

### Спосіб лікування синдрому вегетативної дисфункції на резидуально-органічному фоні у дітей

Винахід відноситься до області медицини, а саме до педіатрії, і може бути застосований для лікування синдрому вегетативної дисфункції на резидуально-органічному фоні у дітей.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування синдрому вегетативної дисфункції шляхом одночасного впливу голками та ультрафіолетовим опроміненням у еритемних дозах на аурикулярні точки акупунктури, опромінення починають з 2-3 біодоз з наступним збільшенням до 6-7 біодоз, на курс 4-6 процедур.

Але, даний спосіб торкається лише деяких ланок патогенезу синдрому вегетативної дисфункції, крім того, він є досить болісним, потребує спеціальних умов для його здійснення.

В основу винаходу поставлено задачу вдосконалення способу лікування вегетативної дисфункції на резидуально-органічному фоні у дітей шляхом призначення поряд з традиційною терапією нейротрофічного препарату мілдронат та біогенного стимулятора, наприклад, алое, що дозволить досягти більш стійкого терапевтичного ефекту у більш стислі строки.

Поставлену задачу вирішують тим, що, згідно винаходу, додатково призначають нейротрофічний препарат мілдронат в дозі 0,5 – 1,0 капсула 2 рази на добу, перорально, курсом 14 – 16 днів, у сполученні з біогенним стимулятором – алое 1,0 мл підшкірно, курсом 15 – 20 днів.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Запропонованим способом проліковано 118 хворих дітей з синдромом вегетативної дисфункції на резидуально-органічному фоні віком від 10 до 15 років. Основні скарги – головний біль, запаморочення, нудота, закахування у транспорті, серцебиття, пітливість, порушення формули сну, втомлюваність, порушення пам'яті – нівелювалися до кінця другого тижня лікування у 87% дітей, у 13% – залишилися лише деякі з них та значно менш вираженої інтенсивності. В неврологічному статусі при збереженні мікроознак ураження центральної нервової системи при аналізі вегетативного гомеостазу до та після лікування вдалося відзначити поліпшення функціональних показників вихідного вегетативного тону, вегетативної реактивності та забезпечення на другому – третьому тижнях лікування у 96% дітей. До 21 дня лікування усім була проведена повторно транскраніальна доплеросонографія і відзначалася нормалізація показників церебральної гемодинаміки як по артеріальній, так і по венозній ланках кровообігу з поліпшенням резистивних властивостей стінок судин у значній більшості випадків (98%). Покращення показників біоелектричної активності головного мозку (за даними електроенцефалографії) було зв'язане нами з нормалізацією метаболічних властивостей нейронів кортексу та підкіркових рівнів та полягало в появі задовільних зональних

різниць при первинній їх згладженості (69%), незначних загально мозкових порушень при первинних помірних з ознаками вираженої дисфункції серединних структур мозку (79%), а також – у наявності на ЕЕГ до лікування локальної пароксизмальної активності у 36% дітей та після лікування – у 6%.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворий Прокопенко Олексій, 13 років, звернувся зі скаргами на інтенсивний головний біль, особливо у потиличній та скроневих ділянках, на протязі останніх 2-х місяців, іноді супроводжуваний нудотою, блювотою, підвищення артеріального тиску до 145/90 мм рт. ст., серцебиття у спокої, сильну втомлюваність, неадекватну реакцію на фізичні навантаження.

Акушерський анамнез: від VIII вагітності з ускладненнями – загрозою переривання, гестозом у першому триместрі, нефропатією на останніх тижнях – на фоні професійних вадливостей (лако-красильне виробництво); II стрімких пологів, народився в асфіксії, з пологовою краніоспінальною травмою.

Анамнез хвороби: з 1-го місяця життя до 6-ти місяців спостерігалися зупинка дихання та генералізовані тоніко-клонічні судоми 8 разів. До 1 року на диспансерному обліку у неврологів з діагнозом: судомний синдром, гідроцефальний синдром. У 6 років переніс закриту черепно-мозкову травму, струс головного мозку. З цієї пори турбують головний біль, запаморочення, нудота. Курси терапії забезпечували короточасний ефект, потім скарги відновлювались, стан здоров'я знов погіршувався.

У неврологічному статусі: легкий парез правого лицьового нерва, ністагмод при погляді вправо, підвищення м'язового тону у лівих кінцівках, там же – високі, з поширенням рефлексогенних зон, сухожильні рефлекс; зліва – патологічні стопні знаки: позитивні симптоми Бабінського, Жуковського, Оппенгейма, Гордона, Россолімо; координаторні проби виконує з інтенцією справа. Вегетативний гомеостаз: вихідний вегетативний тонус – амфотонія, вегетативне забезпечення (за даними добового моніторингу артеріального тиску з проведенням функціональних проб) – надмірне, вегетативна реактивність – гіперсимпатикотонічна.

На транскраніальній доплеросонографії – гіперкінетичний тип церебральної гемодинаміки з явищами ангіоспазму середнього ступеню, асиметрія кровообігу у хребетних артеріях (КА = 15%) з паттерном екстравазальної компресії правої хребетної артерії у сегменті V<sub>3</sub>. Порушення венозного відтоку по дистонічному типу в обох басейнах II ступеню.

На електроенцефалограмі – помірні загально мозкові зміни біоелектричної активності з локальністю у центрально-тім'яно-потиличній ділянці зліва з ознаками пароксизмальної активності (сполохи гострих хвиль) мозку у тих же відведеннях; згладженість зональних різниць.

Діагноз: Синдром вегетативної дисфункції, нейроциркуляторна дистонія, надсегментарний рівень ураження, церебрастенічний синдром на резидуально-органічному фоні.

Призначено: пірроксан по 1 табл. двічі на добу курсом 1 місяць, мілдронат по 1 капс. двічі на добу курсом 2 тижні, алое по 1,0 мл підшкірно 3

тижні, танакан по 1 табл. двічі на добу протягом 1 місяця, ескузан по 13 крапель 3 рази на добу курсом 3 тижні, персен по 1 драже двічі на добу курсом 1 місяць, масаж волосистої частини голови, коміркової зони з елементами крапкового та сегментарно-рефлекторного курсом 2 тижні.

Після проведеного курсу лікування за запропонованим способом стан хворого значно поліпшився: вже до кінця другого тижня він перестав скаржитися на головний біль, нудоту та блювоту, до кінця третього тижня підвищилася працездатність, поліпшилася формула сну, під кінець місяця нормалізувався артеріальний тиск. Інструментальні методи дослідження були проведені по закінченні лікувального курсу.

На транскраніальній доплеросонографії – гіперкінетичний тип гемодинаміки з тенденцією до вазоспазму, порушення венозного відтоку по дистонічному типу у вертебро-базиллярному басейні I ступеню, у каротидному басейні – порушень венозного відтоку не спостерігалось.

На електроенцефалограмі – незначні загальнономозкові зміни біоелектричної активності; зональні різниці виражені.

Рекомендовано: диспансерний нагляд неврологом 1 раз у півроку з проведенням повного нейро-інструментального обстеження.

Таким чином, запропонований спосіб, в порівнянні з прототипом, дозволяє досягти більш стійкого терапевтичного ефекту у більш стислі строки у дітей з синдромом вегетативної дисфункції на резидуально-органічному фоні.

### Література

1. А.с. СССР №1572627, МКИ<sup>6</sup>: А61Н39/08; А61Н5/06, заявлено 28.04.82., опубл. 23.06.90. Бюл. №23. Киргизский НИИ курортологии и физиотерапии, Трошина Е.Д. – Способ лечения вегетососудистой дистонии путем одновременного воздействия иглами и ультрафиолетовым облучением в эритемных дозах на аурикулярные точки акупунктуры.