

УДК 616-007.18

**ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЕВОЧЕК 12-15 ЛЕТ
С СИНДРОМОМ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ**

А.С. КАЛМЫКОВА, Н.В. ТКАЧЕВА, М.С. ПАВЛЕНКО*

Показаны результаты изучения адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы девочек 12-15 лет с синдромом дисплазии соединительной ткани в зависимости от типа вегетативной дисфункции.

Ключевые слова: синдром дисплазии соединительной ткани.

Патология сердечно-сосудистой системы (ССС) занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваний детского и подросткового возраста [2]. Нарушения деятельности ССС обусловлены многофакторными причинами кардиального, экстракардиального или смешанного характера [4, 6]. В формировании функционального состояния кардио-респираторной системы и ее резервных возможностей важную роль играет вегетативная нервная система. Вегето-сосудистая дисфункция (ВСД) как проявление сосудистой патологии продолжает привлекать пристальное внимание исследователей. Это связано не только с её высокой распространённостью в популяции, но и с тем, что она вызывает выраженный дискомфорт в состоянии здоровья детей, а также служит противопоказанием для выбора многих профессий, выступая предиктором гипертонической и ишемической болезни у лиц молодого возраста [1, 3, 7]. Особое внимание уделяется вопросам течения ВСД на фоне различной патологии, в частности, на фоне синдрома дисплазии соединительной ткани (СДСТ). Влияние возраста и пола на деятельность вегетативной нервной системы определяет возможности адаптации ССС к физическим и учебным нагрузкам в пре- и пубертатном периодах, обеспечивая сохранение здоровья в условиях меняющихся факторов внешней среды. Кроме того, показатели ССС очень чувствительны и раньше других физиологических характеристик реагируют на физическое перенапряжение организма.

Цель – изучение адаптационных возможностей ССС девочек 12-15 лет с СДСТ в зависимости от типа вегетативной дисфункции.

Материалы и методы. Обследовано 200 девочек в возрасте 12-15 лет, которые находились на лечении в ДГКБ г. Ставрополя. Обследуемые разделены на 2 группы по 100 чел.. В 1-ю группу входили девочки с диагнозом ВСД, во 2-ю – с ВСД на фоне СДСТ. В программу входили: сбор анамнеза, объективный осмотр больных, измерение АД по методу Короткова. Объём инструментальных методов исследования включал: ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКГ по общепринятой методике, кардиоинтервалографию, реоэнцефалографию. Диагностика СДСТ основывалась на перечне внешних признаков дисплазии соединительной ткани, изложенных в проекте Национальных рекомендаций [8]. Для оценки адаптационных возможностей ССС использован комплекс из 5 функциональных показателей, включающий жизненный индекс и индексы Робинсона, Скибинского, Шаповаловой и Руфье. Критерием оценки жизненной емкости легких (ЖЕЛ) при расчете жизненного индекса были приняты возрастные нормативы [5].

Результаты. У пациентов обеих групп были выявлены различные варианты вегетативной дисфункции по гипо-, гипертоническому, кардиальному и смешанному типам. Частота встречаемости гипотензивного типа у подростков I группы составила 64,0%, гипертензивного – 18,0 %, аритмического – 10%, кардиального – 8,0%. При сравнительном анализе частоты встречаемости типов ВСД у школьников II группы обнаружено, что гипотензивный тип у них встречался лишь в 18% случаев, частота гипертензивного типа оказалась ниже и составила 6,0%. Достоверно чаще по сравнению с I группой ($p>0,05$) встречался кардиальный (44,0 %) и аритмический (32,0%) типы дисфункции (табл.1).

Частота встречаемости типов ВСД у детей (%)

Тип ВСД	ВСД	ВСД+СДСТ
Гипотензивный	64,0	18,0
Гипертензивный	18,0	6,0
Аритмический	10,0	32,0
Кардиальный	8,0	44,0

Значения жизненного индекса, отражающего функциональные способности кардиореспираторной системы, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Показатели жизненного индекса девочек двух сравниваемых групп

Возраст	12 лет	13 лет	14 лет	15 лет
Жизненный индекс 1 группа	55,5±2,8	52,9±2,3	57,3±3,4	63,1±1,8
Жизненный индекс 2 группа	55,1±3,1	53,4±1,9	56,6±2,7	62,9±2,5

Примечание: * - достоверность различий между I и II группами девочек по критерию Стьюдента ($p<0,05$)

Достоверных различий показателей жизненного индекса между девочками I и II групп не выявлено ($p>0,05$). Несколько иная картина была получена при анализе других функциональных показателей (табл. 3).

Таблица 3

Функциональные показатели девочек двух сравниваемых групп в зависимости от типа вегетативной дисфункции

Тип вегетативной дисфункции	Группы, число детей	Индексы			
		Робинсона	Скибинского	Шаповаловой	Руфье
Гипотензивный	1, n=30	7,2±0,22**	116,4±2,5	39,7±1,8	8,2±0,43
	2, n=92	7,6±0,16	120,8±1,1	41,2±1,6	7,2±0,31
Гипертензивный	1, n=9	6,9±0,26**	119,3±3,2	37,2±2,0*	7,4±0,40
	2, n=27	7,4±0,20	124,5±2,2	43,5±1,2*	7,6±0,35
Аритмический	1, n=65	5,2±0,13**	115,9±1,2*	36,8±1,0*	7,9±0,18*
	2, n=17	8,8±0,28*	123,7±2,0*	42,4±1,7*	6,0±0,25*
Кардиальный	1, n=50	5,6±0,14**	120,8±1,6	40,6±1,2	8,7±0,15*
	2, n=11	9,1±0,27**	122,2±2,3	40,9±1,8	6,1±0,27*

Примечание: * - достоверность различий между 1 и 2 группами девочек по критерию Стьюдента ($p<0,05$), ** - достоверность различий индексов у девочек одной группы при различных типах вегетативной дисфункции по критерию Стьюдента ($p<0,05$)

При гипотензивном типе дисфункции, преобладающем у девочек II группы, индексы Робинсона, Скибинского и Шаповаловой были несколько ниже, индекс Руфье – выше у девочек I группы, однако достоверных различий индексов выявлено не было ($p>0,05$). Значения индексов Робинсона, Скибинского и Руфье при гипертензивном типе, встречающемся реже у девочек обеих групп, также достоверно не отличались ($p>0,05$).

Индекс Шаповаловой при гипертензивном типе у девочек I группы был достоверно снижен по сравнению с детьми II группы ($p<0,05$). Индексы Робинсона, Скибинского, Шаповаловой при аритмическом типе дисфункции, были достоверно снижены у девочек I группы ($p<0,05$), индекс Руфье – достоверно повышен ($p<0,05$). При кардиальном типе дисфункции, чаще встречающемся у девочек I группы, достоверно отличались индекс Робинсона в сторону снижения ($p<0,05$) и индекс Руфье в сторону повышения ($p<0,05$). Индекс Робинсона у школьников I группы был снижен ($p<0,05$) при аритмическом и кардиальном типах дисфункции по сравнению с гипо- и гипертоническими типами. Это свидетельствует о снижении функциональных возможностей ССС в покое. У девочек II группы индекс Робинсона не отличался при гипотоническом, гипертоническом и аритмическом типах дисфункции ($p>0,05$). При кардиальном типе он был достоверно повышен ($p<0,05$), что является подтверждением достаточных резервных возможностей ССС системы в покое.

Индекс Скибинского, отражающий устойчивость организма к гипоксии и зависящий от функциональных возможностей респираторной и ССС, был снижен у девочек I группы при аритмическом типе вегетативной дисфункции ($p<0,05$), который встречался у них с максимальной частотой. При других типах дисфункции достоверных различий индекса Скибинского не было ($p>0,05$). Индекс Шаповаловой, который отражает качество силы, быстроты, выносливости организма и т. функциональных возможностей кардио-респираторной системы с был достоверно снижен у девочек I группы при аритмическом и гипертензивном типах дисфункции ($p<0,05$). При гипотензивном и кардиальном типах различий показателей индекса Шаповаловой у девочек сравниваемых групп не выявлено ($p>0,05$).

Индекс Руфье выше был у девочек I группы при кардиальном и аритмическом типах дисфункции ($p<0,05$), которые в этой группе по частоте встречаемости в сумме составляют 74,7% случаев. Рост индекса Руфье характеризует адаптацию ССС к физической нагрузке, при этом состояние ССС при низких значениях индекса считаются более благоприятными. При гипотензив-

* Ставропольская ГМА, г. Ставрополь, ул. Мира 310, тел. раб. 865223-21-07

ном и гипертензивном типах дисфункции достоверных различий выявлено не было ($p>0,05$). Таким образом, проведенные исследования выявили существенные изменения функционального состояния кардиореспираторной системы у девочек-подростков с СДСТ и ВСД по сравнению со школьницами, имеющими ВСД без признаков СДСТ. Наименее благоприятные функциональные показатели кардио-респираторной системы выявлены у девочек I группы при аритмическом типе вегетативной дисфункции, при которой все четыре исследованных показателя имели достоверные различия с показателями девочек II группы.

При кардиальном типе вегетативной дисфункции достоверно хуже были показатели индексов Робинсона и Руфье ($p<0,05$), что отражает снижение способности адекватного реагирования ССС не только при физической нагрузке, но и в покое. При гипертензивном типе дисфункции ниже у девочек I группы был индекс Шаповаловой ($p<0,05$), что говорит о снижении выносливости организма, в т.ч. к различным нагрузкам. Только при гипотензивном типе дисфункции показатели девочек двух сравниваемых групп достоверно не отличались ($p>0,05$). Проведенные исследования адаптационных возможностей ССС девочек 12-15 лет в зависимости от типа вегетативной дисфункции при сочетанной патологии (ВСД на фоне СДСТ), могут помочь наметить пути решения вопросов диагностики, лечения и профилактики развития патологических процессов органов кровообращения.

Литература

1. Аникин, В.В. Нейроциркуляторная дистония у подростков / В.В. Аникин, А.А. Курочкин, С.М. Куппер. Тверь: Губернская медицина. 2000. 180 с.
2. Бокерия, Л.А. Желудочковые аритмии / Л.А. Бокерия, А.Ш. Ревиншвили, А.В. Ардашев, Д.З. Кочович. М.: Медпрактика. М. 2002. 272 с.
3. Вейн, А.М. Вегетативные нарушения при пролапсе митрального клапана / А.М. Вейн др. // Кардиология. 1995. № 2. С. 55-58.
4. Вейн А.М. Вегетососудистая дистония. / А.М. Вейн. М.: Медицина, 2001. 270 с.
5. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. СПб: Фолиант. 2001. 928 с.
6. Мутафьян, О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков / О.А. Мутафьян. СПб., 2005. С. 73-75, 78-93.
7. Остроумова О.Д. Эхокардиографические и фенотипические особенности больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: Автореф. дис. канд. мед. наук. М. 1995. 153 с.
8. Наследственные нарушения соединительной ткани. Проект Российских рекомендаций. М. 2009.

CHARACTERISTIC OF ADAPTATION POSSIBILITIES OF CARDIOVASCULAR SYSTEM OF GIRLS (AGED 12-15 YEARS) WITH CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA SYNDROME DEPENDING ON THE TYPE OF VEGETATIVE DYSFUNCTION

A.S.KALMYKOVA, N.V.TKACHYOVA, M.S. PAVLENKO

The Stavropol SMA, Stavropol, st. Mira 310, bodies

Results of studying of adaptable opportunities of cardiovascular system of girls aged 12-15 years with a syndrome of dysplasia of connective tissue depending on type of vegetative dysfunction are shown.

Key word: dysplasia, connective tissue

УДК:614.2:618.3

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК

С.В. ПОТЕШОНКОВА, М.В. КУЛИГИНА*

В статье представлены результаты исследования социально-гигиенической характеристики беременных с хроническими воспалительными заболеваниями почек. Приведены данные, характеризующие качество оказания медицинской помощи в женской консультации. Особое внимание уделено анализу потребления лечебно-диагностических ресурсов на госпитальном этапе. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки мер по повышению качества работы женской консультации с беременными.

Ключевые слова: хронические воспалительные заболевания почек

Болезни мочеполовой системы занимают одно из ведущих мест в структуре экстрагенитальной патологии у беременных и обуславливают высокий риск возникновения осложнений беременности, родов и послеродового периода [1, 2, 3]. В настоящее время в России сохраняется тенденция увеличения заболеваемости беременных болезнями мочеполовой системы (в 1,5 раза за последние 10 лет), в структуре которых ведущее место занимают

хронические воспалительные заболевания почек (ХВЗП), представленные преимущественно хроническим пиелонефритом. Влияние ХВЗП на течение беременности и исходы родов обуславливает необходимость контроля качества медицинского наблюдения данной группы беременных, особенно на этапе женской консультации. Актуальность проведения исследований в данном направлении определяется различиями в распространенности болезней мочеполовой системы у беременных и рожениц/родильниц: в 2006 году в РФ - 20,3% и 8,9% соответственно. Причиной данных различий могут быть повторные госпитализации во время беременности, а также дефекты диагностики экстрагенитальной патологии на этапах оказания медицинской помощи, что имеет особое значение в условиях ограниченного финансирования здравоохранения из-за необходимости затрат ресурсов учреждения и средств пациентов на выполнение лечебно-диагностических мероприятий в соответствии со стандартами.

Материалы и методы. Проведен анализ социально-гигиенической характеристики 300 беременных с ХВЗП, полученной методом их анкетирования, и оценка экспертным методом качества оказания медицинской помощи на амбулаторном этапе по результатам анализа первичной медицинской документации. Проведен анализ потребления диагностических и лечебных ресурсов при оказании медицинской помощи беременным с ХВЗП на госпитальном этапе. Базой исследования явились акушерский стационар ФГУ «ИВНИИ материнства и детства им.В.Н.Городкова Росмедтехнологий» и женские консультации муниципальных образований г.Иваново и Ивановской области.

Результаты и обсуждение. Средний возраст беременных с ХВЗП составил $24,96 \pm 0,33$ года. Распределение женщин по возрастным группам было следующим: 39,7% принадлежало к возрастной группе 20-24 лет, 27,7% - 25-29 лет, 15,0% - моложе 18 лет, 9,3% - 30-34 лет, 6,0% - 35-39 лет и 2,3% - старше 40 лет. Для большинства женщин (72,0%) данные роды являлись первыми, для 28,0% - повторными. У 74,0% женщин патология почек была выявлена до наступления беременности, у 26,0% - при динамическом наблюдении во время настоящей беременности. Возраст женщин при выявлении заболевания составил в среднем $16,86 \pm 0,43$ года. Под диспансерным наблюдением по поводу хронического пиелонефрита состояло 36,0% женщин, преимущественно тех, у которых диагноз был установлен в детском и подростковом возрасте (возраст при взятии на диспансерный учет составил в среднем $11,39 \pm 0,61$ года). У 82,7% женщин имел место первичный хронический пиелонефрит, у 17,3% - вторичный (на фоне мочекаменной болезни, аномалий развития почек, нефроптоза) или сочетающийся с гломерулонефритом, гидронефрозом и поликистозом почек.

В течение настоящей беременности обострение хронического пиелонефрита отмечалось в 55,7% случаев, в т.ч. однократно - у 44,7% беременных, дважды - у 9,3%, трижды - у 1,7%. Срок беременности при первом обострении хронического пиелонефрита составил в среднем $24,9 \pm 0,5$ недели, при втором - $30,3 \pm 0,3$ недели, при третьем - $31,4 \pm 0,3$ недели.

Оценка уровня информированности женщин по вопросам диагностики, лечения, клинической симптоматики хронического пиелонефрита, его влияния на течение беременности и исходы родов показала высокий уровень информированности выявлен у 15,7% беременных, средний - у 56,0%, низкий - у 28,3%.

Медицинская активность беременных с ХВЗП снижена: лечебные мероприятия, назначенные лечащим врачом, в полном объеме выполнили 71,7%, диагностические - 20,7% женщин. Частично выполнили рекомендации врача по лечению 20,7% женщин, в том числе 10,7% - прекратили лечение, как только почувствовали улучшение самочувствия, 6,7% - в связи с нежеланием лечиться, 3,3% - в связи с трудным материальным положением. Не выполняли назначения врача 7,7% женщин, в том числе 6,0% - отказались от лечения без объяснения причин, 1,3% - предпочли заниматься самолечением, 0,3% - по причине материального неблагополучия. С возрастом уровня информированности беременных с ХВЗП отмечено повышение их медицинской активности: удельный вес лиц с высокой медицинской активностью среди женщин с высоким уровнем информированности превышает таковой среди женщин с низким уровнем информированности - 55,3% и 36,5% соответственно ($p<0,05$).

Материальное положение женщин учитывалось врачом акушером-гинекологом женской консультации только в 39,3% случаев. Данный факт важен, так как 12,7% женщин оплатили

* 153045, Иваново, ул.Победы, 20, тел. (4932)33-62-58, ФГУ «Ивановский научно-исследовательский институт материнства и детства им. В.Н. Городкова Росмедтехнологий» e-mail: ivniiimid@mail.ru