

41. Gianotti L., Bergamo C., Braga M., et al. In vivo evaluation of timing, degree, and distribution of bacterial translocation following experimental small bowel transplantation // *Transplantation*. – 1995. – Vol. 60. №9. – P.891-896.
42. Hofer U., Schlaepfer E., Baenziger S., et al. Inadequate Clearance of Translocated Bacterial Products in HIV-Infected Humanized Mice // *PLoS Pathogens*. – 2010. – Vol. 6. – P.1-10.
43. Hongo H., Takano H., Imai A., et al. Pancreatic phospholipase A2 induces bacterial translocation in rats. // *Immunopharmacology and immunotoxicology*. – 1999. – Vol. 21. №4. – P.717-726.
44. João S.A., Alencar S.S.S., Medeiros A.C., et al. Translocation of 99m technetium labelled bacteria after intestinal ischemia and Reperfusion // *Acta cirurgica Brasileira*. – 2004. – Vol. 19. №4. – P.328-333.
45. Kishore R. Radiolabeled microorganisms: comparison of different radioisotopic labels // *Rev. Infect. Dis.* – 1981. – Vol. 3. №6. – P.1179-1185.
46. Leevy W.M., Serazin N., Smith B.D. Optical Imaging of Bacterial Infection Models // *Drug. Discov. Today. Dis. Models*. – 2007. – Vol. 4. №3. – P.91-97.
47. Ljungdahl M., Lundholm M., Katouli M., et al. Bacterial translocation in experimental shock is dependent on the strains in the intestinal flora // *Scandinavian journal of gastroenterology*. – 2000. – Vol. 35. №4. – P.389-397.
48. Marques R.G., Petroianu A., Oliveira M.B., et al. Bacterial clearance after total splenectomy and splenic autotransplantation in rats // *Appl. Radiat. Isot.* – 2002. – Vol. 57. №6. – P.767-771.
49. Marques R.G., Petroianu A., Oliveira M.B.N., et al. Evaluation of possible failure of the mononuclear phagocyte system after total splenectomy in rats // *Brazilian archives of biology and technology*. – 2004. – Vol. 47. №2. – P.199-204.
50. Menestrina G., Moser C., Pellet S., Welch R. Pore-formation by Escherichia coli hemolysin (HlyA) and other members of the RTX toxins family // *Toxicology*. – 1994. – Vol. 87. №13. – P.249-267.
51. Michel J.V., Harmsen H.J.M., Eveline S.J.M. de Bont, Tissing W.E. Role of Intestinal Microbiota in the Development and Severity of Chemotherapy-Induced Mucositis // *PLoS Pathogens*. – 2010. – Vol. 6. №5. – P.1-7.
52. Naaber P. Smidt I., Tamme K., et al. Translocation of indigenous microflora in an experimental model of sepsis // *J. Med. microbiol.* – 2000. – Vol. 49. №5. – P.431-439.
53. Oliveira M.A., Lemos D.S., Diniz S.O., et al. Prevention of bacterial translocation using glutamine: a new strategy of investigation // *Nutrition*. – 2006. – Vol. 22. №6. – P.419-424.
54. Pitombo M.B., Faria C.A., Bernardo L.C., et al. Dissemination of bacteria labeled with technetium-99m after laparotomy and abdominal insufflation with different CO2 pressures on rats // *Acta. Cir. Bras.* – 2008. – Vol. 23. №1. – P.48-54.
55. Plokowski M.C., Beck G., Bernardo Filho M., et al. Evaluation of the 99mtechnetium labelling effect on Pseudomonas aeruginosa surface properties // *Ann. Inst. Pasteur. Microbiol.* – 1987. – Vol. 138. №4. – P.415-426.
56. Quirino I.E., Correia M.I., Cardoso V.N. The impact of arginine on bacterial translocation in an intestinal obstruction model in rats // *Clin. Nutr.* – 2007. – Vol. 26. №3. – P.335-340.
57. Samell S., Keese M., Kleczka M., et al. Microscopy of bacterial translocation during small bowel obstruction and ischemia in vivo – a new animal model // *BMC surgery*. – 2002. – Vol. 2. №6. – P.39-44.
58. Schweinburg F.B., Seligman A.M., Fine J. Transmural migration of intestinal bacteria; a study based on the use of radioactive Escherichia coli // *N. Engl. J. Med.* – 1950. – Vol. 242. №19. – P.747-751.
59. Spaeth G., Gottwald T., Specian R.D., et al. Secretory immunoglobulin A, intestinal mucin, and mucosal permeability in nutritionally induced bacterial translocation in rats // *Annals of surgery*. – 1994. – Vol. 220. №6. – P.798-808.
60. Thomas J.R. The uses of radiotracers in the life sciences // *Rep. Prog. Phys.* – 2009. – Vol. 72. №1. – P.1-23.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1, НЦРВХ СО РАМН. тел. раб. (3952) 290382. e-mail: salatoov@mail.ru, Галеев Юрий Маратович – заместитель директора НЦРВХ СО РАМН по развитию, к.м.н.; Попов Михаил Васильевич – старший научный сотрудник НЦРВХ СО РАМН, к.м.н.; Салато Олег Викторович – младший научный сотрудник НЦРВХ СО РАМН, к.м.н.

© АНИКИНА Е.А., БАЛАБИНА Н.М. – 2011
УДК 616.839-071-053.7

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Екатерина Андреевна Аникина, Наталья Михайловна Балабина
(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики, зав. – д.м.н. Н.М. Балабина)

Резюме. Синдром вегетативной дисфункции (СВД) является широко распространенным заболеванием, который наиболее часто формируется у молодых людей. Несмотря на большие экономические потери, к которым приводит СВД, до сих пор не изучены факторы риска развития и особенности клинического течения СВД в молодом возрасте. Поэтому изучение распространенности, факторов риска и клинического течения СВД у учащихся средне-специальных учебных заведений имеет важное научное и медико-экономическое значение.

Ключевые слова: синдром вегетативной дисфункции, факторы риска.

PREVALENCE, RISK FACTORS AND CLINICAL COURSE OF VEGETATIVE DYSFUNCTION SYNDROME

E.A. Anikina, N.M. Balabina
(Irkutsk State Medical University)

Summary. Vegetative dysfunction syndrome (VDS) is a widespread disease which is most often formed in young people. Despite considerable economic losses caused by VDS, the risk factors and clinical features of VDS at a young age have not been studied yet. Therefore, the study of prevalence of risk factors and clinical course of VDS among students of mid-special institutions has an important scientific and medical-economic value.

Key words: vegetative dysfunction syndrome, risk factors.

Среди наиболее частых соматических диагнозов, выставляемых врачами общей практики и участковыми терапевтами лицам молодого возраста, является синдром вегетативной дисфункции (СВД). Синонимы СВД – вегетососудистая дистония и соматоформная вегета-

тивная дисфункция (код F45.3).

Вегетативные нарушения являются одной из актуальнейших проблем современной медицины, что, прежде всего, обусловлено их значительной распространенностью. По данным эпидемиологических исследо-

ваний, распространенность синдрома вегетативных дисфункций (СВД) весьма значительна и колеблется от 12,1 до 82% в популяции [5,9,11,12,14]. Такие противоречивые сведения о частоте этой нозологии можно объяснить различными взглядами на сущность заболевания, а также недостаточно однородными подходами практических врачей к критериям диагноза и его терминологическому оформлению (очень часто понятия “нейроциркуляторная дистония” и “синдром вегетативной дисфункции” на практике неправомерно используют как синонимы). Кроме того, терминологические неточности не позволяют правильно сравнивать клинические проявления, затрудняют создание дифференцированных схем лечения, нарушают преемственность ведения больных с этой патологией [38,51,60,61].

Заболевание встречается в любом возрасте, но наиболее часто в молодом, преимущественно у женщин, которые болеют в 2-4 раза чаще, чем мужчины [17,22,53]. Юношеский возраст – один из критических этапов в жизни человека, характеризующийся завершением процесса развития организма и становлением в психологическом и социальном плане. В силу анатомо-физиологических особенностей, характерных для этого периода, организм становится наиболее уязвимым и незащищенным к воздействию различных факторов внешней среды [15,40,56]. В развитии СВД у молодых людей особое значение имеет определенная адаптационная уязвимость периода гормональной перестройки, являющегося самостоятельным мощным стрессовым фактором. У молодых людей в это время наблюдается физиологическая катехоламинергическая и симпатикотоническая гиперактивность и воздействие любого неблагоприятного фактора ведет к появлению разнообразных моторно-вегетативно-трофических нарушений сердца и сосудов [10,54]. До сих пор, отсутствуют точные сведения о распространенности СВД у учащихся средне-специальных учреждений. Современная образовательная среда предъявляет достаточно высокие требования к учащимся, зачастую превышающие их психофизиологические возможности, и может способствовать, таким образом, возникновению функциональных нарушений со стороны различных органов и систем. Студенты колледжей – это особый социальный слой населения. Большие интеллектуальные нагрузки, резкие изменения привычного образа жизни, формирование межличностных отношений вне семьи, необходимость адаптации к новым условиям труда, проживания и питания позволяет отнести их к группе значительного риска развития заболеваний [39,67]. Постоянные психические и физические перегрузки у учащихся средне-специальных учреждений, нарушения режима труда, отдыха, питания, а также новая климатогеографическая среда [5,23,65], возможно, могут привести к срыву процесса адаптации, развитию различных функциональных нарушений и заболеваний, снижающих эффективность учебного процесса [3,59]. Выявление признаков такой дезадаптации на ранних стадиях развития СВД может позволить начать профилактические мероприятия и вовремя провести коррекцию нарушенного состояния, а, возможно, и предупредить трансформацию СВД в органическую патологию.

С данной нозологией особенно часто приходится встречаться врачам общей практики, кардиологам, неврологам. Среди больных терапевтического и кардиологического профилей, по сводным данным разных авторов, эта патология выявляется в 30-50% случаев [2,10,13,42,45,57]. До настоящего времени значимых показателей заболеваемости СВД нет. Данное обстоятельство, во-первых, связано с тем, что не все больные обра-

щаются к врачу, большинство из них либо не обращают должного внимания на имеющиеся у них симптомы, либо занимается самолечением [16,18,21,34]. Во-вторых, изучение истинной распространенности СВД в популяции затруднено из-за отсутствия четкого определения и “золотого” диагностического стандарта [1,6,24,40,63]. Нет достоверных сведений и о частоте трансформации СВД в гипертоническую болезнь, в бронхиальную астму и другие заболевания [25,28,34,40,44].

До настоящего времени среди врачей нет единого мнения, кто именно должен лечить таких больных: терапевт, невролог, кардиолог, эндокринолог, психолог или психиатр. Это в первую очередь обусловлено обилием жалоб, которые предъявляет данная категория больных. Часть врачей относится скептически к диагнозу СВД, не считая его даже самостоятельным заболеванием. Так, ряд авторов считают, что синдром вегетативной дисфункции является обобщающим термином, который включает в себя все локальные нарушения сегментарного характера и генерализованные проявления надсегментарного уровня и системные нарушения в работе внутренних органов (сердечно-сосудистой, дыхательной системы, желудочно-кишечного тракта и др.) [30,38]. Однако некоторые авторы утверждают, что синдром вегетативной дисфункции может выступать и как самостоятельная нозологическая форма, т.к. она имеет свою этиологию, патогенез, факторы риска [3,7,15,51]. Некоторые врачи, проводя поверхностный опрос и осмотр больного, выставляют этот диагноз практически каждому второму молодому человеку, не желая вникать в суть проблемы, или не имея на это времени.

Само определение СВД говорит о том, что в основе этого заболевания лежит дисфункция вегетативной нервной системы. Вегетативная система регулирует деятельность внутренних органов и функционально делится на 2 части: симпатическую и парасимпатическую. Как правило, симпатические нервные окончания усиливают деятельность органов, а парасимпатические, наоборот, – ослабляют (табл. 1).

Таблица 1

Влияние симпатических и парасимпатических нервов на функции органов

Орган	Симпатические нервы	Парасимпатические нервы
Сердце	Учащают сердцебиение	урежают сердцебиение
Сосуды, кроме коронарных	суживают	не иннервируются
Коронарные сосуды	расширяют	суживают
Железы, кроме потовых	ослабляют секрецию	усиливают секрецию
Потовые железы	усиливают секрецию	не иннервируются
Мускулатура внутренних органов (бронхи, желудочно-кишечный тракт, мочевого пузыря)	расслабляет	сокращает
Сфинктеры	усиливает тонус	расслабляет

Практически любой фактор, который по силе своего воздействия превышает функциональные возможности вегетативной нервной системы, может способствовать развитию СВД. В то же время, несмотря на большое количество работ по данному вопросу, недостаточно изучен вклад различных факторов риска в формирование СВД у лиц молодого возраста. Так, некоторые авторы пишут, что ведущая роль в этиологии вегетативных дисфункций принадлежит стрессу. Другие авторы [34,35,52] утверждают, что пусковым механизмом СВД является перинатальная патология в виде неблагоприятного течения беременности и родов, способствующего нарушению созревания клеточных структур надсегментарного аппарата, натальным травмам ЦНС и шейного отдела позвоночника (гипертензионно-гидроцефальный синдром, вертебрально-базиллярная недостаточность). Большинство исследователей пишут о том, что СВД полиэтиологичен, при этом среди множества причин, приводящих к этому состоянию, можно

выделять как врожденные, так и приобретенные особенности [11,14,36,50,58].

Не изучено влияние на развитие СВД социально значимых факторов. Некоторые авторы [22,23,55] общаются о том, что психоэмоциональное напряжение у лиц молодого возраста, связанное с неблагоприятной домашней обстановкой, конфликты с преподавателями, умственное и физическое переутомление может привести к развитию СВД [59,64,66]. Другие авторы не считают социальные факторы решающими в развитии этой нозологии [17,22,49]. Между тем, выяснение этих факторов риска, способствующих развитию СВД и выяснению роли вегетативной дисфункции при этом заболевании, могло бы помочь разработать мероприятия, направленные на первичную и вторичную профилактику СВД, и улучшить качество жизни таких больных.

При формировании СВД преобладающей будет либо симпатическая (симпатикотония) либо парасимпатическая система (ваготония). Исходя из этого, у больных наблюдаются самые разнообразные жалобы. Основной клинической особенностью больных СВД является наличие у них многочисленных жалоб, многообразие различных симптомов и синдромов, что обусловлено особенностями патогенеза, вовлечением в процесс гипоталамических структур. Г.М. Покалев описывает у больных СВД около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений в зависимости от преобладания нарушений со стороны симпатической и парасимпатической нервной систем. Клиническая картина характеризуется яркой выраженностью и обилием жалоб неспецифического характера [38,43,51]. Клинические симптомы СВД, как правило, диффузные, захватывают одновременно несколько систем, но их выраженность может быть различной. Авторы выделяют множество рабочих классификаций клинического течения СВД. Основные синдромы, встречающиеся в данной нозологии, можно распределить на 4 группы:

1. Вегетативная дисфункция, включающая особенности вегетативного статуса, кардиальный синдром.
2. Сосудистая дистония (синдром цереброваскулярных нарушений).
3. Психологический синдром (синонимы: синдром адаптационных нарушений, астенический синдром, синдром психических нарушений).
4. Другие синдромы (гипервентиляционный или респираторный синдром, нейрогастральный синдром, синдром обменно-тканевых и периферических сосудистых нарушений и др.).

Наиболее часто СВД проявляется изменениями со стороны сердечно-сосудистой системы, реже пищеварительной системы. Разновидность СВД с преобладанием жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы носит название нейроциркуляторной дистонии (НЦД) или СВД кардиального типа. Различные боли в прекардиальной области встречаются почти у всех больных СВД (от 80 до 100%). Именно они обуславливают гипердиагностику органической патологии сердца, что в свою очередь чревато серьезными последствиями: отлучение от занятий физкультурой и спортом, освобождение от воинской службы, предостережение относительно беременности и родов, легкомысленное удаление миндалин, ненужное назначение тиреостатических, противовоспалительных, ангиоангиальных и других средств [37,41,55,62]. Данные о механизмах возникновения данного синдрома, особенности его течения до конца весьма противоречивы и неоднозначны и требуют дальнейшего изучения. Среди ведущих кардиальных синдромов следует выделить: кардиалгический, тахикардический, брадикардический, аритмический, гиперкинетический, встречающиеся с различной частотой у больных СВД. Выраженность болевых ощущений разнообразна – от просто неприятных до «мучительных и невыносимых», лишающих человека сна и отдыха. Часто эти боли сопровождаются страхом смерти. Весьма разнообразны оттенки болевых ощущений – ноющая (61%), колющая,

режущая (88%), щемящая, сжимающая (25%), грызущая, саднящая, ощущение присутствия инородного тела в груди. Иногда больные заявляют, что сердце «как в тисках», «его когтями раздирают» и т.д. У большинства (86%) больных встречаются болевые ощущения разных типов [9,19,42,50,58,63].

Практическому врачу достаточно сложно объективно оценить состояние вегетативной нервной системы. В таких ситуациях диагностика больше носит субъективный характер и основывается больше на клиническом опыте врача. Для объективной диагностики СВД оценивают вариабельность сердечного ритма с помощью метода кардиоинтервалографии (КИГ). На оборудовании, используемом для снятия обычной ЭКГ, больному двукратно записывают 100 циклов сердечных сокращений. Первый раз в покое после 5-минутного отдыха лёжа, а второй раз сразу же в положении стоя. Резкий переход из горизонтального в вертикальное положение является своеобразным стрессом для вегетативной нервной системы больного и позволяет оценить её функцию. Анализ электрокардиограммы на основе полученных данных позволяет сделать заключение о преобладании одного из звеньев вегетативной нервной системы. В результате формируется объективный диагноз: СВД с преобладанием симпатикотонического (ваготонического) типа реактивности или нормальной реактивности.

При вегетативной дисфункции нарушается иннервация внутренних органов, в результате чего развивается дискинезия ЖКТ, мочевого пузыря, функциональные изменения со стороны сосудов. Поэтому наличие у больного синдрома вегетативной дисфункции может служить поводом для появления у него жалоб со стороны любого органа [31,36]. При отсутствии должного лечения и профилактики дисфункции вегетативной нервной системы переходит в более конкретное и понятное для большинства больных и врачей заболевание. Проявляется это чаще уже в зрелом возрасте в виде артериальной гипертензии, мочекаменной болезни, желчнокаменной болезни. И часто эти проблемы, несмотря на доброкачественное течение и благоприятный прогноз СВД, снижают качество жизни больного. Особенности качества жизни у молодых больных СВД посвящены единичные работы. Так, Л.П. Великанова и соавт. (2007) пишут о значимом снижении качества жизни и успеваемости, риске формирования ряда хронических заболеваний у больных СВД (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма и др.).

СВД и его трансформация в органическую патологию может привести к временной и стойкой утрате трудоспособности. О значимости СВД говорит тот факт, что временная нетрудоспособность больных СВД составляет 3,5-5,9% всех ее случаев в поликлинике и 1,8-3,7% в стационаре [4,27,30,31,32,39,47]. По количеству дней нетрудоспособности и степени снижения работоспособности потери от СВД ориентировочно в 2-4 раз выше, чем от эпилепсии, и в 3-6 раз выше, чем от заболеваний двигательной системы. Исследования, проведенные в развитых странах, в частности США, демонстрируют, что прямые материальные затраты вследствие СВД составляют в США 10 млрд., в Европе – около 15 млрд. долларов в год. В то же время непрямые издержки, связанные с уменьшением работоспособности больных СВД, составляют около 36 млрд. долларов в год [19,20,29,33,37,43]. Таким образом, СВД приводит к большим экономическим потерям.

Суммируя вышесказанное, можно сделать вывод, что в настоящее время данные о распространенности СВД, роли различных факторов (социально-психологических, особенностей питания, вегетативного статуса, и др.) в формировании СВД и их клинических особенностей у учащихся средне-специальных учреждений неоднозначны и противоречивы. В то же время, СВД, по-видимому, значительно снижает качество жизни таких больных, приводит к большим экономическим затратам и поэто-

му является актуальной медико-социальной проблемой,

которая требует дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббакумов С.А., Ильина О.В., Сапожников В.В. Тактика лечения и дифференцированная терапия нейрорегуляторной дистонии // Российский медицинский журнал. – 1998. – №3. – С.17-20.
2. Абрамов В.В. Интеграция иммунной и нервной систем. – Новосибирск: Наука. Сибирское отделение, 1991. – 168 с.
3. Агаджанян Н.А. Баевский Р.Н., Берсенева А.П. Проблемы адаптации и учение о здоровье. – М.: Спецлит, 2006. – 283 с.
4. Александровский Ю.А., Серебрякова Т.В. Отчет о выполнении НИР «Клинические испытания Мексидола в качестве транквилизатора с ноотропным компонентом действия» ГНЦ социальной и судебной психиатрии. – М., 2003. – С.14-19.
5. Амосова Е.Н. Нейрорегуляторная дистония // Клиническая кардиология / Под ред. Е.Н. Амосова. – Киев: Здоровье, – 2002. – В 2 т: Т. 2. – С.755-787.
6. Аникин В.В. Курочкин А.А., Кушнин С.М. Нейрорегуляторная дистония у подростков. – Тверь: Губернская медицина, 2008. – 184 с.
7. Антонова Л.К. Роль социальных факторов риска в формировании синдрома вегетативной дистонии у детей пубертатного возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – №6. – С.7-9.
8. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков. – М.: Спецлит, 2008 – 145 с.
9. Артемова Н.А. Медико-социальные аспекты развития и формирования здоровья детей подросткового возраста, проживающих на территории Государственного Российского центра атомного судостроения: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Архангельск, 2006. – С.23.
10. Ахундаев Э.М. Исследование вегетативного гомеостаза, сердечно-сосудистой реактивности и факторов риска атеросклероза у сельских школьников с вегетососудистой дистонией гипер- и гипотонического типа: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Андижан, 1991. – 27 с.
11. Афанасьев А.А., Писклова А.В., Филиппов Г.П. Опыт немедикаментозной коррекции вегетативных расстройств у подростков // Клиническая медицина. – 2004. – №7. – С.69-71.
12. Ашман А.А., Повереннова И.Е. Болезни нервной регуляции. Синдром вегетативной дистонии: Учебное пособие. – Самара: Перспектива; СамГМУ, 2003. – 48 с.
13. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. Вариабельность сердечного ритма: теоретические аспекты и возможности клинического применения // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2001. – №3. – С.108-127.
14. Баевский Р.М., Иванов Г.Г., Чирейкин Л.В. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем: методические рекомендации // Вестник аритмологии. – 2001. – №24. – С.65-87.
15. Баранов А.А. Состояние здоровья детей и подростков в современных условиях: проблемы, пути решения // Российский педиатрический журнал. – 1998. – №1. – С.5-8.
16. Беленков Ю.Н., Оганова Р.Г. Вегетативная дисфункция сердца // Кардиология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С.1158-1168.
17. Белоконь Н.А., Кубергер М.И. Болезни сердца и сосудов у детей: Рук-во для врачей. – В 2т.: Т.2. – М.: Медицина, 2000. – С.136-197.
18. Белоконь Н.А., Осокина Г.Г., Леонтьева И.В. Вегетососудистая дистония у подростков: клиника, диагностика, лечение методические рекомендации. – М., 1999. – С.24.
19. Белоконь Н.А., Шварков С.Б., Осокина Г.Г. Подходы к диагностике синдрома вегетососудистой дистонии у детей // Педиатрия. – 1986. – №1. – С.37-41.
20. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Сердечно-сосудистые заболевания у детей и подростков. – 2-е изд., перераб. и доп. – Минск: Вышэйшая школа, 2008. – 365 с.
21. Беляева Л.М., Хрусталева Е.К. Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы. – Минск: Амалфея, 2006. – 208 с.
22. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. – М.: Медпрессинформ, 2001. – 367 с.
23. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – С.413-430.
24. Вейн А.М. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика. – М., 1998. – 752 с.
25. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. – М.: Медицина, 1999. – 306 с.
26. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и др. Неврология для врачей общей практики / Под ред. Вейна А.М. – М.: Эйдос Медиа, 2001. – 502 с.
27. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 112 с.
28. Жданова Л.А. Русова Т.В. Актуальные аспекты формирования здоровья подростков // Российский педиатрический журнал. – 1998. – №3. – С.57-60.
29. Захаржевский В.Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизм специфичности психовегетативного эффекта. – Л.: Наука, 1999. – С.211-215.
30. Звездина И.В., Рапопорт И.К., Ямпольская Ю.А. Особенности формирования здоровья современных подростков // Российский педиатрический журнал. – 2005. – №3. – С.21-23.
31. Земцовский Э.В., Тихоненко В.М., Реева С.В., Демидова М.М. Функциональная диагностика состояния вегетативной нервной системы. – СПб.: Инкарт, 2004. – 80 с.
32. Зенков Л.Р., Ронкин М.А. Функциональная диагностика нервных болезней: Рук-во для врачей. – М.: МЕДпрессинформ, 2004. – 488 с.
33. Зозуля І.С. Синдром вегетосудинної дистонії: клініка, діагностика, лікування // Укр. мед. часопис. – 1997. – №2. – С.17-21.
34. Кирпичева Н.Б., Домбровская Н.В., Кулешова Е.А. Современные аспекты патогенетической терапии синдрома вегетативной дисфункции у детей // Международный неврологический журнал. – 2006. – Т. 8. №4. – С.15.
35. Колосова О.А., Осипова В.В. Вегетативная дистония у подростков // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – №3. – С.8-12.
36. Коровина Н.А., Творогова Т.В., Гаврюшова Л.П., Захарова И.Н. Вегетативная дистония у подростков (диагностика и лечение) // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14. №19. – С.1356-1357.
37. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е. Совершенствование методов ранней диагностики психических расстройств (на основе взаимодействия со специалистами первичного звена здравоохранения) / Под ред. В.Н. Краснова. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2008. – 136 с.
38. Кузмичев Ю.Г., Ипатов Ю.П. Вегетативная дисфункция у детей. – Н.Новгород: Изд-во Волго-Вятской академии государственной службы, 1998. – 137 с.
39. Крупская С.Г., Олифер Л.Д. Методические подходы к оценке уровня здоровья студентов младших курсов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1993. – №5. – С.16-18.
40. Кулакова Е.В. Образ жизни современной семьи и его влияние на здоровье детей // Охрана здоровья детей и подростков (лекции врачей и педагогов). – М.: РАОЗ, 2007. – С.26-32.
41. Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Медико-биологические и психосоциальные проблемы подросткового возраста: Монография / Под ред. В.Р. Кучма. – М.: Изд-во ГУ НЦЗД РАМН, 2004. – 198 с.
42. Кучма В.Р. Оценка риска факторов влияния окружающей среды на здоровье детей и подростков // Гигиена и санитария. – 2002. – №6. – С.51-53.
43. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейрорегуляторная дистония в терапевтической практике. – М.: Медицина, 1999. – 189 с.
44. Мачерет Е.Л., Мурашко Н.К., Чабан Т.И. Вариабельность ритма сердца в зависимости от типа течения синдрома вегетативной дистонии // Вестник аритмологии. – 2008. – Т. 16. – С.17-20.
45. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общепедиатрической практике. Результаты программы КОМПАС // Кардиология. – 2004. – №9. – С.1-8.
46. Парцернак С.А., Юнацкевич П.И. Вегетозы – болезни

стресса. – СПб.: Изд. Дом «Сентябрь», 2002. – 419 с.

47. Парцерняк С.А. Интегративная патология и психосоматика в кардиологии // Кардиология XXI век: Материалы Всерос. науч. конф. – СПб., 2001. – С.297-298.

48. Покалев Г.М., Трошин В.Д. Нейроциркуляторная дистония. – Горький, 1996. – 319 с.

49. Румянцев А.Г., Панков Д.Д. Актуальные проблемы подростковой медицины. – М., 2002. – 376 с.

50. Святоц А.М. Неврозы: Рук-во для врачей. – СПб., 1997. – 441 с.

51. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування кардіологічних хворих / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. – Киев, 2007. – 128 с.

52. Соловьёва А.Д., Акарачкова Е.С., Торопина Г.Г., Недоступ А.В. Патогенетические аспекты терапии хронических кардиалгий // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2007. – Т. 107. №11. – С.41-44.

53. Спивак Е.М. Клинико-патогенетические варианты и основы формирования вегетативной дисфункции в раннем и дошкольном детском возрасте: Автореф. дис... д-ра мед. наук – Нижний Новгород, 1993. – 46 с.

54. Царегородцева Л.В. Актуальные вопросы синдрома вегетативной дистонии у детей и подростков // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2005. – №4. – С.73-83.

55. Шварков С.Б. Вегетативные расстройства / Под ред. Вейна А.М. – М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – С.451-463.

56. Шварков С.Б. Современная концепция о вегетативных расстройствах и их классификация // Педиатрия. – 2003. – №2. – С.108-109.

57. Ballenger J., Davidson J., Lecrubier Y., et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 59 (suppl 8). – P.47-54.

58. Chambers J., Bass C., Mayou R. Noncardiac chest pain// Heart. – 1999. – Vol. 82. – P.656-657.

59. Fink P., Rosendal M., Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care // Aust N Z J Psychiatry. – 2005. – Vol. 39. №9. – P.772-781.

60. Katon W., Hollifield M., Chapman T., et al. Infrequent panic attacks: psychiatric comorbidity, personal characteristics and functional disability // J. Psych Research. – 1995. – Vol. 29. – P.121-131.

61. Rozanski A., Blumenthal J.A., Davidson K.W. The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology // J. Amer Coll Cardiol. – 2005. – Vol. 45. – P.637-651.

62. Sansone R.A., Hendricks C.M., Gaither G.A., Reddington A. Prevalence of anxiety symptoms among a sample of outpatients in an internal medicine clinic // Depression and Anxiety. – 2004. – Vol. 19. – P.133-136.

63. Stone J., Wojcik W., Durrance D., et al. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The «number needed to offend» // BMJ. – 2002. – Vol. 325. – P.1449-1450.

64. van Dulmen A.M., Fennis J.F., Mokkink H.G., et al. Doctors' perception of patients' cognitions and complaints in irritable bowel syndrome at an out-patient clinic // J. Psychosom Res. – 2000. – Vol. 38. – P.581-590.

65. Wittstein I.S., Thiemann D.R., Lima J.A. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress // N Engl J Med. – 2005. – Vol. 352. – P.539-548.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, ул. Красного Восстания, 1, e-mail: paradox2011-85@yandex.ru, Аникина Екатерина Андреевна – аспирант; Балабина Наталья Михайловна – заведующая кафедрой, профессор, д.м.н.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© ЧИМИТОВ А.А., РЯЗАНЦЕВА Н.В., ДАМБАЕВ Г.Ц., ПЕРИНОВ А.П., ХАНХАШАНОВА Т.Д., МЕДВЕДЕВ В.И. – 2011
УДК 616.348/351

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К АДЪЮВАНТНОЙ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОЦЕНКА ЕЕ ПОЛНОТЫ, КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ГЕМОФИЛЬТРОЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КРОВИ

Анатолий Агванович Чимитов¹, Наталья Владимировна Рязанцева², Георгий Цыренович Дамбаев², Александр Петрович Перинов¹, Тамара Дмитриевна Ханхашанова¹, Владимир Игоревич Медведев¹
(¹Бурятский Республиканский онкологический диспансер, г. Улан-Удэ, гл. врач – к.м.н. А.П. Перинов;
²Сибирский государственный медицинский университет, Томск, ректор – акад. РАМН, д.м.н., проф. В.В. Новицкий)

Резюме. В статье рассматривается исследование венозной крови онкологических больных, перенесших радикальное оперативное вмешательство гемофилтроцитологическим методом, направленным на выявление в периферической крови раковых клеток. Данный факт является основанием для назначения больным в послеоперационном периоде полихимиотерапии. Применение гемофилтроцитологического исследования показывает его широкие возможности в оценке полноты и качества проводимой полихимиотерапии через изучение лекарственного патоморфоза.

Ключевые слова: калиброванный фильтр, гемофилтроцитологическое исследование крови, карцинемия, микропросеивание.

DEFINITION OF INDICATIONS TO ADJUVANT POLYCHEMOTHERAPY AFTER RADICAL SURGICAL TREATMENT AND ASSESSMENT OF ITS COMPLETENESS AND QUALITY OF CONDUCTING WITH THE HELP OF HEMOFILTROCYTOLOGICAL BLOOD ANALYSIS

A.A. Chimitov¹, N.V. Ryazantseva², G.Ts. Dambaev², A.P. Perinov¹, T.D. Khankhashanova¹, V.I. Medvedev¹
(¹Buryat Republican Oncological Dispensary, Ulan-Ude; ²Siberian State Medical University, Tomsk)

Summary. The paper considers the investigation of venous blood in oncological patients, who endured radical surgical treatment with hemofiltrocytological method, directed to cancer cells detection in peripheral blood. The fact of cancer cells detection is a reason for prescribing polychemotherapy in postoperative period. The application of hemofiltrocytological analysis shows its wide potential in assessing quality and efficiency of polychemotherapy through the study of medicinal