

Варламова С.В. Исследование отдельных клинических форм вегетативных дисфункций у детей // Академия педагогических идей «Новация». – 2018. – №6 (июнь). – АРТ 254-эл. – 0,3 п. л. – URL: <http://akademnova.ru/page/875548>

РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

УДК 616.12

Варламова Светлана Владимировна

врач-интерн,

Омская ЦРБ

г. Омск, Россия

chief.nauk@yandex.ru

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ
ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ДЕТЕЙ**

Аннотация: В данной статье рассмотрены клинические аспекты появления и протекания вегетативных дисфункций у детей, симптоматика, методы выявления, профилактики и лечения.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, детские болезни, психовегетативный синдром, артериальная гипотензия.

Varlamova Svetlana Vladimirovna

doctor-intern,

Omsk Central District Hospital

Omsk, Russia

INVESTIGATION OF SEPARATE CLINICAL FORMS OF VEGETATIVE DYSFUNCTIONS IN CHILDREN

Abstract: This article describes the clinical aspects of the appearance and flow of autonomic dysfunction in children, symptoms, methods of detection, prevention and treatment.

Key words: autonomic dysfunction, childhood diseases, psychovegetative syndrome, arterial hypotension.

Проведенный анализ последних источников [12; 14; 30 и др.] и публикаций по данной тематике подтвердил, что клинику вегетативных дисфункций можно рассматривать с разных позиций. Согласно позиции анатоμο-функционального строения выделяют три ведущих синдрома [2; 26]: психовегетативный, вегетососудисто-трофический и синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности.

Синдром периферической (прогрессирующей) вегетативной недостаточности клинически проявляется патологией со стороны внутренних органов, например: ортостатическая гипотензия, кардиоритмические нарушения, гастропарез, гипогидроз и другие.

Ангиотрофоалгический синдром возникает в основном при поражении вегетативных волокон в составе соматических нервов и клинически проявляется локальными вегетативными расстройствами на конечностях (изменениями цвета кожных покровов, отеки и т.д.). Этот синдром развивается при различных поражениях периферических нервов или при нарушениях регуляции тонуса периферических сосудов (заболевания соединительной ткани, гематологические заболевания, болезнь Рейно и др.).

Психовегетативный синдром (ПВС) - полисистемные вегетативные расстройства, возникающие в результате нарушения деятельности структур ЦНС (верхние отделы ствола мозга, гипоталамус, лимбическая система) под влиянием стрессорных факторов [6; 20]. ПВС - термин более точный, чем синдром вегетативной дистонии, который отражает клиническую картину психогенных полисистемных вегетативных расстройств, поскольку подчеркивает облигатность и приоритет психических нарушений. Допустимо использовать этот термин при формулировании синдромального диагноза на этапе уточнения категории психопатологического синдрома, связанного с вегетативными нарушениями.

Внимательный клиницист уже в период новорожденности может выявить симптомы вегетативных расстройств: «мраморность» кожи, цианоз носогубного треугольника или конечностей [18], нарушение терморегуляции [5], срыгивания [27], рвота, «кишечные колики», нарушения ритма сердца или процессов реполяризации на ЭКГ [10], заболевая зубов [13], психологические расстройства: раздражительность, капризность. Вегетативные нарушения усугубляются до 4-7 лет, и, как правило, приобретают парасимпатические направленности, которые часто сопровождаются психоэмоциональными расстройствами: робостью, нерешительностью, а также увеличением массы тела. Наконец, в пубертатном возрасте отмечается третий «пик» проявлений вегетативной дисфункции, который на фоне социальной адаптации личности под влиянием стрессовых факторов приводит к более частым обращениям за врачебной помощью и, соответственно, к более частой регистрации заболеваний.

Анализируя данные литературы [4; 28 и др.] о субъективных симптомах ВД у детей, определено, что в клинической картине больных имеют место жалобы различного характера: кардиальные, абдоминальные, терморегуляционные, но чаще всего они имеют церебралитический характер. Пожалуй, самой частой жалобой среди детей является головная боль, которая оказывается почти у всех детей [11]. Также часто зафиксирована повышенная утомляемость, головокружение, лабильность АД, плохое чувство во время езды в транспорте, боли различного характера в области сердца, сердцебиение и замирание сердца, желудочно-кишечный дискомфорт, дыхательные расстройства, метеочувствительность, снижение умственной работоспособности, нарушение сна, удлиненный субфебрилитет, гипергидроз конечностей, реже - сухость кожи.

Хроническая патология органов пищеварения оказывается в большинстве обследованных детей, независимо от возрастной группы [9]. У этих детей особой устойчивостью отмечается болевой синдром, резистентный к стандартной терапии. Эти проявления можно расценивать как неврозоподобное состояние, требующее применения соответствующих методов, однако, оно часто проходит незамеченным.

У большого количества детей вегетативный дисбаланс сопровождается синкопальными состояниями (преимущественно гипотонический тип ВСД у детей с лимфатико-гипопластической аномалией конституции). Особенно часто ИД сочетается с пролапсом митрального клапана.

Все эти жалобы значительно снижают качество жизни больных, ограничивая их социальную активность и усиливая невротические расстройства. В зависимости от количества факторов, способствующих возникновению заболевания, увеличивается частота субъективных

симптомов. К сожалению, адекватного лечения с долгосрочным влиянием они сегодня не имеют.

Итак, состояние вегетативной нервной системы характеризует следующие показатели: выходной вегетативный тонус [7], вегетативная реактивность [16] и вегетативное обеспечение [24]. Согласно данным литературы [1; 25 и др.] при ВСД с гипертензией преобладает гиперсимпатикотоничный вариант вегетативной реактивности, у детей с гипотоническим типом - асимпатикотонический вариант, при кардиальном типе ВСД наблюдается нормотонический вариант вегетативной реактивности. В возрастной группе 11-14 лет преобладает асимпатикотонический вариант вегетативной реактивности ($BP = 0,3 - 0,5$), в группе 15-17 лет преобладал гиперсимпатикотонический вариант ($OP = 2,8 - 8,8$). От типа ВНС зависит дермографизм, который бывает стойкий красный, розовый или белый.

Проанализировав научные данные [8; 21 и др.], можно кратко описать некоторые клиничко-патогенетические формы ВД, больше уделив внимание ВСД и ПВН, поскольку именно эти формы мы исследовали в нашей работе.

Вегетативно-сосудистая дисфункция. Клинические проявления вегетативно-сосудистой дисфункции обусловлены нарушением вегетативной регуляции сердечной деятельности и системного кровотока [3]. Обязательным проявлением ВСД являются изменения нормального уровня АД. В зависимости от его показателей различают гипертонический и гипотензивный тип данной патологии. Кроме того, ВСД может протекать по кардиальному типу, при котором ведущими симптомами являются боль в области сердца и нарушение сердечного ритма. Но, вместе с другими симптомами аритмии, наблюдаются как при гипертензивном, так и при гипотензивном вариантах ВСД.

ВСД с гипертензией дифференцируют с первичной эссенциальной гипертензией, а также со вторичной гипертензией [15]. При этом у 80-85% детей пубертатного возраста причиной артериальной гипертензии является именно ВСД. Повышенное артериальное давление у детей с вегетативной дисфункцией является не просто явлением, а основным фактором риска развития гипертонической болезни в дальнейшей жизни.

По артериальной гипотензии считают значение артериального давления ниже 10 перцентиля для соответствующего возраста и пола. Дифференциальную диагностику ВСД с гипотонией проводят с физиологической артериальной гипотензией, не сопровождающейся наличием каких-либо жалоб (у спортсменов, жителей высокогорья), с симптоматической (вторичной) острой или хронической гипотонией, которая развивается вследствие инфекционных процессов, интоксикаций. Значимость этой проблемы обусловлена, прежде всего, широкой распространенностью данного вида ВСД в пубертатном возрасте. Так, в этом возрасте структура ВСД у 82,7-92,5% детей представлена ВСД с гипотонией. В общем ВСД с гипотонией среди детского населения составляет от 3,1% до 20,9%. Последняя значительно снижает качество жизни детей, ВСД с гипотонией характеризуется необычайно широким полиморфизмом жалоб, количеством и лабильностью клинических проявлений, ярким астеновегетативным синдромом, который приводит к неудовлетворительной адаптации в среде и снижению качества жизни, причем степень снижения прямо коррелирует с показателями нарушенного вегетативного гомеостаза. Также ВСД с гипотонией способствует возникновению ряда патологических состояний и заболеваний.

В частности может осложняться формированием у них дисциркуляторной энцефалопатии [17], а также трансформироваться во взрослом возрасте в гипертоническую болезнь, которая наблюдается в 25-33,5% случаях. Согласно данным литературы [22; 29 и др.], гипертензивные реакции чаще всего возникают у лиц с гиперсимпатикотоническими и гипердиастолическими вариантами клиноортостатической пробы. Таким образом, необходимо подчеркнуть необходимость дальнейшего изучения вегетососудистой дистонии с артериальной гипотонией для разработки патогенетически обоснованной терапии и улучшения качества жизни таких больных.

Пароксизмальная вегетативная недостаточность. На фоне латентных или перманентных проявлений вегетативных дисфункций у детей возможны вегетативные кризы (пароксизмы), которые провоцируются эмоциональным или физическим перенапряжением, погодными изменениями, иногда возникают без причин [23]. Эта форма ВД называется пароксизмальной вегетативной недостаточностью (ПВН). В зарубежной литературе термины «вегетативный криз» и «паническая атака» являются тождественными. Некоторые зарубежные авторы выделяют респираторные и нереспираторные подтипы панических атак. Другие выделяют более пяти подтипов: респираторный, ночной, без страха, когнитивный и вестибулярный. Картина панического расстройства достаточно четкая: это приступ острой тревоги (паники), который возникает внезапно, без существенной внешней причины, и сопровождается значительными вегетативными проявлениями: сердцебиением («сердце колотится, выскакивает из груди»), затруднением дыхания и ощущением нехватки воздуха, дрожью конечностей или всего тела, могут быть потливость, головокружение, тошнота, вялость, острый страх смерти или

потери контроля над собой. Повышенное или нестабильное АД наблюдается у таких пациентов в 80-100% случаях.

Критериями кризиса являются [7; 19]: пароксизмальность, полисистемные вегетативные симптомы, эмоционально-аффективные расстройства. В детском возрасте отмечается преобладание в структуре приступов вегетативно-соматических проявлений над паническими, эмоциональными переживаниями, при этом по мере взросления ребенка уменьшается вагальная направленность реакций, повышается симпатичный компонент в пароксизмах, отражая общую интенсификацию гуморального звена регуляции. Недостаточно изученными проблемами в детской вегетологии, при особой значимости и высокой распространенности (от 15 до 50% детей и подростков в анамнезе как минимум одна потеря сознания) остаются синкопальные состояния: вазовагальные, ситуационные, нагрузочные и ортостатические, патологические механизмы которых включают вегетативные компоненты.

Симпатико-адреналовый кризис встречается значительно чаще в детском возрасте, чаще начинается внезапно и сопровождается повышением артериального давления, резкой тахикардией, гипертермией, похолоданием конечностей, ознобом, неприятными ощущениями или болью в области сердца, чувством страха и тревогой, расширением зрачков, полиурией. Вагоинсулярный кризис начинается с предвестников в виде вялости, тревожного настроения. Затем развивается приступом по типу бронхиальной астмы или удушья, сильной потливости, может быть гипертермия, боли в животе с тошнотой и рвотой, возможен спазм гортани, мигреноподобные головные боли, снижение артериального давления вплоть до потери сознания, аллергические высыпания и отек Квинке.

Вегетативно-висцеральная дисфункция (ВВД). Связана с нарушением вегетативной регуляции внутренних органов в результате функциональных нарушений в вегетативных структурах различного уровня [11]. Со стороны пищеварительной системы частыми жалобами среди детей разного возраста являются: в первый год жизни - частые срыгивания, колики, в 1 - 3 года - запор или диарея, в 3 - 8 лет - эпизодическое рвота, в 6 - 12 лет - боль в животе приступообразного характера, в пубертатном возрасте проявляется синдромом раздраженного кишечника, когда никаких органических изменений со стороны желудочно-кишечных органов не обнаруживается, а в дальнейшем на этом фоне развиваются гастрит, дуоденит, язвенная болезнь, холепатия.

Из вышеприведенного следует непосредственное причинное значение стрессовых и психотравмирующих факторов в развитии различных клинических форм ВД, которые запускают патологический каскад нейрогуморальных механизмов. С другой стороны, психоэмоциональные расстройства являются одним из ведущих проявлений ВД. Эти данные свидетельствуют о том, что их ликвидация является этиопатогенетическим компонентом в предотвращении и лечении ВД у детей. Но на сегодня методы ликвидации психоэмоциональных нарушений малоэффективны и требуют коррекции и новых разработок.

Список использованной литературы:

1. Gamaleyа N., Tronnikov S., Ulyanova L., Klimova S., Dmitrieva I. Antibodies to morphine as indicators of chronic morphine intoxication and impaired immune reactivity // *Addiction Biology*. 1996. Т. 1. № 4. С. 437-445.
2. Shtansky D.V., Levashov E.A., Batenina I.V., Gloushankova N.A., Anisimova N.Y., Kiselevsky M.V., Reshetov I.V. Recent progress in the field of multicomponent bioactive nanostructured films // *RSC Advances*. 2013. Т. 3. № 28. С. 11107-11115.
3. Ахмедова Г.М. Клинические варианты подгрушевидной седалищной нейропатии // автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Казань, 2009

Всероссийское СММ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации ЭЛ №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

4. Барбараш О.Л., Павлова В.Ю., Чеснокова Ю.Л., Баздырев Е.Д., Малышев И.Ю., Манухина Е.Б. Клиническое значение показателя оксида азота у пациентов с хроническим гломерулонефритом // Клиническая медицина. 2007. Т. 85. № 5. С. 57-61.

5. Боташева Т.Л., Орлов В.И., Калмыкова З.Л., Черноситов А.В., Ермолова Н.В., Подольцев В.А. Способ прогнозирования угрожающего состояния плода // Патент на изобретение RUS 2177255 29.07.1999

6. Варшавский А.В., Бакиров Б.А. Динамика заболеваемости гемобластозами в Республике Башкортостан (1999-2008 гг.) // Медицинский вестник Башкортостана. 2010. Т. 5. № 3. С. 12-15.

7. Василенко Ф.И., Сазонова Е.А. Психофизическая реабилитация при вегетативной дисфункции. - Челябинск, 2006. – 67 с.

8. Войтенков В.Б., Киселева Л.Н., Карташев А.В. Исследование влияния дельта-сон индуцирующего пептида на процессы центрального торможения у человека // Врач-аспирант. 2012. Т. 52. № 3.2. С. 290-294.

9. Гранов Д.А., Жеребцов Ф.К., Польшалов В.Н., Майстренко Д.Н., Боровик В.В., Руткин И.О., Осовских В.В., Цурупа С.П. Реализация программы трансплантации печени в ЦНИРРИ // Вестник трансплантологии и искусственных органов. 2007. Т. 9. № 1. С. 10-15.

10. Дутова Т.И. Особенности клинико-нейровизуализационных данных повторных ишемических инсультов у лиц молодого и среднего возраста: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2013. – 25 с.

11. Евтушенко А.В., Евтушенко В.В., Петлин К.А., Беленкова Е.М., Князева Е.К., Антонченко И.В., Ваизов В.Х., Попов С.В., Шипулин В.М. Пути оптимизации достижения трансмуральности повреждения миокарда предсердий при радиочастотном воздействии // Вестник аритмологии. 2007. № 48. С. 15-21.

12. Ибрагимов В.М., Алискандиев А.М., Батюшин М.М., Сарвилина И.В. Диагностический протеомный профиль мочи у пациентов с диабетической нефропатией I стадии при сахарном диабете 2-го типа // Нефрология. 2016. Т. 20. № 5. С. 69-74.

13. Иорданишвили А.К., Солдатова Л.Н., Переверзев В.С., Тишков Д.С. Кариес зубов у детей мегаполиса и пригородов // Стоматология детского возраста и профилактика. 2016. Т. 15. № 4 (59). С. 73-76.

14. Киселев И.Л., Долгин В.И., Куденцова Г.В., Хвостовой В.В. Эпидемиология и профилактика рака молочной железы в Курской области // Здоровье населения и среда обитания. 2015. № 2 (263). С. 10-12.

15. Киселёва Е.А. Комплексное лечение хронического пародонтита в зависимости от степени иммунных нарушений // Институт стоматологии. 2011. Т. 4. № 53. С. 68-73.

16. Конев В.П., Шестель И.Л., Коршунов А.С., Московский С.Н., Лосев А.С., Давлеткильдеев Н.А. Критерии экспертной диагностики дисплазии соединительной ткани // Вестник судебной медицины. 2012. Т. 1. № 4. С. 49-53.

17. Константинова О.В., Дутов В.В., Катибов М.И., Трапезникова М.Ф., Яненко Э.К., Меринов Д.С. Опыт применения минеральной воды «Нафтуса» Збручанского месторождения в лечении пациентов с мочевыми камнями // Урология. 2013. № 6. С. 9-13.

18. Кропотов М.А., Яковлева Л.П., Стельмах Д.К., Пустынский И.Н. Реконструктивные операции у больных с опухолями кожи носа // Анналы хирургии. 2014. № 2. С. 5-12.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации ЭЛ №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

19. Машилиева М.М., Расулов М.М., Магомедов М.А. Эффективность использования ирригаций минеральных вод в комплексной терапии пародонтита // Юг России: экология, развитие. 2010. № 3. С. 135-138.

20. Меметов С.С., Абазилова Н.Л., Медовник А.В. Социально-гигиеническая характеристика инвалидности взрослого населения в ростовской области // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2006. № 3. С. 44-46.

21. Протопопова Н.В., Самчук П.М., Суховская В.В. Физиологические изменения в организме женщины при беременности. - Иркутск, 2005.

22. Романчишен А.Ф., Вабалайте К.В., Багатурия Г.О. Решение актуальных проблем диагностики и лечения болезни Грейвса и рака щитовидной железы в различных регионах мира // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. 2012. Т. 8. № 1. С. 19-27.

23. Салатов Р.Н., Андрейко Е.А., Аушева Т.В. Неоадьювантная комбинированная аутобиохиомиотерапия в комплексном лечении сарком мягких тканей // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Естественные науки. 2011. № 3. С. 119-121.

24. Самойлов А.С., Арутюнов Ю.А. Математическое моделирование сердечно-сосудистой системы для исследования гемодинамики, физико-механики и электрофизиологии миокарда новой топологии // Биомедицина. 2014. Т. 1. № 3. С. 104.

25. Танащян М.М., Кузнецова П.И., Лагода О.В., Шабалина А.А., Суборцева И.Н., Меликян А.Л. Миелопролиферативные заболевания и ишемический инсульт // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. 2014. Т. 8. № 2. С. 41-45.

26. Трубникова Г.В., Степанова Т.В., Осипова Е.Ю. Опыт лечения приобретенной апластической анемии у детей и подростков по протоколу SAA-94 // Гематология и трансфузиология. 2012. Т. 57. № S3. С. 141-142.

27. Утюж А.С. Показания и методы коррекции мелкого преддверия рта у детей // автореф. дисс. ... канд. мед. Наук. - Смоленск, 2000. – 24 с.

28. Шангина О.А., Костин В.И. Коморбидная депрессия на фоне сердечно-сосудистой патологии у пожилых пациентов: эффективность стимулотона // Клиническая геронтология. 2006. Т. 12. № 11. С. 35-39.

29. Шашкова О.Н., Колесников С.И., Изатулин В.Г., Зобнин Ю.В. Критерии оценки стадий стресса при отравлении уксусной кислотой // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2009. Т. 86. № 3. С. 74-79.

30. Янов Ю.К., Кузовков В.Е., Клячко Д.С., Радионова Ю.О. Влияние этиологии сенсоневральной тугоухости на реабилитацию детей после кохлеарной имплантации // Российская оториноларингология. 2015. № 2 (75). С. 100-106.

Дата поступления в редакцию: 22.06.2018 г.

Опубликовано: 27.06.2018 г.

© Академия педагогических идей «Новация», электронный журнал, 2018

© Варламова С., 2018