

способствуют более выраженной этой динамике. После 7–8 месяцев занятий в спортивных секциях у мальчиков (на +23,8 %; $P < 0,05$) и у девочек (на +25,0 %; $P < 0,05$) ИВР превышает показатели их сверстников контрольной группы. У мальчиков прирост ИВР в других возрастных группах составлял от +18,3 до +47,3 % ($P < 0,05$), а у девочек прирост ИВР изменялся от +20,0 до +53,0 % ($P < 0,05$). Можно предположить, что стабильность сердечного ритма зависит от уровня физической нагрузки. Это может быть связано и со снижением ΔX и повышением M_o и $A M_o$ у детей основной группы по сравнению с контролем на протяжении всего препубертатного периода. Также это подтверждается динамикой вегетативного индекса Кердо (снижение ВИК с возрастом), значения которого более высоки у детей основной группы по сравнению с детьми, находящимися на обычном двигательном режиме. Можно предположить, что начинает созревать и активизироваться парасимпатический отдел автономной нервной системы, на фоне сохраняющихся высоких влияний симпатического отдела. У детей, занимающихся в спортивных секциях, симпатическое влияние преобладает по сравнению с их сверстниками из контрольной группы. Это может быть обусловлено тем, что симпатический отдел более эффективно помогает работе ССС детей, занимающихся спортом, справиться с нагрузкой.

В процессе роста и развития как у мальчиков, так и у девочек обеих исследуемых групп происходит становление регуляторных процессов, определяющих работу сердечно-сосудистой системы. Занятия в спортивных секциях способствуют повышению стабильности сердечного ритма как в состоянии относительного покоя, так и в ответ на нагрузку.

Х.Х. Шакова, С.Г. Эштрекова

ИСХОДНЫЙ ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС У ДЕТЕЙ С ХОЛЕПАТИЯМИ

Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова (Нальчик)

Целью настоящей научной работы явилось изучение механизмов автономной регуляции у детей с холецистопатиями.

МЕТОДЫ

Обследовано 57 детей с дискинезиями желчевыводящих путей — 29 девочек и 28 мальчиков в возрасте от 6 до 10 лет. Диагноз подтвержден методами клинического, лабораторного и инструментального обследования. Оценка функционального состояния автономной нервной системы проводилась методом анализа вариабельности сердечного ритма с использованием диагностического алгоритма, предложенного М.Н. Якушенко, Л.А. Сабанчиевой, С.Г. Эштрековой (2006) на основе показателей вариационной пульсометрии по Р.М. Баевскому. Использованы региональные центильные величины индекса напряжения, амплитуды моды и вариационного размаха. Запись электрокардиограммы осуществлялась с помощью компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131» с соблюдением необходимых условий съема. Обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 (StatSoft, USA).

РЕЗУЛЬТАТЫ

У 4 % детей диагностирована относительная ваготония, обусловленная снижением тонуса симпатической нервной системы при нормальной активности блуждающего нерва. У 40 % больных имелась абсолютная ваготония, из них более чем у половины — с уменьшением влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы и повышением тонуса вагуса, а у остальных пациентов — с нормальным тонусом симпатической нервной системы и усилением влияния блуждающего нерва.

Вегетативное равновесие (эйтония) регистрировалось у 40 % больных с дискинезией желчевыводящей системы. Однако лишь у 60 % из данной группы вегетативное равновесие обеспечивалось нормальным тонусом обоих отделов вегетативной нервной системы, а у всех других детей, несмотря на сохраняющуюся эйтонию, отмечалась дисфункция вегетативной нервной системы, т.е. при нормальном тонусе симпатического отдела было незначительное усиление либо уменьшение активности вагуса, а при нормальном тонусе блуждающего нерва — усиление либо уменьшение активности симпатического звена.

Среди больных с холецистопатиями 16 % имели симпатикотонию, из них 63 % — абсолютную, обусловленную высокой симпатической активностью при нормальном тонусе блуждающего нерва, либо повышением влияния симпатического отдела вегетативной нервной системы при уменьшении тонуса вагуса. У прочих 47 % пациентов симпатикотония была относительной, обусловлен-

ной нормальным тонусом симпатического отдела вегетативной нервной системы и снижением активности вагуса.

ОБСУЖДЕНИЕ

При дискинезиях желчевыводящих путей в раннем школьном возрасте дисфункциональные изменения тонуса вегетативной нервной системы в пользу влияния симпатического, либо парасимпатического ее звеньев имеют место у 76 % больных. Сохранение баланса между активностью отделов вегетативной нервной системы имеется менее чем у четверти больных.

ВЫВОДЫ

У 76 % детей с дискинезией желчевыводящих путей имеются функциональные нарушения вегетативной нервной системы.

Преобладающей при этом является ваготония, как абсолютная, так и относительная.

В комплексной терапии дискинезий желчевыводящих путей обязательным звеном должно быть вегетотропное лечение.

М.Ю. Шишмакова, С.Ю. Захарова

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава (Екатеринбург)

ЦЕЛЬ

Определить эффективность медикаментозной терапии вегетативных расстройств у детей раннего возраста с перинатальным поражением ЦНС (ППЦНС).

МЕТОДЫ

Под наблюдение взято 104 ребенка первых месяцев жизни с различными формами и степенью тяжести ППЦНС: гипоксически-ишемическими (40,4 %), гипоксически-геморрагическими (25,0 %), гипоксически-травматическими (34,6 %), подлежащих мониторингу в течение первых трех лет жизни (основная группа). Клинически у 95,2 % детей определялась вегетативно-сосудистая дисфункция в виде бледности и мраморности кожного покрова, акроцианоза, похолодания дистальных отделов конечностей. Электрокардиографически выявлялись нарушения процессов реполяризации (59,6 %) и нарушения сердечного ритма: синусовая тахикардия (44,2 %), синдром дисфункции синусового узла в виде брадиаритмии (20,2 %), миграции суправентрикулярного водителя ритма (7,7 %) и предсердного ритма (5,8 %), синоатриальной блокады II ст. (9,6 %), суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия (3,9 %), экстрасистолия (9,6 %), атриовентрикулярная блокада I степени (12,5 %). В течение первых трех лет жизни с интервалом в 4–6 месяцев дети получали внутримышечно курсы кортексина по 10 инъекций в сочетании с пероральным приемом 20 % L-карнитина (элькар) 50–100 мг/кг в сутки и оротата магния (магнерот) 250–500 мг в сутки в 2–3 приема 6–8 недель. Группу сравнения составили 104 ребенка 3-летнего возраста с резидуальными последствиями перинатального поражения ЦНС, имеющие в анамнезе гипоксически-ишемические (47,1 %), гипоксически-геморрагические (17,3 %), гипоксически-травматические (35,6 %) ППЦНС. Эти больные впервые обратились к кардиологу с жалобами на утомляемость (63,5 %), потливость (50,9 %), глубокие вздохи (34,6 %), слабость (30,8 %), непереносимость транспорта (22,1 %), головные боли (15,4 %), обморочные и полубморочные состояния (9,6 %), боли в грудной клетке (8,6 %), носовые кровотечения (5,8 %) и в связи с этим — ограничение целенаправленной деятельности, ухудшение качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У детей основной группы и в группе сравнения соответственно клинически и инструментально определялась ваготония у 22,1 и 39,4 % ($p < 0,05$), симпатикотония у 10,3 и 30,8 % ($p < 0,05$), смешанный тип ВСД у 3,8 и 25,0 % пациентов ($p < 0,05$); вегетативных расстройств не выявлено у 55,8 и 4,8 % детей ($p < 0,05$). По данным клиноортостатической пробы (КОП) у детей основной группы преобладал нормальный (85,6 %), реже — гиперсимпатикотонический (9,6 %) ее вариант. В группе сравнения чаще наблюдались гиперсимпатикотонический (30,8 %) и асимпатикотонический (24,0 %) варианты ($p < 0,05$).