

В показателях клинического анализа крови не было выявлено достоверных различий между группами: у всех пациентов отмечался умеренный лейкоцитоз с преобладанием гранулоцитарного ростка и умеренное повышение уровня СРБ, что свидетельствует о локальном бактериальном воспалении.

### **Выводы**

В нашем исследовании установлено, что:

1. Внебольничная пневмония микоплазменной этиологии независимо от возраста характеризуется осенне-зимней сезонностью, чаще встречается у детей старше 5-ти лет и протекает в среднетяжелой форме с односторонним поражением легочной ткани.

2. Микоплазменная пневмония отличается от ВП другой этиологии постепенным началом, наличием длительного сухого кашля с характерными двухсторонними свистящими хрипами.

3. Обнаружение IgM-антител позволяет надежно диагностировать МП у детей в острый период болезни, указывая на возможное использование этого метода в качестве основного диагностического теста для выявления МП.

### **Список литературы:**

1. Меджо Б. *Mycoplasma pneumoniae* как возбудитель внебольничной пневмонии у детей: клинические особенности и лабораторная диагностика/ Б. Меджо, М. Атанаскович-Маркович // *Ital J Pediatr.* – 2014. – с. 40-104

2. Клинические рекомендации «Внебольничная пневмония у детей»./ Под редакцией совет: А.Г. Чучалин – Москва. – 2015. – 64 с.

3. Чучалин А.Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия / А.И. Синопальников, Р.С. Козлов, И.Е.Тюрин, и др. – Москва, 2010. – 225 с.

4. UNICEF/WHO, Pneumonia: The forgotten killer of children [электронный ресурс] // URL: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9280640489\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9280640489_eng.pdf). – P.7–11.

5. Defilippi A. Epidemiology and clinical features of *Mycoplasma pneumoniae* infection in children./ M. Silvestri M, A.Tacchella A, Giacchino R, G.Melioli other.// *Respir Med.*–2008. – №2. – P.1762–1768.

УДК 616.839-008.6-07-053.2

**Куручкина А.В. Морозова Д.А. Чередниченко А.М.  
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА  
ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Kurochkina A.V. Morozova D.A. Cherednichenko A.M.**

# CLINICAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF THE SYNDROME OF VEGETATIVE DYSFUNCTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Department of polyclinic pediatrics FPK and PP

Ural state medical university

Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tonya1401@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены вопросы клиники и диагностики синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков. Получены данные о половой и возрастной структуре, ведущих клинических симптомах и методов диагностики синдрома вегетативной дисфункции. Выявлено отсутствие зависимости симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы от отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

**Annotation.** The article deals with the clinic and diagnosis of autonomic dysfunction syndrome in children and adolescents. Data on sexual and age structure, leading clinical symptoms and methods of diagnosis of autonomic dysfunction syndrome were obtained. The absence of dependence of symptoms from the cardiovascular system on the burdened family history on diseases of the cardiovascular system was revealed.

**Ключевые слова:** вегетативная нервная система, вегетативная дисфункция, диагностика, дети.

**Key words:** vegetative nervous system, autonomic dysfunction, diagnosis, children.

## Введение

Вегетативная дисфункция – это состояние нестабильности вегетативной регуляции работы внутренних органов и сосудов, обусловленное причинами эндогенного и экзогенного характера, при отсутствии органических причин заболевания.

Вегетативная дисфункция – это не самостоятельное заболевание, а синдром, который может предшествовать развитию очень многих полигенно наследуемых психосоматических заболеваний [4].

Одной из важнейших особенностей синдрома вегетативной дисфункции (СВД) является полисистемность клинических проявлений. Первое место в клинической картине заболевания отводится проявлениям со стороны сердечно-сосудистой системы.

**Цель исследования** – установка ведущих клинических симптомов и методов диагностики синдрома вегетативной дисфункции; выявление зависимости симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы от отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

## Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 47 историй болезни детей с 5 до 17 лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ДГКБ№11 с диагнозом СВД с июня по ноябрь 2018 года.

Средний возраст больных составлял 13,8 лет.

Критерии включения: установленный диагноз СВД.

Обработка полученных результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel, определения точного критерия Фишера (результат считается достоверным при  $p < 0,05$ ).

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Среди больных преобладали мальчики (27 детей – 57,4%) и дети подросткового возраста – младшего подросткового возраста - 10-15 лет (22 ребенка - 46,8%) и старшего подросткового возраста – старше 15 лет (20 детей - 42,6%). Все дети родились доношенными. У 34% больных установлен отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям.

При оценке физического развития детей, было установлено, что паспортному возрасту соответствовали 74,5% (35 детей), отставали от паспортного возраста 6,4% (3 детей), опережали паспортный возраст 19,2% (9 детей). Морфо-функциональный статус был гармоничный у 61,7% (29 детей), дисгармоничный у 25,5% (12 детей), резко дисгармоничный у 12,8% (6 детей).

Резко дисгармоничный морфо-функциональный статус наблюдали у детей с ожирением.

Структура жалоб, предъявляемых больными и их родителями при госпитализации в стационар, имеет следующую структуру (см. рисунок 1).

На первом месте по частоте были головная боль и головокружения. Эти симптомы отмечались периодически, во время выполнения умственных и/или физических нагрузок. В ряде случаев (8 детей – 17%) головокружение сопровождалось обмороком (синкопе). Если во время головной боли и головокружения больные были в школе или дома, они измеряли артериальное давление. Приступы головной боли у 38,3% больных (18 детей) сопровождалось повышением артериального давления. У каждого четвертого больного (11 детей – 23,3%) выявлялись снижение работоспособности и слабость, препятствующие выполнению домашнего задания, занятиям физической культуры и другим возрастным нагрузкам.

Половина больных предъявляла жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Из них у 21,2% больных (10 детей) отмечали жалобы на боли в области сердца, 17% больных (8 детей) жаловались на ощущение сердцебиения и у 4,25% больных (2 детей) были жалобы на ощущение перебоев в работе сердца.

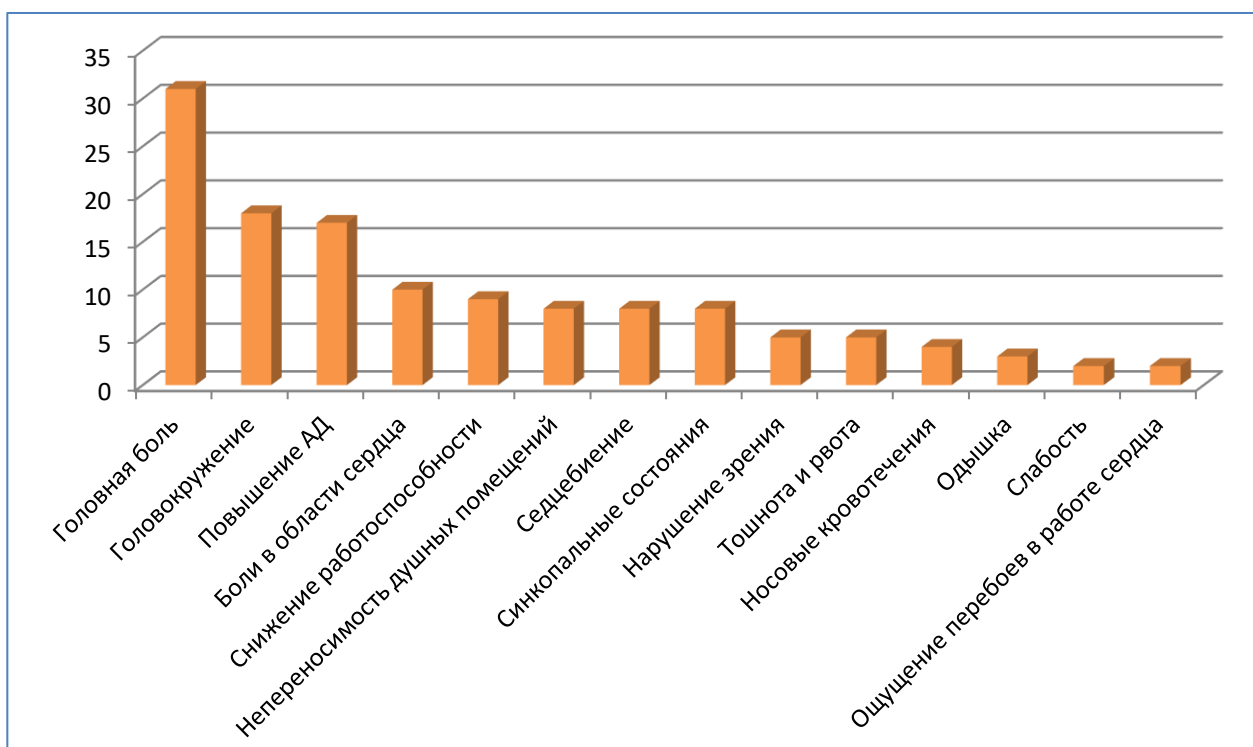


Рис. 1. Структура жалоб у больных

Также больные отмечали непереносимость пребывания в душных помещениях, тошноту, рвоту, боли в животе, одышку, тревожность, светобоязнь, ощущение давления в глазах, тремор.

Длительность жалоб, предъявляемых больными, была более одного года у 57,4% (27 детей). При этом дети наблюдались с различными заболеваниями: врожденный порок сердца, артериальная гипертензия, нарушения сердечного ритма, резидуальная церебро-органическая недостаточность, эпилепсия, цефалгии, кардиалгии и др., что указывало на полисистемность клинических проявлений и затрудняло постановку диагноза. В то же время у части больных (20 детей – 42,6%) диагноз синдром вегетативной дисфункции был выставлен, но данных об обследовании, лечении и реабилитации больных отсутствовали. Поскольку дети предъявляли большое количество разнообразных жалоб, то к их осмотру были привлечены многие специалисты: гастроэнтеролог, оториноларинголог, офтальмолог, нефролог. 19% больных (9 детей) наблюдались у невролога в течение 3-5 лет. 36,1% больных (17 детей) наблюдалось кардиологом.

Известно, что все больные с синдромом вегетативной дисфункции подлежат консультации кардиолога. Это связано с тем, что нарушение вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы нередко сопровождается субъективной клинической симптоматикой, требующей исключения органической кардиальной патологии.

При определении зависимости симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы от отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям сердечно-сосудистой системы с помощью точного критерия Фишера,

установлено отсутствие статистически значимой связи между этими показателями ( $p > 0,05$ ).

Диагностика синдрома вегетативной дисфункции требует комплексного подхода. Обследование такого больного требует в 2-3 раза больше времени, чем обследование ребенка, страдающего истинным органическим заболеванием. Но именно всестороннее обследование и использование специальных методов диагностики позволяет уменьшить угрозу психосоматических заболеваний в будущем. [4]

Всем больным было проведено лабораторное обследование (ОАК, ОАМ, биохимическое исследование крови), все показатели оказались в пределах возрастной нормы.

Инструментальное обследование больных включало ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ сердца, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов головы и шеи, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), реоэнцефалографию (РЭГ) и кардиоинтервалографию (КИГ).

На ЭКГ, проведенной у всех больных, найдены изменения у 70% больных (33 ребенка). Наблюдались ухудшения процессов реполяризации у 38%, брадикардия у 23%, экстрасистолы у 15%, неполная блокада правой ножки пучка Гисса у 11%, синусовая аритмия у 8,5%, предсердный ритм у 6%, тахикардия у 2%. Изменения на ЭКГ-Холтер были обнаружены у 34% больных, среди них: удлинение интервала QT, СА-блокада I степени, экстрасистолы, миграция водителя ритма по предсердиям. При ультразвуковом исследовании сердца у 63,8% больных (30 детей) выявлены дополнительные хорды левого желудочка (ДХЛЖ), у 23,4% больных (11 детей) выявлена регургитация на AV клапанах, у 4,25% больных (2 детей) расширение корня аорты, у 4,25% больных (2 детей) функционирующее овальное окно (ФОО). По данным РЭГ у 23,4% больных (11 детей) имелись признаки сосудистой дистонии. При проведении СМАД у одного ребенка диагностирована стабильная артериальная гипертензия. Результаты КИГ: исходный вегетативный тонус – ваготония у 48,5%, симпатикотония у 39,5%, эйтония у 12% детей; вегетативная реактивность – гиперсимпатикотоническая у 88%, нормальная у 9%, асимпатическая у 3%. Всем детям было проведено УЗДГ сосудов головы и шеи, у 14% (7 детей) были изменения в виде нестабильности кровотока в позвоночных артериях.

По результатам обследования детей был выставлен диагноз СВД по смешанному типу у 46,8% (22 ребенка). У 36,2% больных (17 детей) – СВД с преобладанием ваготонии. У 17% больных (8 детей) – СВД с преобладанием симпатикотонии.

В лечение были включены такие препараты как Аспаркам, Пирацетам, Винпоцетин, Церебролизин, Глицин, Витамины (группа В, С, фолевая кислота), Настойка пустырника, Корвалол, Пентоксифиллин. Детям с подъемами АД назначали Эналаприл, Амлодипин, Каптоприл. Все дети были выписаны домой с положительной динамикой.

**Выводы:**

1. В половой структуре преобладают мальчики.
2. В возрастной структуре преобладают дети подросткового возраста.
3. Диагностика СВД представляет определенные трудности в связи с полисистемностью симптомов. Наиболее значимыми для постановки диагноза являются клиническая картина, анамнез заболевания и инструментальные исследования.
4. Наиболее частыми симптомами СВД являются: головная боль, головокружение, повышение АД, боли в области сердца и снижение работоспособности.
5. Исходный вегетативный тонус у обследуемых больных характеризуется ваготонией. В вегетативной реактивности преобладает гиперсимпатикотония.
6. Зависимость симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы от отягощенного семейного анамнеза по заболеваниям сердечно-сосудистой системы статистически не значима.
7. Все больные СВД подлежат наблюдению врача-кардиолога и невролога с последующим лечением и реабилитацией. Оптимальным результатом диспансерного наблюдения является купирование клинических симптомов при передаче больного во взрослую сеть, с целью обеспечения возможности дальнейшего обучения, выбора профессии и сохранения работоспособности.

#### **Список литературы:**

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология / Ю.М. Белозеров. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 600 с.
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А.М. Вейн. – М.: МИА, 2003. – 752 с.
3. Леонтьева И.В. Лекции по кардиологии детского возраста / И.В. Леонтьева. – М.: ИД Медпрактика-М, 2005. – 536 с.
4. Галактионова М.Ю. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков: вопросы диагностики, лечения, диспансеризации. Методические рекомендации / М.Ю. Галактионова. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 48с.
5. Акарачкова Е.С. Синдром вегетативной дистонии у современных детей и подростков / Е.С. Акарачкова, С.В. Вершинина // Педиатрия. - 2011. - Т.90. - №6. – С. 129-136.

УДК 616.21-053.2-083.88

**Максимова С. В., Новосёлов А.М.**  
**АУДИТ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ  
С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ НА  
АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация