

ларусь., 1981.— 3. Герцман В. А. // Сов. мед.—1964.— № 3.— С. 116—119.— 4. Герцман В. Л. // Вестн. хир.—1974.— № 5.— С. 80—83.— 5. Громов А. П. // Биомеханика травмы.— М., Медицина, 1979.— 6. Дзяк А. // Крестцовые боли.— М., Медицина, 1981.— 7. Кудрин И. Д., Сулимо-Самуйло З. К., Филатов А. И. // Механические ударные нагрузки и перегрузки как фактор экологии.— Л., Наука, 1980.— 8. Тагер И. Л., Мазо И. С. // Рентгенодиагностика смещений поясничных позвонков.— М., Медицина, 1979.— 9. Цивьян Я. Л., Райхлинштейн В. Е., Овсейчик Я. Г. // В кн.: Патология позвоночника.— Л., 1975.— Вып. 9.— 10. Dorr L. D., Harvey T. P. // Clin. orthop. relat Res.— 1981.— Vol. 157.— P. 178—190.— 11. Louton Th. h., Villeda E. K., Kelly E. L. // Frauma.— 1981.— Vol. 21.— P. 983—985.

Поступила 16.07.85.

ОБЗОРЫ

УДК 616.23/.16 + 616.839]—053.2—053.8—08

ЛЕЧЕНИЕ ВЕГЕТОСОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Р. И. Аляветдинов, М. Ф. Исмагилов

*Кафедра нервных болезней (зав.— проф. Я. Ю. Попелянский) Казанского ордена
Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова*

Вегетососудистые нарушения у детей, именуемые большинством исследователей как вегетососудистые дистонии,— распространенное явление. Частота их в популяции школьников колеблется от 7,1 до 43,7% [27, 34]. Обычно они проявляются в критические этапы онтогенеза, особенно в период полового созревания. При отсутствии своевременных лечебно-профилактических мероприятий у значительного числа детей вегетососудистые дистонии приобретают стойкий характер или переходят уже у взрослых в гипер- или гипотоническую болезнь [1, 28, 36]. Поэтому одной из злободневных задач педиатрии в настоящее время является предупреждение, раннее обнаружение и лечение вегетососудистых нарушений, ибо эффективность терапии тем выше, чем раньше она начата.

А. М. Вейн и сотр. [14, 15] предлагают проводить лечение с соблюдением следующих важнейших принципов: 1) комплексная терапия (этиотропная, патогенетическая, симптоматическая) и 2) строго индивидуальный подход к больному. При наличии у больных часто встречающихся хронических очагов инфекции (хронический тонзиллит, хронические синуситы, кариес зубов, хронический холецистит и др.) необходима их санация. Немаловажная роль в профилактике вегетососудистой дистонии отводится рациональному режиму дня.

Ведущим методом лечения является патогенетическая терапия, направленная на различные звенья механизма развития основного процесса: соблюдение рационального режима дня, психотерапия, иглоукалывание, рентгено- и физиотерапия (лечебная физкультура, электросон, назальный электрофорез, трансцеребральная ионогальванизация, бальнеологическое лечение). Основное же лечение — медикаментозное. У больных с вегетососудистой дистонией чаще наблюдается преобладание функций эрготропных структур вегетативной нервной системы, что обосновывает необходимость назначения препаратов центрального и периферического действия, понижающих симпатический тонус. При лечении взрослых применяют, как правило, аминазин [5], в педиатрии — резерпин [50]. Из группы α -адреноблокаторов используются фентоламин, тропафен, дигидроэрготамин [55], наиболее часто — новый отечественный препарат пирроксан [37, 42]. Из β -адреноблокаторов клиническое применение нашли анаприлин [44, 56], индерал [38], в педиатрии — обиданн [16, 32].

Кроме названных препаратов, для снижения АД назначаются лекарственные средства, действующие на гладкую мускулатуру сосудов: папаверин, дибазол, но-шпа, никотиновая кислота [51]. В последние годы приобретают популярность такие новые препараты, как кавинтон, ригетамин [41, 53], стугерон [54], винкаторн [47, 46].

Для снижения парасимпатического тонуса используются антихолинэстеразные вещества, холиномиметики, препараты калия, малые дозы инсулина [43].

Для повышения симпатического тонуса предписывают адреналин и норадrenalин [19], мезатон, эфедрин, изадрин, а также блокаторы моноаминоксидазы

(ипразид, ниаламид, нуредаль [25]), психостимуляторы (фенамин, кофеин), препараты кальция; метионин, аскорбиновую и глютаминовую кислоты [22], галаскорбин [11].

При парасимпатикотонии назначают препараты, механизм действия которых основан на блокировании центральных и периферических холинореактивных систем. С этой целью применяются холинолитики (бутироксан, амизил, метамизил, атропин, циклодол), ганглиоблокаторы (бензогексоний, пентамин, пахикарпин, ганглерон). Для лечения вегетососудистой дистонии эффективны антигистаминные препараты: димедрол, пипольфен, гистаглобулин.

При вегетососудистой дистонии нарушается функция как эрготропных, так и трофотропных структур [24, 47], поэтому обосновано применение препаратов, воздействующих на оба отдела вегетативной нервной системы. Ряд авторов [57, 58] считают, что хорошего эффекта можно добиться лишь при комбинированном использовании адreno- и холиноблокаторов. К таким препаратам относятся беллоид, беллатаминал, белласпон, аклиман и другие комбинированные лекарственные средства с добавлением транквилизаторов.

В педиатрии чаще применяется беллоид. Одно драже препарата содержит 0,1 мг алкалоидов белладонны, 0,3 мг эрготоксина и 30 мг бутилэтилбарбитуровой кислоты. Алкалоиды белладонны блокируют холинореактивные системы. Вторым компонентом — эрготоксин — является регулятором функции центральных и периферических синапсов симпатического отдела вегетативной нервной системы. Бутилэтилбарбитуровая кислота снижает возбудимость как симпатических, так и парасимпатических центров основания мозга. Однако беллоид не лишен недостатков. Препарат не совсем эффективен при лечении вегетососудистой дистонии у детей [26]. Он может вызывать сухость во рту, затруднение глотания, жажду, тахикардию и т. п. Кроме того, в педиатрической практике нередки случаи отравления беллоидом [21, 48]. Некоторые авторы предлагают применение средств, одновременно блокирующих адreno- и холинореактивные системы центральных синапсов [45].

В последние годы для лечения вегетососудистых нарушений широко используются транквилизаторы (элиниум, седуксен, френолон, фенибут), эффективность которых у взрослых и у детей авторы объясняют воздействием на лимбическую систему.

В патогенезе вегетососудистой дистонии немаловажную роль играет повышение внутричерепного давления, поэтому показано применение дегидратационной (25% раствор магния сульфата, 40% раствор глюкозы) и рассасывающей (лидаза, алоэ, ФИБС, стекловидное тело) терапии.

Кроме лекарственных средств при лечении вегетососудистой дистонии использовали патогенетические методы, в частности рентгенотерапию [7, 18]. Однако в последние годы к ней прибегают лишь при крайней необходимости. Из педиатрической практики рентгенотерапия почти исключена. Так, И. В. Каюшева [31] сообщает, что, применив рентгенотерапию одному ребенку с гипоталамическим синдромом пубертатного периода, они получили резчайшее обострение заболевания.

В настоящее время распространены гормональные препараты — кортикотропин и кортикостероиды [18], тканевые препараты [2, 17], иглорефлексотерапия [8, 52], электросон [33], лечебная физкультура [13], точечный массаж [10], психотерапия [20, 29]. Широко используются такие физические методы, как назальный электрофорез кальция хлорида, тиамина бромид, димедрола, новокаина, эрготамина [30]; трансцеребральная гальванизация через глаза [24], гидроаэроионотерапия [3], электроаэрозольтерапия, лечение ионизированным воздухом (4), микроволновая терапия (9), синусоидальные модулированные токи [23].

При вегетососудистой дистонии гипотонического типа обычно применяют электрофорез раствора кальция хлорида и натрия бромид [35], аэроионотерапию [39], углекислые, хлористоводородные и сероводородные ванны [49]. При вегетососудистой дистонии гипертонического типа предпочтение отдают электрофорезу раствора магния сульфата и бромидов в сочетании с хвойными или кислородными ваннами [35], ваннами с хлоридом натрия и повышенным содержанием ионов брома и йода. Также применяются радоновые, сульфидные, скипидарные, бромйодные, хвойно-морские ванны и другие курортные факторы. Необходимо отметить, что все указанные виды терапии обычно комбинируют с медикаментозным лечением.

Таким образом, к настоящему времени накоплен большой опыт по лечению вегетососудистых нарушений у детей. Однако, несмотря на разнообразный арсенал медикаментозных препаратов, продолжается поиск новых, более эффективных вегетотропных средств.

1. *Абдуллаев А. Р.*//Гипертензионские и гипотонические состояния у детей и подростков.— Автореф. докт. дисс.— М., 1969.— 2. *Адаменко Р. Я., Батрак С. П.*//Врач. дело.— 1976.— № 10.— С. 97—98.— 3. *Акрамов Камал*// Гидроаэроноотерапия в комплексном лечении больных в резидуальной стадии гипоталамического синдрома.— Автореф. канд. дисс.— Ташкент. 1975.— 4. *Баева Ф. И., Скоробогатова А. М.*//В кн.: Актуальные вопросы морфофункциональной организации клинической патологии и лечения вегетативной нервной системы.— Труды Ленингр. сан-гигиен. мед. ин-та.— 1977.— Т. 118.— 5. *Банщикова В. М., Добржанская А. К.*//В кн.: Терапия психических заболеваний.— М., 1968.— 6. *Билалов М. Ш.*//В кн.: Фармакология и токсикология фосфорорганических соединений и других биологических активных веществ.— Научные труды Казан. мед. ин-та.— 1974.— Т. 41.— Вып. 2.— 7. *Билалов М. Ш., Чижова Е. И.*//В кн.: Вопросы вегетативной и сосудистой патологии нервной системы.— Труды Казан. гос. ин-та усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.— 1970.— Т. 20.— 8. *Билалов М. Ш., Семенова Н. А.*//Казанский мед. ж.— 1975.— № 4.— С. 43—44.— 9. *Билалов М. Ш., Подольская Д. В.*//В кн.: Интенсивная терапия в клинической практике.— Л., 1976.— 10. *Билалов М. Ш., Яблонская М. А.*//В кн.: Начальные формы сосудистых заболеваний нервной системы.— Труды Горьк. мед. ин-та.— 1977.— Вып. 82.— 11. *Бондаренко Л. П.*//В кн.: Материалы VI Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров.— М., 1975.— Т. 2.— 12. *Буртынский Д. Л.*//В кн.: Неврология и психиатрия.— Киев. 1982.— Вып. 11.— 13. *Вардимиади Н. Д., Машкова Л. Г.*//В кн.: Охрана здоровья детей и подростков.— Киев. 1974.— Вып. 6.— 14. *Вейн А. М., Колосова О. А.*// Вегетативно-сосудистые пароксизмы (Клиника, патогенез, лечение).— М., Медицина. 1971.— 15. *Вейн А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А.*// Вегетососудистая дистония.— М., Медицина. 1981.— 16. *Вульфсон Н. Н., Небольсина Л. И., Краснова К. Н.* и др.//Педиатрия.— 1977.— № 4.— С. 81.— 17. *Герман Д. Г., Гамарц Р. С.*//В кн.: Материалы III Республиканской конференции по детской неврологии.— Казань. 1983.— 18. *Гехт В. М., Соловьева А. Д.*//В кн.: Физиология и патология дизэнцефальной области головного мозга.— М., 1963.— 19. *Глауров А. Г.*//В кн.: Материалы к симпозиуму «Предупреждение и лечение нарушений мозгового кровообращения».— М., 1965.— 20. *Гришин Г. Ф., Дьяконова И. Н.*// В кн.: Сосудистые, инфекционные и наследственные заболевания нервной системы.— Уфа. 1978.— 21. *Демидов А. С.*//В кн.: Научные труды Центрального института усовершенствования врачей.— М., 1969.— Т. 130.— 22. *Дытно Е. Я.*//В кн.: Вопросы невропатологии и психиатрии.— Труды Краснояр. мед. ин-та.— 1971.— Т. 9.— Вып. 8.— 23. *Елькина М. М.*// В кн.: Медицинская и трудовая реабилитация больных на курортах.— Труды Науч. исслед. ин-та курортологии и физиотерапии.— Пятигорск. 1981.— 24. *Зайцева Л. В.*//Вегетативно-сосудистые сдвиги при некоторых формах поражения гипоталамуса у детей.— Автореф. канд. дисс.— Ташкент. 1970.— 25. *Зубкова Е. П.*//В кн.: Начальные формы сосудистой патологии нервной системы.— Труды Горьк. мед. ин-та.— 1975.— Вып. 62.— 26. *Исмаилов М. Ф., Аляветдинов Р. И.*//Казанский мед. ж.— 1984.— № 4.— С. 294—297.— 27. *Исмаилов М. Ф., Аляветдинов Р. И., Кухнина Т. М.* и др.//В кн.: Материалы V Всероссийского съезда невропатологов и психиатров.— М., 1985.— Т. 2.— 28. *Каложина Р. А.*//Гипертензионная болезнь у детей и подростков.— Л., Медицина. 1980.— 29. *Касаткин А. А., Гришин Г. Ф.*//В кн.: Патология вегетативной нервной системы.— Тезисы докладов научно-практической конференции.— М., 1976.— 30. *Кассиль Г. Н.*//Сов. мед.— 1960.— № 7.— С. 95—103.— 31. *Каюшева И. В.*//Вопросы клиники, патогенеза и терапии гипоталамического синдрома пубертатного периода.— Автореф. канд. дисс.— Горький. 1968.— 32. *Краснова К. Н., Яковлева А. А., Надеждина Е. А.* и др.//Вопр. охр. мат.— 1977.— № 5.— С. 28—30.— 33. *Краснова К. Н., Ходакова И. И., Курпирянова О. О., Кустарева К. С.*//Педиатрия.— 1977.— № 4.— С. 75—77.— 34. *Кудаева Л. М.*//Неврологическая и патофизиологическая характеристика ранних проявлений вегетативно-сосудистой дисфункции и изменений мозговой гемодинамики в условиях учебной нагрузки.— Автореф. канд. дисс.— М., 1977.— 35. *Кустарева К. С., Грозная А. С.*//В кн.: Санаторно-курортное лечение подростков.— М., 1971.— 36. *Левин В. М., Полячек А. С.*//В кн.: Вопросы гигиены труда подростков.— М., 1973.— 37. *Лекарь П. Г.*// В кн.: Новое в морфологии и клинической патологии вегетативной нервной системы.— Труды Ленингр. сан-гигиен. мед. ин-та.— 1974.— Т. 104.— 38. *Локтионова А. И.*//Клинико-физиологическая характеристика вегетативно-сосудистых нарушений гипоталамического генеза.— Автореф. канд. дисс.— М., 1979.— 39. *Лысенко М. А., Стоянова В. И.*//В кн.: Вопросы невропатологии, физиотерапии и курортологии в Туркмении.— Ашхабад. 1971.— 40. *Макарченко А. Ф., Динабург А. Д., Ройтуб Б. А.*//Журн. невропатол. и психиатр.— 1963.— Т. 63.— Вып. 12.— С. 1818—1822.— 41. *Максименко И. М., Тушканова М. В., Ронкин М. А., Попова Л. Т.*//Венг. фармакогер.— 1971.— № 3.— С. 162—165.— 42. *Мащенко В. Т.*//В кн.: Актуальные вопросы морфофункциональной организации, клинической патологии и лечения вегетативной нервной системы.— Труды Ленингр. сан-гиг. мед. ин-та.— Л., 1977.— Т. 118.— 43. *Моржухина И. П., Евстратова Н. В., Халезова Н. И.*//В кн.: Пароксизмальные вегетативные нарушения.— Тезисы докладов научно-практической конференции.— М., 1979.— 44. *Надеждина Е. А., Курбатов В. С., Голов А. Г., Курпирянова О. О.*//Педиатрия.— 1980.— № 4.— С. 33—36.— 45. *Парменов-Трифиллов В. И., Стариков Л. И.*//В кн.: Информационное значение биоэлектрических потенциалов головного мозга.— Материалы симпозиума.— Л., 1974.— 46. *Попова Л. Т., Ронкин М. А., Максименко И. М., Петренко Б. Е.*//Венг. фармакогер.— 1970.— № 1.— С. 16—20.— 47. *Пэма А. Ф.*//В кн.: Диагностика и лечение нарушений системного и регионального кровообращения.— Труды Перм. гос. мед. ин-та.— 1979.— Т. 146.— Вып. 1.— 48. *Радилов Ю. О.*// Отравление беллоидом и белласпомом у детей.— Автореф. канд. дисс.— М., 1973.—

49. Стрелкова Н. И., Мельницкая З. С.//В кн.: Санитарно-курортное лечение подростков.— М., 1971.— 50. Студеникин М. Я., Курбатов В. С., Тернова Т. И., Брызгунов И. П.//Педиатрия.— 1974.— № 4.— С. 40—43.— 51. Федорова М. Л.//В кн.: Нарушения мозгового кровообращения.— Труды 2-го Моск. мед. ин-та.— 1974.— Т. 26.— Вып. 1.— 52. Фидор В. С.//Врач. дело.— 1979.— № 6.— С. 48—50.— 53. Хван Л. М., Кутчак Е. Н., Дубровская В. Ф. и др.//Венг. фармакогер.— 1971.— № 4.— С. 85—86.— 54. Цирлин М. Я.//Венг. фармакогер.— 1977.— № 3.— С. 109—111.— 55. Эниня Г. И., Метра М. Я., Рубле В. Х.//В кн.: Пароксизмальные вегетативные нарушения.— Тезисы докладов научно-практической конференции.— М., 1979.— 56. Ярош А. А., Драчева З. Н., Тяжкороб А. М.//Врач. дело.— 1976.— № 11.— С. 118—121.— 57. Hempel I.//Nervenarzti.— 1937.— № 10.— P. 22—26.— 58. Hoffinger A.//Kindern. Praxis.— 1957.— № 32.— P. 689—692.

Поступила 08.01.86.

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ВРОЖДЕННОМ ВЫВИХЕ БЕДРА У ДЕТЕЙ

И. Ф. Ахтямов

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии (директор — заслуж. деят. науки РСФСР и ТАССР, проф. У. Я. Богданович)

Врожденная дисплазия тазобедренного сустава является одним из частых пороков опорно-двигательного аппарата и встречается у 0,15—4,5% новорожденных [6, 39]. Эта проблема привлекает к себе внимание ортопедов своей социальной значимостью: у 40—50% взрослых артроз развивается вследствие врожденного вывиха бедра [4, 22, 47].

Раннее функциональное закрытое вправление в большинстве случаев дает хорошие результаты, однако у 6,1—26% детей в возрасте до 3 лет излечить вывих бедра консервативным путем не удастся [30, 51, 70]. Неудачные и, особенно, многократные попытки закрытого вправления наносят тазобедренному суставу существенный вред и неблагоприятно сказываются на исходе.

В литературе нет единого мнения о том, какой возраст оптимален для оперативного вмешательства. Если ранее большинство хирургов считали оперативное вправление у детей до 2 лет нежелательным, то в последнее время появляется немало сторонников раннего, то есть на первом году жизни ребенка, хирургического лечения [13, 29, 50].

Проблема показаний к хирургическому лечению врожденного вывиха бедра имеет три основных аспекта: установление факта несправности бедра закрытым способом, определение реальных перспектив улучшения функции сустава, выбор оптимального оперативнотактического варианта в зависимости от возраста больного и характера вывиха [26]. Нижняя возрастная граница показаний к открытой репозиции рядом авторов считается в настоящее время равной 2—3 годам [10, 17, 55]. Возможность радикального хирургического лечения у детей старшего возраста ограничивается тяжестью патологоанатомических изменений сустава, прежде всего деформацией вертлужной впадины и дегенеративно-дистрофическими изменениями хрящевых структур, которые обуславливают его бесперспективность. По мнению авторов, граница показаний к хирургическому лечению равна 7—8 годам при двусторонних вывихах и 13—14 годам — при одностороннем поражении [11, 43].

Если первая попытка закрытого вправления была проведена квалифицированно, но оказалась неэффективной, то повторные, как правило, также заканчиваются неудачно [26]. По свидетельству ряда авторов [40, 46], уже у новорожденных существуют сформировавшиеся пренатально вывихи бедра, которые, безусловно, подлежат первичному хирургическому лечению. В подобных случаях даже самое раннее консервативное лечение будет безуспешным. Поэтому рациональным можно назвать такое оперативное вмешательство, которое производится у ребенка в возрасте до года. Зальцер [63] отмечал, что нижней возрастной границы для открытого вправления нет, а Фергюсон считал нецелесообразным консервативное лечение детей старше 3 лет [51]. Некоторые авторы придерживаются мнения о необходимости оперативного лечения всех детей с врожденным вывихом бедра и ригидностью мышц, то есть независимо от возраста и без предварительного консервативного лечения [57]. Целесообразность подобных воззрений ставится под сомнение А. М. Курбановым [16] и другими авторами [26, 62], которые при неэффективности консервативного лечения или ввиду тяжести патологии предлагают оперировать детей на 1—2-м году жизни.

Для правильного выбора метода хирургического вмешательства нужна детальная информация о строении тазобедренного сустава, которая может быть получена при рентгеноартрографическом исследовании [15]. Переходя к вопросу о выборе метода оперативного вмешательства, хочется процитировать Ю. И. Поздника [26], который пишет: «Реконструктивно-восстановительная операция в целях профилактики ранних и тяжелых форм коксартрозов должна обеспечить: 1) декомпрессию сустава; 2) сохранение хрящевых структур и достаточного кровоснабжения всех его элементов; 3) достижение стабильности и congruentности его компонентов (одномоментно или в два этапа); 4) создание правильных