

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕГЕТО-ВИСЦЕРАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ПЕРИНАТАЛЬНЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Шиляев Р.Р., Копилова Е.Б., Петрова О.А., Виноградова Е.Е., Смирнова Т.Д., Ломосков В.А.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава
Кафедра факультетской, госпитальной педиатрии и эндокринологии
ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

РЕЗЮМЕ Представлен обзор результатов научных исследований сотрудников кафедры факультетской, госпитальной педиатрии и эндокринологии ГОУ ВПО ИвГМА и врачей клиники «Мать и дитя» ОГУЗ ИвОКБ по проблеме

нейросоматической патологии у детей раннего возраста с перинатальными поражениями ЦНС.
Ключевые слова: синдром вегетовисцеральных дисфункций, дети раннего возраста, перинатальное поражение ЦНС.

Главной особенностью современной патологии детского возраста является рост распространенности хронических соматических и нервно-психических болезней [3].

Хроническая неинфекционная патология многими авторами рассматривается сегодня как психосоматическая (нейросоматическая, болезни нервной регуляции) [5,6]. Важным представляется и то, что более 30% всех форм хронической патологии взрослых имеют свои истоки в детском возрасте и началом многих из них являются вегето-висцеральные нарушения на фоне перинатальных поражений ЦНС [1,5]. Вопросы диагностики и лечения вегетативных нарушений у пациентов первых лет жизни изучены недостаточно, как и патогенетические механизмы, клинико-инструментальные особенности различных проявлений синдрома вегето-висцеральных дисфункций у детей раннего возраста с перинатальными поражениями нервной системы.

В этой связи в течение ряда лет предметом научных исследований сотрудников нашей кафедры являются клинические и функциональные проявления вегето-висцеральных нарушений у детей раннего возраста с перинатальными поражениями ЦНС с целью разработки технологии диагностики и дифференцированного лечения нейросоматических расстройств у этой категории пациентов. Для педиатров решение указанных вопросов имеет важное значение, поскольку создает оптимальные предпосылки для более полной коррекции функциональных отклонений и предотвращения формирования ряда хронических психосоматических заболеваний у детей и взрослых.

Полученные в ходе проведенной работы результаты продемонстрировали широкий спектр выявленных функциональных сдвигов в различных органах и системах у детей с синдромом вегето-висцеральных дисфункций (ВВД) при перинатальных поражениях ЦНС.

Своеобразным маркером синдрома ВВД у детей раннего возраста являются функциональные изменения сердечно-сосудистой системы [2,4], которые регистрируются у абсолютного большинства пациентов. Более чем у половины обследованных детей (61,2%) вегето-висцеральные дисфункции проявлялись полисистемно. Более 2/3 всех детей беспокоили упорные срыгивания и рвоты, наиболее часто отмечаемые в первые месяцы жизни, но сохраняющиеся у 1/3 младенцев до конца первого года жизни. Более чем у половины младенцев отмечался метеоризм, у 1/3 - дискинезии кишечника в виде запоров или неустойчивого стула. Таким образом, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) является второй по частоте уязвимой системой детского организма, страдающей вследствие вегетативной дисрегуляции при перинатальном поражении ЦНС.

С высокой частотой (36-45%) на протяжении всего периода наблюдения пациентов отмечался феномен метеочувствительности с соответствующими вегетативными проявлениями. Значительно реже, у каждого пятого младенца, выявляются дыхательные расстройства в виде апноэ, диспноэ, спонтанной гипервентиляции, но их наличие влияет на характер и течение острого обструктивного бронхита.

Таким образом, синдром ВВД у детей раннего возраста характеризуется полиморфизмом клинических проявлений с максимальной выраженностью в раннем восстановительном периоде перинатального поражения ЦНС и отчетливой тенденцией к последовательному уменьшению тяжести и частоты встречаемости вегето-висцеральных нарушений с полисистемными проявлениями вегетативных дисфункций от раннего восстановительного периода до конца 2-го года жизни.

Установлено, что вегетативные сердечно-сосудистые дисфункции имеют разнообразные клинические проявления. У 35% больных отно-

сительно изолированно встречаются признаки нарушения микроциркуляции и периферической гемодинамики разной степени выраженности. У 51,5% пациентов они сочетаются с достоверными изменениями частоты сердечных сокращений, характера кардиальных тонов, наличием функционального систолического шума, а в 13,5% случаев сопутствуют нарушениям ритма сердца, которые определяют тяжесть состояния, а у части детей носят жизнеугрожающий характер. Это позволило выделить три основных клинических варианта вегетативных сердечно-сосудистых дисфункций у детей раннего возраста с неврологической патологией: сосудистые, сердечно-сосудистые и нарушения ритма сердца (аритмии).

Проведенный математический анализ выявил достоверные различия показателей исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, концентраций нейромедиаторных биоминералов в плазме крови и их балансных соотношений, периферической, церебральной и центральной гемодинамики у детей с различными клиническими вариантами по сравнению со здоровыми детьми, а корреляционный анализ позволил установить влияние симпатического и парасимпатического отделов ВНС, а также повышенных концентраций серотонина и/или катехоламинов в плазме крови на тонус периферических и мозговых сосудов, особенно мелких артерий и вен, ритм сердца и функциональную активность миокарда, что свидетельствует об их патогенетической роли в развитии сердечно-сосудистых дисфункций у пациентов с перинатальным поражением ЦНС.

Выявлена зависимость клинического варианта и степени тяжести сердечно-сосудистых дисфункций от характера перинатального поражения, периода и ведущего неврологического синдрома. Наибольшая тяжесть вегетативных сердечно-сосудистых нарушений во все периоды наблюдения отмечалась у пациентов с натальной травмой шейного отдела позвоночника (НТШОП), а нарушения сердечного ритма были выявлены только у этой категории больных. Установленные зависимости явились патогенетическим обоснованием необходимости своевременной комплексной нейрореабилитационной терапии с учетом ведущего неврологического синдрома как основы коррекции сердечно-сосудистых нарушений у детей с перинатальной патологией ЦНС.

Вегетативные желудочно-кишечные дисфункции у детей с перинатальным поражением нервной системы проявляются в виде двух клинических вариантов. При первом ведущим в клинической картине является синдром срыгиваний и рвоты, при втором — абдоминальный болевой синдром.

Наши исследования показали необходимость принципиально нового клинического подхода к младенцам со срыгиваниями и рвотой. У 94,2% этих детей при рН-метрическом обследовании выявлены секреторные и моторные нарушения со стороны верхних отделов пищеварительного тракта. Это свидетельствует о том, что упорные срыгивания и рвота у грудных детей с перинатальной патологией ЦНС практически всегда является отражением неблагополучия верхних отделов пищеварительного тракта (ВОПТ). По результатам рН-метрии были выделены четыре типа гастроинтестинальных нарушений (ГИН) у обследованных больных: секреторные нарушения с изолированной гиперацидностью (63,3%); секреторные нарушения с изолированной гипоацидностью (27,1%); моторные нарушения в виде патологического гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР) и дуоденогастрального рефлюкса; смешанные нарушения, сочетающие в себе гиперацидность с нарушениями моторики.

Установлено, что тип гастроинтестинального расстройства определяется условиями перинатального периода развития, особенностями генеалогического анамнеза и характером перинатального поражения ЦНС, имеет специфические, присущие только ему клинические проявления в виде срока манифестации срыгиваний, объема и характера срыгиваемых масс, отношение или предпочтение младенца к определенной пище.

Оценка функциональной активности ВНС показала, что только 8,3% младенцев с ГИН имели показатели КИГ, аналогичные таковым у здоровых детей, а корреляционный анализ позволил выявить взаимосвязь параметров вегетативной регуляции с показателями кислотообразования и моторики.

Одной из важнейших медицинских и социальных проблем является обструктивный бронхит, составляющий 1/3 всей острой бронхолегочной патологии у детей раннего возраста. По нашим данным, у 86,6% больных с обструктивным бронхитом выявляется перинатальная патология ЦНС, причем у половины из них имеются симптомы ВВД.

Установлено, что у детей с перинатальными поражениями ЦНС обструктивный бронхит чаще манифестирует в первом полугодии жизни, фактически при первой встрече с вирусной инфекцией, у детей без перинатальной неврологической патологии — во втором и позже.

Наибольшая продолжительность и тяжесть синдрома бронхиальной обструкции при обструктивном бронхите отмечается у детей с синдромом ВВД.

Вегетативная дизрегуляция приводит к значительным нарушениям функции внешнего ды-

хания в виде гиповентиляции, гиподинамическому режиму кардиогемодинамики, спастическим или дистоническим вариантам периферического кровотока, что обуславливает удлинение продолжительности обструктивного периода, максимальную выраженность и тяжесть бронхообструктивного синдрома, преобладание гиперсекреции в бронхолегочном синдроме, резистентность к проводимой терапии бронхолитиками. Клиническая характеристика обструктивного бронхита у детей с синдромом ВВД может быть дополнена вегетосоматическим синдромом, который включает: дыхательные нарушения в виде диспноэ, спонтанного и сонного апноэ, «ложного стридора», гипервентиляционного синдрома; нарушения микроциркуляции и периферической гемодинамики, проявляющиеся мраморностью кожных покровов, акроцианозом, охлаждением дистальных отделов конечностей; кардиальные расстройства в виде нарушений сердечного ритма, проводимости и метаболизма миокарда.

Анализ показателей вегетативной регуляции выявил дизадаптивный ее характер у пациентов с вегетативно-висцеральными нарушениями в виде усиления центрального контура регуляции с избыточным характером центрального регулирования, максимальной мобилизацией симпатического звена и парадоксального типа вегетативной реактивности в виде гиперсимпатикотонического варианта на высоте бронхиальной обструкции с последующим истощением функциональных резервов и срывом механизмов адаптации, о чем свидетельствовал асимпатикотонический вариант вегетативной реактивности в период реконвалесценции обструктивного бронхита у этой категории пациентов. Восстановление вегетативного и сосудистого тонуса в периоде выздоровления было замедленным. Умеренная гипервентиляция на фоне улучшения бронхиальной проходимости способствовала в условиях гипердинамии миокарда гиперемии легких, а спазм сосудов микроциркуляторного русла - сохранению легочной гипертензии. Это создавало условия для повторных легочных заболеваний, удлинения сроков выявления физических изменений в легких.

Таким образом, проведенными исследованиями показано, что у детей раннего возраста с

ВВД на фоне перинатального поражения ЦНС отмечаются выраженные нарушения вегетативного гомеостатического статуса, отклонения серотонин-катехоламинового статуса, что приводит к перестройкам центральной, периферической и мозговой гемодинамики, вентиляционно-перфузионных отношений в легких, нарушениям кислотообразующей и моторной функций верхних отделов пищеварительного тракта, что является основой формирования сердечно-сосудистых, дыхательных и гастроинтестинальных расстройств, имеющих особенности в зависимости от характера, периода перинатального поражения нервной системы и ведущего неврологического синдрома перинатального поражения ЦНС. Все это служит патогенетическим обоснованием комплексного характера лечения синдрома вегето-висцеральных дисфункций, предполагающего нейрореабилитационные мероприятия в качестве патогенетической терапии и симптоматическую коррекцию нарушенных функций висцеральных систем организма.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей: Руководство для врачей: В 2-х т. - Т. 1. - М.: Медицина, 1987. - 448с.
2. Бокерия Е.Л. Нарушения ритма сердца у новорожденных детей при гипоксически-ишемической энцефалопатии // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - 2001. - № 1. - С. 19-21.
3. Вельтишев Ю. Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - 2000. - № 1. - С. 5-9.
4. Домарева Т.А., Яцык Г.В. Нарушение сердечного ритма у новорожденных детей с перинатальным поражением центральной нервной системы // Вопросы современной педиатрии. - 2003. - Т.2, № 1. - С. 29-33.
5. Панков Д.Д., Румянцев А.Г., Генералов В.О. и др. Вегетативно-сосудистая дисфункция у подростков как проявление дисморфогенеза // Рос. педиатрический журнал. - 2001. - № 1. - С. 39-40.
6. Панков Д.Д., Румянцев А.Г. Диагностика пограничных состояний к детей и подростков // Рос. педиатрический журнал. - 2002. - № 3. - С.4-6.

Поступила 04.03.2005 г.