

УДК [616.839:616.5-002-056.3]:616.33:616.342

СОСТОЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ, ИМЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

© 2006 г. И. М. Супрун, *В. И. Макарова

Детская городская больница, г. Череповец

*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Функциональное взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы оказывает существенное влияние на перистальтику желудка, секрецию, тонус и проницаемость его сосудов. Желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) закономерно вовлекается в процесс при синдроме вегетативной дистонии. Достаточно часто хроническая патология ЖКТ у детей развивается на фоне отягощенного аллергологического анамнеза или уже имеющихся признаков аллергической реакции. При сочетании патологии ЖКТ с атопическим дерматитом у большинства пациентов вегетативная реактивность имеет асимпатикотонический тип, исходный вегетативный тонус – ваготонический, вегетативное обеспечение – астеническое, наименее благоприятный тип, свидетельствующий об истощении «стресслимитирующих» резервов.

Ключевые слова: вегетативная нервная система, вегетативная регуляция, желудочно-кишечный тракт, хронический гастродуоденит, язвенная болезнь, аллергия, атопический дерматит, дети.

В детском возрасте в генезе моторных и секреторных нарушений большое значение придается особенностям вегетативной регуляции и состоянию центральной нервной системы (ЦНС). Функциональное взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (ВНС) оказывает существенное влияние на перистальтику желудка, секрецию, тонус и проницаемость его сосудов. Считается, что вагус сопряжен преимущественно с возбуждающими влияниями, а симпатический отдел обуславливает противоположные эффекты [8, 9, 29]. С одной стороны, активация адренэргической системы может явиться повреждающим фактором, усиливающим агрессивность желудочного сока [18, 24, 30]. С другой — повышение тонуса этого отдела ВНС улучшает кровоснабжение и нервнотрофические процессы в тканях желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), поэтому может рассматриваться как приспособительная реакция [18, 24].

Гипертонус блуждающего нерва считается неотъемлемым звеном патогенеза язвенной болезни (ЯБ) [51]. В пользу прямого участия блуждающего нерва в механизме повышенного кислотообразования при язвенной болезни свидетельствует то, что после ваготомии продукция соляной кислоты значительно снижается. Это сопровождается заживлением язв, а рецидивы заболевания большей частью связаны с неполной ваготомией [58]. Велика роль вагального тонуса и в нарушениях моторики желудка и ДПК, столь характерных для язвенной болезни [17, 25]. Беспорядочный, дискинетический характер деятельности привратника, ускоренная эвакуация из желудка объясняются как прямыми парасимпатическими импульсами, так и нарушением физиологического «кислотного» рефлюкса, регулирующего эвакуаторную функцию [34, 57].

Являясь пограничной областью между внешней и внутренней средой, желудок и ДПК играют значительную роль в единой гомеостатической системе организма. Не только ЦНС при помощи гормональных и нервных путей регулирует деятельность желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), но и ЖКТ оказывает свое влияние на другие органы и системы.

Желудочно-кишечный тракт закономерно вовлекается в процесс при синдроме вегетативной дистонии [39]. На ранних ее стадиях, когда морфологические изменения в органах еще не обнаружены, в ЦНС формируется патологический очаг, что приводит к расстройству регуляторных процессов [44, 48]. Психогенные и неврогенные факторы оказывают отрицательное влияние на моторную, эвакуаторную, секреторную функции [46], нарушают слизисто-бикарбонатный барьер гастродуоденальной зоны, изменяют желудочно-кишечный кровоток [10, 43]. Следствием дисрегуляции является нарушение трофики органа [12, 50]. Считают, что абдоминальный синдром в 85 % случаев может быть обусловлен функциональными нарушениями в деятельности ЦНС и, в частности, ВНС [46].

В периоды обострения и реконвалесценции дети предъявляют жалобы не только соматического, но и психовегетативного характера [31]. Начало заболевания имеет связь как с нарушением режима питания, так и с психоэмоциональными перегрузками [52] и психотравмирующими факторами [10, 28].

Формирование хронических заболеваний органов пищеварения имеет тесную прямую корреляцию с выраженностью и длительностью синдрома вегетативной дисфункции [26, 39].

В раннем детском возрасте абдоминальные признаки синдрома вегетативной дистонии (СВД) обычно проявляются ярко. Они представлены в виде немотивированных или связанных с приемом пищи икоты, вздутием живота, срыгиваниями, неустойчивым стулом, периодическим беспокойством и плачем. Общим для этих детей является сниженный аппетит, неглубокий сон [35]. Для симпатикотонии более характерно ослабление перистальтики и атонические запоры, при ваготонии, наоборот, усиление моторной функции кишечника и спастические запоры [50].

Развитие ЖКТ в основном заканчивается к 14–15 годам, однако выраженная лабильность ЦНС и ВНС, несбалансированность гормональных соотношений не может не отразиться на деятельности пищеварительного тракта в период полового созревания, особенно в его начале и апогее [27].

Симпатикотония отражает преобладание эрготропных катаболических реакций в организме, состояние хронического стресса, а ваготония — преобладание трофотропных механизмов, предрасполагая к гиперсекреции пищеварительных желез [31]. Наряду с этим превалирование симпатического тонуса ВНС выявлено у больных с функциональными расстройствами желудка, сопровождающимися дискинезией желчевыводящих путей [21]. Усиление парасимпатического тонуса отмечается у больных язвенной болезнью ДПК и хроническим гастродуоденитом [32, 39].

О состоянии ВНС при гастродуоденальных заболеваниях данные литературы разноречивы. При повторных обострениях траектория вегетативных реакций остается постоянной, свойственной для данного больного (паттерн) [26, 43].

При обследовании больных с хроническим гастритом В. Н. Быстров и Л. Е. Смирнов [12] выявили преобладание симпатического тонуса ВНС у 62–68 % больных. В других же исследованиях подчеркивается преимущественная активация парасимпатического отдела ВНС у больных с хроническим гастритом и особенно язвенной болезнью [16, 19, 23, 42]. Так, у 74,0–92,3 % пациентов с язвенной болезнью отмечается преобладание парасимпатических проявлений в исходном вегетативном тоне [11, 22]. Выявляется значительное варьирование исходного вегетативного тонуса у больных хроническими заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта в различных возрастных периодах [22]. При язвенной болезни частота ваготонии достоверно выше у детей 6–10 лет, а в группе больных 11–15 лет увеличивается доля гиперсимпатикотонии,

что свидетельствует о перенапряжении регуляторных механизмов [22]. Существуют также данные о зависимости тонуса вегетативной нервной системы от давности возникновения заболевания. Так, эйтония выявлена у 13,3 % детей (давность гастроэнтерологической патологии составила до 1 года), симпатикотония — у 30 % (давность заболевания не более 3 лет), ваготония — у 56,7 % [22]. Таким образом, преобладающим при патологии верхних отделов ЖКТ является тонус парасимпатической нервной системы [16, 23].

Анализ вегетативной регуляции сердечного ритма отражает состояние регуляторных систем организма и является мерой адаптационных возможностей детей [2, 4]. Под вегетативной реактивностью (ВР) следует понимать изменение автономных реакций организма на внешние и внутренние раздражители [7, 18, 49, 54]. При оценке нейродинамического вегетативного регулирования [56] с помощью ритмокардиоинтервалографии (РКИГ) по Р. М. Баевскому [8, 9] оказалось, что у 63,8 % подростков реактивность гиперсимпатикотоническая и лишь у 17,2 % — нормальная. При хроническом гастродуодените (ХГД) и язвенной болезни наиболее часто наблюдается базальная ваготония с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью (62,0 и 81,0 % соответственно) [33], при этом отмечается зависимость ВР от возраста детей [22, 49]. Так, у детей с язвенной болезнью 6–10 лет такой вариант дисфункции встречался в 100,0 % случаев, 11–15 лет — в 75,0 %, а у детей с ХГД — в 52,0 и 68,0 % случаев соответственно. Нормальная ВР регистрируется у 8,2–12,0 % детей с гастроэнтерологической патологией [22, 53]. Уровень индекса напряжения у 66,1 % больных в период обострения характеризовался снижением показателя, а у 33,9 % — повышением [6], между показателями АМо и Х отмечается корреляционная связь, что расценивается как удовлетворительная работа адаптационно-приспособительного аппарата. В состоянии перенапряжения приспособительных сил организма корреляционная связь между показателями АМо и Х ослабевает [6]. При сравнении же данных РКИГ у групп больных ЯБ и ХГД статистически значимых различий ни в периоде обострения, ни в периоде ремиссии не выявлено [3, 6].

И наконец, существует понятие «вегетативное обеспечение деятельности» (ВОД), которое предполагает поддержание адекватного нагрузкам функционального состояния автономной нервной системы, необходимого для обеспечения оптимального функционирования организма в целом [7, 8]. Оценивается ВОД с помощью клиноортостатической пробы (КОП). Нормальное ВОД регистрируется у 15,0 % детей с кислотозависимой патологией; среди вариантов ВОД преобладает недостаточное (58,8 %) [5].

Нарастание дисфункций ВНС отягощает клинические проявления заболевания формированием своеобразного психовегетативного синдрома [19]. Его выраженность находится в прямой зависимости от длительности и тяжести заболевания, наличия осложнений [1, 5].

В настоящее время достаточно полно изучен механизм стрессорного воздействия в патогенезе ЯБ, который определяет значительные морфофункциональные сдвиги в организме, в частности сдвиги в сложных взаимодействиях нервного и гуморального каналов вегетативной регуляции [47]. На фоне истощения компенсаторных механизмов, срыва адаптационных возможностей, проявляющихся иммунодефицитом, чрезмерной симпатикотонией, течение болезни утяжеляется и в патологический процесс вовлекаются другие органы пищеварительной системы [51]. Переход на адекватное функционирование универсальной регуляции приводит, вероятно, к улучшению состояния больных и ликвидации патологического процесса. В противном случае наблюдается рецидив местных и центральных проявлений сформировавшейся патологической нейродинамической системы. В патогенезе других кислотозависимых заболеваний стрессорные воздействия играют меньшую роль.

Неоднородность результатов исследований вегетативного гомеостатизма различными авторами можно объяснить наличием индивидуальных особенностей реагирования детей на болезнь [21], а также разнообразием методологических подходов к обследованию пациентов.

Довольно часто хроническая патология ЖКТ у детей развивается на фоне отягощенного аллергологического анамнеза или уже имеющихся признаков аллергической реакции.

Достаточно много внимания уделено изучению проблемы вегетативной дистонии при атопии. Локальные (сегментарные) дистонии наблюдаются при бронхиальной астме, атопическом дерматите, поллинозах. Выявлен тормозной эффект на развитие аллергических процессов симпатического отдела и активирующий — парасимпатического [45]. А. М. Вейн [13, 18] обнаружил повышение возбудимости парасимпатического отдела ВНС независимо от состояния симпатического отдела. Стрессовая ситуация с активацией гипофизарно-надпочечниковой и симпатико-адреналовой систем в ряде случаев тормозит развитие аллергических реакций. В свою очередь, аллергическая альтерация вызывает активацию гипофизарно-надпочечниковой системы, повышает образование кортикостероидов непосредственно в надпочечниках. Повторные обострения аллергических заболеваний истощают эту систему. Поэтому у больных с длительно протекающими заболеваниями всегда выявляется определенная степень надпочечниковой недостаточности.

Аллерген как специфический активатор иммунной системы через нейрогуморальные восходящие влияния меняет активность соответствующих структур в ЦНС. Сопоставление описанных влияний с данными о нейроэндокринном фоне эрготропной и трофотропной функций ВНС делают очевидным важность диагностики и коррекции вегетативного статуса у ребенка с аллергопатологией.

При атопическом дерматите отмечается повышение активации симпатического звена, увеличивается содер-

жание фракций глюкокортикоидов с низкой биологической активностью, изменяется спектр пептидов.

Одно из центральных мест в патогенезе аллергических заболеваний занимают нарушение ЦНС и ВНС. Это зафиксировано И. В. Яковлевой (2002) в 77,6 % случаев. Гиперсимпатикотония отмечена в $(55,0 \pm 9,0)$ % случаев; в $(32,0 \pm 9,0)$ % она сочеталась с повышением тонуса различных образований лимбико-ретикулярного комплекса. У 87,9 % детей с атопическим дерматитом определялась вегетативная дисфункция со снижением вегетативной реактивности и недостаточностью вегетативного обеспечения жизнедеятельности [45].

По данным Б. А. Городецкого [15], во время обострения атопического дерматита у 65,0 % детей наблюдается ваготония с асимпатикотонической вегетативной реактивностью, у 24,0 % — симпатикотония, у 10,7 % — эйтония. Среди вариантов ВОД преобладает гипердиастилический вариант. В период ремиссии кожного процесса исходный вегетативный тонус у большинства обследуемых детей парасимпатический, вегетативная реактивность нормальная, либо (у меньшего числа обследуемых) гиперсимпатикотоническая.

Учитывая «закон исходного уровня», можно полагать, что у большинства больных сочетание исходной ваготонии с нормальной или даже асимпатикотонической вегетативной реактивностью отражают недостаточность ответа симпатических влияний на предъявляемый стимул. С точки зрения физиологической целесообразности, выявленные типы вегетативной реактивности можно считать вполне «оправданными», так как они «охраняют» ограниченные возможности слабого симпатического звена.

Сочетание исходной ваготонии с гиперсимпатикотонической реактивностью свидетельствует о наличии компенсаторной реакции, направленной на подавление «хронической стрессовой ситуации» [15].

По данным Ю. С. Смолкина [37], при исследовании функции ВНС у больных с атопическим дерматитом были установлены ведущие признаки, встретившиеся у больных наиболее часто: сухость кожи, особенно в местах поражения, частая гиперемия лица, резко сменяющаяся бледностью, красный дермографизм, брадикардия, мраморность кожи, плохая переносимость душных помещений, головные боли, укачивания в транспорте, боли в животе, не связанные с приемом пищи, длительный субфебрилитет после ОРВИ, чувство нехватки воздуха.

При сочетании патологии ЖКТ с атопическим дерматитом у большинства пациентов вегетативная реактивность имеет асимпатикотонический тип, исходный вегетативный тонус ваготонический, вегетативное обеспечение астеническое, наименее благоприятный тип, свидетельствующий об истощении «стресслимитирующих» резервов. Клиническая манифестация нейровегетативных нарушений проявляется в виде астеноневротического синдрома, неврозоподобного синдрома, синдрома дефицита внимания и/или гиперреактивности. Локальные формы атопического

дерматита не сопровождаются глубокими и стойкими нейровегетативными нарушениями [37].

Таким образом, сведений о взаимосвязи между нарушениями вегетативной регуляции, сочетанной патологией ЖКТ и атопическим дерматитом в доступной литературе нами не обнаружено. Учитывая современные тенденции в расширении возрастных рамок дебюта этой патологии, изучение данной проблемы приведет к более глубокому пониманию развития исследуемых патологических состояний.

Список литературы

1. Аверьянов А. П. Диагностика нарушений вегетативного гомеостаза при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей / А. П. Аверьянов // Дет. гастроэнтерол. обозрение. — 1994. — № 2–3. — С. 5–28.
2. Аленкина О. А. Психовегетативные нарушения и их коррекция у больных хроническим гастродуоденитом и язвенной болезнью в пубертатном периоде : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Аленкина О. А. — Иваново, 1993. — 22 с.
3. Бабцева А. Ф. Особенности вегетативных нарушений у детей с патологией желудочно-кишечного тракта / А. Ф. Бабцева, Э. Л. Семенова, Е. А. Ларионова, Е. Б. Романцова // Материалы VII конгресса педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее», Москва, 12–14 февраля 2002 г. — С. 22.
4. Баевский Р. М. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе / Р. М. Баевский, О. И. Кириллов, С. З. Клецкин. — М. : Наука, 1984. — 221 с.
5. Баевский Р. М. Прогнозирование состояний на грани нормы и патологии / Р. М. Баевский. — М., 1979. — 298 с.
6. Батырев М. И. Диагностические возможности кардиоинтервалографии у детей с хронической патологией органов гастродуоденальной зоны : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. И. Батырев. — Харьков, 1988. — 19 с.
7. Белоконов Н. А. Болезни сердца и сосудов у детей : руководство для врачей : в 2 т. / Н. А. Белоконов, М. Б. Кубергер. — М. : Медицина, 1987.
8. Белоконов Н. А. Подходы к диагностике синдрома вегетососудистой дистонии у детей / Н. А. Белоконов, С. Б. Шварков, Г. Г. Осокина // Педиатрия. — 1986. — № 1. — С. 37–41.
9. Белоусов Ю. Б. Клиническая фармакология средств, влияющих на моторно-эвакуаторную функцию пищеварительного тракта / Ю. Б. Белоусов, М. В. Леонова. — М., 1998. — 8 с.
10. Брызгунов И. П. Рецидивирующие боли в животе психогенного происхождения как психосоматическая проблема / И. П. Брызгунов // Материалы VII конгресса педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее», Москва, 12–14 февраля 2002 г. — С. 45–46.
11. Бутов М. А. Особенности вегетативных нарушений у больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны / М. А. Бутов, А. С. Луняков, П. С. Кузнецов // Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. — 1998. — № 6–7. — С. 279–283.
12. Быстров В. Н. Психовегетативные нарушения и их клиническое значение у больных хроническим гастритом и язвенной болезнью / В. Н. Быстров, Л. Е. Смирнов // Материалы 3-го Всесоюз. съезда гастроэнтерологов. — М. ; Л., 1984. — Т. 1. — С. 177–178.
13. Вейн А. М. Лечение вегетативной дистонии. Традиционные и нетрадиционные подходы : краткое руководство для врачей / А. М. Вейн, Н. А. Яковлев, Т. К. Каримов, Т. А. Слюсарь. — М., 1993. — 237 с. .
14. Волюнец Г. В. Особенности течения абдоминальной патологии на фоне ВСД / Г. В. Волюнец // Детская гастроэнтерология 2000 : сб. материалов 7-й конференции «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей». — СПб., 2000. — С. 28–30
15. Городецкий Б. А. Клиническое значение КИГ в оценке реактивности организма при аллергических заболеваниях у детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Б. А. Городецкий — М., 1989.
16. Денисов М. Ю. Кислотный профиль и изучение реактивности желудка у детей / М. Ю. Денисов // Детская гастроэнтерология Сибири : сб. науч. работ им. Я. Д. Витебского. — Новосибирск, 1999.
17. Дудникова Э. В. Роль вегетативной нервной системы и факторов агрессии и защиты в патогенезе хронической гастродуоденальной патологии у детей в начале пубертатного периода : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Дудникова Э. В. — Ростов н/Д, 1991. — 32 с.
18. Заболевания вегетативной нервной системы / под ред. А. М. Вейна — М. : Медицина, 1991. — 624 с.
19. Зарочинцев А. В. Зависимость клинических проявлений болезни у детей с неинфекционной патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта от функционального состояния вегетативной нервной системы и типов поведенческих реакций : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Зарочинцев А. В. — М., 1990. — 23 с.
20. Ипатов Ю. П. Ключи к проблеме гастроэнтерологических заболеваний у детей / Ю. П. Ипатов и др. — Н. Новгород, 1997. — 218 с.
21. Капустин А. В. Функциональные заболевания органов пищеварения у детей / А. В. Капустин, А. И. Хавкин, Ю. А. Изачик. — Алматы, 1994. — 191 с.
22. Кислотозависимые состояния у детей / под ред. акад. РАМН В. А. Таболина. — М., 1999. — 112 с.
23. Кожанов В. В. Характеристика надсегментарного отдела вегетативной нервной системы у детей с хроническим гастродуоденитом / В. В. Кожанов и др. // Детская гастроэнтерология 2002 : сб. материалов 9-го симпозиума «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Санкт-Петербург, 15–17 мая 2002 / под ред. акад. РАМН В. А. Таболина. — С. 95–96.
24. Коровина Н. А. Вегетативные дистонии у детей : (пособие для врачей) / Н. А. Коровина и др. — М., 2000. — 64 с.
25. Кравцова Т. Ю. Механизмы дисрегуляции при обострении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Т. Ю. Кравцова // Российский гастроэнтерологический журнал. — 2000. — № 1. — С. 21–24.
26. Кубергер М. Б. Ранняя диагностика и профилактика гастродуоденальной патологии у детей по данным исследования вегетативной нервной системы / М. Б. Кубергер, А. В. Капустин, А. И. Хавкин, А. В. Зарочинцев // Ранняя диагностика и профилактика гастроэнтерологических заболеваний у детей : сб. науч. работ. — Н. Новгород, 1990. — С. 8–13.
27. Кузмичев Ю. Г. Вегетативные дисфункции у детей : пособие для студентом, врачей / Ю. Г. Кузмичев. — Н. Новгород, 1998. — 98 с.
28. Мальцев С. В. Особенности психовегетативного состояния при хронических гастродуоденитах у детей старшего возраста / С. В. Мальцев, С. Я. Волгина // Педиатрия. — 1996. — № 4. — С. 38–42.
29. Неудахин Е. В. Общие представления о синдроме вегетативной дистонии у детей / Е. В. Неудахин // Педиатрия: проблемы и перспективы : сб. науч. трудов / под ред. акад. РАМН В. А. Таболина. — М., 1999. — № 3. — С. 39–43.
30. Неудахин Е. В. Синдром вегетативной дистонии / Е. В. Неудахин, О. Е. Талицкая // Лекции по актуальным проблемам педиатрии. — М. : РГМУ, 2000. — С. 67–84.

31. Покалев Г. М. Нейроциркуляторная дистония / Г. М. Покалев. — Н. Новгород, 1994. — 300 с.
32. Практические вопросы детской гастроэнтерологии: (сборник лекций и научных работ) / под ред. проф. В. П. Пайкова. — СПб., 1996. — 185 с.
33. Рязанцева Н. Н. Применение КИГ для оценки вегетативного гомеостаза при хронической гастродуоденальной патологии у детей / Н. Н. Рязанцева // Детская гастроэнтерология 2002: сб. материалов 9-го симпозиума «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей» СПб., 15–17 мая 2002 / под ред. акад. РАМН В. А. Таболина. — С. 99–100.
34. О. В. Самарина Клиническое значение нейровегетативных и психоэмоциональных изменений у детей с гастродуоденитом и сочетанными сфинктерными нарушениями для обоснования тактики лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Самарина О. В. — М., 1996. — 23 с.
35. Санникова Н. Е. Вегетативные нарушения при гастроэнтерологических заболеваниях у детей дошкольного возраста / Н. Е. Санникова и др. // Материалы VII конгресса педиатров России «Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее», Москва, 12–14 февр. 2002. — С. 261.
36. Скупова О. В. Особенности течения хронической гастропатологии у детей с atopическим дерматитом: дис. ... канд. мед. наук / Скупова О. В. — Саратов, 1998.
37. Смолкин Ю. С. Роль нейровегетативных нарушений в формировании клинко-патогенетических вариантов atopических заболеваний у детей: дис. ... д-ра мед. наук / Смолкин Ю. С. — М., 2000.
38. Солодчук О. Н. Нарушение состояния в.н.с. и их влияние на кислотообразующую и двигательную функцию при хронической гастродуоденальной патологии у детей: дис. ... канд. мед. наук / Солодчук О. Н. — Иваново, 2003.
39. Соломатин В. Т. Церебровегетативные аспекты патогенеза язвенной болезни ДПК: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Соломатин В. Т. — М., 1981. — 29 с.
40. Спивак Е. М. Клинико-патогенетические варианты и основы формирования вегетативной дисфункции в раннем и дошкольном детском возрасте: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Спивак Е. М. — Н. Новгород, 1993. — 46 с.
41. Статистический отчет о состоянии здоровья населения и здравоохранения Ярославской области. — Ярославль, 2001.
42. Устинова О. К. Проявления вегетативной дисфункции у детей с хроническими гастродуоденитами / О. К. Устинова, Ю. С. Апенченко, И. И. Иванова // Детская гастроэнтерология 2002: сб. материалов 9-го симпозиума «Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей», Санкт-Петербург, 15–17 мая 2002 / под ред. акад. РАМН В. А. Таболина. — С. 96–67.
43. Чечельницкая С. М. Вегетативная регуляция у детей и подростков. Закономерности становления и роль в регуляции риска хронической патологии: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Чечельницкая С. М. — М., 2000. — 52 с.
44. Юровская Л. Н. Клинико-инструментальная диагностика и лечение вегетососудистой дистонии у детей с соматическими заболеваниями / Л. Н. Юровская, А. Л. Фейгин // Актуальные вопросы педиатрии и хирургии детского возраста: материалы Юбил. науч.-практ. конф. — Екатеринбург, 1995. — С. 63–66.
45. Яковлева И. В. Ритмы вегетативного обеспечения жизнедеятельности и интеллектуальной работоспособности у младших школьников с atopическим дерматитом в условиях реабилитационного центра: дис. ... канд. мед. наук / Яковлева И. В. — Тюмень, 2001.
46. Britt H. The diagnostic difficulties of abdominal pain / H. Britt, C. Bridges-Webb, G. P. Sayer et al. // Aust. Fam. Physician. — 1994. — Vol. 23 (3). — P. 375–380.
47. Chacin I. Peptic ulcer: a failure of the defence mechanisms of gastroduodenal mucosa? / I. Chacin // GEN. — 1990. — Vol. 44, N 2. — P. 163–170.
48. Cheron G. Malaise du nourrisson / A. Cheron // Archives de pediatrie. — 2000. — Vol. 7, N 12. — P. 1339.
49. Cinciripini P. M. Cognitive stress and cardiovascular reactivity / P. M. Cinciripini // Amer. Heart J. — 1986. — Vol. 112, N 5. — P. 1051–1065.
50. Fandris L. Vagal and sympathetic control of gastric and duodenal bicarbonate secretion / Fandris L., Johnson C. // J. Intern. Med. Suppl. — 1990. — Vol. 732. — P. 103–107.
51. Gasparrini G. Antacids in gastric ulcer treatment: Evidence of cytoprotection / G. Gasparrini, P. Andreone // Scand. J. Gastroenterol. Suppl. — 1990. — Vol. 174. — P. 44–47.
52. Geoge J. Cararasos Neurocirculatory Asthenia / J. Geoge // Stress and Heart. — N. Y., 1981. — P. 219–244.
53. Hastrup J. L. Cardiovascular Responsivity to Stress. Family Patterns and the Effects of Instructions / J. L. Hastrup et al. // J. Psychosom. Res. — 1986. — Vol. 30, N 2. — P. 233–241.
54. Heart rate variability. Standart of measurement, physiological, and clinical use. Task Force of European Society of Cardiology and The North American Society of Pacing and electrophysiology // Europ. Heart J. — 1996. — Vol. 17. — P. 354–381.
55. Julius S. Handbook of Stress, Reactivity and Cardiovascular Disease / S. Julius, A. Weder, A. Hinderliter et al. — N. Y., 1985. — P. 41–81.
56. Singer D. H. Low heart rate variability and sudden cardiac death / D. H. Singer, G. J. Martin, N. Magid et al. // J. Electrocardiol. — 1988. — Vol. 21. Suppl. — P. 46–55.
57. Wilson P. Abnormal plasma gut hormones in pathologic duodenogastric reflux and their response to surgery / P. Wilson, T. Welch, R. A. Hinter et al. // Am. J. Surg. — 1993. — Vol. 165. — N L. — P. 169–176.
58. Wiseman L. Cisapride: an update review of its pharmacology and therapeutic efficacy as a prokinetic agent in gastrointestinal motility disorders / L. Wiseman, D. Faulds // Drugs. — 1994. — Vol. 47. — P. 116–152.

STATE OF VEGETATIVE NERVOUS SYSTEM IN CHILDREN WITH ATOPIC DERMATITIS AND CHRONIC DISEASES OF STOMACH AND DUODENUM

I. M. Suprun, *V. I. Makarova

Children's City Hospital, Cherepovets

*Northern State Medical University, Arkhangelsk

Functional interaction of the sympathetic and the parasympathetic parts of the vegetative nervous system exerts significant influence on the stomach peristalsis, secretion, tension and permeability of its vessels. The gastrointestinal tract (GIT) is naturally involved in the process in the syndrome of vegetative dystonia. Quite often, GIT chronic pathology is developed in children at a background of an aggravated allergologic case history or already available allergic reaction signs. In combination of GIT pathology with atopic dermatitis, vegetative reactivity in most of patients is of an asympathicotonic type, initial vegetative tension is of a vagotonic type, vegetative provision is asthenic which is the least favorable type that indicates a breakdown of «stresslimiting» resources. Further study of this problem will give deeper understanding of development of the studied pathological states.

Key words: vegetative nervous system, vegetative regulation, the gastrointestinal tract, chronic gastroduodenitis, peptic ulcer, allergy, atopic dermatitis, children.