

Факторы, влияющие на возникновение синдрома вегетативной дистонии у детей 11-15 лет в йододефицитном регионе

Маматкулова Д.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет

Синдром вегетативной дистонии (СВД) имеет большой удельный вес в структуре заболеваний детского возраста. Актуальность СВД у детей обусловлена не только высокой распространенностью заболевания, а также его последствиями в последующие периоды жизни [2,1,15,4,9,11,13].

Известно, что в развитии СВД играют роль различные факторы: наследственно-конституциональные особенности деятельности вегетативной нервной системы (ВНС), неблагоприятное течение беременности и родов, повреждения центральной нервной системы (ЦНС), психоэмоциональное напряжение, особенности личности ребенка, умственное и физическое переутомление ребенка, острые и хронические инфекционные и соматические заболевания.

Роль наследственности в развитии СВД доказана многими авторами [2,4,10,19]. В наследственной программе индивидуального развития организма предусмотрено формирование типа реагирования на изменяющиеся условия внешней среды. Так передается ребенку от родителей (чаще по линии матери) тип реагирования ВНС на неспецифический стресс [2,4].

Значение перинатальных факторов также неоднократно изучалось ранее [9,5,7,8]. Было установлено, что гестозы, нефропатия, многоводие, угрожающие выкидыши, маточные кровотечения, родовые травмы оказывают отрицательное воздействие на плод, а развивающаяся при этом постоянная внутриутробная гипоксия способствует травмированию плода и новорожденного и развитию СВД в более старшем возрасте [9].

Психоэмоциональное напряжение возникает при психологической несовместимости членов семьи, злоупотреблении алкоголем, конфликтами в доме, в школе, неправильной воспитательной тактикой [6,3].

Умственное и физическое переутомление в современных условиях приобретает все большее значение как фактор, нарушающий регуляторные процессы нервной системы. Требования современной жизни с всеобщей компьютеризацией, глобальной мировой сетью, необходимостью овладения иностранными языками, с другой стороны – интенсивные занятия спортом, бесспорно, приводят к определенным срывам в формирующемся и постоянно перестраивающемся организме подростка.

Давно известно, что проявления СВД усиливаются в периоды пубертата и климакса, на фоне эндокринных перестроек организма [2,4]. Тесная связь нервной и эндокринной систем является общепризнанным фактом [5]. Щитовидная железа (ЩЖ) является одним из важнейших органов внутренней секреции человека. В последние годы отмечается увеличение числа заболеваний ЩЖ. Ожидаемый дальнейший их рост связан с неблагоприятным воздействием факторов внешней среды, прежде всего недостаточностью йода [17,18]. Наибольшую угрозу дефицит йода представляет для детей, поскольку ведет к нарушению структурно-функционального созревания мозга и снижению интеллекта ребенка, а также замедляет рост и становление нервно-психических функций [12,17,18]. Вышесказанное подтверждает необходимость проведенного нами исследования.

С целью определения влияния различных факторов на возникновение СВД у подростков нами было обследовано 120 больных детей в возрасте 11-15 лет. Обследованные были разделены на 2 группы: в I-ю группу вошли 65 детей с СВД на фоне йододефицитного состояния (основная группа), во II-ю - 55 больных с СВД, у которых не было выявлено признаков йододефицита (контрольная группа).

Среди обследованных мальчиков было 46 (38,3%), девочек – 74 (61,7%). Обследованные больные в зависимости от пола представлены на рис.1. Так, в обеих группах отмечалось преобладание женского пола, однако, в основной группе эта разница была отчетливой. Так, в I-й группе девочек было 44 (67,7%), мальчиков – 21 (32,3%); во II-й группе девочки составили 30 (54,5%), а мальчики – 25 (45,5%).

Распределение больных в зависимости от возраста показало преобладание детей старших возрастных подгрупп в исследуемых группах (рис.2), что соответствует данным литературы: пубертатный возраст является «критическим» и для СВД, и для йододефицита [2,14].

Рис. 1. Распределение обследованных детей в зависимости от пола

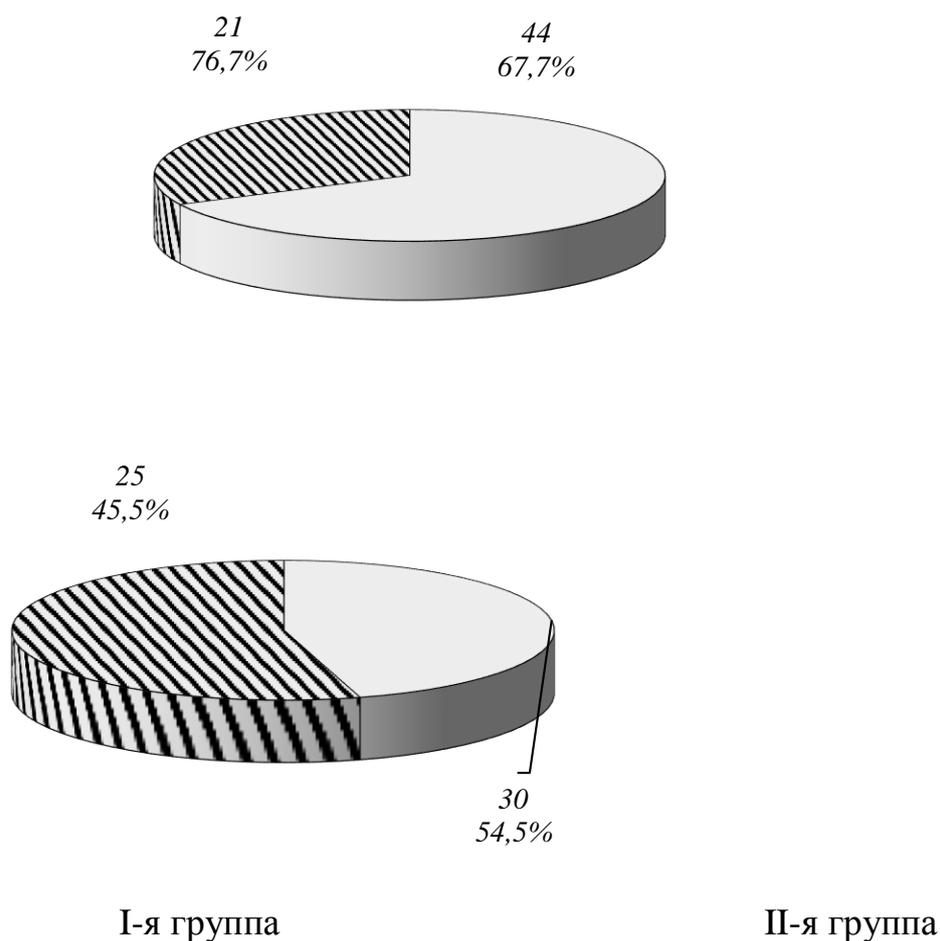
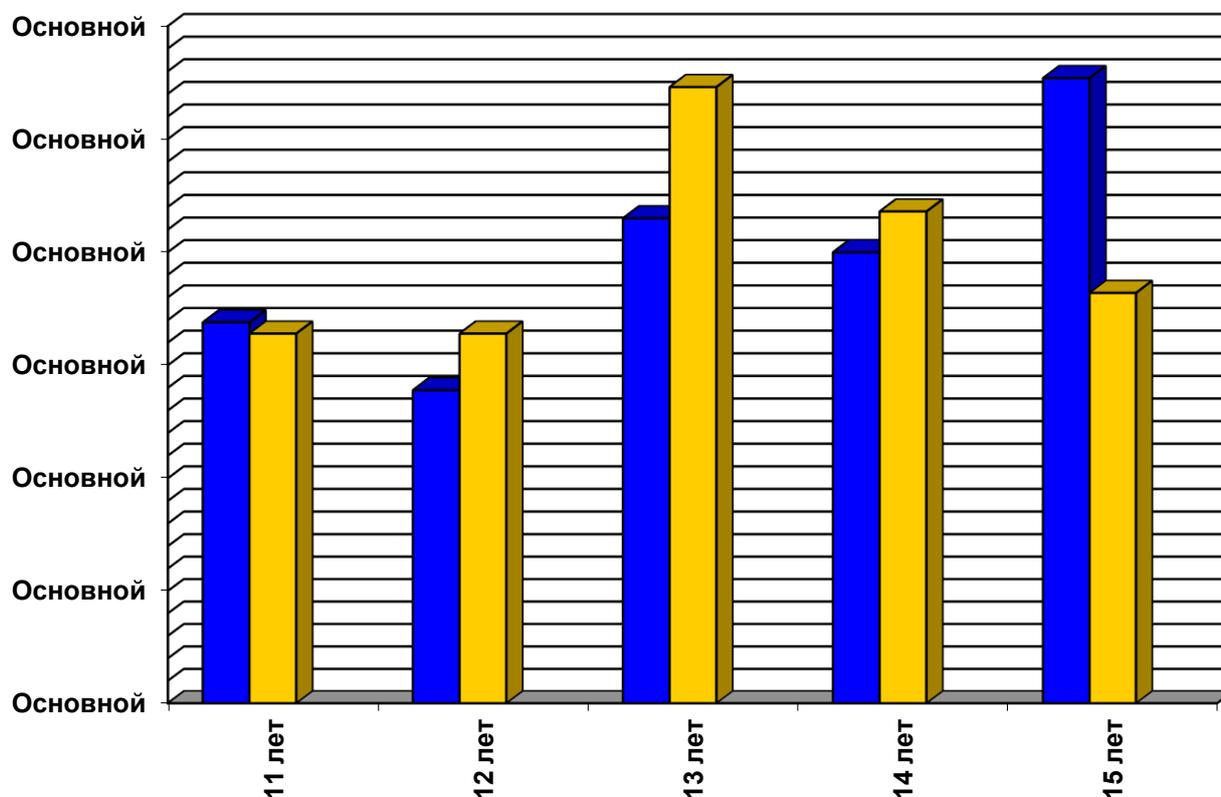




Рис. 2. Распределение обследованных детей в зависимости от возраста



Согласно принятой классификации СВД, мы выделили первичные и вторичные формы заболевания. Так, в основной группе первичные СВД составили 49 (75,4%), а вторичные – 16 (24,6%) случаев, в контрольной группе, соответственно: 45 (81,8%) и 10 (18,2%) случаев. Необходимо подчеркнуть, что такое деление в определенной степени условно, так как у большинства детей с СВД сочетаются несколько причин, причем в некоторых случаях и первичных, и вторичных.

Анализируя причины возникновения первичной СВД у обследуемых детей, мы, в первую очередь, собрали генеалогический анамнез. При этом была выявлена отчетливая наследственная отягощенность в обеих группах по сердечно-сосудистым заболеваниям, в том числе по СВД, эндокринной

патологии, аллергическим и другим заболеваниям (табл.1). Причем, было отмечено, что, как в основной, так и в контрольной группах наследственность чаще отягощена по линии матери. Эти данные соответствуют литературным источникам [2,8] о полигенном типе наследования СВД. В то же время имеются определенные различия по данному аспекту в изучаемых группах. Так, наблюдается явное преобладание в основной группе по сравнению с контролем эндокринной (заболевания ЩЖ, сахарный диабет, ожирение) и аллергической патологии. Возможно, нарушения обмена у родителей послужили одним из факторов развития ЙДЗ у детей в эндемическом регионе.

Также нами была подробно изучена патология течения беременности и родов у матерей, раннего постнатального периода у обследованных (табл.2).

Таблица 1. Генеалогический анамнез обследованных детей с СВД

№	Заболевание	I-я группа		II-я группа	
		Мать	Отец	Мать	Отец
1.	СВД	36 (55,4%)	4 (6,2%)	28 (50,9%)	2 (3,6%)
2.	Гипертоническая болезнь	21 (32,3%)	29 (44,6%)	14 (25,5%)	21 (38,2%)
3.	Ишемическая болезнь сердца	8 (12,3%)	14 (21,5%)	3 (5,5%)	9 (16,4%)
4.	Атеросклероз сосудов	1 (1,5%)	3 (4,6%)	-	1 (1,8%)
5.	Мигрень	25 (38,5%)	-	27 (49,1%)	-

6.	Заболевания щитовидной железы	33 (50,8%)	4 (6,2%)	8 (14,5%)	-
7.	Сахарный диабет	3 (4,6%)	2 (3,1%)	1 (1,8%)	3 (5,5%)
8.	Подагра	-	3 (4,6%)	-	3 (5,5%)
9.	Ожирение	17 (26,2)	4 (6,2%)	6 (10,9%)	1 (1,8%)
10.	Неврозы	9 (13,9%)	5 (7,7%)	10 (18,2%)	7 (12,7%)
11.	Аллергические заболевания	14 (21,5%)	11 (16,9%)	8 (14,5%)	5 (9,1%)
12.	Дискинезии ЖВП и холецистохолангиты	12 (18,5%)	1 (1,5%)	8 (14,5%)	-

Было установлено, что у детей с СВД имела место значительная отягощенность в плане перинатальной патологии. Так, достаточно большое количество больных (41 (34,2%)) родились от матерей в возрасте старше 35 лет. На осложненное течение беременности (гестозы, нефропатия, многоводие, угрожающие выкидыши) указывали 68 (56,7%) матерей обследованных. Следует отметить, что менее благоприятно беременность протекала у матерей больных из основной группы (соответственно, в I-й и II-й группах: 41 (63,1%) и 27 (49,1%)). В течении родов наблюдались такие осложнения как первичная и вторичная слабость родовой деятельности 9 (7,5%), длительный безводный период 8 (6,7%), быстрые или затяжные роды 20 (16,7%), преждевременная отслойка плаценты 8 (6,7%), выпадение пуповины во время родов 11 (9,2%), гипотоническое кровотечение 3 (2,5%). Практически все вышеуказанные проявления родовой патологии также значительно чаще встречались у матерей обследованных основной группы.

Как известно, немаловажную роль в генезе первичной СВД играет травматизация регуляторных отделов ВНС в родах. В ходе нашего исследования эти факты еще раз нашли свое подтверждение. Так, натальная травма шейного отдела позвоночника имела место у 36 (30%) детей с СВД, родители 22 (18,3%) больных указывали на перенесенную родовую травму головного мозга с кровоизлиянием в мозг. У 30 (25%) детей краниоспинальная родовая травма сочеталась с гипертензионным синдромом. Более частая встречаемость неблагоприятных перинатальных факторов у больных основной группы, скорее всего, может иметь двоякую трактовку. С одной стороны, матери с патологией ЩЖ (табл.2) чаще имеют неблагоприятное течение беременности, с другой стороны, такое течение беременности, в свою очередь, в последующем могло способствовать развитию йододефицитного состояния в эндемической зоне.

Другие причины первичной СВД, помимо наследственной предрасположенности и перинатальной патологии, указаны в таблице 3.

Таблица 2. Перинатальная патология у детей с СВД

№	Вид патологии	I-я группа	II-я группа
1.	Возраст матери старше 35 лет	24 (36,9%)	17 (30,9%)
2.	Токсикоз 1-й и 2-й половины беременности	20 (30,8%)	12 (21,8%)
3.	Нефропатия	4 (6,2%)	1 (1,8%)
4.	Угрожающие выкидыши	16 (24,6%)	14 (25,5%)
5.	Многоводие	1 (1,5%)	-
6.	Слабость родовой деятельности	5 (7,7%)	4 (7,3%)
7.	Длительный безводный период	5 (7,7%)	3 (5,5%)
8.	Быстрые или затяжные роды	12 (18,5%)	8 (14,5%)

9.	Преждевременная отслойка плаценты	6 (9,2%)	2 (3,6%)
10.	Выпадение пуповины	7 (10,8%)	4 (7,3%)
11.	Гипотоническое кровотечение	2 (3,1%)	1 (1,8%)
12.	Натальная травма шейного отдела позвоночника	21 (32,3%)	15 (27,3%)
13.	Родовая травма головы с кровоизлиянием в мозг	14 (21,5%)	8 (14,5%)

Анализируя причины первичной СВД, было отмечено, что частота встречаемости этих причин примерно одинакова в обеих группах. Так, из анамнеза установлены перенесенные в детстве травмы головы у 8 (6,7%) больных, тяжело протекавшие инфекции – у 7 (5,8%), оперативные вмешательства и наркоз – у 9 (7,5%) обследованных. Психоэмоциональное напряжение, хронический стресс, в результате неблагоприятной обстановки в семье, школе, были выявлены у 74 (61,7%) детей с СВД. Это состояние усугублялось психоэмоциональными особенностями личности (у 76 (63,3%) больных). Дети с СВД, были, как правило, тревожными, чувствительными с ранимой нервной системой. Для них характерны беспокойный сон, страхи и опасения за себя и своих близких, затруднение в социальных контактах, неуверенность в собственных возможностях, склонность к депрессии. Такие изменения личности становились особенно заметными в период гормональной перестройки. Трудное становление пубертата нами было выявлено у 29 (24,2%) обследованных. Также было уделено внимание и такому показателю как умственное и физическое переутомление. Повышенные нагрузки в школе, занятия у репетиторов, компьютер, усиленные занятия спортом имели место у 54 (45%) детей. Наконец, неблагоприятные экологические условия, как один из дополнительных факторов риска, мы зафиксировали у 5 (4,7%) обследованных.

Таблица 3. Причины возникновения первичной СВД

№	Причины	I-я группа	II-я группа
1.	Перенесенные ранее травмы черепа	5 (7,7%)	3 (5,5%)
2.	Перенесенные ранее тяжелые инфекции, в том числе сепсис	3 (4,6%)	4 (7,3%)
3.	Перенесенные ранее оперативные вмешательства и наркоз	6 (9,2%)	3 (5,5%)
3.	Психоэмоциональное напряжение, стресс	40 (61,5%)	34 (61,8%)
4.	Психоэмоциональные особенности личности	43 (66,2%)	33 (60%)
5.	Умственное и физическое переутомление	27 (41,5%)	27 (49,1%)
6.	Гормональный дисбаланс (не включена дисфункция ЩЖ)	17 (26,2%)	12 (21,8%)
7.	Неблагоприятные экологические условия	3 (4,6%)	2 (3,6%)

Сопутствующая патология, а также заболевания, на фоне которых развивалась вторичная СВД у обследованных, представлены в таблице 4.

Таблица 4. Сопутствующая патология и заболевания, на фоне которых развивалась вторичная СВД

№	Причины	I-я группа	II-я группа
1.	Хронический декомпенсированный тонзиллит	10 (15,4%)	5 (9,1%)
2.	Гельминтозы	9 (13,8%)	6 (10,9%)
3.	Неврозы	1 (1,5%)	-
3.	Эндокринная патология, за исключением поражения ЩЖ	1 (1,5%)	1 (1,8%)

4.	ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуодениты	7 (10,8%)	3 (5,5%)
5.	Хронические и рецидивирующие заболевания органов дыхания	1 (1,5%)	2 (3,6%)
6.	Заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе ревматизм	2 (3,1%)	1 (1,8%)
7.	ЮРА	-	1 (1,8%)
8.	Анемия	47 (72,3%)	26 (47,3%)
9.	Дисметаболические нефропатии	17 (26,2%)	11 (20%)
10.	Пиелонефрит	11 (16,9%)	6 (10,9%)

Как показывают данные, приведенные в таблице 4, сопутствующая патология встречалась практически с равной частотой у больных обеих групп. В целом, хронический тонзиллит мы отмечали у 15 (12,5%) детей с СВД, гельминтозы – у 15 (12,5%), неврозы - у 1 (0,8%), сахарный диабет - у 2 (1,7%), гастродуодениты – у 8 (6,7%), ЯБ желудка и двенадцатиперстной кишки - у 2 (1,7%), ревматизм и ВПС – у 3 (2,5%), ЮРА - у 1 (0,8%), дисметаболические нефропатии – у 28 (23,3%), пиелонефрит – у 17 (14,2%), анемия – у 73 (60,8%) обследованных. Безусловно признавая роль перечисленных выше болезней в развитии и поддержании СВД у детей, мы старались, по возможности, меньше включать больных с такими заболеваниями в наше исследование и уравнивать частоту этой патологии в обеих группах, чтобы данные по изучению влияния дефицита йода были более объективными. Интерес представляет значительное преобладание анемии в основной группе, что согласуется с исследованиями Шахизировой И.Д.[15] о влиянии йододефицита на частоту этой патологии.

Выводы:

1. Проведенное исследование соответствует данным литературы и свидетельствует о влиянии на развитие СВД у детей таких факторов, как наследственная и перинатальная патология, соматические заболевания, перенесенные травмы, повышенные умственные и физические нагрузки, стрессы и т.п.

2. У больных с СВД на фоне дефицита йода выявлена перинатальная и наследственная (по эндокринной патологии) отягощенность, у них чаще отмечались сопутствующие соматические заболевания, течение которых было более тяжелым.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арсеньев В.Г., Зыбина Н.Н., Лебедев А.В. и др. Параметры гемостаза у детей при нейроциркуляторной дисфункции // Ж.Педиатрия (Россия).- 1998.-№6.-С.55-58
2. -Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей.: М., 1987.- Т.2 – С.136-197
3. Брызгунов И.П. Психосоматическая функциональная патология детского возраста: что сделано и что надо сделать? // Ж.Педиатрия (Россия).-2006.-№4.-С.115-117
4. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Заболевания ВНС: М.1991.-622 с.
5. Джурабекова А.Т. Поражение нервной системы у детей и подростков в йододефицитном регионе: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Ташкент, 2003.- 29 с.
6. Ильенко Л.И., Смирнова Т.Н., Авдеева Г.Ф. и др. Результаты применения гомеопатических и биологических препаратов для лечения головной боли при различных заболеваниях нервной системы у детей в амбулаторных условиях // Ж.Педиатрия (Россия).-1998.-№3.-С.15-21
7. Копилова Е.В., Петрова О.А., Шиляев Р.Р. и др. Вегетативные дисфункции у грудных детей с гастроинтестинальными нарушениями на

- фоне перинатального поражения ЦНС// Ж.Педиатрия (Россия).-2004.-№2.-
С.19-22
8. Коровина Н.А., Творогова Т.М., Захарова И.Н. и др. Эффективность энерготропной терапии при вегетативной дистонии с кардиальными изменениями у детей и подростков // Ж.Росс.вест. перинат. и пед. – 2008.- №6.-С.21-29
9. Кузибаева Н.К., Хайдаров Б.М. Перинатальные факторы развития СВД у детей // Ж.Педиатрия (РУ).-2000.-Мат. IV съезда педиатров. – С.72
10. Нагай Л.Л., Шамсиев Ф.С., Ахматалиева М.А. Прогностическое значение дерматоглифики у детей с вегетососудистой дистонией // Ж.Педиатрия (РУ).-2000.-№1.-С.64-66
11. Неудахин Е.В. К вопросу о вегетативных расстройствах у детей // Ж.Педиатрия (Россия).-2003.-№2.-С.101-103
12. Осотова В.П., Чичилова О.П. Распространенность эндокринных заболеваний у детей города Ижевск// Ж.Педиатрия (Россия).-1998.-№3.- С.27-29
13. Царегородцева Л.В. Дискуссионные вопросы СВД // Ж.Педиатрия (Россия).-2003-№2.-С.103-105
14. Шагазатова Б.Х. Современные аспекты классификации, диагностики, лечения и профилактики йододефицитных заболеваний // Ўзбекистон тиббиёт журнали.-2002-№5-6.-С.9-12
15. Шахизирова И.Д., Жураева З.Ё., Исраилов А.Р. Нервно-психическое развитие детей дошкольного возраста г. Ташкента в условиях йодо- и желездефицита // Ж.Педиатрия (РУ).-2008.-№1-2.-С.39-42
16. Шварков С.Б. Вегетативные расстройства. Под ред. А.М.Вейна. М: медицинское информационное агентство.- 1998.-С.451-463
17. Щеплягина Л.А. Проблемы йодного дефицита // Русс. Мед. Ж., 1999.- №11.-С. 523-527

18. Щеплягина Л.А., Макулова Н.Д., Маслова О.Н. Йод и интеллектуальное развитие ребенка // Русск. мед. журнал.-2002.-№7.-С.358-363
19. Nesterenko A.O., Partsemiak S.A., Baturina L.A. et all Neurocirculatory distonia: viens on its etiology, pathogenesis and methods of therapy // Ter. Arkh.-1994.-vol.66, №4.- P.19-21