

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 ($p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Таким образом, у детей на фоне ППЦНС развиваются вегетативные расстройства, в том числе — нарушения сердечного ритма, носящие обратимый характер на фоне лечения. Большинство детей, перенесших ППЦНС, к 3-м годам жизни имеют вегетативно-сосудистую дисфункцию, приводящую к ухудшению качества их жизни. Соответственно, ее коррекция необходима в раннем возрасте.

ВЫВОДЫ

Дети первых 3-х лет жизни с ППЦНС и его резидуальными последствиями нуждаются в наблюдении кардиолога с целью своевременного выявления и коррекции вегетативных расстройств. Оротат магния и L-карнитин в сочетании с ноотропной терапией (кортексин) являются эффективными в лечении и профилактике вегетативных расстройств у детей раннего возраста.

С.Г. Эштрекова, М.Б. Шорова

ХАРАКТЕРИСТИКА ИЗМЕНЕНИЙ АВТОНОМНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С ТИРЕОПАТИЯМИ

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

ЦЕЛЬ

Изучение исходного состояния автономной нервной системы (АНС) в покое и ее реактивности при проведении активной ортостатической пробы у детей с тиреопатиями.

МЕТОДИКА

Под нашим наблюдением находилось 86 девочек в возрасте от 9 до 17 лет. У 61 школьницы диагностирован аутоиммунный тиреоидит, а 25 детей было с эндемическим зобом 1–2 степени. Группу контроля составили 140 девочек I–II групп здоровья, сопоставимых по возрасту. Всем обследованным детям диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза заболевания, клинической картины, визуально-пальпаторного и ультразвукового исследования щитовидной железы, показателей гормонального статуса.

Для исследования вегетативной регуляции применяли анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) по данным кардиоинтервалографии, сделанной с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Фоновую запись ритмограммы осуществляли с соблюдением всех необходимых условий съема, после чего проводилась активная ортостатическая проба. Оценку состояния АНС проводили по показателям математического анализа ВСР: математического ожидания (M , мс), среднего квадратического отклонения $R-R$ интервалов ($СКО$, мс), моды (Mo , мс), амплитуды моды (AMo , %), вариационного размаха $R-R$ интервалов (BP , мс), частоты сердечных сокращений ($ЧСС$, уд. в мин.), индекса напряжения ($ИН$, усл. ед.), индекса вегетативного равновесия ($ИВР$, усл. ед.). Статистическая обработка результатов осуществлялась с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 (StatSoft, USA). Изучаемые параметры в исследуемых группах не имели нормального распределения, поэтому достоверность различий в группах оценивали по непараметрическому критерию Манна–Уитни, а оценка изменений показателей при проведении активной ортостатической пробы проводилась по критерию Вилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ

При сравнительном анализе полученных данных выявлено, что в состоянии покоя у детей с аутоиммунным тиреоидитом статистически значимо были меньше значения $СКО$ ($p = 0,025$) и BP ($p = 0,08$), характеризующие парасимпатический тонус, и больше величины $ИН$ ($p = 0,046$) и $ИВР$ ($p = 0,015$) в сравнении с контрольной группой. У девочек с эндемическим зобом достоверных различий в изучаемых показателях относительно контрольной группы не выявлено.

Динамика показателей ВСР при проведении активной ортостатической пробы у больных аутоиммунным тиреоидитом и эндемическим зобом была идентична таковой у здоровых школьниц. Отмечались статистически значимые ($p < 0,001$) рост AMo , $ИН$, $ИВР$, $ЧСС$ и падение M , Mo , $СКО$ и BP . Изменения активности АНС у девочек с тиреопатиями на ортопробе привели к тому, что величины всех изучаемых показателей математического анализа ВСР стали достоверно отличаться от таковых в группе контроля ($p < 0,01$), как у больных с аутоиммунным тиреоидитом, так и с эндемическим зобом.