитотерапия. Детям с повышенной возбудимостью, тревожностью рекомендуется назначать фитосборы, обладающие седативным действием: шалфей, боярышник, валериана, пустырник, зверобой. Курсы лечения обычно проводятся длительно, в течение 3-12 месяцев. Фитопрепараты необходимо чередовать через 2-4 недели (с 2-недельным перерывом между курсами).

При ваготонии назначают *растительные психостимуляторы:* настойку женьшеня, лимонника китайского, элеутерококка, радиолы розовой, заманихи, пантокрин. Препараты принимают в течение 1-2 месяцев, чередуя их между собой, с перерывами по 2-3 недели.

При гиперсимпатотонии применяют: валериану, боярышник, пустырник, шалфей, багульник.

Медикаментозная терапия показана при недостаточной эффективности немедикаментозных методов лечения. В лечение добавляют

транквилизаторы и нейролептики. Нейролептики(Френолон, Меллерил, Терален)показаны детям с острой и хронической тревогой, при двигательном беспокойстве, наличии тиков, страхов, ипохондрии, стойком болевом синдроме. При необходимости нейролептики можно сочетать с транквилизаторами (элениум по 5-15 мг/сутки, Сибазон, Седуксен, Грандаксин, Рудотель и др.).

При гиперстенической симптоматике показаны транквилизаторы с седативным эффектом (Мепробамат, Атаракс, Седуксен по 5-15 мг/сутки, Сибазон, Реланиум, Диазепам, Феназепам, Тазепам по 15-30 мг/сутки). Все транквилизаторы детям с СВД начинают давать с минимальных доз. Длительность лечения малыми дозами колеблется от 2 до 6-12 месяцев и более. Непрерывный курс продолжается 1-2 месяца. При стабилизации состояния доза препарата через 3-4 месяца может составить 25-30% от исходной. При успешных результатах лечения препараты отменяют постепенно с использованием прерывистых курсов (неделя приема и неделя перерыва).

При лечении кардиалгий преимущество имеют нейролептики Френолон, Сонапакс.

При выраженной тахикардии показаны Обзидан, Тразикор, фолиевая кислота. При *респираторном синдроме* применяют седативные препараты, а при наличии гипоксии - проводят коррекцию метаболических нарушений. Во всех случаях показано применение Рибоксина, АТФ, ККБ.

При гипостеническом невротическом состоянии, артериальной гипотонии назначают препараты с умеренным активизирующим действием (Грандаксин, Медазепам). При *симпатикотонии* показаны Седуксен, Тазепам, Феназепам; *при ваготонии* – Амизил по 1-3 мг/сутки, при *смешанном варианте СВД* – Беллоид или БелласпонМепробамат, Триоксазин, Фенибут, Рудотель, Грандаксин. Продолжительность назначения транквилизаторов 4-6 недель, возможно проведение повторных курсов.

Ноотропные препараты рекомендуются детям с выраженными

проявлениями СВД. С этой целью можно назначить: Ноотропил, Энцефабол, Фенибут. Также используют глютаминовую кислоту, Церебролизин, пантогам, Элькар. Лечение этими препаратами проводят 2-3 раза в год.

При упорных головных болях, внутричерепной гипертензии показаны курсы Диакарба по прерывистой схеме (3 дня – дают препарат, в сочетании с Аспаркамом, 2 дня – перерыв в даче препарата), мочегонных трав (толокнянка, можжевельник, хвоя, почечный чай, брусника). Для улучшения микроциркуляции назначают Трентал, Кавинтон, Винкапан. При снижении порога судорожной активности (по данным ЭЭГ) показаны препараты ноотропного действия.

Для лечения СВД также используют: Магнерот (при симпатикотонии и склонности к повышению артериального давления), [Магне В6](#). Из других средств применяют при симпатикотонии препараты калия, витамины В₁, при ваготонии – препараты кальция (морской кальций детский, кальций-Д3-Никомед), витамин В₆, Е, аскорбиновая кислота. Терапию проводят курсами в течение года, по 2 курса в год.

В настоящее время в лечении любых форм СВД стали использоваться биологически активные добавки: КоэнзимQ10 ([Кудесан](#)), L-Карнитин ([Элькар](#)), β-каротин ([Веторон](#)), [Цыгапан](#), Винибис, Мультитабс с β-каротином, цинк, селен и др.

Лечение вегетативных пароксизмов. При симптоадреналовых пароксизмах у детей используют транквилизаторы (Реланиум 0,1 мл/год в/м, Тазепам 10-20 мг/сут, внутрь, седативные препараты (Корвалол 1кап./год жизни, нейролептики, седативные препараты, β-адреноблокаторы (Обзидан, Анаприлин в разовой дозе 0,5-1 мг/кг). Для предупреждения кризов в домашних условиях рекомендуют Нифедипин (1 таблетка под язык). После купирования криза назначают β-адреноблокатор ещё на 4-5 дней, можно в сочетании с седативными лекарственными средствами. При повторении кризов, и связи между их возникновением и психоэмоциональным напряжением, β-блокатор может использоваться в небольшой дозе более

продолжительное время. Необходимо устранить провоцирующий фактор и провести курс психотерапии. Детям с повторяющимися парасимпатическими кризами целесообразно провести лечения (1-2 месяца) препаратами красавки (беллоид, белласпон, беллатаминал и др.).

При вегетативных пароксизмах необходимо определить особенности его течения (ваго-инсулярный, симпатико-адреналовый или смешанный).

Табл. Лечебные мероприятия при вегетативных кризах у детей

Симпатико-адреналовый криз	Вагоинсулярный криз
Психотерапия и седативная фитотерапия	Психотерапия и седативная фитотерапия
Транквилизаторы peros, в/ь (Седуксен, Реланиум)	Кордиамин п/к, peros,
Сонапакс	Адаптогены 1-го ряда
Комбинация: Седуксен + Сонапакс	Препараты беллоиды
Пирроксан (при гипертермии)	Антигистаминные препараты в\м (при аллергических реакциях)
Обзидан (0,5-1 мг/кг разовая доза)	Атропин п/к

Препарат	Ваготония	Симпатикотония	Смешанная
адаптогены	Адаптогены 1-й и 2-й групп в	Общетонизирующие средства (3-я группа)	Чередование в течение дня седативной и

	первую половину дня		стимулирующей терапии
Антидепрессанты	Амизин, амитриптилин и др., деприм		
Ноотропы	Пирацетам и др.	Фенибутпантогам, глицин	
Сосудистые препараты	Трентал (агапурин), никошпан, ксантиноланикотинат, папаверин, дибазол, эуфиллин, Кавинтон, Стугерон, Винпоцетин		
Вегетотропные препараты	Белласпон, беллоид		
Витамины.минералы	Витамины, препараты кальция, фосфора		

При ваго-инсулярном кризе назначают: психотерапию, седативную фитотерапию, Амизил, адаптогены (настойка женьшеня, элеутерококка и др.), препараты красавки (беллоид, беллатаминал), атропин.

При ваготонии с артериальной гипотонией применяют «дневные транквилизаторы» - Грандаксин, Медазепам (в два приема, утром и днём). При остром снижении АД ниже 80/30 мм рт. ст. показан Этафедрин перорально по 2,5-5 мг 1-23- раза в день или подкожно по 0,4 мл 1% раствора; фенилэфрин по 0,1 мл/год жизни 1% раствор п/к или в/м.

При лечении кардиалгий преимущество имеют нейроплегтики Френолон, Сонапакс. *При ваготонии* применяют ноотропы, растительные психостимуляторы (см. выше), витамины С, В₆. При ваготонии с симпатической гиперреактивностью показаны чередования микстуры Павлова, валерианы с пустырником и стимулирующими препаратами.

Так же используют психостимуляторы: кофеин, дуплекс, Сиднокарб (его дают по 5-10 мг/сут. в первую половину дня на протяжении 2-4 месяцев). Препарат рекомендуют сочетать с Амизилом.

При возникновении парасимпатического криза с исходной ваготонией ребёнку необходимо дать настойку валерианы, женьшеня, заманихи, кордиамин. Показано применение антидепрессантов, препаратов белладонны; подкожно вводят атропин, внутривенно димедрол или пипольфен. В случаях разнонаправленности криза и исходного вегетативного статуса для его купирования назначают симпатомиметики в небольших дозах (седуксен, β -адреноблокаторы, сонапакс, валериану).

Лечение СВД с повышением АД в своей основе имеет немедикаментозные подходы. Рекомендации по лечению определяются продолжительностью повышения АД, его стойкостью, вовлечением в процесс других органов и систем.

Основными направлениями немедикаментозного лечения являются: соблюдение режима, коррекция питания (ограничение поваренной соли), занятия ЛФК, физической культурой, спортивные тренировки. Детям с повышенным АД не показаны статические нагрузки, поднятия тяжестей, занятия самбо и участие в соревнованиях.

Важное место в лечении должна занимать психотерапия (релаксация, аутотренинг и др.). Физиолечение включает электрофорез с магнием, бромом, эуфиллином. Медикаментозное лечение показано при неэффективности перечисленных мероприятий. Медикаменты назначают при повышении ДАД у детей 3-12 лет более 90 мм рт. ст. У детей старшего возраста при ДАД более 100 мм рт. ст. Лечение проводится 2-3 месяца и более.

При гиперсимпатотонии применяют препараты магния (Магнерот, магне В₆), фитотерапию (см. выше) и/или транквилизаторы (фенибут, феназепам, седуксен). Длительность лечения транквилизаторами 4-6 месяцев. При развитии толерантности препараты заменяют. При неэффективности

этого лечения на протяжении 2-3 месяцев назначают небольшие дозы β -адреноблокаторов (Анаприлин, Обзидан) на 2-3 месяца с подбором дозы. Отмена препаратов проводится постепенно.

При брадикардии или ваготонии, повышении ДАД лечение начинают с мочегонных препаратов (гипотиазид и др.). При тахикардии, повышении САС и ДАД назначают транквилизаторы, диуретики и β -адреноблокаторы.

Госпитализация больных с СВД требуется в случаях необходимости уточнения диагноза, лечения основной патологии в условиях стационара, кризового течения СВД, наличии аритмий, отсутствии эффект от проводимого амбулаторно лечения.

Табл. Физиотерапия при лечении СВД

Вид терапии	Ваготония	Симпатикотония
Электросон	Импульсный ток с частотой до 100 Гц	Импульсный ток с частотой до 10 Гц
Синусоидальные модулированные токи	-	+
Переменное магнитное поле	-	+
Электрофорез на воротниковую зону с	1% р-ром кофеина 1% р-ром мезатона	2% р-ром эуфиллина 2% р-ром папаверина 4% р-ром сульфата магния 3-6% р-ров брома 1% р-ром дибазола

Диспансерное наблюдение за детьми с СВД (группа здоровья Пб). Частота осмотров педиатром и кардиоревматологом - 1 раз в 3 месяца, невропатологом, ЛОР врачом, стоматологом 2 раза в год, другими

специалистами - по показаниям.

Методы обследования: АД 2 раза в неделю в школе, анализы крови и мочи 2 раза в год, ЭКГ и КИГ 2 раза в год, другие исследования по показаниям.

Нередко СВД у детей сочетается с соединительно-тканными дисплазиями, в том числе пролапсом митрального клапана (ПМК). *Диспансерное наблюдение за детьми с выраженными ПМК* должно осуществляться не менее 4 раз в год. В обследование включаются ДЭХОКГ, ЭКГ покоя и нагрузки, суточное мониторирование. Диспансерное наблюдение 3 года после исчезновения клинических признаков СВД.

Реабилитация. Обязательные мероприятия: нормализации режима дня, физических и умственных нагрузок; противорецидивное лечение, фитотерапия, физиолечение, психотерапия, аутотренинг.

Вспомогательное лечение: диета, седативные, транквилизаторы, нейроплегика, антидепрессанты, β -адреноблокаторы, ноотропы, мочегонные, препараты магния, кальция, биологически активные добавки.

Противорецидивное лечение 2 раза в год в течение 1-1,5 месяцев. Большое значение имеет нормализация труда и отдыха, занятия физкультурой. Определённое значение имеет питание (см. выше).

Противорецидивное лечение включает седативные средства, антидепрессанты, нейролептики, психостимуляторы, церебропротекторы, препараты атропинового ряда, витамины, аминокислоты. Медикаментозная терапия проводится в комплексе с немедикаментозными средствами или после их неэффективности. В связи с длительным лечением сразу много препаратов не назначают.

С учётом преобладающей топки сосудисто-мозговой недостаточности рекомендуется дифференцированное применение лекарственных препаратов. При неблагополучии полушарных образований назначаются пирацетам, Аминалон, Пиридитол, Кавинтон, при поражении гипоталамо-гипофизарных образований – Ацефен, пантогам, ретикуло-стволовых образований –

Церебролизин, глутаминовая кислота. Все эти средства назначают длительно, на 6-12 месяцев, прерывистыми курсами по 2-4 недели.

Противопоказаны препараты ноотропного действия при снижении порога судорожной готовности на ЭЭГ. При синдроме внутричерепной гипертензии назначаются курсы мочегонных трав (толокнянка, можжевельник, хвоя, почечный чай, брусника), диакарб, верошпирон, гипотиазид.

В лечении СВД широко используется фитотерапия и физиотерапия (см. выше). При признаках соединительно-тканых дисплазий, положительный эффект достигается при назначении энзимотерапии (Вобэнзим, Флогэнзим) и селективных β -адреноблокаторов (Атенолол, Метопролол, Небиволол).

При наличии СВД противопоказаны выраженное физическое напряжение, значительное нервно-психическое напряжение, предписанный темп работы, работа на высоте, воздействие неблагоприятных метеорологических и микроклиматических условий, выраженные шум и вибрация, контакт с токсическими веществами. Сердечные варианты соединительно-тканых дисплазий также требуют решения вопросов профориентации школьников, противопоказаны профессии, требующие значительных физических усилий, пребывания на открытом воздухе, в горячих цехах и холодных помещениях. Диспансерное наблюдение 3 года после исчезновения клинических признаков дистонии

4.Практическая часть

Задание 1. Курация

больного:

- сбор жалоб
- сбор анамнеза жизни
- сбор анамнеза заболевания
- осмотр кожных покровов, костной системы
- перкуссия и аускультация легких
- определение границ сердца, аускультация сердца

-подсчет СД, ЧСС, измерение АД

-пальпация живота с определением границ печени и селезенки.

Задание 2. Решите задачу

ЗАДАЧА1.

Марина У. 15 лет. Жалобы на затрудненный вдох, слабость, частые головные боли, боли в области сердца, плохую переносимость душных помещений, склонность к запорам. Более около 2-х лет. Неоднократно обращалась за медицинской помощью, принимала различные медикаменты, без стойкого положительного эффекта.

В анамнезе психологическая несовместимость членов семьи, конфликты в доме и школе, ссоры с товарищами, умственное и физическое переутомление.

При объективном исследовании выявлены: гипергидроз кистей и стоп, стойкий красный дермографизм, ЧСС 60-65 в минуту.

ЭКГ - зубец Р во 2 и 3 отведениях снижен.

Лабораторные исследования: результаты ОАМ, ОАК, биохимических тестов без патологии.

Вопросы к задаче

1. Назначьте стандартное обследование больной.
2. Назовите основные направления оценки вегетативных нарушений
3. Какой подход к определению конечных результатов для оценки характера вегетативных нарушений
4. Перечислите основные показатели КРГ
5. Какие классы КРГ по Д.И. Жемайтите соответствуют норме?
6. Какие разделы должен содержать диагноз у больного?
7. Укажите особенности назначения физиотерапии при различных вариантах вегетативных нарушений
8. Перечислите основные принципы медикаментозной терапии при

СВД

9. Укажите варианты кризового течения СВД
10. Перечислите основные препараты с вегетотропным действием.

Задание 3. Составьте конспект

5. Вопросы для собеседования

1. Классификация неревматического кардита.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Клиника.
5. Диагностика.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Осложнения.
8. Лечение.
9. Профилактика, диспансеризации.
10. Исход. Прогноз.

6. Тестовые задания

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

1. Клиническими симптомами вегетативной дистонии преимущественно по ваготоническому типу являются:

- а) ночные (в первую половину ночи) боли в ногах
- б) склонность к брадикардии
- в) склонность к тахикардии
- г) повышенное ощущение зябкости
- д) плохая переносимость душных помещений
- е) увеличенное потоотделение
- ж) пониженное потоотделение

2. Клиническими симптомами вегетативной дистонии преимущественно по симпатикотоническому типу являются:

- а) сухость кожных покровов
- б) склонность к брадикардии

- в) склонность к тахикардии
- г) повышенная сальность кожи
- в) вазо-вагальные (вазо-депрессивные) обмороки

3. При подозрении на синдром вегетативной дистонии рекомендуется проведение обследования:

- а) исследование исходного вегетативного тонуса
- б) ЭКГ
- в) проведение клино-ортостатической пробы
- г) проведение кардиоинтервалографии
- д) проведение велоэргометрии

4. К кардиальным проявлениям синдрома вегетативной дистонии относятся:

- а) редкие экстрасистолы
- б) феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта
- в) пролапс митрального клапана
- г) кардиомегалия

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

5. Жалобы на чувство недостатка воздуха, «вздохи» (гипервентиляционный синдром) характерны для:

- а) ваготонии
- б) симпатикотонии