

маточного, плацентарного и плодового кровообращения. Следовательно, в плацентах при гестозе, осложненном нарушениями родовой деятельности преобладает, с учетом вышеизложенных клиничко-морфологических изменений, суб- и декомпенсированная плацентарная недостаточность.

Литература

1. Асатова М.М. и др. // Российский вестник акушеро-гинекологов.– 1999.– № 2.– С. 94–96.
2. Василенко Л.В., Лернер Л.А. // Российский вестник акушеро-гинекологов.– 1999.– № 2.– С. 99–100.
3. Гаспарян Н.Д. и др. // Российский вестник акушеро-гинекологов.– 2000.– № 3.– С. 15–18.
4. Подтетенев А.Д. и др. Регуляция родовой деятельности.– М., 2003.
5. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Биомеханика физиологической и патологической родовой схватки.– СПб., 2003.
6. Сидорова И.С. Физиология и патология родовой деятельности.– М., 2000.

УДК 616.33-002

ВЕГЕТО-СОСУДИСТЫЕ РАССТРОЙСТВА И ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНИТЫ У ПОДРОСТКОВ

Ю. В. ЕПИМАХОВА*

Вегетативные расстройства (их природа, клинические проявления и лечение) являются одной из актуальных проблем современной медицины. Это обусловлено несколькими факторами и, прежде всего огромной распространенностью вегетативных нарушений. Как показали многочисленные эпидемиологические исследования, в популяции вегетативные нарушения, начиная с пубертатного возраста, встречаются в 25-80% наблюдений.

При многих психосоматических заболеваниях (гипертоническая, ишемическая, язвенная болезнь, гастродуодениты и т. д.), а также висцеральных заболеваниях с выраженным алгическим компонентом (желчнокаменная, мочекаменная болезни, хронический панкреатит) нередко формируются психовегетативные синдромы. При психосоматических болезнях эти нарушения являются существенным фактором патогенеза, возникают до окончательного становления описываемых заболеваний и носят на ранних этапах психофизиологический характер. Хронические болевые синдромы, являются по существу хроническим болевым стрессом, также обрастают психовегетативными нарушениями. При различных видах СВД отмечаются патологические сдвиги макро- и микроциркуляции, капиллярной проницаемости. Сдвиги в микроциркуляторном русле могут способствовать переходу функциональной патологии в органическую.

Исследования психовегетативных основ заболеваний не только открывает перспективы в понимании необходимости единого взгляда на человека и изучение его болезней, но и позволяет формировать понятийный аппарат у врачей. Ориентация лишь на поиск и нахождение материального субстрата заболевания без учета психосоматического единства конкретного больного суживает диагностический подход врача, не позволяет ему понимать и видеть возможные пути терапии, что подчеркивает актуальность изучения проблемы: вегето-сосудистые расстройства и хронические хеликобактеропозитивные (Нр+) и хеликобактернегативные (Нр-) гастродуодениты у подростков. Отечественными и зарубежными исследователями накоплен научный и клинический материал, касающийся клиничко-функциональных особенностей и течения СВД у детей и подростков.

Цель работы – проведение анализа результатов обследования больных подростков, страдающих сочетанной патологией: вегето-сосудистыми расстройствами и хроническим (Нр+) гастродуоденитами с учетом исходного вегетативного тонуса.

Нами обследовано 103 подростка в периоде обострения хронического гастродуоденита (ХГД) в сочетании с вегето-сосудистыми расстройствами в возрасте от 15 до 18 лет с давностью

болезни от 1 до 5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании жалоб, анамнеза жизни и заболевания, изучения родословной, общеклинического обследования, лабораторных данных (клинического, биохимического анализа крови, мочи, копрограммы). По показаниям для верификации диагноза проводилось консультирование специалистами: кардиологом, неврологом, гастроэнтерологом. Проводилось комплексное специальное обследование: эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГС) с гистологическим исследованием слизистой оболочки желудка на Нр+, УЗИ органов брюшной полости, реоэнцефалография (РЭГ). Оценивалась динамика измерения артериального давления.

Деятельность ВНС оценивалась комплексно с помощью изучения субъективных ощущений обследуемого и объективных показателей исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативного обеспечения деятельности. Для оценки адаптационных возможностей ВНС определяли уровень функционирования, степень напряжения регуляторных механизмов и функциональный резерв организма (методика кардиоинтервалографии). Как показали наши исследования, в период обострения подростки предъявляли соматические жалобы и жалобы психовегетативного плана. Начало заболевания и ряд обострений ХГД и СВД связывали с психоэмоциональными перегрузками и психотравмирующими факторами 89 обследуемых. По гипертоническому типу СВД установлен у 53 обследуемых, СВД по гипотоническому типу – у 16, по смешанному типу – у 34. При анализе адаптационных возможностей организма удовлетворительная адаптация наблюдалась у 38 детей, состояние напряжения адаптационных механизмов – у 22 больных, состояние неудовлетворительной адаптации – у 31 детей, срыв адаптации – у 12 детей.

Наследственная предрасположенность к ХГД выявлена у 78 детей, к заболеваниям сердечно-сосудистой системы – у 51, у 63 наследственность отягощена по ХГД и СВД. ХГД Нр+ установили у 92 подростков, ХГД Нр- – у 11. При проведении ЭФГС диагноз хронический поверхностный гастрит, фолликулярный бульбит, дуоденит поставлен у 68 детей, хронический смешанный гастрит, бульбит, дуоденит – у 23 детей, гипертрофический (зернистый) гастрит, дуоденит – у 12 детей. РЭГ – недостаточность кровообращения выявлена у 63 человек; признаки венозного застоя – у 24. ХГД(Нр+) выявлен в 68% случаев у детей с СВД по гипертоническому типу, ХГД (Нр-) у 83% детей с диагнозом СВД по гипотоническому типу.

Для прогноза течения ХГД и вегето-сосудистых расстройств учитываются особенности эмоциональных реакций, состояние адаптационных механизмов и резервов организма ребенка, влияние неблагоприятных факторов окружающей социальной среды, наследственная предрасположенность. Эти факторы позволяют разработать комплексное лечение детей с сочетанными ХГД и вегетососудистыми расстройствами и профилактические мероприятия с учетом исходного вегетативного тонуса.

УДК 616.3-002

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНИТОВ У ПОДРОСТКОВ

Ю.В.ЕПИМАХОВА, В.Г.САПОЖНИКОВ*

При многих психосоматических заболеваниях (гипертоническая, ишемическая, язвенная болезнь, гастродуодениты и т. д.), нередко формируются психовегетативные синдромы. При психосоматических болезнях эти нарушения являются фактором патогенеза, возникают до становления описываемых заболеваний и носят на ранних этапах психофизиологический характер. Хронические болевые синдромы являются по сути хроническим болевым стрессом с психовегетативными нарушениями. Большая группа соматических страданий, в число которых входят эндокринные, системные и аутоиммунные, метаболические болезни, сопровождается синдромом прогрессирующей вегетативной недостаточности. Сосудистые заболевания могут проявляться синдромом вегетативно-сосудисто-трофических нарушений.

* Кафедра педиатрии ТУЛГУ, г. Тула

* Кафедра педиатрии, ТУЛГУ

Ориентация лишь на поиск и нахождение материального субстрата заболевания без учета психосоматического единства конкретного больного сузывает диагностический подход врача, не позволяет ему видеть возможные пути терапии, что подчеркивает актуальность изучения проблемы: вегето-сосудистые расстройства и хронические хеликобактерпозитивные (Hr+) и хеликобактернегативные (Hr-) гастродуодениты у подростков.

Отмечено, что у детей-подростков отмечается наиболее выраженные проявления СВД. Известен целый ряд неблагоприятных факторов, способствующих этому процессу. Увеличение стрессовых ситуаций, в том числе, за счет интенсификации учебного процесса с непрерывным ростом учебной нагрузки. Синдром вегетативной дистонии (СВД) является одной из наиболее распространенной патологией, частота которой в популяции подростков достигает 76,4%. Обследовано 110 подростков в период обострения, неполной ремиссии хронического гастродуоденита (ХГД) и вегето-сосудистыми расстройствами в возрасте от 15 до 18 лет с давностью болезни от 1 до 5 лет. Диагноз заболевания устанавливался на основании жалоб, анамнеза, изучения родословной, общеклинического обследования, клинического, биохимического анализа крови, мочи, копрограммы.

Проводилось комплексное обследование: эзофагогастродуоденоскопия (ЭФГС) с гистологическим исследованием слизистой оболочки желудка на Hr+, УЗИ печени желчного пузыря, поджелудочной железы, реоэнцефалография (РЭГ). Оценивалась динамика измерения артериального давления. Деятельность вегетативной нервной системы (ВНС) оценивалась с помощью изучения субъективных ощущений обследуемого и объективных показателей исходного вегетативного тонуса (ИВТ), вегетативного обеспечения деятельности. Для оценки адаптационных возможностей ВНС определяли уровень функционирования, степень напряжения регуляторных механизмов и функциональный резерв организма (методика кардиоинтервалографии).

Анализируя полученные анамнестические данные было установлено: у каждого ребенка, как правило, концентрируется несколько факторов, способных играть роль причинных, предрасполагающих или провоцирующих. Оценивая анамнез обследованных подростков, хотелось бы отметить значительную частоту наследственно-конституциональной предрасположенности. Обращала внимание высокая отягощенность по заболеваниям, в частности, сердечно-сосудистой системы – у 69% детей с ВСД. Наиболее часто у родственников встречалась гипертоническая болезнь (48,4%) и ИБС (47,2%); в 29,4% случаев в анамнезе имелись данные о вегетативной дистонии; в 8,7% случаев выявлена гипотоническая болезнь, в 73% – заболевания ЖКТ.

Столь же часто в анамнезе детей встречались неблагоприятные перинатальные факторы. Патологическое течение беременности у матерей подростков с данной патологией выявлено в 78%. У каждой третьей женщины имели место токсикозы 1-й и 2-й половины беременности, у каждой четвертой – отягощенный акушерский анамнез и анемия, у каждой шестой – угроза прерывания. Острые заболевания во время беременности и обострения хронических заболеваний выявлены у 7,5% женщин. Патологическое течение родов у матерей детей наблюдались в 45%. Патология перинатального периода вызывает острую и хроническую гипоксию плода в период беременности и родов, что замедляет процессы созревания нервной системы, способствует развитию гипертензионно-гидроцефального синдрома. Внутриутробная или родовая гипоксия воздействует непосредственно на гипоталамус. Повреждение гипоталамуса, как наиболее чувствительного к гипоксии отдела ЦНС, повышение давления в области III желудочка в результате неблагоприятного течения беременности и родов – способствуют становлению ряда с функциональных отклонений и соматических заболеваний. Вегетативные центры коры расположены в височной и лобной долях и из-за относительного дефицита кровоснабжения эти отделы подвержены повреждению при асфиксии или травме во время родов. В качестве основного фактора риска нарушения состояния нервной системы и биологического созревания выделяется перинатальная патология – сочетание токсикоза I и II половины беременности и патологии родов. У 93% детей с функциональными отклонениями отмечено разнообразное сочетание микроочаговой симптоматики с гидроцефально-гипертензионными явлениями.

Резидуальная перинатальная органическая неполноценность гипоталамо-стволовых структур в сочетании с конституциональной слабостью их функций формирует морфофунк-

циональный базис вегетативных сдвигов пубертатного периода. Определенную роль в возникновении функциональных отклонений *играет* гормональный и метаболический дисбаланс организма, что может быть связано с пре- и пубертатным периодом, который является провоцирующим моментом, выявляющим скрытую до того неполноценность центральных регуляторных механизмов. Изменения сосудистого тонуса в детском и подростковом возрасте обусловлены рядом причин: половым созреванием, характером физического становления, энергией и темпом этих процессов, условиями внешней среды – образом жизни, воспитанием, обучением, стрессовыми реакциями и др.

У подростков имеются особенности состояния вегетативной нервной системы. Некоторые типы реакций, обнаруженные у здоровых подростков, являющиеся вариантом подростковой нормы, расцениваются применительно к взрослому возрасту как патологические. К таким особенностям можно отнести высокую напряженность симпатической и парасимпатической нервной системы, проявляющуюся в быстром, иногда выраженном, ответе вегетативной нервной системы на раздражитель. Это связано с определенной вегетативной недостаточностью, характерной для подросткового возраста. В то же время, напряженность вегетативной нервной системы является фактором, способствующим развитию у подростков вегето-сосудистой дистонии.

В работах С.М.Кушнера, Л.К.Антоновой (2001), В.В.Аникина (2000) и многих других исследователей уделяется значительное внимание влиянию уровня двигательной активности подростков на формирование функциональных отклонений. В детской популяции гиподинамия по распространенности занимает одно из первых мест среди прочих факторов риска формирования функциональных отклонений. Следует отметить, что в подростковом возрасте особое значение приобретает социально-средовые, в том числе нарушения семейных взаимоотношений, алкоголизм отца, неполная семья, конфликтные ситуации в школе. Как было уже сказано ранее, для подростка характерна бурная и более ранняя социализация, в то же время влияние внутрисемейного окружения остается значительным. Именно этим объясняется рост психосоматической патологии в пре- и пубертатном возрастах. Одной из причин формирования функциональных отклонений является психологический дискомфорт во внутрисемейных микросоциальных взаимоотношениях, а также умственное переутомление ребенка, хроническое недосыпание и нарушение режима. Дефицит внимания родителей в подростковом возрасте, как и гиперопека в процессе бурной социализации ведут к значительным психологическим нарушениям. Однако распространенность синдрома недостатка внимания и синдрома гиперопеки у детей в пубертате невелика, в то время как лиц с СВД значительно больше. Возможно, что этот фактор не является ведущим в формировании функциональных отклонений, а лишь усугубляет воздействие иных социально-средовых факторов.

Важным фактором в формировании функциональных отклонений, наряду с психо-эмоциональным напряжением, считается повышенная умственная нагрузка. Усложнение школьной программы зачастую не соответствует функциональным резервам организма подростка. Постоянная психоэмоциональная нагрузка рассматривается многими авторами как один из факторов, формирующих состояние дистресса у ребенка, который является предиктором психосоматической патологии.

В анамнезе подростков с СВД и хроническими гастродуоденитами хеликобактерпозитивными (Hr+) и хеликобактернегативными (Hr-) встречались указания на переутомление, неправильное воспитание (жестокость, гипо- или гиперопека, конфликты с учителями и сверстниками). Нарушение режима труда и отдыха, гиподинамия – у 86 детей. Чрезмерное увлечение компьютером – у 52 детей. Проживание в экологически неблагоприятных районах – у 32 детей. Неудовлетворительные условия проживания наблюдались у 64 детей. Психотравмирующие ситуации: ссоры с друзьями – у 24, ссоры с родителями – у 46; развод родителей – у 17 детей; страх не соответствовать ожиданиям окружающих – у 64; неопределенность перспектив дальнейшего образования, трудоустройства – у 68; неудовлетворительное материальное положение – у 59. Нарушение полноценности и режима питания – у 67 обследуемых. Вредные привычки наблюдались у 43 человек. Немаловажную роль в формировании СВД играет курение. По нашим данным табакокурению подвержены более 36,7% подростков с СВД.

Изучая факторы, формирующие СВД, пришли к выводу, что одним из основных неблагоприятных моментов является малоподвижный образ жизни (77,6% семей предпочитают пассивный отдых активному), особенно в сочетании с наследственной отягощенностью – 30,1%; психоэмоциональными перегрузками – 61,9%, повышенной учебной нагрузкой – 69%. В результате получены данные: (Нр+) выявлено у 87% подростков, (Нр-) – 13%. Эти исследования подчеркивают инфекционный аспект развития ХГД. В патогенезе ЯБ и ХГД ведущая роль принадлежит дисбалансу факторов агрессии и защиты, когда наряду с местными играют роль и общерегуляторные механизмы (вегетативный, иммунный баланс и др.). Даже рассматривая ХГД и ЯБ как инфекционные заболевания, нельзя пренебрегать механизмами адаптации, т.к. развитие и течение инфекционного процесса зависит от свойств не только микроорганизма (например, наличие ультрогенного штамма *Hp*), но и макроорганизма и особенностей их взаимодействия. При проведении ЭФГС хронический поверхностный гастрит, фолликулярный бульбит, дуоденит выявлен у 79 детей, хронический смешанный гастрит, бульбит, дуоденит – у 21, гипертрофический (зернистый) гастрит, дуоденит – у 10 детей. РЭГ – недостаточность кровообращения – у 68 человек; признаки венозного застоя – у 42 обследуемых.

В период обострения подростки предъявляли соматические жалобы и жалобы психовегетативного плана. Начало заболевания связывали с психоэмоциональными перегрузками и психотравмирующими факторами 98 обследуемых. ИВТ расценен как ваготонический у 79% детей с ХГД. Удовлетворительная адаптация – у 16 детей; состояние напряжения адаптационных механизмов – у 44; неудовлетворительная адаптация – у 23; срыв – у 27. Степень напряжения регуляторных систем является одним из фундаментальных показателей текущего состояния организма. Чем выше уровень функционирования, тем требуется большее напряжение регуляторных систем. Адаптация заключается в самосохранении функционального состояния системы в неадекватных условиях среды за счет перестройки взаимодействия уровней информации, энергии и структуры.

В подростковом возрасте происходит гормональная и эндокринная перестройка, связанная с усилением активности системы «гипоталамус – гипофиз – кора надпочечников – половые железы», что сказывается на энергетических характеристиках, интенсивности протекания нервных процессов, уровне активации. При этом индивидуальный характер сдвигов в функциональном состоянии определяется исходным состоянием нейродинамики и типологическими свойствами каждого ребенка.

На протяжении десятилетий при обнаружении новых закономерностей в патогенезе вегето-сосудистых расстройств и хронических гастродуоденитов (Нр+) и (Нр-) возникли новые гипотезы и теории, которые хорошо известны: кортико-висцеральная, нейроэндокринная, воспалительная, рефлюксная, инфекционная. Но ни одна из этих теорий не может в полной мере объяснить этиологию и патогенез хронических заболеваний ЖКТ. Особенность состоит в усилении повреждающего действия на организм внешней среды (психологических нагрузок, экологического неблагополучия и др.), в нарушении реакции защитных систем и снижении устойчивости организма ребенка к факторам риска для здоровья. Учитывая это, обследование, лечение, реабилитация подростков с вегето-сосудистыми расстройствами и ХГД (Нр+), (Нр-) – должны быть комплексными, влиять на все звенья патогенеза. Только с учетом этих позиций проводимое лечение и профилактика сможет максимально улучшить качество жизни подростков с вегето-сосудистыми расстройствами и ХГД (Нр+) и (Нр-) предотвратить рецидивы заболевания.

Литература

1. Аникин В.В. и др. Нейроциркуляторная дистония у подростков.– Тверь, 2000.– С 124–136.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение.– М., 2002.– С 14–36.
3. Кушинир С.М. и др. // Охрана психического здоровья детей и подростков: Мат-лы 4 конгр. педиатров России, .М., 1998.– С. 9.
4. Кушинир С.М. и др. Микросомальные и психологические детерминанты формирования синдрома вегетативной дистонии в подростковом возрасте.– Тверь, 2004.– С. 3–12.
5. Сапожников В.Г. Пилорический хеликобактериоз у детей.– Тула: Автограф, 2002.– С 34–46.

УДК 616.137.73

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

И.А.ГОРШКОВА*

Острые воспалительные заболевания придатков матки (ОВЗПМ) – это распространенный клинический синдром в репродуктивном возрасте, представляющий собой комбинации нозологических форм. Поражаются верхние отделы репродуктивной системы женщин. Наиболее серьезными последствиями являются бесплодие вследствие трубной окклюзии; внематочная беременность; хронические тазовые боли; диспареуния [1, 4].

Цель исследования – оценка эффективности лечения острых заболеваний придатков матки (ОВЗПМ) в условиях гинекологического стационара МУЗ Больница скорой медицинской помощи им.Д.Я.Ванькина, г.Тулы (БСМП)

Материал исследования. Пролечена 2041 больная, находившаяся на стационарном лечении по поводу ОВЗПМ в период с 01.01.2004 по 31.12.2006 гг.

Методология: ретроспективное исследование. Всего за указанный период пролечено 6736 больных, из которых 2041 – с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки (30,3%). Заболеваемость с данной патологией по годам представлена в табл. При поступлении больные предъявляли жалобы на боли в нижних отделах живота, повышение температуры тела, болезненное мочеиспускание, гнойные или сукровично-гнойные выделения из половых путей, рвоту, диарею, слабость. Все больные прошли общее и гинекологическое обследование, производилась бактериоскопия мазка патологического отделяемого из цервикального канала, определяли микрофлору содержимого брюшной полости или содержимого абсцессов придатков матки, проводили УЗИ органов малого таза.

Результаты исследования. У 20% больных в 2006 г. обнаружен бактериальный вагиноз. Влагилищная микрофлора является одним из звеньев механизма, регулирующего гомеостаз влагалища, путем подавления патогенных микроорганизмов. Повреждение любого из составляющих этой многокомпонентной системы под действием эндогенных и экзогенных факторов приводит к нарушению равновесия системы, нарушению защитных механизмов и приводит к развитию воспалительных процессов во влагалище [1]. Т.е. возникновение начальных проявлений заболевания и формирование очага воспаления произошло под воздействием микробного фактора. При микробиологических исследованиях выявляется большое разнообразие флоры, вызывающих ОВЗПМ.

По имеющимся данным, на первом месте в качестве этиологического фактора находятся факультативные анаэробы, за ними идут грамположительные кокки, микоплазмы и уреоплазмы, хламидии и облигатные анаэробы [2]. У большинства больных этиологический фактор был смешанным, что утяжелило течение воспалительного процесса и лишило его нозологической специфичности. Но обнаружение того или иного микроорганизма не всегда позволяет судить о его этиологической роли. Это связано с нерациональным применением антибиотиков широкого спектра действия. С 2001 по 2004 гг., по нашим данным, только у 1,4% при бактериоскопии мазка в исследуемом материале выявляли гонококки. Возможно, это связано с тем, что до поступления в стационар, больные проходят несколько курсов антибактериальной терапии в условиях женской консультации, впоследствии наблюдается полиморфизм гонококков, осложняющий их распознавание. Одним из важных этиологических факторов является ношение внутриматочной спирали (ВМС).

Таблица

Заболеваемость острыми воспалительными заболеваниями придатков матки по годам

	2004 г	2005 г	2006 г
Заболеваемость	693	702	646
Консервативное лечение	650	641	601
Оперативное лечение	43	61	45

По данным нашего стационара, у 7% больных с ОВЗПМ в полости матки находилась ВМС от 3-х месяцев до 11 лет. В то же

* Тульский государственный университет, МУЗ «Больница скорой медицинской помощи им. Д.Я.Ванькина», г.Тула