

О.Н. Нечипуренко

Астенический синдром в практике педиатра и семейного врача. Основные аспекты метаболической коррекции детей с вторичной иммунной дисфункцией

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2017.5(85):110-116; doi 10.15574/SP.2017.85.110

Астенический синдром сопровождается заболеваниями различных систем организма у детей и взрослых и часто встречается в практике педиатра и семейного врача. Полиморфизм клинических симптомов астенического синдрома требует разработки и проведения комплексных лечебно-профилактических мероприятий с учетом современных возможностей метаболической коррекции, направленных на повышение физиологических мер защиты организма. Многокомпонентный состав препарата «Триметабол» позволяет воздействовать на различные звенья нарушенных патологических механизмов, формирующихся в процессе развития астенического синдрома, что подтверждает целесообразность его применения при данном состоянии.

Ключевые слова: астенический синдром, дети, лечение, Триметабол.

Asthenic syndrome in practice of a paediatrician and a family doctor. The main aspects of metabolic correction in children with secondary immune dysfunction

O.M. Nechipurenko

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Asthenic syndrome accompanies the various diseases in children and adults and is common in practice of a paediatrician and a family doctor. Polymorphism of clinical symptoms of asthenic syndrome requires the development and implementation of comprehensive preventive and curative interventions taking into account the modern possibilities of metabolic correction, aimed at increasing the physiological protective measures of the organism. The multicomponent composition of the drug «Trimetabol» can affect various links of the affected patho-sanogenetic mechanisms, which are formed during the development of asthenic syndrome, which confirms the purpose of its use.

Key words: asthenic syndrome, children, treatment, Trimetabol.

Астенічний синдром у практиці педіатра і сімейного лікаря. Основні аспекти метаболічної корекції у дітей з вторинною імунною дисфункцією

O.M. Нечипуренко

Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Астенічний синдром супроводжує захворювання різних систем організму у дітей і дорослих та часто зустрічається у практиці педіатра і сімейного лікаря. Поліморфізм клінічних симптомів астеничного синдрому вимагає розробки та проведення комплексних лікувально-профілактичних заходів з урахуванням сучасних можливостей метаболічної корекції, спрямованих на підвищення фізіологічних заходів захисту організму. Багатокомпонентний склад препарату «Триметабол» дозволяє впливати на різні ланки порушених патологічних механізмів, що формуються у процесі розвитку астеничного синдрому, що підтверджує цілеспрямованість його застосування при даному стані.

Ключові слова: астенічний синдром, діти, лікування, Триметабол.

Астенический синдром сопровождается многими заболеваниями у детей и взрослых и привлекает внимание врачей различных специальностей, поскольку может быть маркером развития различных патологических процессов во всех системах организма, проявляться на всех этапах формирования болезни. Полиморфизм клинических симптомов, характеризующих астенический синдром, требует применения комплексного лечения и профилактики, с учетом основного заболевания, состояния физиологических мер защиты организма и использованием современных возможностей коррекции процессов метаболизма.

Астения, бесспорно, является наиболее часто встречающимся синдромом в практике

педиатра и семейного врача. Проблема астенических состояний остается актуальной и очень трудной в клинической практике врачей различных специальностей [7,8]. Астенический синдром проявляется усталостью, снижением психической и физической работоспособности, нарушениями аппетита, формулы сна, повышенной раздражительностью или, наоборот, вялостью, эмоциональной лабильностью, вегетативными нарушениями и др. [10].

Наиболее часто в клинической практике встречаются следующие варианты астении [7]:

1) астения как один из симптомов различных заболеваний — соматических, инфекционных, эндокринных, психических и др.;

2) астенический синдром в виде временного и преходящего состояния, обусловленного влиянием различных факторов, среди которых могут быть физические и психические перегрузки, инфекционные заболевания, оперативные вмешательства, прием некоторых лекарственных препаратов. В подобных случаях речь идет о реактивной, или вторичной, астении. Обычно устранение причины, вызвавшей астению, приводит к купированию астенических проявлений;

3) хроническая патологическая утомляемость, или синдром хронической усталости, как отдельное клиническое проявление. В структуре этого синдрома ведущими симптомами болезни являются постоянное ощущение слабости и патологическая утомляемость, которые приводят к физической и социальной дезадаптации и не могут быть объяснены другими причинами.

Комплексы лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику и лечение астенического синдрома, предусматривают правильный распорядок дня как ребенка, так и взрослого, рациональное питание с разработкой индивидуальных диет, применением адаптогенов, нейропротекторов и др. Для клиницистов разных специальностей важным является то, что астенический синдром, во многих случаях, может быть первым признаком начинающихся заболеваний эндокринной, пищеварительной, нервной, дыхательной и других систем и проявляться как в разгаре болезни, так и в периоде реконвалесценции.

Очень важно своевременно отличить астению от обычной усталости, которая возникает после чрезмерного физического или психического напряжения, смены часовых поясов или климата, несоблюдении режима труда и отдыха. В отличие от физиологической усталости астения развивается постепенно, сохраняется длительное время, не проходит после полноценного отдыха. Пациенты с такой симптоматикой нуждаются в комплексном обследовании и консультации врача.

Проявляются основные клинические симптомы астенического синдрома следующим образом. Усталость быстро возникает и не исчезает даже после отдыха. Ухудшаются память, внимательность, сообразительность. Все это может формировать чувство собственной несостоятельности у человека. Психоэмоциональные расстройства у детей и взрослых проявляются вспыльчивостью, плаксивостью, приди-

чивостью, повышенной раздражительностью. Для таких пациентов характерны частые смены настроения. Такое состояние при усугублении симптомов может привести к неврастению, ипохондрическому или депрессивному неврозу. Вегетативные нарушения при астеническом синдроме проявляются в виде тахикардии, лабильность пульса, снижения или потери аппетита, склонности к ознобам или появлением чувства жара в теле, скачков давления, гипергидроза, болевого абдоминального синдрома и др. Нарушение формулы сна в основном проявляется в том, что дети и взрослые ночью не могут уснуть, а днем испытывают постоянную вялость и сонливость.

Таким образом, астения является полиморфным синдромом, где на первое место выходят жалобы на слабость, утомляемость, снижение или потерю аппетита вплоть до анорексии [7,8,10].

У пациентов с данной патологией могут проявляться когнитивные симптомы (нарушение внимания, рассеянность, снижение памяти); болевые расстройства (кардиалгии, абдоминалгии, дорсалгии); симптомы вегетативной дисфункции (тахикардия, гипервентиляционные расстройства, гипергидроз); эмоциональные расстройства (чувство внутреннего напряжения, тревожность, лабильность или снижение настроения, страхи); мотивационные и обменно-эндокринные расстройства (нарушения аппетита, потеря веса, отечность, дисменорея, предменструальный синдром); гиперестезии (повышенная чувствительность к свету и звуку) [4,7].

Астенический синдром может быть соматогенным (вторичным, или симптоматическим, органическим) или психогенным (функциональным, первичным, или «ядерным»), в клинической практике выделяют реактивную и хроническую астению. Соматогенные астении могут быть одним из проявлений патологического процесса, а также формироваться под воздействием различных заболеваний и факторов (инфекционных, соматических, онкологических, неврологических, включая антропогенные), гематологических и соединительнотканых заболеваний; эндокринных и метаболических расстройств; ятрогенных воздействий (прием медикаментозных препаратов); эндогенных психических заболеваний (шизофрения, депрессия); профессиональных вредностей [7].

Реактивные астении возникают у исходно здоровых лиц при воздействии различных факторов, вызывающих дезадаптацию. Наиболее часто дан-

ная клиническая форма астении возникает у людей с повышенным чувством ответственности на фоне профессиональных перегрузок.

При психогенных астениях мотивационный срыв происходит в результате невозможности достижения цели или реализации своих потенциальных возможностей [4,7,8].

На современном этапе в качестве этиологических факторов астении рассматриваются психосоциальные, инфекционно-иммунные, метаболические и нейрогормональные факторы, а также их комплексное сочетание [2]. При астении в первую очередь происходят изменения активности ретикулярной формации ствола мозга, обеспечивающей поддержание уровня внимания, восприятия, бодрствования и сна, общей и мышечной активности, вегетативной регуляции. Происходят изменения в функционировании гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы, являющейся ключевой нейрогормональной системой в реализации стресса [2,6,7]. Астению можно расценивать как универсальный защитный или компенсаторный механизм адаптации. В комплексном лечении астенического синдрома у детей и взрослых задачами клинициста является определение этиологического фактора, вызывающего астенизацию организма. Поскольку астенический синдром может формироваться при патологических процессах в различных системах организма (сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной, пищеварительной и др.), диагностикой, профилактикой и комплексным лечением данного синдрома занимаются врачи различных специальностей (семейные, педиатры, гастроэнтерологи, эндокринологи, невропатологи и др.).

При реактивном характере астении основное внимание необходимо уделить коррекции факторов, приведших к срыву. В случае определения вторичного характера астении тактика врача должна быть направлена на лечение основного заболевания и купирование токсико-метаболических расстройств. В результате накопленного научного и клинического опыта были установлены различные иммунологические нарушения при астении, преимущественно в виде снижения функциональной активности естественных и натуральных киллерных клеток [7,8].

В комплексной профилактике и лечении астенического синдрома используют немедикаментозные методы лечения (психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура, иглорефлексотерапия и др.), фармакотерапию, вклю-

чающую психотропные препараты (преимущественно антидепрессанты), психостимуляторы, иммуностимулирующие, противоинфекционные, общеукрепляющие пищевые добавки и витаминные препараты, направленные на улучшение и стимуляцию обмена веществ и метаболизм мозга. В этой связи оправданным является назначение витаминов и макро- и микроминералов. Антиоксидантный эффект отмечен при приеме витаминов А и Е. При лечении астении большое значение имеет прием препаратов кальция и магния. Известно, что при астении назначаются большие дозы витамина С, комплексы витаминов группы В (В₁, В₆, В₁₂) [1,2,7].

Вторичные иммунодефицитные состояния (ВИДС) — нарушения иммунной системы, развивающиеся в позднем постнатальном периоде или у взрослых и не являющиеся результатом генетических дефектов. В появлении термина «вторичный иммунодефицит» предопределяющими тенденциями явились значительная распространённость в популяции хронических инфекционно-воспалительных заболеваний, резистентных к общепринятому лечению, большое количество часто и длительно болеющих людей.

Основным клиническим признаком ВИДС является атипичное течение острых и хронических инфекционных воспалительных процессов, торпидных к адекватно проводимому лечению.

Для своевременной и правильной диагностики ВИДС необходимо проведение полного объема лабораторных обследований с целью выявления маркеров иммунодефицитных состояний. Иммунологические лабораторные тесты первого уровня включают исследование следующих показателей: абсолютное количество лейкоцитов, нейтрофилов, лимфоцитов и тромбоцитов; уровень белка и у-фракции; уровень сывороточных иммуноглобулинов IgG, IgA, IgM, IgE; гемолитическая активность комплемента; гиперчувствительность замедленного типа (кожные тесты).

Тесты второго уровня направлены на углубленное изучение иммунного статуса, идентификацию причин, вызывающих нарушения и дефекты иммунной системы на клеточном, молекулярном и молекулярно-генетическом уровнях, и включают оценку состояния фагоцитоза, В-системы иммунитета. При изучении этиопатогенеза различных острых и хронических воспалительных процессов не только инфекционной, но и аутоиммунной природы,

большое значение придать определению цитокинов ФНО, ИЛ-1 и ИФ- γ [10].

Чем более тщательно проводится обследование у больных со спонтанной формой вторичного иммунодефицита, тем целенаправленной и эффективней терапия данного контингента больных.

Дети, подверженные частым респираторным заболеваниям, состоят на диспансерном учете как часто болеющие (ЧБД). Каждый ребенок этой группы болеет от 6 до 12–15 раз в год. По данным различных авторов [10], ЧБД составляют от 20% до 65% детской популяции.

Необходимо отметить, что часть ЧБД — это так называемые «иммунологически скомпрометированные дети». Анамнестические данные, клинические симптомы, результаты иммунологического мониторинга данного контингента детей свидетельствуют о наличии у них ВИДС [13]. Повторяющиеся острые респираторные заболевания у детей и их осложнения (заболевания уха, горла, носа, верхних и нижних дыхательных путей) являются как медицинской, так и социальной проблемой. Формированию группы детей, которые часто болеют респираторными заболеваниями, способствуют снижение защитных сил организма и его высокая сенсibilизация, отягощенный преморбидный фон [10,13,14].

Высокому уровню заболеваемости способствуют также экологические (плохие погодноклиматические условия, высокая влажность, загрязнение воздушной среды, урбанизация населения), социальные (неудовлетворительные материально-бытовые условия, нарушенный характер питания, низкий санитарный уровень культуры родителей), биологические (несовершенство местного и общего иммунитета, наследственная предрасположенность) факторы [10,11,13].

У часто и длительно болеющего ребенка крайне напряжены процессы иммунного реагирования с недостаточностью резервных возможностей, что является результатом длительного и массивного антигенного воздействия на организм, истощающего его физиологические меры защиты. Иммунный дисбаланс, приводящий к развитию тяжелых и осложненных форм заболевания, поддерживается дисбиотическими нарушениями слизистых оболочек дыхательных путей и кишечника [13,14]. Акушерская патология матери способствует формированию вторичных иммунодефицитных состояний у ребенка. На формирование нарушений в системе иммунитета влияет острый и хрониче-

Таблица

Клиническая симптоматика у детей с повторными эпизодами острых респираторных заболеваний, выявленная при диспансерном осмотре

Симптомы и жалобы	Количество детей в возрасте от 6 до 14 лет (n=33)	
	абс.	% M \pm m
Быстрая утомляемость	26	78,8 \pm 7,1
Бледность кожных покровов	22	66,7 \pm 8,2
Периорбитальный цианоз	25	75,8 \pm 7,5
Снижение эмоционального фона	10	30,4 \pm 8,0
Раздражительность	9	27,3 \pm 7,8
Снижение аппетита	11	33,4 \pm 8,2
Нарушение сна	7	21,3 \pm 7,2
Увеличение размеров подчелюстных лимфатических узлов	29	87,9 \pm 5,7
Застойная гиперемия глотки	30	91,0 \pm 5,0

ский стресс, сопровождающийся симптомами хронической усталости, несбалансированное питание, эндокринная патология и др. [6,14].

Накопленный клинический опыт [10,12] свидетельствует о том, что у детей, часто болеющих повторными эпизодами острых респираторных заболеваний и состоящих на диспансерном учете в детских поликлиниках, присутствуют жалобы, подтверждающие наличие астенизации организма. Результаты собственных наблюдений [11] за данным контингентом детей также подтверждает наличие жалоб, свидетельствующих об астенизации детского организма, треть из которых составляют жалобы на снижение аппетита — 33,4% (табл.).

Накопленный клинический опыт [3,6,9] свидетельствует о необходимости коррекции метаболических процессов, используя с профилактической и лечебной целью различные поливитаминные комплексы и негормональные препараты, обладающие анаболическими свойствами, как способ неспецифической фармакологической коррекции патологических состояний у детей и взрослых, сопровождающихся снижением аппетита на фоне астенического синдрома. Следует подчеркнуть, что важнейшим условием сохранения и поддержания здоровья у детей и взрослых является рациональное питание с оптимальным количеством белков, жиров, углеводов, микроэлементов, витаминов. Полигиповитаминоз у ЧБД носит, как правило, сочетанный характер [13]. Наряду с недостатком витамина С наиболее часто отмечается дефицит витаминов В₁, В₂, В₆. Нарушение обмена веществ, дефицит витаминов утя-

желая течение заболеваний у детей, снижает эффективность профилактических и лечебных мероприятий, способствует хронизации патологических процессов.

В этой связи, учитывая широкий спектр механизмов лечебного действия, препарат «Триметабол» нашел применение в терапии вышеперечисленных состояний, как в педиатрии у детей с двухлетнего возраста, так и в практике семейного врача.

В комплексный сбалансированный состав препарата «Триметабол» входят: стимулятор аппетита ципрогептадина ацефилинат (метофин), L-карнитин, обладающий анаболическим действием, аминокислота лизин, являющаяся основой процессов биосинтеза белков, а также комплекс витаминов группы (В₁, В₆, В₁₂), выполняющих роль коферментов в метаболизме липидов, белков и углеводов на клеточном уровне.

Научные исследования показали [3], что клинический эффект препарата во многом обусловлен действием L-карнитина — ведущего ко-фактора метаболизма жирных кислот, применение которого способствует нормализации процессов основного обмена, улучшению метаболических процессов в скелетных мышцах и миокарде. L-карнитин, входящий в состав препарата, повышает секрецию желудочного сока и ферментов поджелудочной железы, которые, в свою очередь, способствуют перевариванию пищи и усвоению витаминов, микроэлементов и питательных веществ.

L-лизин принимает участие в обмене белков и углеводов, снижает содержание триглицеридов в сыворотке крови, способствует образованию коллагена и восстановлению тканей. L-лизин необходим для нормального формирования костей в период роста детей, способствует усвоению кальция, укрепляет иммунитет, участвует в процессе синтеза собственного карнитина.

Существенное уменьшение проявлений астено-невротического синдрома и вегето-висцеральной дисфункции у наблюдаемых детей после курса комплексного лечения с применением Триметабола связано с действием таких составляющих препарата, как лизин и витамины

группы В [3,5,9]. Комплекс витаминов В₁, В₆, В₁₂, которые, выполняя роль коферментов в метаболизме липидов, белков и углеводов, способствуют их усвоению на клеточном уровне.

Таким образом, состав препарата «Триметабол» определяет его многоплановое влияние на обмен веществ и анаболические процессы в организме ребенка и взрослого, что обуславливает широкие показания к его применению в комплексной терапии и профилактике вторичных иммунодефицитных состояний, сопровождающихся астеническим синдромом.

Выводы

Астенический синдром сопровождает заболевания различных систем организма у детей и взрослых и часто встречается в практике педиатра и семейного врача. Для клиницистов разных специальностей важно, что астенический синдром, во многих случаях, может являться первым признаком начинающихся заболеваний эндокринной, пищеварительной, нервной, дыхательной и других систем.

Полиморфизм клинических симптомов астенического синдрома (снижение умственной работоспособности, повышенная утомляемость, нарушенный аппетит, сон, повышенная раздражительность, вегетативные нарушения и др.) требует разработки и проведения комплексных лечебно-профилактических мероприятий с учетом современных возможностей метаболической коррекции, направленных на повышение физиологических мер защиты организма.

Многокомпонентный состав препарата «Триметабол» позволяет воздействовать на различные звенья нарушенных пато-саногенетических механизмов, формирующихся в процессе развития астенического синдрома.

Способность препарата «Триметабол» влиять на различные составляющие физиологических мер защиты организма подтверждает целесообразность его применения в комплексном лечении и профилактике вторичных иммунодефицитных состояний у детей.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абатуров А.Е. Роль микро- и макро-элементов в профилактике частых респираторных заболеваний у детей / А.Е. Абатуров, О.Н. Герасименко, Т.П. Квитницкая // Здоровье ребенка. — 2008. — №5 (14). — С.119—123.
2. Аведисова А.С. Антиастенические препараты как терапия первого выбора при астенических расстройствах / А.С. Аведисова // РМЖ. — 2004. — Т.12, №22. — С.1290—1292.
3. Антипкин Ю.Г. Применение Триметабола в педиатрической практике / Ю.Г. Антипкин, Л.И. Омельченко, Л.В. Квашнина // Ліки України. — 2008. — №1. — С.53—56.
4. Арцимович Н.Г. Синдром хронической усталости / Н.Г. Арцимович, Т.С. Галушина. — Москва: Научный мир, 2002. — С. 220.
5. Белоусов Ю.В. Гастроэнтерологія дитячого віку / за ред.Ю.В. Белоусов. — Київ : СПД Коляда О.П., 2007. — 440 с.
6. Гаркави Л.Х. Активационная терапия. Антистрессорные реакции активации и тренировки и их использование для оздоровления, профилактики, лечения / Л.Х. Гаркави. — Ростов-на-Дону: Изд-во Ростов. ун-та, 2006. — 256 с.
7. Дюкова Г.М. Астенический синдром: проблемы диагностики и терапии / Г.М. Дюкова // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. — 2012. — №1 — С.16—22.
8. Котова О.В. Астенический синдром в практике невролога и семейного врача / О.В. Котова, Е.С. Акарачкова // РМЖ. — 2016. — №13. — С. 824—829.
9. Лапшин В.Ф. Клинические исследования эффективности и безопасности препарата «Триметабол» в комплексном лечении детей с аллергическими заболеваниями / В.Ф. Лапшин, Т.Р. Уманец // Здоровье Украины. — 2009. — №12. — С.23—25.
10. Медицинская реабилитация в педиатрии / под общ. ред. М.В. Лободы, А.В. Зубаренко, К.Д. Бабова. — Киев, 2004. — 374 с.
11. Нечипуренко О.Н. Об использовании нового физиотерапевтического комплекса у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями / О.Н. Нечипуренко // Медична гідрологія та реабілітація. — 2009. — Т.7, №3. — С.90—95.
12. Нечипуренко О.Н. Физические методы лечения и реабилитации в педиатрии: современные концепции и новые возможности / О.Н. Нечипуренко // Східноєвропейський журн. внутрішньої та сімейної медицини. — 2016. — №2. — С.71—76.
13. Романцов М.Г. Часто болеющие дети. Современная фармакотерапия: Руководство для врачей / М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.
14. Саногенез. О науке и практике врачевания / под ред. А.Н. Кокосова. — Санкт-Петербург : ЭЛБИ—СПб, 2009. — 240 с.

Сведения об авторах:

Нечипуренко Ольга Николаевна — д.мед.н., проф. кафедры физиотерапии, курортологии и восстановительной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования. Адрес: г. Харьков, ул. Амосова, 58.

Статья поступила в редакцию 25.03.2017 г.

ВНИМАНИЕ!

Подписку журнала (с курьерской доставкой) можно оформить на сайте подписного агентства «АС-Медиа» **web: www.smartpress.com.ua** / или по тел. 044-353-88-16, 044-500-05-06 — отдел продаж.
Подписной индекс журнала «СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ» — **09850**