

Эффективность Гомеопатической Терапии При Вегетативно-Неврологических Расстройствах У Детей

1. Проф. Шамансуров Ш. Ш.
2. доц. Гулямова М. К.,
3. к.м.н. Туляганова Н. М.
4. д.м.н. Куртиева Ш. А.

Received 2nd May 2023,
Accepted 3rd Jun 2023,
Online 4th Jul 2023

Аннотация: Статья посвящена оценке эффективности лечения детей с астеноневротическими и вегетативными расстройствами с применением гомеопатических препаратов Дормикинд и Киндинорм. Отмечена эффективность комбинированного лечения с этими препаратами данных состояний.

Ключевые слова: Гомеопатия, дети, киндинорм, дормикинд, астенизация, нервная система, вегетативные расстройства, вегетативный тонус, кардиоинтервалография.

^{1,2,3,4} Центр Развития Профессиональной
Квалификации Медицинских
Работников. Ташкент

Актуальность: В практике детского невролога часто встречаются больные, с так называемыми функциональными расстройствами. Функциональные расстройства нервной системы, эта группа болезненных состояний, характеризующихся отсутствием структурного поражения нервной системы. Эти состояния вызываются нарушением нейродинамических процессов, происходящих в нервной системе и обуславливающих нервную деятельность. Согласно учению акад. И.П. Павлова и его последователей, в основе неврологических расстройств, составляющих основную массу больных этой группы, лежат нарушения взаимодействия между возбуждательным и тормозным процессами в коре больших полушарий. В современной нейрофизиологии все шире распространяется точка зрения, что неврологические расстройства связаны преимущественно с нарушением затухания нервных импульсов, длительно циркулирующих по замкнутым корково-подкорково-стволовым кольцевым нервным структурам.

В происхождении неврологических расстройств имеют доминирующее значение две группы факторов – экзогенные и эндогенные. Чаще всего причиной заболевания служит их сочетание. К числу экзогенных факторов относятся различные инфекции, интоксикации, психотравмы, длительные травмирующие психику ребенка ситуации и т.д. Эндогенными факторами являются чаще всего конституционально-наследственные особенности нервной системы. Нередко такие расстройства развиваются в семьях, где имеются психические заболевания.

В клинике подобных расстройств мы встречаемся с проявлениями астеноневротического плана, признаками дисфункции вегетативной нервной системы – как системы, отвечающей за адаптационно-приспособительные функции растущего организма.

Как правило, вегетативные нарушения ни по форме, ни по локализации не являются детерминированными. А патология надсегментарных образований вызывает не только вегетативные сдвиги, а проявляется комплексом полисистемных реакций.

Как правило, что в основе вегетативных расстройств надсегментарного генеза лежит нарушение интегративной деятельности, определяемое как синдром дезинтеграции. Проявлением его является рассогласование деятельности различных систем мозга (сенсомоторной, эмоциональной, вегетативной), а вегетативная дисфункция отражает нарушение адаптивной, приспособительной деятельности. Важным звеном регуляции вегетативной нервной системы является гипоталамус, традиционно обозначаемый как высший вегетативный центр. Внутри гипоталамуса выделяют специфический и неспецифический отделы.

Раздражение специфических отделов гипоталамуса (гликорцепторы, осморорецепторы и т. д.) ведет к комплексу психофизиологических сдвигов. В этом большая роль принадлежит гипоталамусу, как - важному интегративному отделу мозга, центру нейрогуморальной координации, звену, включающее гормональные системы в целостную организацию поведения, обеспечивающее взаимодействие вегетативных, эндокринных и эмоциональных компонентов деятельности организма. В генезе вегетативно- невротических расстройств принимает немаловажное участие лимбико-ретикулярный комплекс, обеспечивающий интегративную функцию. При этом эрготропные системы обеспечивают активную физическую и психическую деятельность, осуществляют приспособление к меняющимся условиям внешней среды, обеспечивают реакции на стресс, способствуют течению катаболических процессов. Трофотропные системы осуществляют анаболические, нутритивные, эндофилактические реакции в период отдыха, расслабления, фазы медленного сна, при внешних обстоятельствах, не требующих преодоления, борьбы с ними. Таким образом, вся деятельность направлена на поддержание гомеостатического равновесия.

Для поддержания внутреннего гомеостаза при различных нарушениях деятельности тот же комплекс полисистемных реакций может вести себя противоположно (мышечная релаксация, снижение сенсорной напряженности и секреции стрессорных гормонов). Нарушение функционирования этих отделов проявляется в клинике отчетливыми и характерными нейроэндокринно-обменными, вегето-висцеральными и невротическими синдромами.

Коррекция всё нарастающих вегетативно- невротических расстройств налагает на врача определенную ответственность, т.к., во-первых, необходимо уточнить первичность данных расстройств у пациента, а во-вторых полипрагматический подход в плане медикаментозного лечения может привести к нежелательным последствиям.

Целью данного исследования явилось изучить состояние нервной системы у детей с функциональными расстройствами через призму астено-вегетативных нарушений и оценить эффективность гомеопатических средств Киндинорм и Дормикинд в коррекции нарушенных функций.

Материал и методы исследования:

Под нашим наблюдением находилось 90 пациентов с 0 до 7 лет, с различными функциональными расстройствами, такими как, вегето-висцеральные расстройства в структуре перинатальных поражений нервной системы, неврозы, синдром гиперактивности и дефицита внимания, диссомнии, синдром вегетативной дистонии и др.

Из них 54 (60%) девочек и 36 (40%) мальчика. Всем больным проводился тщательный клинико-неврологический осмотр, проводились дополнительные исследования для исключения

органического генеза патологических состояний, а также проводилось анкетирование вегетативного статуса, и кардиоинтервалография.

Критерии включения в исследование:

- Больные, находящиеся на амбулаторном лечении, дети от рождения до 7 лет.
- Получение информационного согласия пациентов или согласие родителей пациентов
- Дети, не имеющие грубую органическую патологию со стороны нервной системы

Критерии исключения из исследования:

- Возраст старше 7 лет
- Наличие прогрессирующих неврологических заболеваний
- Психические расстройства, влияющие на объективную оценку состояния пациента
- Аллергические реакции на препарат в анамнезе

Исходя из поставленной цели, исследуемые были разделены на 3 группы по 30 больных.

1. группа: дети с рождения до 7 лет, с диагнозом: Перинатальное поражение нервной системы и его последствия: парасомнии, синдром церебральной возбудимости, нарушение эмоционально-поведенческой сферы, которые получали Дормикинд.
2. группа: дети от 3 до 7 лет с наличием симптомов астено-невротического синдрома (Неврастении), СДВГ, с возбудимостью, которые получали Киндинорм.
3. группа: дети от рождения до 7 лет с наличием вышеперечисленных симптомов, с назначением сочетания препаратов Дормикинд и Киндинорм.

Необходимо отметить, что в исследуемый период и за 1 месяц до включения в исследование пациенты не получали лекарственных препаратов, воздействующих на ЦНС. Это было основным условием проведения исследования. Лечение проводилось только монотерапией!

Все больные подвергались детальному неврологическому обследованию. Большое внимание уделялось правильному сбору анамнестических данных. При сборе анамнеза обращалось внимание на жалобы, характер течения, качество сна, время начала жалоб, зависимость от времени суток, и их связь с возможными провоцирующими факторами.

Наличие СВД и его семиологические особенности оценивались при помощи стандартизированных вопросников и схем, разработанных Российским научно-методическим центром вегетативной патологии под руководством А.М.Вейна (1982). Вегетативный тонус изучался при помощи таблицы Гийома-Вейна. Детям, особенно 3 группы, проводилась кардиоинтервалография, как метод комплексной оценки состояния вегетативной нервной системы.

В педиатрической практике кардиоинтервалография может применяться в следующих целях:

1. как скрининг-тест при массовых осмотрах для выявления детей с субклиническими и клиническими формами заболеваний;
2. для характеристики исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности, что необходимо при определении варианта синдрома вегетативно-сосудистой дистонии, как правило, лежащей в основе большинства заболеваний у детей;
3. для выявления особенностей реактивности организма при всех заболеваниях и состояниях, в возникновении которых имеет значение дисфункция вегетативной нервной системы;
4. для оценки адекватности физических и психоэмоциональных нагрузок

Анализ особенностей нейровегетативной регуляции сердечного ритма проводили по показателям КИГ в процессе выполнения КОП. Рассчитывались следующие показатели: мода (Мо) - наиболее часто встречающееся в ряду значение кардиоинтервала, характеризующее уровень функционирования системы; амплитуда моды (АМо) - x - диапазон колебаний значений кардиоинтервалов, отражающий число кардиоциклов, соответствующих значению моды в процентах, отражающее состояние симпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС); вариационный размах (уровень активности парасимпатического отдела ВНС; индекс напряжения (ИН), отражающий степень напряжения регуляторных механизмов. Степень централизации управления сердечным ритмом определяли по реакции индекса $Амо/\Delta x$ при проведении КОП (увеличение или уменьшение индекса в пределах 100%). Взаимоотношение нервного и гуморального канала стимуляции сердечного ритма определяли по реакции индекса $Амо/Мо$ (увеличение или уменьшение индекса в пределах 100%).

Динамику эффективности лечения проводили через 1 месяц после приема препаратов.

Обсуждение результатов: Анализ этиологической структуры невротических расстройств показал, что как невроз, так и ранние невротические реакции протекают у ребенка тяжелее, плохо поддаются коррекции и терапии, когда у него имеет место сочетание неблагоприятных экзо- и эндогенных факторов. При изучении причинных факторов, нами было выявлено, что подавляющее большинство больных - 62 чел (69%) имели неблагоприятный перинатальный и соматический фон, многие пациенты находились под диспансерным наблюдением как часто болеющие дети, имели признаки вегетотлабильности.

Если у детей дошкольного возраста (от 3-х до 6-7 лет) преобладали мононеврозы по типу ночных страхов, психоэмоциональных расстройств, раздражительности, тревожности, иногда и тикозных гиперкинезов, то в раннем возрасте, преобладали астеноневротические проявления в структуре СВД, нарушения сна в виде диссомнии.

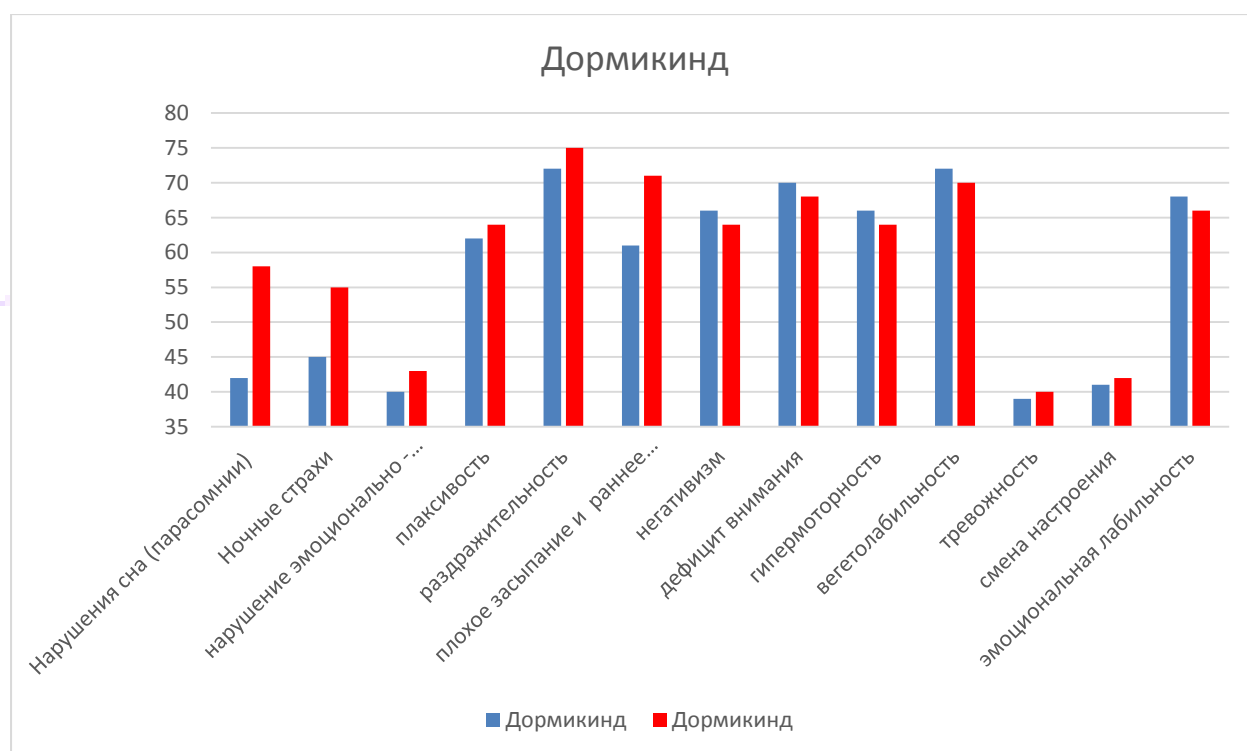
В раннем возрасте (1-3 года) отмечаются наиболее низкий уровень функционирования организма при наибольшей степени напряжения компенсаторных механизмов, высокая активность симпатического звена вегетативной нервной системы и центрального контура регуляции ритма сердца. Такие механизмы регуляции являются несовершенными и таят в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса. Полученные данные были отмечены в баллах.

Уменьшение выраженности жалоб и клинических симптомов до и после лечения (в баллах)

Симптомы	Дормикинд		Киндинорм		Дормикинд + Киндинорм	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Нарушения сна (парасомнии)	42	58	44	46	50	56
Ночные страхи	45	55	48	50	40	44
нарушение эмоционально - поведенческой сферы	40	43	46	47	36	52
плаксивость	62	64	63	62	60	64
раздражительность	72	75	72	73	74	78
плохое засыпание и раннее пробуждение	61	71	68	66	72	78
негативизм	66	64	76	74	72	70
дефицит внимания	70	68	44	54	46	52

гипермоторность	66	64	61	66	46	52
вегетоллабильность	72	70	76	70	66	70
тревожность	39	40	68	67	60	64
смена настроения	41	42	66	67	58	62
эмоциональная лабильность	68	66	72	66	58	62

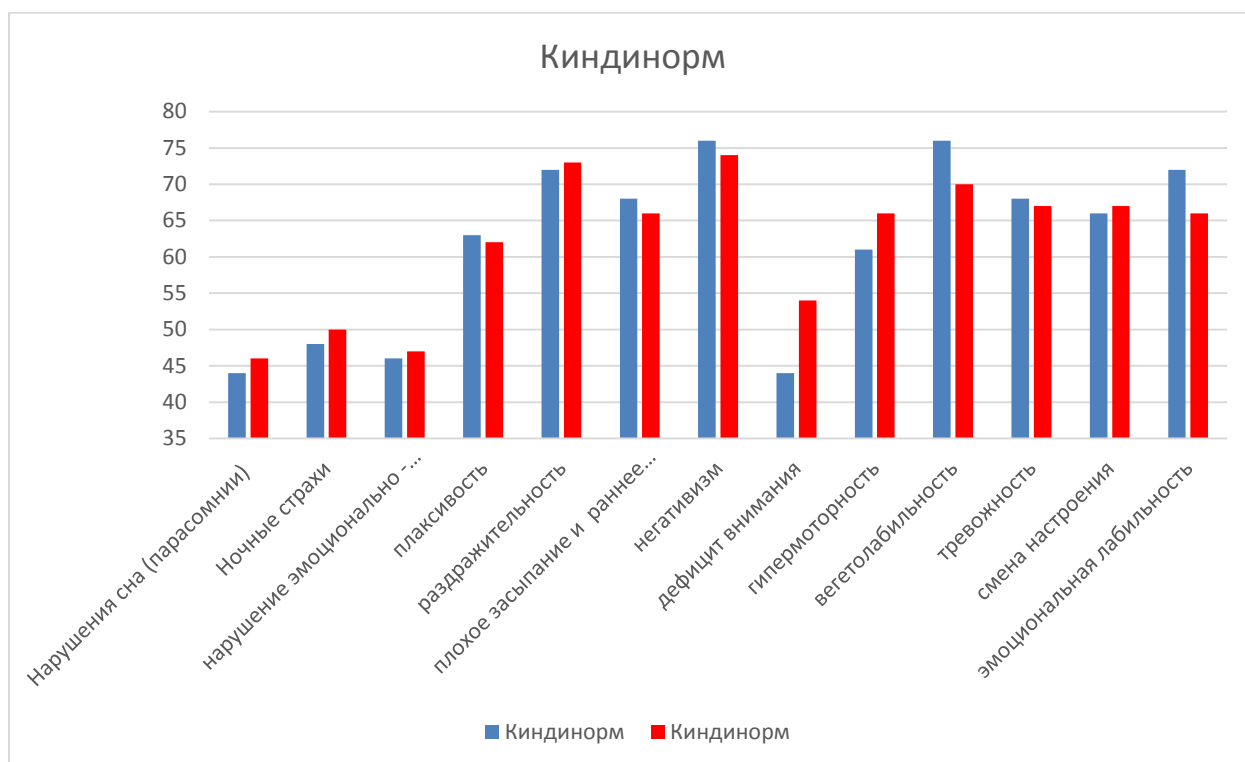
В 1 группе детей, которые принимали Дормикинд, установлена клиническая эффективность и неплохая переносимость препарата в лечении нарушений сна и трудностей засыпания, подтвержденные методами объективной оценки состояния ЦНС и процессов сна. Помимо способности влиять на процессы сна и засыпания, Дормикинд в отличие от Киндинорма редуцировал выраженность невротических проявлений (возбудимость, раздражительность, улучшение засыпания и уменьшению частых пробуждений), также способствовал более комфортному процессу засыпания и позволял ребенку и родителям быстрее отказаться от применения дополнительных воздействий (дополнительное кормление, использование соски, присутствие при засыпании, укачивание, просмотр мультфильмов и др.).



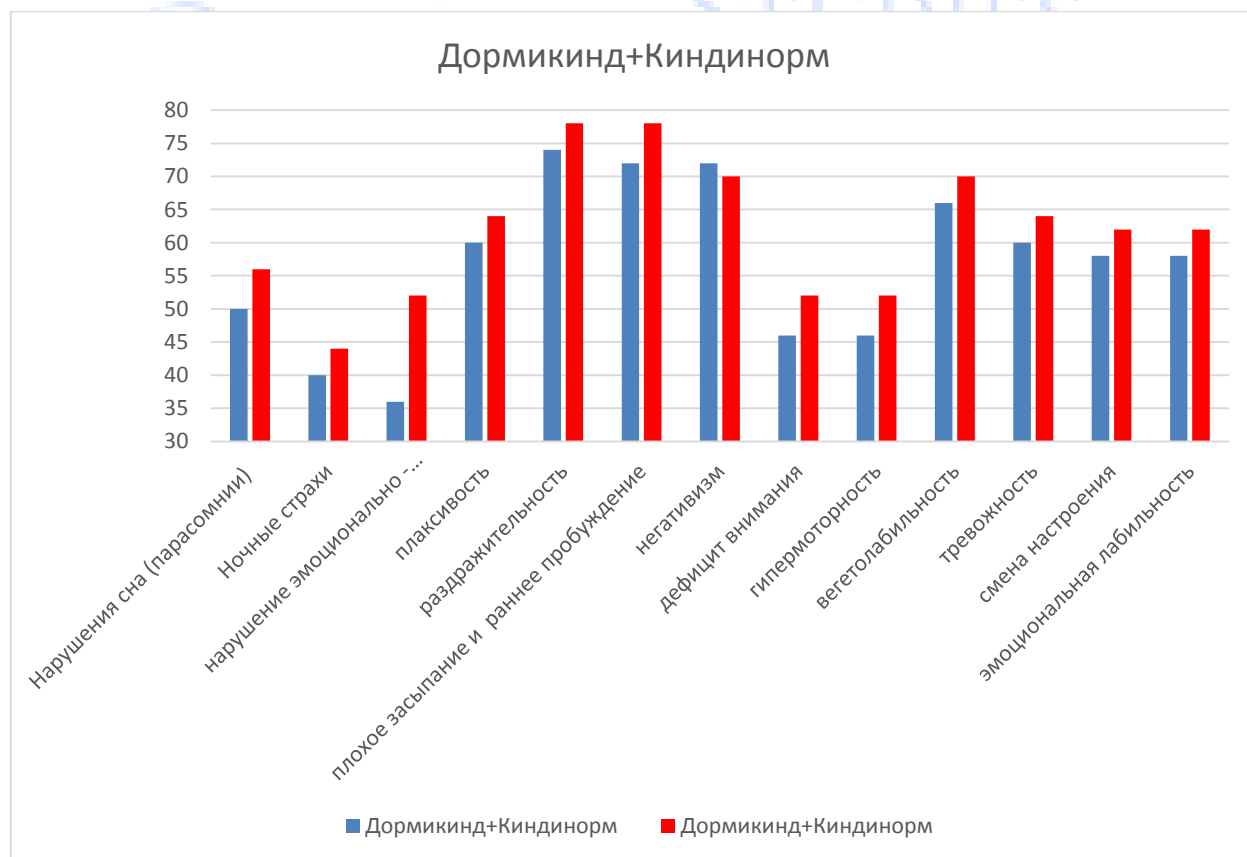
У наблюдаемых детей 2 группы, получивших Киндинорм, до начала лечения были диагностированы различной степени выраженности нарушения поведения и концентрации внимания: трудности по удержанию внимания в играх или выполнении задач, забывчивость, гиперподвижность, агрессивное поведение, вспыльчивость, несдержанность, трудности в обучении.

Степень выраженности симптомов была различной: легкая - 6 пациентов (20,0%), умеренная - 18 (60,0%), значительная - 6 (20,0 %) пациентов. Интересным наблюдением в ходе исследования стало то, что большинство родителей пациентов отметили улучшение коммуникации и поведения детей. Киндинорм позволил проводить эффективное лечение детей также с поведенческими расстройствами (от 41 баллов до 47))

Динамика развития терапевтического эффекта Киндинорма говорит о необходимости проведения курсовой (не менее 30 дней) терапии для достижения положительного эффекта.



Результаты детей 3-й группы, кому проводилось сочетанное назначение препаратов Дормикинд и Киндинорм, показали значительное нивелирование жалоб со стороны родителей, таких как, нарушение эмоционально-поведенческой сферы, плаксивость, плохое засыпание и раннее пробуждение, негативизм, вегето- и эмоциональная лабильность.



Так, по результатам КИГ, выявленные изменения на кардиоинтервалографии до проведения лечения Киндинормом в сочетании с Дормикиндом свидетельствовали о наличии дисбаланса симпатических и парасимпатических влияний на организм, что проявлялось в избыточном подключении при нагрузке одного из отделов ВНС, преимущественно симпатического отдела.

В раннем возрасте (1-3 года) отмечаются наиболее низкий уровень функционирования организма при наибольшей степени напряжения компенсаторных механизмов, высокая активность симпатического звена вегетативной нервной системы и центрального контура регуляции ритма сердца. Такие механизмы регуляции являются несовершенными и таят в себе опасность перенапряжения и срыва адаптации с развитием патологического процесса.

После месячного приема препаратов Дормикинд и Киндинорм, в отличие от детей 1 и 2 групп, отмечалось улучшение показателей КИГ, а именно до лечения ИВТ показал преимущественную симпатикотонию, после проведения лечения отмечалось приближение вегетативных показателей к эйтонии. Также отмечалось улучшение показателей компенсаторных возможностей организма детей.

По таблице Гийома -Вейна отмечалось увеличение количества выраженности баллов и приближение к эйтонии, при исходной симпатикотонической вегетативной реактивности.

Таким образом, клинический эффект сочетанного применения препаратов, по сравнению с их изолированным применением подтверждается результатами психофизиологических исследований, свидетельствующих об уменьшении раздражительности, улучшение общего тонуса организма, улучшении адаптивных показателей растущего организма ребенка.

Немаловажно то, что применение препаратов не сопровождалось нежелательными побочными эффектами и осложнениями.

Комплексные гомеопатические препараты обнаруживают клиническую эффективность, безопасность, удовлетворенность лечением как пациентов, так и их родителей и могут быть рекомендованы для использования в программах реабилитации и лечения детей раннего возраста.

ВЫВОДЫ: Итак, положительная динамика в обследуемых группах детей отмечается к исходу месяца от начала лечения, достигая при легкой степени выраженности симптоматики – 67,1%, при умеренной – 64,8%, при выраженной – 58,8%. Это свидетельствует о терапевтической эффективности препарата, которая максимально была отмечена к 30 дню приема препарата.

Резюмируя итоги можно сказать, что гомеопатические препараты Дормикинд и Киндинорм показывают:

- 1. Значительное облегчение симптомов.** Хотя в трех группах наблюдалось существенное снижение общего балла по жалобам после 28 дней лечения,
- 2. Эффективность:** Независимо от возраста, Дормикинд и Киндинорм показал одинаковую эффективность среди грудных детей (младше 1 года), детей старшего ясельного (1 год – младше 3 лет) и дошкольного возраста (3–6 лет).
- 3. Сравнительная эффективность.** Сочетанное применение препаратов Дормикинд и Киндинорм является достаточно эффективным по сравнению с изолированным их применением.

Хорошая переносимость, широкий спектр применения, отсутствие побочных эффектов и реакций, возможность применения у детей с раннего возраста делают Дормикинд и Киндинорм эффективным, безопасным препаратом для лечения детей в педиатрической неврологии.

Использованная литература:

1. Брызгунов И.П. К вопросу о систематике психосоматических расстройств у детей и подростков. Научный центр здоровья детей РАМН, Москва. Педиатрия №4, 2002г. С.96-99.
2. Галактионова М.Ю. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: вопросы диагностики, лечения, диспансеризации. Москва-2015.43 стр.
3. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния. Вопросы психологии. № 6. – С.141–145.
4. Заваденко Н.Н., Нестеровский Ю.Е. Клинические проявления и лечение синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков. Ж. Педиатрия, Том 91, № 2, 2012
5. Клинические рекомендации «Генерализованное тревожное расстройство», Российское общество психиатров – 2021.
6. Клинические рекомендации «Паническое расстройство», Российское общество психиатров. – 2021.
7. Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Ковров Г.В. Эффективная фармакотерапия / Неврология и психиатрия. – №1. – 2014.
8. Поселова А.А., Михайлова А.А. Оценка эффективности применения рефлексотерапии и гомеопатии в комплексном лечении больных. Вестник новых медицинских технологий. 2014.№1
9. Шамансуров Ш.Ш., Гулямова М.К. Значение электропунктурной диагностики в дифференциации функциональных и органических поражений центральной нервной системы. Актуальные проблемы психиатрии и неврологии. Мат.Всероссийской Юбилейной научно-практической конференции с международным участием. Санкт-Петербург. 2007.С.236
10. Шамансуров Ш.Ш., Гулямова М.К. Электропунктурная диагностика при поражениях нервной системы у детей. Сб.тезисов научно-практической конференции, посвященной памяти Ш.Ш.Шамансурова. Ташкент-2007.с.56.