

СТАН ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ХВОРИХ НА РИНОСИНУСИТИ

О.Г. Чащева, І.В. Лоскутова

ДУ "Інститут отоларингології ім. О.С. Коломийченка НАМН України" (Київ)
ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Вступ

На сьогодні риносинусит (РС) є однією з розповсюджених ЛОР-патологій. За даними різних авторів на запальні захворювання навіколоносових пазух страждає від 5 до 15% дорослого населення та майже 5% дітей [1, 2, 5, 6, 9, 10, 11, 12]. Більш того, останнім часом спостерігається щорічне зростання захворюваності на 1,5-2,0%, а захворюваність на хронічний РС за останні 8 років збільшилася удвічі.

Відомо, що важливу роль у клінічному перебігу запального процесу належить стану вегетативної нервової системи. Так, за даними різних авторів від 30% до 80% хворих відчувають різні вегетативні порушення у вигляді вегетативних дисфункцій або психоемоційних розладів (Маланчук В.О. та співав., 2010). Однак ці дослідження було проведено серед дорослого населення, тоді як порушення вегетативної нервової системи при риносинуситі у дітей не проводилося.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконана у відповідності до основного плану науково-дослідних робіт (НДР) ДЗ «Луганський державний медичний університет» і є фрагментом теми НДР «Клініко-імунологічна характеристика та оптимізація лікування хворих на етмоїдит» (№ держреєстрації 0109U000376).

Метою роботи було оцінити стан вегетативної нервової системи у дітей з риносинуситами в період клініко-лабораторної ремісії захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Під наглядом було 85 дітей віком від 5 до 14 років (37 хлопчиків та 48 дівчаток). У всіх дітей було діагностовано РС в стадії клініко-лабораторної ремісії хронічного патологічного процесу у навіколоносових пазухах. Для постановки діагнозу вегетативної дисфункції використовували методи Белоконь Н.А. [3] та Вейна А.М. [4]. Всім хворим проводили клініко-лабораторне обстеження, яке включало збір скарг та анамнезу, загальний огляд, клінічні аналізи крові та

сечі, а також біохімічні дослідження крові (загальний білок, білкові фракції, С реактивний білок, електроліти крові – натрій, калій, загальний та іонізований кальцій). Всім хворим вимірювали артеріальний тиск на обох руках за методикою Короткова.

Оцінку функціонального стану вегетативної нервової системи у дітей проводили з урахуванням вихідного вегетативного тону (ВВТ), вегетативної реактивності (ВР) та вегетативного забезпечення діяльності (ВЗ). Для визначення ВВТ використовували таблицю Вейна А.М., яка адаптована для дітей і включає анамнестичні, суб'єктивні та об'єктивні дані, результати лабораторних досліджень, дані ЕКГ. ВР визначали при проведенні кліноортостатичної проби та розраховували відношення індексу напруження (ІН) в ортоположенні та кліноположенні.

ЕКГ-дослідження проводили на апараті «ЕК1Т-03 М2». При ЕКГ змінах, для виключення органічних порушень застосовували функціональні та фармакологічні проби.

Функціональний стан міокарда і показники внутрішньосерцевої гемодинаміки вивчали методом ехокардіоскопії (ЕхоКС) за рекомендаціями Американського ехокардіографічного товариства з використанням сканера "SIM 7000 CFM Challenge" (Італія). При проведенні ЕхоКС вивчали: кінцевий систолічний та кінцевий діастолічний розміри (КСР і КДР) і відповідні об'єми (КСО, КДО) лівого шлуночка (ЛШ); товщину задньої стінки ЛШ (ТЗС ЛШ) та міжшлуночкової перегородки (ТМШП) в систолу та діастолу; фракцію викиду (ФВ); індекс маси міокарду ЛШ (ІММ ЛШ). Для визначення маси міокарду ЛШ (ММ ЛШ), користувалися формулою Penn Convention; ІММ ЛШ розраховували як відношення ММ ЛШ до площі поверхні тіла.

Статистична обробка результатів спостереження здійснювали за допомогою пакетів програм Statistica-5 та Excel for Windows. Для оцінки достовірності різниць абсолютних значень середніх величин вираховували критерій t Ст'юдента [7].

Отримані результати та їх обговорення

Аналіз анамнестичних даних показав, що у 67 обстежених дітей (78,8%) були виявлені симптоми вегетативної дисфункції. Причому функціональні розлади спостерігалися впродовж року у 18 хворих (26,9%), від 1 року до 3 років – у 37 хворих (55,2%), понад 3-х років – 12 хворих (17,9%).

У клінічній картині хворих на РС виявлені скарги, які характеризують астеничний синдром та порушення терморегуляції. Головний біль відмічався майже у всіх дітей (59 осіб – 88,1%). Причому у половини дітей (29 осіб) біль спостерігався у другій половині дня

і локалізувався у лобно-скроневій ділянці і мав стискуючий характер. У 17 дітей (25,4%) головний біль виникав у ранковий час або після денного сну і супроводжувався відчуттям тяжкості у голові і розпирання у лобній ділянці із тиском на очні яблука. Крім того, хворі скаржилися на підвищену втомлюваність (46 осіб), дратівливість (41 особа) та емоційну лабільність (39 осіб), порушення сну (29 осіб) та погане самопочуття (47 осіб).

Об'єктивно у більшості обстежених (39 осіб – 58,2%) були виявлені сухі та бліді шкіряні покрови, схильність до зміни кольору шкіряних покровів спостерігалася у 18 дітей (26,9%), у 27 хворих (40,3%) відмічався гіпергідроз кінцівок, стійкий червоний дермографізм.

Розлади терморегуляції відмічалися у 49 пацієнтів (73,1%), з яких у 17 пацієнта температура тіла становила нижче 36,0° С, переважно зранку. Однак у більшості хворих (32 осіб – 65,3%) відмічалася підвищення температура тіла до субфебрильних значень, з яких у 8 дітей – навіть до 38,0-38,2° С. У пацієнтів з вегетативними розладами виявлено невірорідне зменшення ЧСС (до 68,9±1,0 ск/хв. при нормі 74,4±0,6 ск/хв.). Однак у 58 дітей (86,6%) відмічалася зниження артеріального тиску: систолічного – до 90,8±1,4 мм рт.ст. (при нормі 118,2±0,8 мм рт.ст.; P<0,05), діастолічного – до 53,4±0,8 мм рт.ст. (при нормі 75,0±1,0 мм рт.ст.; P<0,05).

Легкий перебіг вегетативної дисфункції (25-30 балів) діагностовано у 29 пацієнтів (43,3%), середньотяжкий (36-50 балів) – у 33 пацієнтів (49,3%) і тяжкий (51 балів і більше) – у 5 пацієнтів (7,4%). При дослідженні ВВТ у 44 пацієнтів (65,7%) встановлено ваготонію, нормотонію – у 20 пацієнтів (29,8%) і симпатикотонію – у 3 пацієнтів (4,5%). За допомогою ортостатичної проби оцінювали реактивність, яка у 39 осіб (58,2%) була нормальною, у 19 осіб (28,4%) – симпатикотонічною, у 9 осіб (13,4%) – асимпатикотонічною.

Патологічних змін на ЕКГ не було зареєстровано у 24 хворих (35,8%) хворих, у решті визначенні функціональні і органічні відхилення: у 21 (31,3%) – скороминучі зміни зубця Т (підвищення амплітуди) та у 5 пацієнтів (7,5%) – зниження амплітуди зубця Т у І-П стандартних відведеннях, у 14 хворих (20,9%) – поодинокі екстрасистоли екстракардіального характеру, 3-х дітей – міграція водія синусового ритму. Після проби з фізичним навантаженням ішемічні зміни в міокарді спостерігалися у 8 осіб (11,9%). Наявність порушень ритму та провідності виявлено в 11,9% випадків, в тому числі порушення функції автоматизму (синусова тахікардія – 9,0%, синусова брадикардія – 2,9%), порушення функції збудливості (суправентрикулярна – 4,5% та шлуночкова екстрасистоля – 7,5%).

При аналізі показників ЕхоКС встановлено, що у 31 хворого (46,3%) спостерігалися зміни клапанного апарату: пролапс мітрального клапана першого ступеня (13 дітей) та другого ступеня (4 особи); пролапс трикуспідального клапана (2 особи), хибні хорди лівого шлуночка (5 осіб) та поєднані аномалії (3 особи). У 2-х дітей виявлено помірну дилатацію лівого шлуночка. Гіпокінезію задньої стінки лівого шлуночка та міжшлуночкової перетинки після проби з фізичним навантаженням зафіксовано у 8 хворих (11,9%), що свідчило про приховані транзиторні метаболічні зміни в міокарді.

Отже, у дітей, хворих на РС в періоді клініко-лабораторної ремісії захворювання відмічалися розлади вегетативної нервової системи, що клінічно проявлялося астено-невротичним синдромом та функціональними розладами з боку серцево-судинної системи.

Висновки

1. У більшості обстежених хворих на РС виявлено симптоми вегетативної дисфункції, що проявлялися астено-невротичним синдромом та змінами АТ (86,6%). Причому у половини обстежених тривалість симптоматики від 1 до 3 років.

2. Патологічні зміни на ЕКГ було зареєстровано у 64,2% випадках, що проявлялося функціональними і органічними відхиленнями. В 46,3% випадках при ЕхоКС спостерігалися зміни клапанного апарату.

Література

1. Азнабаева Л.Ф. Продукция цитокинов клетками иммунной системы у больных с различными формами хронического риносинусита / Л.Ф. Азнабаева, Н.А. Арефьева, А.Х. Салахова // Вестник оториноларингологии. – 2001. – № 2. – С. 8-10.
2. Альмаши З.А. Новые возможности в лечении больных хроническим полипозным риносинуситом / З.А. Альмаши // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – № 2. – С. 6-11.
3. Белоконь Н.А. Болезни сердца и сосудов у детей / Н.А. Белоконь, М.Б. Куберген. – М., 1987. – 46 с.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства / А.М. Вейн. – М., 2003. – С. 54-58.
5. Гаждимирзаев Г.А. Особенности полипозных риносинуситов у детей / Г.А. Гаждимирзаев, А.А. Гамзатова, М.М. Багомедов // Вестник оториноларингологии. – 1997. – № 1. – С. 27-31.
6. Ильинская Е.В. Морфофункциональные особенности собственного слоя слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при хроническом полипозном и полипозно-гнойном риносинусите / Е.В. Ильинская, Г.П. Захарова // Рос. ринология. – 2002. – № 1. – С. 11-14.

7. Лапач С.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях / С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. - Киев: Морион, 2002. - 160 с.

8. Маланчук В.О. Стан вегетативної нервової системи у хворих на хронічний одонтогенний гайморит / В.О. Маланчук, В.М. Єфиско, Ізідкхх Фаршад [та ін.] // Журнал вушних, носових та горлових хвороб. - 2010. - № 5. - С. 43-51.

9. Полевицков А.В. Риносинуситы: механизмы развития воспаления слизистых оболочек и местная антибактериальная терапия / А.В. Полевицков // Клиническая фармакология и терапия. - 2002. - № 1 - С. 43-47.

10. Полякова Т.С. Местное применение полиоксидония в терапии полипозного риносинусита / Т.С. Полякова, Г.П. Бондарева, О.Н. Романова // Вестник оториноларингологии. - 2006. - № 2. - С. 74-81.

11. Портенко Г.М. К вопросу об иммунологической автономии слизистой оболочки носа / Г.М. Портенко // Российская ринология. - 1994. - № 1. - С. 15-19.

12. Jan Gosepath. Current concepts in therapy of chronic rhinosinusitis and nasal polyposis / Jan Gosepath, Wolf J. Mann // Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, School of Medicine, University of Mainz, Germany. - 2009. - Vol. 67, № 3. - P. 91-94.

Резюме

Щацева О.Г., Лоскутова І.В. Стан вегетативної нервової системи у дітей хворих на риносинусит.

Нами під час дослідження було виявлено, що в 86,6% пацієнтів на риносинусит (РС) спостерігалися симптоми вегетативної дисфункції, що проявлялися астено-невротичним синдромом та змінами артеріального тиску. Патологічні відхилення електрокардіограми виявлено в 64,2% випадків, зміни клапанного апарату за даними ЕхоКС зареєстровано в 46,3% пацієнтів хворих на РС.

Ключові слова: риносинусит, вегетативна дисфункція, електрокардіограма, ехокардіограма.

Резюме

Щацева А.Г., Лоскутова І.В. Состояние вегетативной нервной системы у детей больных риносинуситом.

Нами в ходе исследования было выявлено, что в 86,6% пациентов с риносинуситом (РС) наблюдались симптомы вегетативной дисфункции, проявлявшиеся астено-невротическим синдромом и изменениями артериального давления. Патологические отклонения ЭКГ обнаружено в 64,2% случаев, изменения клапанного аппарата по данным ЭхоКС зарегистрировано у 46,3% пациентов с РС.

Ключевые слова: риносинусит, вегетативная дисфункция, электрокардиограмма, эхокардиограмма.

Summary

Chascheva A.G., Loskutova I.V. State of the autonomic nervous system in children with rhinosinusitis.

We have in the course of the study it was found that in 86.6% of patients with rhinosinusitis (RS) had symptoms of autonomic dysfunction, manifested asthenic-neurotic syndrome and blood pressure changes. ECG abnormalities observed in 64.2% of cases, change the valve apparatus according EhoKS reported in 46.3% of patients with RS.

Key words: rhinosinusitis, autonomic dysfunction, electrocardiogram, echocardiogram.

Рецензент: д.мед.н., проф. Л.М. Іванова

УДК 616.71+612.75-053.5/6:616.2/6-036.12 (477)

СОМАТОГЕНІЇ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ ДЕРМАТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ: ІННОВАЦІЙНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Л.В. Черкашина

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна МОН України

Вступ

Дані сучасної медицини та аналіз її розвитку все більше переконають у тому, що несприятливим порушенням психіки в загально-терапевтичній клініці повинна бути відведена значно більша роль, ніж це робилося дотепер, і що немає соматичних хвороб без психічних відхилень, що впливають з них, як і немає і психічних захворювань, ізольованих від соматичних симптомів [1,2]. Взаємозв'язок психічного і соматичного здоров'я здавна є предметом теоретичних досліджень і практичних спостережень в медицині [3,4]. Сучасний етап соціального розвитку України характеризується надзвичайно високим рівнем психоемоційного напруження населення, що призводить до суттєвого погіршення рівня психічного здоров'я в популяції [5]. Структура змін захворюваності свідчить, що в Україні останніми роками відзначається значне зростання психогенних за походженням психосоматичних захворювань в терапевтичного та дерматологічного профілю та донозологічних станів [6].

Спостерігається прогресуюче збільшення кількості пограничних станів, для яких, незалежно від походження, характерним є розгорнутий симптомокомплекс психоемоційної недостатності з відповідними вегетативними та соматичними корелятами [7]. Можливість соматичної проєкції психічних факторів повинна враховуватися лікарями - інтерністами. Саме комплексний, інтегративний підхід до вивчення оцінки таких патологічних станів є важливою, а в ряді випадків - єдиною, передумовою подальшого підвищення ефективності та якості всього лікувально-діагностичного процесу [8].

Проблема своєчасного розпізнавання нозогенії і раціональної її профілактики у хворих на хронічні та системні захворювання може бути вирішена лише спільними зусиллями лікарів різних спеціаль-