

04 - 090
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

На правах рукописи

УДК 578.087.1 577.4 616.839 618 Д

ШЕРМАТОВА УУЛЖАН БАЛТАБАЕВНА

ВЕГЕТО-ВИЦЕРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ, ДИАГНОСТИКА
И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ К ТЕРАПИИ

14.00.09. – Педиатрия

Автореферат диссертации на соискание
ученой степени кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2004

Работа выполнена в Кыргызской государственной медицинской академии

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Бакасов С.С.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор Рыжикова Г.И.

Доктор медицинских наук Абдылдаев Т.Т.

Ведущая организация – Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (г.Алматы)

Защита состоится «___» _____ 2004 года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 14.04.237 при Кыргызском научно-исследовательском институте акушерства и педиатрии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720040, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Тоголока Молдо, 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызского НИИ акушерства и педиатрии.

Автореферат разослан «___» _____ 2004 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник**

А.Б. Фуртикова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы

Вегетативные нарушения являются самыми распространенными спутниками соматической патологии и наблюдаются практически у детей всех возрастов, начиная с периода новорожденности, меняется лишь степень их выраженности в различные возрастные периоды [Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987]. На приеме у педиатра на долю ВСД приходится 50-75% из числа обратившихся с неинфекционной патологией. Именно в педиатрии многие функциональные отклонения в деятельности вегетативной нервной системы протекают под маской соматической патологии, что лежит в основе многих врачебных ошибок. В то же время, большинство соматических заболеваний сопровождается синдромом ВСД [Бакасов С.С., 1994].

Проявления ВСД у третьей части детей сохраняются в последующие периоды жизни, а в 17-20% случаев они прогрессируют, сопровождая в дальнейшем такие органические заболевания, как ишемическая болезнь сердца, гипо- либо гипертензионная болезнь, бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки [Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., 1987; Матюшков П.И., 1990; Кушнир С.М., 1995; Ажкамалов С.И., 1998].

Известно, что ВСД может быть первопричиной или фоном для развития соматических заболеваний, в то же время многие органические заболевания протекают с симптомами ВСД. До сих пор неясно, в каких случаях ВСД служит пусковым механизмом для развития органических заболеваний, и в каких случаях органические соматические заболевания провоцируют развитие ВСД [А.М. Вейн, 1998].

В настоящее время много работ посвящено ВСД как самостоятельному заболеванию [Бурлуцкий А.П., 1993; Грошев В.Н., 1995; Чернышова Н.А., 1995; Зайцева Е.Н., 1996; Люрбе Р., 2003]. В то же время, работ, посвященных течению соматических заболеваний на фоне ВСД, недостаточно [Аббакумов С.А., 1996; Васенко Ю.Ю., 1999; Джулай Ю.М., 2002]. Практически не изучена патология мочевыводящей системы на фоне ВСД. Нет четких критериев диагностики соматической патологии, протекающей на фоне ВСД. До сих пор нет дифференцированного подхода к терапии в зависимости от типа вегетативной дисфункции, что послужило поводом для обращения к данной теме.

Связь темы диссертации с основными научно-исследовательскими работами

Работа выполнена в соответствии с основным планом НИР «Функциональные и органические изменения при вегето-сосудистой дистонии у детей, диагностика и дифференциация подходов к терапии» кафедры педиатрии КГМА, № Гос.регистрации 0001580.

Цель работы

Установить частоту и структуру вегето-сосудистых дисфункций у детей с органичной патологией, разработать методы их диагностики и принципы дифференцированной адекватной терапии.

Задачи исследования

1. Определить частоту и структуру типов вегето-сосудистой дисфункции у детей с патологией сердечно-сосудистой, гастродуоденальной и мочеполовой систем.
2. Установить клинические особенности течения органичной патологии в зависимости от типа вегето-сосудистой дисфункции.
3. Разработать концептуальные основы лечения органичной патологии, протекающей на фоне ВСД, и дифференцированные схемы терапии в зависимости от типа дисфункции ВНС.

Научная новизна

- Впервые установлено, что частота ВСД у детей с патологией сердца, гастродуоденальной и мочевыделительной систем составляет от 37,3% до 73,8%;
- Определено, что вегетативные дисфункции при патологии вышеперечисленных систем могут протекать по гипо-, гипер- или смешанному типу, что, во многом, определяет клиническую симптоматику основного заболевания;
- Впервые показано, что заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта формируются преимущественно у детей с ваготонической направленностью вегетативной иннервации, а заболевания мочевыделительной системы – у пациентов, имеющих преобладание симпатического звена вегетативной нервной системы;
- Представлены клинико-научные обоснования необходимости учета типа ВНС при индивидуальной разработке тактики лечения органичной патологии, сочетающейся с дисфункцией ВНС.

Практическая значимость

Для врачей практического звена разработаны:

- оценочно-диагностические таблицы выявления типа вегетативной дисфункции при некоторых заболеваниях сердечно-сосудистой, мочевыделительной и гастродуоденальной систем;
- схемы лечения органичной патологии при различных типах нарушения вегетативного статуса.

Положения, выносимые на защиту

1. При сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных заболеваниях, как правило, имеет место ваготония, а при заболеваниях мочевыводящей системы – симпатикотония.

2. Разработанные клинико-функциональные «таблицы бальной оценки» позволяют диагностировать типы вегетативных нарушений при соматической патологии.
3. Применение магнитно-резонансной томографии головного мозга у пациентов с ВСД позволяет исключить наличие органической патологии.
4. Сочетание заболеваний соматического характера у детей с ВСД, наряду с лечением основного заболевания, требует активной коррекции и вегетативных нарушений, что оказывает более быстрое позитивное влияние на состояние больного.

Личный вклад соискателя

Автором собран и обработан базовый материал исследования, сформулированы основные выводы и заключение.

Внедрение

Материалы исследования внедрены в практику лечебно-профилактических учреждений ГКБСМП, НЦП и ДХ и в учебные программы медицинских факультетов высших учебных заведений республики.

Апробация полученных результатов. Основные положения диссертации доложены на Международной научной конференции ДААД - стипендиатов Кыргызстана «Немецкое сотрудничество в области образования, науки и культуры» (2001), на VII Международной конференции молодых ученых и студентов «Актуальные проблемы и перспективы развития медицины» (2002).

Опубликованность результатов

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, в том числе 2 методические рекомендации и 10 статей, из них – 3 в научных журналах.

Структура и объем диссертации Диссертационная работа состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 5 глав собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов, рекомендаций для практического здравоохранения, изложена на 122 страницах машинописного текста, иллюстрирована 12 таблицами и 11 рисунками. Список использованной литературы представлен 186 источниками, из них 118 отечественных и 68 иностранных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**Материалы и методы исследования**

В соответствии с целью и поставленными задачами, за единицу наблюдения были взяты дети от 3 до 15 лет, независимо от национальности, пола и социально-бытовых условий проживания.

Базой исследования была определена Республиканская детская клиническая больница (РДКБ). Совокупностью исследования явились дети, находящиеся на стационарном лечении в этой больнице с 1997 по 2001 год.

Сведения о состоянии здоровья детей получали из историй болезни (форма № 003 У).

Анамнез анализировали по данным опроса родителей и историй развития детей (форма № 112 У).

При массовом осмотре была выделена группа детей с синдромом вегетативной дистонии в количестве 1951 ребенка. Все исследуемые были разделены на группы, согласно типовой принадлежности дистонии.

Была выделена контрольная группа практически здоровых детей в количестве 100 человек. Контрольная группа была сформирована из детей, обучающихся в школе-интернате для одаренных детей.

На каждого пациента основной и контрольной групп заполнялась специально разработанная карта исследования, включающая анкетные данные, анамнестические сведения, показатели антропометрии, данные объективного исследования, ЭКГ, КИГ, параметры АД, ЭхоКГ, РЭГ, заключения УЗИ внутренних органов, урофлоуметрии, исследования глазного дна, ЭГДС, урограммы.

В работе были использованы методики, позволяющие диагностировать ВСД, различать и дифференцировать функциональные и органические изменения. Подобный методический подход дал возможность разработать критерии диагностики типа ВСД при различных органических заболеваниях у детей.

Условно выделили две группы методов: 1-я, в которую вошли специальные методы исследования состояния ВНС, в частности, определение исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности; во 2-ю группу вошли методы исследования надсегментарного отдела ВНС (ЭЭГ, РЭГ, исследование глазного дна) и сегментарного отдела ВНС (ЭКГ, измерение АД, ЭхоКГ, УЗИ внутренних органов, урофлоуметрия).

Исследование ИВТ проводилось по методике, разработанной А.М. Вейном с соавторами, модифицированной для детского возраста Н.А. Белоконь и М.Б. Кубергер (1987), в основу методики положена специальная таблица, в которой стабильные характеристики вегетативных показателей в состоянии покоя определяются характером жалоб (в том числе в анамнезе), клиническими симптомами, данными ЭКГ и КИГ. Количество признаков, соответствующих приведенным в таблице, свидетельствует о ваго- или симпатикотонии как в определенной системе, так и в организме в целом.

Исследования ЭКГ, КИГ, РЭГ, УЗИ внутренних органов, измерение АД, исследование глазного дна проводилась всем детям с ВСД. Урофлоуметрия и ритм спонтанных мочеиспусканий были проведены у детей, у которых патология почек и мочевого пузыря сочеталась с ВСД.

На первом этапе проведены исследования 1620 детям, на втором этапе – 331 ребенку. Итого проведено 1951 исследование.

Статистическая обработка материалов выполнена с расчетом относительных показателей, средних величин, критерия достоверности Стьюдента (t , P), коэффициента информативности (I) по Гублеру (1978). Для выявления связи между изучаемыми явлениями применен коэффициент ассоциации (Q).

Проведен также анализ полученных данных с помощью методов доказательной медицины [Флэтчер Р., 1999; Власов В.В., 2001] с определением таких параметров как информативность (J), специфичность (Sp), чувствительность (Se), отношение правдоподобия положительного результата ($LR+$), отношение правдоподобия отрицательного результата ($LR-$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из числа обследованных детей патология со стороны почек и мочевыводящей системы на фоне ВСД представлена в 33,3% случаев, со стороны сердечно-сосудистой системы – в 33,2%, со стороны желудочно-кишечного тракта – в 29,4%.

Наблюдалось превалирование девочек в общей когорте обследованных и среди больных детей с кардиоваскулярной и гастроуденальной патологией, что связано с более значительными изменениями в вегетативной сфере у девочек в пубертатном периоде.

У больных с патологией почек и мочевыводящей системы ВСД чаще встречалась у мальчиков, что, вероятно, связано с анатомо-физиологическими особенностями мочеполовой системы у лиц мужского пола.

По нашим данным ВСД практически одинаково часто встречалась как у городских детей (50,5%), так и у сельских детей (49,5%), причем преобладал ваготонический тип ВСД.

Больные кардиологического и гастроэнтерологического профиля чаще имели ваготоническую направленность вегетативного тонуса, а у детей с заболеваниями почек и мочевыводящих путей с большей частотой встречалась симпатикотония.

Для определения изменений со стороны сердечно-сосудистой системы при ВСД нами обследовано 124 ребенка, получавших стационарное лечение в период проведения исследования. Проведен ретроспективный анализ 578 историй болезни пациентов с кардиологической патологией.

Нозологические единицы сердечно-сосудистой патологии, сопровождающиеся ВСД, представлены на рис. 1.



Рис. 1. Структура кардиальной патологии, протекающей на фоне ВСД.

Как видно из рисунка 1, были выделены следующие нозологические единицы сердечно-сосудистой патологии, сопровождающиеся ВСД: неревматический кардит (10,25%), функциональная кардиопатия (52,8%), ПМК (8,1%), дополнительная хорда левого желудочка (5,0%), эссенциальная артериальная гипертензия (10,9%), артериальная гипотензия (12,9%).

Нарушения ритма сердца, при отсутствии данных за органическое поражение, как результат нарушения вегетативной иннервации сердечной деятельности были выявлены у 52,8% детей. Всем детям проведено электрокардиографическое исследование и обнаружены следующие нарушения сердечного ритма: синусовая аритмия – 57,14%; частичная блокада правой ножки пучка Гиса – 25,8%; полная блокада правой ножки пучка Гиса – 2,8%; атриовентрикулярная блокада – 2,8%; укорочение атриовентрикулярной проводимости – 8,5%; предсердная экстрасистолия – 2,8%.

Клинико-диагностические симптомы типа ВСД у детей с функциональной кардиопатией представлены в таблице 1.

Таблица 1

Оценочно-диагностическая таблица определения типа ВСД у детей с функциональной кардиопатией.

№	Симптомы	Ваготония	Инф. (баллы)	Симпатикотония	Инф. (баллы)
1.	Нарушение возбудимости миокарда	- синусовая брадикардия,	4,1	- синусовая тахикардия, - пароксизмальная предсердная экстрасистолия	4,2
		- синусовая аритмия,	3,8		
		- суправентрикулярная экстрасистолия,	1,7		
		- миграция водителя сердечного ритма по предсердиям,	2,1		
		- синдром слабости синусового узла,	1,7		
		- синдром WPW	1,5		

2.	Нарушение проводимости	- торможение внутривентрикулярной проводимости,	4,4	- ускорение предсердно-желудочковой проводимости (укорочение интервала PQ до 0,08" – 0,09"), - синдром ранней реполяризации желудочков	4,1
		- торможение предсердно-желудочковой проводимости (PQ до 0,22"- проявление АВБ Iст.),	2,3		
		- удлинение интервала QT	3,3		
3.	Миокардиальный	- кардиалгии колющего характера (при умственных, физических нагрузках, эмоциональном стрессе, при перемене погоды),	4,1		
		- по ЭКГ – снижение процессов реполяризации,	3,6		
		- по ЭхоКГ: ПМК I-II ст.	2,1		
		- ФВ на нижней границе нормы	1,8		
Итого			37,1		12,7

Примечание: По таблице 1, признаки (симптомы) являются информативными, если $J > 1,5$ и мало информативными, если $J < 1,0$, при J в интервале $1,0 < J < 1,5$, признаки считаются сомнительными. При сумме баллов более 5 по ваготонии (высчитано расчетным методом) у ребенка с функциональной кардиопатией имеет место ВСД по ваготоническому типу. При сумме баллов более 4 по симпатикотонии, имеет место ВСД по симпатикотоническому типу на фоне функциональной кардиопатии. Применяя эту таблицу, можно диагностировать ВСД по ваготоническому, по симпатикотоническому или по смешанному типу у детей с функциональной кардиопатией.

Как видно из таблицы 1, функциональная кардиопатия при ВСД по ваготоническому типу сопровождалась синусовой аритмией, синусовой брадикардией, миграцией водителя сердечного ритма по предсердиям, наличием замещающих эктопических импульсов, кардиалгиями и другими симптомами.

При симпатикотоническом типе вегетативной дистонии изменения со стороны сердца были представлены: синусовой тахикардией, укорочением интервала PQ до нижней границы нормы, синдромом ранней реполяризации желудочков.

Смешанный тип ВСД в этом плане характеризовался большим полиморфизмом и проявлялся синусовой аритмией, синусовой тахикардией, синусовой брадикардией, миграцией водителя сердечного ритма по предсердиям, миграцией водителя сердечного ритма с наличием замещающих эктопических импульсов, суправентрикулярной экстрасистолией.

Пролапс митрального клапана обнаружен у 57 детей (8,1%): I степени – у 48 человек; II степени – у 9 детей. Дети с пролапсом митрального клапана в большинстве случаев (87%) имели смешанный тип вегетососудистой дистонии.

Боли в сердце беспокоили каждого четвертого ребенка (23,5%), как при ваготоническом, так и при смешанном типе вегетососудистой дистонии. Дети не всегда связывали боли с физической нагрузкой или стрессом, чаще они возникали в покое, носили колющий, ноющий, сжимающий характер, были различной интенсивности и длительности, самостоятельно купировались.

Проведено обследование 684 детей в возрасте от 5 до 16 лет, поступивших на стационарное лечение в Республиканскую детскую клиническую больницу с впервые выявленной патологией и обострением хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Из них у 104 детей (15,2%) были выявлены клинические признаки вегетососудистой дистонии.

Структура гастродуоденальной патологии, сопровождающейся ВСД, представлена на рис. 2.



Рисунок 2. Структура гастродуоденальной патологии у детей с ВСД.

Как видно из рис. 2, наиболее часто встречающейся патологией были: хронический поверхностный гастродуоденит, хронический гипертрофический гастродуоденит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Обследованные дети страдали поверхностным гастродуоденитом в 61 случае (58,2%), гипертрофическим гастродуоденитом - в 19 (18,2%) и язвенной болезнью - в 13 (12,7%), остальные 10,9% составляли больные с функциональным расстройством желудка (7,4%), гепатитом (1,8%) и дисбактериозом кишечника (1,8%).

В первой возрастной группе (дошкольники) дети предъявляли жалобы на различные болевые ощущения, среди которых на первом месте было головокружение и боль в животе с ваготонической направленностью вегетативного тонуса (с тошнотой, изжогой, рвотой и дискинетическими проявлениями) на фоне нарушенного аппетита, эти симптомы беспокоили и

родителей. Тошнота и рвота у детей были самыми частыми соматовегетативными проявлениями, особенно в ответ на стрессовые нагрузки.

У детей дошкольного возраста диспепсические проявления могли быть симптоматикой дискинетических нарушений. Болевые ощущения в области живота у детей с дисфункцией вегетативной нервной системы – частый и характерный симптом, занимающий второе место после головной боли. Головная боль появлялась, как правило, во второй половине дня, носила давящий, сжимающий, ноющий характер, локализовалась преимущественно в лобно-теменной и теменно-затылочной областях, интенсивность ее зависела от эмоционального состояния, нагрузки и других факторов. Связь головных болей с эмоциональным состоянием и нагрузкой подтверждалась тем, что при перерыве в физической либо умственной нагрузках, переключении внимания ребенка, прогулках на свежем воздухе, самочувствие детей значительно улучшалось.

При ваготоническом типе вегетососудистой дистонии у 38 детей (36,47% случаев) было выражено покраснение кожных покровов с цианотичным оттенком, преимущественно в области кистей и стоп, отмечалась избыточная влажность, конечности были холодными на ощупь. На теле отмечалась мраморность кожных покровов, дермографизм был красный, стойкий и возвышающийся. При симпатикотоническом типе дисфункции вегетативной нервной системы у 36 детей (в 35% случаев) кожные покровы были бледными, сухими, кожа на кистях рук была сухая. Тошнота и рвота у детей в сочетании с болевым абдоминальным синдромом диктовали необходимость уточнения диагноза, особенно при сильных болях, чаще отмечаемых в 1 и 2 возрастных группах (до 10-11 летнего возраста), причем, больные, как правило, точно локализовать свои болевые ощущения не могли. Сочетание приступообразных болей в животе с цефалгиями и болевыми ощущениями за грудиной, ощущением кома в гортани нередко отмечалось у невротичных холерического склада детей, что, по всей вероятности, могло быть связано со спастическими сокращениями мышц глотки и пищевода, а также и нижних отделов пищеварительного тракта. Начиная с дошкольного возраста, но преимущественно с 6-7 до 11-12 летнего возраста, диспепсические проявления «уступали» первенство приступообразному болевому абдоминальному синдрому, клинически проявляющемуся дискинетическими нарушениями билиарной системы (ДЖВП).

Нашими данными подтверждено, что максимальные показатели по возрастных темпов прироста процента детей с гипокинетически-гипомоторной формой дискинетических нарушений билиарной системы, приходится на период полового развития: в частности, если в 1 возрастной группе (от 3 до 7 лет) ДЖВП при ВСД отмечена в 44,44% случаев, во 2 группе – уже в 78,57%, то в самой старшей возрастной группе – в 93,4% случаев.

У 47 детей (45,5%) была выявлена дискинезия желчевыводящих путей как сопутствующая патология, причем более часто она была у девочек (54,5%).

Из числа обследованных больных смешанный тип вегетососудистой дистонии отмечен в 8,6% случаев. Расстройства моторики желчного пузыря и

состояния сфинктерного аппарата, клинически проявляющиеся болевым синдромом в правом подреберье в результате нарушения отведения желчи в двенадцатиперстную кишку (дискинезия желчевыводящих путей), на фоне ваготонического типа вегетососудистой дистонии отмечалось в 88,2% случаев.

Ваготонический тип дистонии у больных с симптоматикой ДЖВП отмечены нами у 88,2%, замедленное опорожнение желчного пузыря, когда его поперечник сокращался менее чем на половину, в 2/3 случаев (66,4%) было обусловлено спазмом сфинктеров желчевыводящих путей, так как показатель двигательной функции у этих пациентов был более 0,75.

Гипокинетический тип нарушения опорожнения желчного пузыря при ДЖВП у детей с ВСД проявлялся гипомоторикой самого желчного пузыря в результате ослабления сократительной функции мышечного слоя примерно в 1/3 случаев, так как показатель двигательной функции лишь у 117 детей был менее 0,75, что составило 33,6%.

Гипокинетические состояния - гипотонические дискинезии ЖВП - обусловлены гиперсимпатикотонией, объясняются раздражением симпатического отдела ВНС, что приводит к ослаблению тонуса желчного пузыря. Детей с ДЖВП, протекающей на фоне ВСД по симпатикотоническому типу, в наших наблюдениях оказалось 13 человек, что составило 3,2% от общего числа пациентов с проявлениями ДЖВП. Среди этих детей была клиника дискинезии ЖВП с ускоренным опорожнением желчного пузыря, его поперечник сокращался более чем наполовину в результате недостаточности сфинктерного аппарата, по ПДФ ниже 0,59. Выраженное сокращение желчного пузыря (ПДФ более 0,59) встретилось в 30,8 % случаев.

Своевременное опорожнение желчного пузыря, когда поперечник его сокращался наполовину, как и положено у здоровых детей, было у 34 больных (8,6%) ДЖВП со смешанным типом ВСД. При расстройствах нейрогуморальной регуляции синхронная деятельность сокращения желчного пузыря при одновременном ослаблении тонуса сфинктеров билиарной системы нарушалась из-за ВСД смешанного типа. Поэтому можно считать, что гипертоническое состояние сфинктерного аппарата сопровождалось в подавляющем большинстве случаев и гиперкинетической моторикой желчного пузыря, в итоге ДЖВП была со своевременным опорожнением в результате сочетанного сильного сокращения самого органа при спазме сфинктерного аппарата билиарной системы ребенка.

На основании расчета информативности каждого симптома определены наиболее значимые признаки ВСД при заболеваниях ЖКТ (табл. 2).

Таблица 2

Оценочно-диагностическая таблица изменений со стороны ЖКТ при ВСД по ваготоническому типу.

Признак (симптом)	Инф баллы	abc	Se (%)	Аbc	Sp (%)	LR «+»	LR «-»
I. Дискинезия желчевыводящих путей по гипомоторному типу:	5,5	352	91,2	4	96	22,8	0,09
- тупые, ноющие боли в правом подреберье;	1,0						
- боли провоцируются погрешностями в диете и физическими нагрузками, купируются желчегонными препаратами;	2,1						
- по УЗИ стенка желчного пузыря тонкая, объем желчного пузыря больше нормы. После дачи желчегонного завтрака желчный пузырь сокращается меньше, чем на 40%.	2,4						
II. Гастроэзофагальный рефлюкс:	4,2	163	42,2	1	85	42,2	0,86
- боли в эпигастрии и/или чувство жжения за грудиной;	1,3						
- изжога;	1,4						
- срыгивание или рвота;	0,8						
- тошнота, отрыжка.	0,7						
III. Функциональное расстройство желудка по типу гипертонической дискинезии желудка:	5,1	63	16,3	13	97	1,2	0,68
- боли в эпигастрии у детей школьного возраста или в околопупочной области у дошкольников;	2,8						
- рвота или срыгивания;	1,7	38	9,8	8	92	1,2	0,9
- затруднения при глотании.	0,6						
IV. Хронический поверхностный гастрит:	3,7						
- диспепсические явления;	2,2						
- боли в эпигастрии.	1,5						
V. Дуодено-гастральный рефлюкс:	4,0	27	7,0	4	96	1,7	0,9
- диспепсия;	2,2						
- боли в пилородуоденальной зоне.	1,8						
Итого	44,0						

Примечание: признаки (симптомы) являются информативными, если $J > 1,5$ и мало информативными, если $J < 1,0$. При сумме показателя информативности более 5, заболевания ЖКТ сопровождаются ВСД по ваготоническому типу. При сумме, меньшей 5, наличие вегетативной дисфункции сомнительно.

Как видно из таблицы 2, высокочувствительными признаками определения гиперваготонии со стороны ЖКТ являются: ДЖВП по гипомоторному типу ($J=5,5$); ФРЖ по типу гипертонической дискинезии ($J=5,1$), хронический поверхностный гастрит ($J=3,7$), дуоденогастральный рефлюкс ($J=4,0$).

Высокочувствительными признаками определения гиперваготонии со стороны ЖКТ были: ДЖВП по гипомоторному типу ($Se - 88,4\%$), ГЭР ($Se - 42,2$), ФРЖ по типу гипотонической дискинезии ($Se - 16,3$).

У детей с вегетативно-сосудистой дистонией по ваготоническому типу наблюдались следующие клинические проявления: эмоциональная лабильность, «тени» под глазами, дистальный гипергидроз, красный возвышающийся стойкий дермографизм, кардиалгии, головокружение, непереносимость душных помещений и езды в транспорте и т.д.

У детей с вегетососудистой дистонией по смешанному типу отмечались клинические признаки сочетания ваготонического типа с бледноватым цветом кожных покровов, розовым дермографизмом, склонностью к тахикардии, сердцебиением.

Наиболее значимыми симптомами ВСД (табл. 3) по симпатикотоническому типу со стороны ЖКТ явились: ДЖВП по гипермоторному типу (J=5,7), ФРЖ по типу гипотонической дискинезии (J=5,4), хронический поверхностный гастрит (J=1,8).

Таблица 3

Оценочно-диагностическая таблица изменений со стороны ЖКТ при ВСД по симпатикотоническому типу.

Признак	Инф.	абс	Se (%)	абс	Sp (%)	LR «+»	LR «-»
I. ДЖВП по гипермоторному типу: - приступообразные боли в правом подреберье, провоцирующиеся эмоциональным или физическим перенапряжением, погрешностями в диете; - купирование болей при приеме спазмолитиков; - по УЗИ стенка желчного пузыря не изменена. После дачи желчегонного завтрака желчный пузырь сокращается более, чем на 60%.	5,7 1,8	24	3,2	4	96	8	0,7
	1,5						
	2,4						
II. Функциональное расстройство желудка по типу гипотонической дискинезии: - снижение аппетита, - тошнота, - отрыжка, - быстрая насыщаемость после употребления небольшого количества пищи.	5,4 3,2 0,5 0,3 1,4	43	58,1	8	92	7,2	0,45
III. Хронический поверхностный гастрит: - диспепсические явления, - боли в эпигастрии.	1,8 1,2 0,6	7	9,5	2	98	4,7	0,9
Итого	12,9	74		100			

Примечание: По таблице 3, признаки (симптомы) являются информативными, если $J > 1,5$ и мало информативными, если $J < 1,0$. При сумме показателя информативности более 5, патология ЖКТ сопровождалась ВСД по

симпатикотоническому типу. При сумме показателя информативности менее 5, имела место вегетативная лабильность.

Высокочувствительными признаками определения гиперсимпатикотонии со стороны ЖКТ являются: ДЖВП по гипермоторному типу (J=5,5); ФРЖ – по типу гипертонической дискинезии (J=5,1), хронический поверхностный гастрит (J=3,7), дуоденогастральный рефлюкс (J=4,0). Высокочувствительными признаками определения гиперваготонии со стороны ЖКТ были: ДЖВП по гипомоторному типу (Se –88,4%), ГЭР (Se –42,2), ФРЖ – по типу гипотонической дискинезии (Se)–16,3).

При проведении анализа историй болезни детей, находившихся на стационарном лечении в РДКБ была выделена структура заболеваний мочевыделительной системы, сопровождающейся ВСД: гипорефлекторный мочевой пузырь выявлен у 23 (22%) детей, рефлекторный мочевой пузырь – у 16% детей (17 детей); 12 больных (11,5%) страдали пузырно-мочеточниковым рефлюксом. У 7 детей (6,3%) наблюдался хронический пиелонефрит в стадии ремиссии, у 5 (4,8%) – в стадии обострения, у 4 (3,7%) – острый цистит.

Нами выделены значимые симптомы ВСД по симпатикотоническому типу у детей с патологией мочевыводящей системы (табл. 4).

Как видно из таблицы 4, высокочувствительным тестом определения ВСД по симпатикотоническому типу явилась НДМП по гиперрефлекторному типу. НДМП по гиперрефлекторному типу отражает наиболее высокий показатель отношения правдоподобия (LR+). Симптом частых мочеиспусканий малыми порциями является характерным для НДМП по гиперрефлекторному типу при ВСД по симпатикотоническому типу.

Таблица 4

Оценочно-диагностическая таблица ВСД по симпатикотоническому типу у детей с патологией мочевыделительной системы (в баллах).

№	Симптом (синдром)	Инф Балл	абс	Se (%)	абс	Sp (%)	LR «+»	LR «-»
I.	НДМП по гиперрефлекторному типу:		139	75,5	3	97	25,1	0,25
1.	Частые мочеиспускания (10-20 раз в сутки) малыми порциями (30-80 мл).	3,8	126	68	2	98		
2.	Императивные позывы к мочеиспусканию.	2,8	94	51,4	-		34	0,32
3.	Малое количество мочи при первом мочеиспускании (утром- 30,0 – 100,0 мл).	3,5	132	72,0	24	76	3	0,36
II.	Данные урофлоуметрии:							
1.	Малая продолжительность мочеиспускания (менее 8,5 сек у девочек и менее 10,5 сек у мальчиков).	4,1						
2.	Повышена скорость тока мочи (на верхней границе нормы и выше).	3,2						

III	Данные УЗИ мочевого пузыря:						
1.	Мочевой пузырь до микции менее 80 мл.	3,6					
2.	Повышенный тонус мочевого пузыря (стенка несколько утолщена).	3,4					
3.	После микции – отсутствие мочи, либо ее объем меньше 2,0 мл.	4,2					
Итого:		34	184		100		

Примечание: признаки (симптомы) являются информативными, если $J > 1,5$ и мало информативными, если $J < 1,0$. При сумме показатели информативности более 5 патология МВС сопровождалась ВСД по симпатикотоническому типу, при сумме баллов меньше 5 – имела место вегетативная лабильность.

Нами разработана оценочно-диагностическая таблица ВСД по ваготоническому типу у детей с патологией мочевого пузыря, которая позволит своевременно диагностировать данный синдром (табл.5).

Таблица 5

Оценочно-диагностическая таблица ВСД по ваготоническому типу у детей с патологией МВС (в баллах).

№	Признак (симптом)	Инф Балд	Абс	Se (%)	абс	Sp (%)	LR «+»	LR «-»
I.	НДМП по гипорефлекторному типу:	5,4	107	64,1	9	91	7,1	0,39
1.	Редкое мочеиспускание (2-4 раза в сутки).	3,8	107	64,1	9	91	7,1	0,39
2.	Мочеиспускание большими порциями (300-500,0 мл).	3,1	97	58,1	4	96	14,5	0,43
3.	Количество мочи при первом утреннем мочеиспускании составляет 300-500,0 мл.	3,4	97	58,1	4	96	14,5	0,43
II.	Данные урофлоуметрии:							
1.	Увеличение продолжительности мочеиспускания (более 19,6 с у девочек и более 27,2 с у мальчиков).	2,8						
2.	Снижение скорости тока мочи.	3,2						
III.	УЗИ почек и мочевого пузыря:							
1.	Увеличение объема мочевого пузыря до 300,0-500,0 мл.	4,3						
2.	Стенка мочевого пузыря тонкая.	4,0						
3.	Объем мочевого пузыря после микции более 100,0 мл.	3,8						
IV.	Наличие ПМР по данным УЗИ почек и урограммы:	2,6	61	36,5	2	98	18,2	0,64
1.	Расширение чашечно-лоханочной системы.	2,1						
Итого:		38,5	167		100			

Примечание: признаки (симптомы) являются информативными, если $J > 1,5$ и мало информативными, если $J < 1,0$. При сумме показатели информативности более 5 имела место патология МВС на фоне ВСД по ваготоническому типу,

если же сумма уровня информативности была меньше 5, имела место вегетативная лабильность.

В данной таблице также отражены наиболее значимые симптомы ВСД по ваготоническому типу у детей с патологией мочевыводящей системы. При ВСД по смешанному типу, по нашим данным, наблюдалась НДМП как по гиперрефлекторному, гипорефлекторному, так и по норморефлекторному типу. У 3,6% детей был выявлен пузырьно-мочеточниковый рефлекс. Таким образом, у детей с ВСД по смешанному типу наблюдались признаки как ваготонии, так и симпатикотонии. НДМП по гипорефлекторному типу является высокочувствительным методом определения ВСД по ваготоническому типу. Среднечувствительным методом обнаружения ваготонии явился ПМР.

ВСД часто сопровождала нейрогенную дисфункцию мочевого пузыря (78,3%). Нами установлено, что ВСД по симпатикотоническому типу сопровождала НДМП по гиперрефлекторному типу; ВСД по ваготоническому типу сопровождала НДМП по гипорефлекторному типу и, наконец, ВСД по смешанному типу была отмечена при гиперрефлекторном, норморефлекторном и гипорефлекторном типах НДМП.

Всем детям с ВСД проводилось исследование надсегментарного отдела ВНС. Одним из показателей, отражающих сочетание состояния надсегментарных и сегментарных отделов ВНС, является вегетативная реактивность (ВР). Исследование вегетативной реактивности проводилось методом кардиоинтервалографии. Результаты представлены на рис. 3.

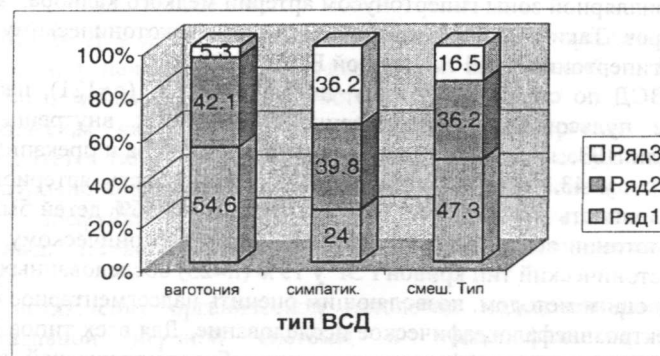


Рис.3. Показатели вегетативной реактивности у детей с ВСД.

Примечание: 1 ряд - гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность, 2 ряд – нормальная ВР и 3 ряд – асимпатикотоническая ВР.

У большинства детей с исходной ваготонией в большей степени (54,6%) имела место гиперсимпатикотоническая вегетативная реактивность, что подтверждает общеизвестную закономерность о динамике гомеостаза: чем выше исходная активность физиологических процессов ВНС, тем больше ее изменения при воздействии патологических импульсов. Гиперсимпатическая

ВР указывала на высокий уровень функционирования ВНС, что могло способствовать перенапряжению и срыву адаптационных механизмов и, как следствие, привести к патологическому процессу.

У детей с исходной симпатикотонией превалировала нормальная ВР (39,8%), далее по значимости следовала асимпатикотоническая ВР, указывающая на быструю истощаемость компенсаторных механизмов.

У детей с ВСД по смешанному типу вегетативная реактивность в большинстве случаев была гиперсимпатикотонической, указывающей на возможное перенапряжение компенсаторных механизмов и срыв адаптации.

Реоэнцефалографическое исследование проводилось детям с целью исследования пульсового кровенаполнения в бассейнах вертебробазиллярной зоны и внутренней сонной артерии, определения тонуса сосудов, оценки венозного оттока.

Нами показано, что у детей с преобладанием ваготонии (n=164) имело место достаточное пульсовое кровенаполнение по всем исследуемым областям. В бассейнах внутренней сонной артерии и/или вертебробазиллярной зоны тонус сосудов (артериол) мелкого калибра был неустойчив, наблюдалась склонность к гипотонусу (84,1%). Венозный отток был нарушен на фоне гипотонии вен. Таким образом, был выявлен гипотонический тип кривой РЭГ.

Данные РЭГ при ВСД по симпатикотоническому типу (n=107) характеризовались достаточным или избыточным пульсовым кровенаполнением в бассейнах внутренней сонной артерии и/или в вертебробазиллярной зоны гипертонусом артерий мелкого калибра, артериол и прекапилляров. Таким образом, для ВСД по симпатикотоническому типу был характерен гипертонический тип кривой РЭГ (77,5%).

При ВСД по смешанному типу, по данным РЭГ (n=121), наблюдалось достаточное пульсовое кровенаполнение в бассейнах внутренней сонной артерии и/или ВБЗ, гипертонус артериол мелкого калибра и прекапилляров (I - III степени), у 43,8% детей отмечалась неустойчивость артериол мелкого калибра, склонность к гипотонусу. Венозный отток у 39,6% детей был нарушен на фоне гипотонии вен, у остальных детей - по гипертоническому типу. Был выделен дистонический тип кривой РЭГ у 19% (n=23) обследованных.

Следующим методом, позволяющим оценить надсегментарное состояние, явилось электроэнцефалографическое исследование. Для всех типов ВСД было характерно умеренное диффузное изменение биоэлектрической активности головного мозга. Для ВСД по ваготоническому типу (n=164) в подавляющем большинстве случаев (87,2%) было характерно угнетение или замедление а-ритма, умеренное снижение функционального состояния коры головного мозга. При ВСД по симпатикотоническому типу (n=107) была выявлена дезорганизация альфа-ритма, регистрировалась диффузно усиленная медленно-волновая активность тета-диапазона, отмечена асинхронность ритмов симметричных отделов головного мозга у 86 детей (80,3%). При ВСД по смешанному типу (n=121) имели место неустойчивость и дезорганизация а-ритма с низкоамплитудными тета-волнами в 70% случаев (n=81).

Исследование глазного дна показало, что при ваготонии (n=164) наблюдалась дистония сосудов на глазном дне, склонность к гипотонусу сосудов; при симпатикотонии (n=107) артерии были сужены, вены полнокровные, расширены; при смешанном типе ВСД (n=121) отмечалось нарушение тонуса сосудов глазного дна.

При ЯМРТ головного мозга у 58,3% больных с выраженными проявлениями ВСД были выявлены мелкоочаговые гиперинтенсивные в T2у режиме очаговые образования. В T1 XV режиме очаги были изоинтенсивны к веществу головного мозга. Наиболее частой локализацией очаговых изменений подобного рода являлись лобная и теменная (субконвексально) доли. Размеры образований варьировали от 2 до 5 мм в диаметре. Реже эти изменения имели место в височной доле и перивентрикулярных зонах. Каких-либо изменений на ЯМРТ, свидетельствующих об изменениях органического характера при ВСД, нами выявлено не было.

Лечение соматических заболеваний на фоне вегетативных дисфункций необходимо проводить в зависимости от типа вегетативной дистонии, вкупе с веготропными препаратами, нормализующими состояние ВНС. Доказано, что назначение препаратов, нормализующих состояние ВНС, совместно с базисной терапией, способствует скорейшему выздоровлению больного.

ВЫВОДЫ

1. Частота ВСД у детей с кардиальной патологией в среднем составляет 37,5%, при наличии гастроуденальных заболеваний - 31,4%, при патологии мочевыделительной системы - 31,1%.
2. Клиническая картина заболеваний внутренних органов во многом определяется типом ВСД, причем болезни сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта чаще протекают на фоне ваготонического типа дисфункции вегетативной нервной системы, патология мочевыделительной системы - на фоне симпатикотонического варианта ВСД.
3. Для исключения органической патологии надсегментарных отделов вегетативной нервной системы и неспецифических изменений биоэлектрической активности головного мозга у детей с ВСД следует использовать реоэнцефалографию, электроэнцефалографию и магнитно-резонансную томографию.
4. Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий органической патологии должен включать терапию дисфункции вегетативной нервной системы, в соответствии с типом и объемом нарушения вегетативных взаимоотношений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При различных соматических заболеваниях у детей, сопровождающихся вегетативными нарушениями с целью установления квалифицированного диагноза, а также для повышения качества лечения необходимо определять тип дистонии с исследованием ИВТ и вегетативной реактивности.
2. Для постановки типа ВСД и назначения обоснованной терапии соматических заболеваний у детей следует использовать методические рекомендации по балльной оценке клинических симптомов.
3. При лечении заболеваний соматического характера, сопровождающихся вегетативной дисфункцией, целесообразно назначение препаратов в соответствии с типом ВСД, что будет способствовать раннему субъективному и объективному улучшению состояния больного ребенка.
4. Детям с заболеваниями внутренних органов на фоне ВСД необходимо проводить ЭЭГ, РЭГ, ЯМРТ, исследования глазного дна для адекватной оценки надсегментарных структур ВНС.

Список научных работ по теме диссертации

1. Особенности вегетативного статуса у детей с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Социальные и медицинские проблемы здоровья матери и ребенка на рубеже тысячелетия: Сб. науч. трудов. – Бишкек, 2001. – Т. 11. – С. 116 (соавт.: Бакасов С.С., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г., Мамырова Г.О.).
2. Вегето-висцеральные проявления у детей с заболеваниями мочевой системы // Актуальные вопросы детских инфекций и педиатрии: Сб. науч. трудов / КГМА. – Бишкек, 2002. – С. 98-101 (соавт. Бакасов С.С., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г., Мамырова Г.О.).
3. Соматическая патология в сочетании с вегетативными нарушениями у детей // Актуальные вопросы детских инфекций и педиатрии: Сб. науч. трудов / КГМА. – Бишкек, 2002. – С. 143.
4. К вопросу о вегето-висцеральных проявлениях при соматической патологии у детей // Актуальные вопросы детских инфекций и педиатрии: Сб. науч. трудов / КГМА. – Бишкек, 2002. – С. 139.
5. К вопросу о функциональных и органических вегето-висцеральных изменениях у детей и их терминологической трактовке // Центрально-азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2002. – С. 70.
6. Вегетативная реактивность у детей и подростков с гастроинтестинальной патологией // Современное состояние научных исследований в Кыргызстане: Сб. науч. трудов международной науч. конференции ДААД – стипендиатов Кыргызстана. – Бишкек, 2002. – С. 70. (соавт. Бакасов С.С., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г.).

7. Функциональные нарушения со стороны внутренних органов при вегетососудистой дистонии у детей, проживающих в условиях села // Современное состояние научных исследований в Кыргызстане: Сб. науч. трудов международной науч. конференции ДААД – стипендиатов Кыргызстана. – Бишкек, 2002. – С. 83-86. (соавт. Бакасов С.С., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г., Мамырова Г.О.).
8. К вопросу о лечении вегето-висцеральных расстройств у детей // Лекарства и здоровье населения: Сб. науч. трудов, посвященный 75-летию заслуж. деятеля науки КР, д.м.н., проф. М.Т.Нанаевой. – Бишкек, 2002. – С. 111. (соавт. Бакасов С.С.).
9. Диагностика вегето-висцеральных расстройств у детей // Методические рекомендации для клинических ординаторов, семейных врачей и студентов ВУЗ. – Бишкек, 2002. – 31 с. (соавт. Бакасов С.С., Алымбаев Э.Ш., Минич Л.Н. и др.).
10. Лечение вегето-висцеральных дисфункций в детском возрасте // Методические рекомендации для клинических ординаторов, семейных врачей и студентов ВУЗ. – Бишкек, 2002. – 31 с. (соавт. Бакасов С.С., Алымбаев Э.Ш., Минич Л.Н. и др.).
11. К вопросу о вегето-висцеральных проявлениях со стороны почек и мочевыделительной системы // Известия ВУЗов. – Бишкек, 2004. – № 2. – С. 17-24. (соавт. Бакасов С.С.).
12. Взаимосвязь типа вегетативной дистонии и дисфункций желчевыводящих путей у детей // Журнал «Детская больница». – М., Мед. – № 6. С. 34-41.

Шерматова У.Б. нын «Балдардын дистониясынын вегетикалык жана ички органдар жагынан белгилери жана анын аныктап дарылоосу ыкмаларын тандоо», аттуу, кесиби боюнча 14.00.09. педиатрия, медицина илимдеринин кандидаттыгына наам издеген диссертациясына

КОРУТУНДУ

Өзөктүү сөздөр: вегетикалык дистония, ваготония, симпатикотония, жүрөк кан-тамыр, ашказан ичеги жана бөйрөк оорулары.

Изилдөөнүн максаты: балдардын вегетикалык дистониясынын вегетатика нерв системасы жана ички органдар жагынан белгилерин аныктоо, жана ыңгайлуу дарылоо ыкмаларын тандоо.

Изилдөөнүн чөйрөсү: Республикалык балдар клиникалык ооруканасында 1997-2002 жылдан дарыланууга жатып, вегетикалык дистония менен, жана жүрөк-кан тамыр, ашказан ичеги, бөйрөк оорулары менен жабыркаланган 1951 бала.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, ретроспективалык вегетативдик нерв системасы текшерүүлөр.

Жыйынтыктары: изилдөөнүн негизинде төмөндөгүдөй жыйынтыктар чыгарылган: жүрөк, кан-тамыр жана ашказан ичеги оорулары менен жабыркаланган балдардын негизинен вегетативдик нерв системасы жагынан ваготония басымдуулук кылган. Бөйрөк ооруларына чалдыккан балдардын арасында симптикалык тонус жогору экендиги далилденген.

Балдардын ички органдар жагынан жабыркалоо учурундагы вегетикалык нерв системасынан өзгөрүү өзгөчөлүктөрүн аныктоо боюнча диагностикалык ыкмалар иштетилип чыгарылган. Вегетикалык дистония жана ички органдар оорулары менен жабыркалоо убагындагы борбордук нерв системасындагы өзгөрүүлөрдү аныктоо үчүн магниттик-резонанстык томография, реоэнцефалография, электрдик энцефалография жана көздү изилдөө жүргүзүлгөн.

Аталган оорулардын вегетикалык дистония менен коштолгон учурундагы комплекстик дарылоо боюнча натыйжалары берилген.

РЕЗЮМЕ

диссертации Шерматовой У.Б. на тему: «Вегето-висцеральные проявления сосудистой дистонии у детей, диагностика и дифференциация подходов к терапии» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.09. – педиатрия.

Ключевые слова: вегето-сосудистая дистония, ваготония, симпатикотония, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания органов желудочно-кишечного тракта, заболевания мочевыделительной системы.

Цель исследования: установить частоту и структуру вегето-сосудистых дисфункций у детей с органной патологией, разработать методы их диагностики и принципы дифференцированной адекватной терапии.

Объект исследования: 1951 ребенок с заболеваниями вегетативной нервной системы и с патологией внутренних органов, получивший лечение в РДКБ за период 1997 – 2002 г.г.

Методы исследования: исходный вегетативный тонус, кардиоинтервалография, реоэнцефалография, электроэнцефалография, исследование глазного дна, ЯМРТ головного мозга.

Результаты: Выделены основные заболевания внутренних органов, сопровождающиеся синдромом вегетативной дистонии.

Установлено, что заболевания сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта в большинстве случаев сопровождаются ваготонической направленностью вегетативного тонуса. Патология мочевыделительной системы чаще сопровождается симпатико-тонической направленностью вегетативного тонуса.

Разработаны оценочно-диагностические таблицы, позволяющие дифференцировать тип вегетативной дистонии при заболеваниях внутренних органов.

Представлены результаты исследования состояния надсегментарных отделов ВНС, включающие РЭГ, ЭЭГ, исследования глазного дна, ЯМРТ, при вегето-висцеральной патологии.

Предложены схемы комплексного лечения вегето-висцеральных расстройств у детей.

RESUME

Of the dissertation of Shermathovs U.B. of the theme "Vegeto-visceral symptoms vascular distony with children, diagnostic and difference to therapy" for a degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.00.09-pediatrics

Key words: vegeto-vascular distony, vagothonia, simpaticotonia, cardio-vascular diseases, gastro-intestinal diseases, urino-secretorion diseases.

The aim of the study: To determine structure vegeto-vascular distony with children with visceral diseases, diagnostic and difference to therapy.

Subjects: 1951 children with visceral diseases for inpatient treatment to the Republican clinical Children Hospital in c. Bishkek during 1997 – 2002.

Methods: vegetative tonus, vegetative reaction, rheoencephalography, electroencephalography, the investigation ophthalmic retina, nucieusmagnetic resonance tomography.

Results: Distinguish main of the disease internal organs accompaniment syndrome vegetative distony. Establishment, that disease, heart-vascular systems and gastro-intestine tract in more of the case vegetative direction vegeto tonus. Pathology of urine-secretion system of then accompanied simpatico-tonic direction vegetative tonus.

There were developed the estimation-diagnostic tables, allaying the difference type vegetative distony of the disease internal organs.

This work represents the investigation results of suprasedgmental sections. Of the Vegetative Nervous System include rheoencephalography, electroencephalography, the investigation ophthalmic retina, nucieusmagnetic resonance tomography of vegetovisceral pathology.

This work represents investigation results of complex treatment vegeto-visceral disorder .

Автореферат к кандидатской диссертации
Тираж 100 экз. Заказ 956

Отпечатано в типографии ОсОО «ДЭМИ»
Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул.Кулатова, 1/3