

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА ЕФЕКТИВНІСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ-ПІДЛІТКІВ ВІННИЧЧИНИ

І.В.Гусакова

Кафедра педіатрії Вінницького державного медичного університету ім. М.І.Пирогова

### Ключові слова

Вегетативна дисфункція  
Діти

### Резюме

В статті наводяться дані про перебіг вегетативної дисфункції та ефективність санаторно-курортного лікування даної патології у дітей, які мешкають в сільській місцевості Вінниччини.

### Вступ

Вегетативна дисфункція (ВД) на сьогодні являє собою значну медичну та соціально-економічну проблему. Це обумовлено як широкою розповсюдженістю ВД [82% і більше дітей за даними Шваркова, 1998], так і відсутністю морфологічного субстрату захворювання і, відповідно, неможливістю радикального лікування. За даними Національного центру діагностики та лікування вегетативних дистоній у дітей тільки за останні 5 років число госпіталізованих хворих з вегетативними порушеннями збільшилося в 3 рази, а в структурі захворювань дитячого віку вони складають до 20% усієї патології [Антипкін, 1996]. Діти стають дорослими, але у 33,3% з них прояви ВД зберігаються в наступні періоди життя, а в 17-20% випадків вони прогресують, трансформуючись в такі психосоматичні захворювання, як ІХС, гіпо- та гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунку та 12-палої кишки [Кушнір, 1995].

За останні роки в Україні відбулися значні соціально-економічні зміни, різко знизився рівень життя переважної більшості населення. Ломка життєвого стереотипу, зміна моральних цінностей (під впливом західних зразків поведінки, взятих з другорядних телесеріалів та кінофільмів), підвищення агресивності нації та поступове звикання до насилля в побуті та на телеекрані – всі ці психологічні чинники (в комплексі з соціально-економічними) призводять до зростання кількості осіб з порушеннями у функціонуванні вегетативної нервової системи (зокрема дітей, які дуже чутливі до будь-яких надмірних екзо- та ендогенних чинників). Оцінити перебіг ВД у дітей підліткового віку на рубежі двох тисячоліть і було метою даного дослідження.

### Матеріали та методи

Обстежено 83 дитини сільської місцевості Вінниччини з проявами ВД (хлопчиків - 28, дівчаток - 55). Вік обстежених дітей - 12-16 років. Діти перебували на санаторно-курортному лікуванні в Вінницькому ВМЦ ВПС України влітку 2000 року. Обстеження включало в себе: клінічний огляд, антропометрію (для визначення фізичного розвитку), визначення вихідного вегетативного тону, вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення (з допомогою анкети Вейна, КІГ, кліно-ортостатичної проби), ЕКГ, РЕГ, психологічне тестування. Підліткам було запропоновано виконати тести САН (тест самооцінки психічного стану: самопочуття, загальна активність, настрої) та ШЗНС

(шкала зниженого настрою-субдепресії Зунга в модифікації Балашової). Отримані дані оброблені статистично на комп'ютері IBM/AT з допомогою статистичної програми «STATISTICA 4.3» для WINDOWS 95.

### Результати. Обговорення

Аналізуючи стан здоров'я дітей сільської місцевості Вінниччини з проявами ВД, можна констатувати низький його рівень. Найчастішою патологією дітей з ВД є каріозне ураження зубів - 93,83% підлітків. Патологія опорно-рухового апарату виявлена у 41,98% дітей, зокрема сколіоз грудного відділу хребта - у 35,80%, сколіоз поперекового відділу хребта - у 2,47%, кіфоз грудного відділу хребта та плиска стопа - у 1,23% дітей кожний, посттравматичний остеохондроз - у 1,23%. Значний відсоток підлітків з ВД (34,57%) має патологію ШКТ. Найчастіше зустрічається дискінезія жовчо-видільних шляхів - 24,69% дітей, далі в низхідному порядку - хронічний гастродуоденіт, функціональні розлади шлунку, дуоденогастральний рефлюкс (7,41%, 1,23%, 1,23% відповідно). Не є рідкістю серед підлітків з патологією вегетативної нервової системи і ендокринні захворювання (20,99% дітей). Дифузний нетоксичний зоб I-II ступеню зафіксований у 11,11% дітей (8,64% та 2,47% відповідно), ожиріння - у 2,47%, пубертатний диспитуїтаризм - 1,23%, затримка фізичного розвитку спадково-конституційного генезу - у 2,47%, а затримка статевого розвитку - у 3,70% дітей. Патологія ЛОР-органів та офтальмологічні захворювання зустрічаються у значно меншого відсотка дітей (16,05% та 9,88% відповідно). Серед них виділяються хронічний тонзиліт (11,11% дітей) та дефекти зору (7,41%). 7,24% дівчаток мають гінекологічну патологію, а 15,38% хлопчиків - урологічну. Диспластична кардіопатія виявлена у 18,52% дітей. Інша патологія, яка представлена поодинокими випадками невказаних захворювань, відмічена у 17,28% обстежених підлітків. Таким чином, на 1 дитину з вегетативним дисбалансом приходить 1,69 інших захворювань та відхилень від норми (не враховуючи карієс).

Скарги юних мешканців сільської місцевості Вінниччини з ВД сумовані в табл. 1 та 2. До наведеного у таблицях слід додати, що головний біль найчастіше був або дифузний - 29,63% дітей, або локалізувався у скроневих ділянках - 29,63%; значно рідше діти вказують на його локалізацію в зоні потилиці (11,11%) або скронево-потиличній ділянці (11,11%). У 7,41% дітей головний біль був поти-

лично-тім'яним. Лобно-потиличний, лобно-скроневий та  
**Таблиця 1.** Активні скарги дітей з вегетативною дисфункцією.

Критерій	% дітей
1. Біль в серці	76,83
2. Головний біль	62,20
3. Біль в животі	41,46
4. Біль в ногах	19,51
5. Біль в хребті	17,71
6. Швидка втомлюваність, слабкість	14,63
7. Підвищення АТ	10,98
8. Ортостатичне падіння АТ	7,32
9. Сінкопе	5,42
10. Порушення сну	5,11
11. Метеочутливість	5,11
12. Пониження АТ	4,88
13. Підвищення маси тіла	4,88
14. Дратівливість	4,88

чисто лобний головний біль зустрічається у 3,7% дітей кожного. Ні в одній дитині не було скарг на чистотім'яну локалізацію головного болю.

З інших проявів ВД при клінічному огляді у 45,12% обстежених підлітків виявлений гіпергідроз долонь, у 13,42% - гіпотермія та акроціаноз дистальних відділів кінцівок, у 17,07% - юнацькі вугрі, а у 10,98% - мармуровий відтінок шкіри.

При оцінці фізичного розвитку даного контингенту дітей гармонійно розвинутих лише 59,04% (дівчаток - 60%, хлопчиків - 57,14%). Дисгармонійність фізичного розвитку обумовлена переважно дефіцитом маси, що відмічається у 19,28% дітей, зокрема - у 20% дівчаток та 17,86% хлопчиків. Дітей з надлишковою масою значно менше - 10,84% (дів.- 10,91%, хл.- 10,71%). Високий та низький зріст зустрічаються у 7,23% та 3,62% дітей відповідно. Значним є відсоток високорослих хлопчиків - 10,71%, тоді як дівчаток - 5,45%. Низький зріст констатований в однаковій мірі як у хлопчиків, так і у дівчаток (3,57% та 3,64% відповідно).

При оцінці вихідного вегетативного тону було виявлено наступне: ваготонія зустрічалась у 50,65% підлітків, рідше фіксувалась ейтонія - 41,56%. Вихідна симпатикотонія - нечаста знахідка даного дослідження - виявлялась лише у 7,79% обстежених дітей. На противагу такому нерівномірному розподілу вихідного вегетативного тону вегетативна реактивність в залежності від типу має приблизно подібні значення, а саме: асимпатикотонічний варіант вегетативної реактивності зустрічався у 38,96% обстежених дітей, на другому місці за частотою - нормальний тип вегетативної реактивності (31,17%), і наостанку - гіперсимпатикотонічний варіант вегетативної реактивності - 29,87% дітей. Аналіз вегетативного забезпечення про-

водили за допомогою кліно-ортостатичної проби (КОП)

**Таблиця 2.** Скарги дітей з вегетативною дисфункцією, які виявляються при поглибленому розпитуванні.

Критерій	% дітей
1. Біль в серці	84,15
2. Швидка втомлюваність, слабкість	40,17
3. Мерзлякуватість	37,80
4. Серцебиття	29,27
5. Непереносимість задушливих приміщень	28,05
6. Непереносимість транспорту	25,61
7. Емоційна нестабільність	24,39
8. Сінкопе	19,51
9. Запаморочення	15,85
10. Іпохондрія	13,42
11. Відчуття неповного вдиху	10,98

Мастера. У обстежених дітей занотовані наступні варіанти КОП: асимпатикотонічний - 45,59% дітей, симпатико-астенічний - 19,12%, нормальний - 16,18%, гіпердіастолічний - 13,24% та астеносимпатичний - 5,88% підлітків. Гіперсимпатикотонічний варіант КОП не був виявлений ні в одній дитині. Отримані дані вказують на значну перевагу парасимпатичної ланки вегетативної нервової системи у більшості дітей з проявами вегетативної дисфункції.

Характер електрокардіографічних змін у сільських підлітків з ВД наступний: синусова аритмія (38,03% обстежених дітей), блокада правої ніжки пучка Гіса (33,8%), порушення фази реполяризації (18,31%), синусова брадикардія (8,45%), синдром ранньої реполяризації (7,04%), синусова тахікардія (4,23%), вкорочення PQ (2,82%), одиничні екстрасистоли (правошлуночкові: суправентрикулярні = 1:1) (2,82%), блокада лівої ніжки пучка Гіса (1,41%), міграція водія ритму (1,41%), передсердний ритм (1,41%).

Крім порушень регуляції серцевого ритму, у обстежених дітей з вегетативним дисбалансом виявлені суттєві зміни регуляції мозкового кровотоку. Так, у 62,5% підлітків відмічено утруднення венозного відтоку (за даними РЕГ), у 54,17% - зниження кровонаповнення гемісфер, у 41,67% - підвищений тонус судин, а у 29,17% - навпаки, його різке зниження. Нестійкий судинний тонус зафіксований у 14,18% дітей. Дані зміни мозкового кровотоку клінічно проявлялися частим головним болем, з приводу чого і призначалось РЕГ-обстеження.

З метою корекції порушень з боку вегетативної не-

реологічної системи всі діти на базі Вінницького ВМЦ ВПС України отримували санаторно-курортне лікування, яке включало в себе охоронний режим, раціональне вітамінізоване харчування, ранкову зарядку, повітряні та сонячні ванни (різні режими), купання в річці при  $t > 20^{\circ}\text{C}$ , в похмурі та дощові дні - плавання в басейні, бальнеотерапію (хвойні, хлоридні, перлинові, хвойно-перлинові ванни або душі (контрастний шотландський, дощовий, повним дітям - душ Шарко) також з різними температурними режимами), електросон (седативна та тонізуюча методики), електрофорез на комірцеву зону з еуфіліном, бромідом натрію, сульфатом магнезії (2-5%), масаж комірцевої зони та зони хребта, психотерапію у вигляді групової психотерапії та аутотренінгу. Лікування призначали в залежності від варіанта перебігу ВД та вихідного вегетативного тону. Окремо діти отримували лікування супутньої патології. Ефективність лікування ВД оцінювали за наявністю скарг, поліпшенням загального стану дитини при об'єктивному клінічному обстеженні, результатами тестів САН та ШЗНС.

В процесі 3-тижневого санаторно-курортного лікування зникнення скарг відмічалось у 41,14% дітей, зменшення їх кількості - у 34,29%, зниження інтенсивності їх прояву - у 19,94%, відсутність змін - у 4,63% підлітків. Поліпшення перебігу ВД при об'єктивному обстеженні виявлено у 87,64% дітей. При оцінці настрою дітей за допомогою ШЗНС в перші 3 дні перебування в санаторії зафіксоване його наближення до нижньої межі норми (48,46 балів при нормативній межі 50 балів). У дівчаток настрої були вірогідно нижчі, ніж у хлопчиків (49,78 балів проти 45,67 балів,  $p < 0,01$ ). У 15-16-річних дівчат середній показник настрою дорівнював 47,36 балів, а у 12-14-річних дівчат - 54,00 ( $p < 0,01$ ), останній вказує на наявність легкого зниження настрою. У хлопчиків цих двох вікових груп настрої відповідали середнім значенням 44,48 та 46,70 балів (різниця невірогідна). Якщо розглядати настрої обстежених дітей за ступенем зниження, то у хлопчиків, народжених до техногенної аварії на ЧАЕС, задовільний настрої виявлений у 75%, легке його зниження (51-59 балів) - у

25%; у хлопчиків, народжених після аварії, задовільний настрої в перші дні санаторно-курортного лікування був виявлений у 78,57%, легке зниження - у 14,29%, значне зниження<sup>1</sup> (60-69 балів) - у 7,14%. У дівчат 15-16 років розподіл був наступний - 68,57%, 25,71% та 5,72% відповідно, а дівчаток 12-14 років - 25%, 75% та 25% відповідно. А взагалі зниження настрою від легкого до помірного відмічено у 39,51% обстежених дітей.

В кінці санаторно-курортного лікування (останні 2 дні) дітям пропонувалося виконати тест САН (самооцінка самопочуття (С), загальної активності (ЗА), настрою (Н)). Його результати наступні: в загальній масі дітей з проявами ВД самооцінки С та ЗА була середньою (29,43 та 28,21 балів відповідно), а самооцінка Н - високою (30,55 балів). У хлопчиків показник С вірогідно вищий ( $p < 0,005$ ), ніж у дівчаток (32,06 та 28,54 бали відповідно), тоді як самооцінка ЗА та Н майже не відрізнялась (різниця невірогідна). У дівчаток 12-14 років показники самооцінки С, ЗА, Н вірогідно нижчі, ніж у 15-16-річних (26,35 проти 29,73 бали по С, 25,94 проти 28,65 балів по ЗА, 26,88 проти 31,50 балів по Н відповідно,  $p < 0,01$ ). У хлопчиків самооцінка С, ЗА, Н подібна в обох вікових групах (33,40 проти 31,50 балів по С, 29,40 проти 29,41 балів по ЗА та 33,4 проти 32,0 балів по Н) і вірогідно вища, ніж у дівчаток ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, аналізуючи результати санаторно-курортного лікування підлітків з ВД, можна вказати на досить високу його ефективність. Особливо помітно вона проявляється зникненням або зменшенням кількості скарг, поліпшенням самопочуття і, безсумнівно, покращенням настрою та загальної активності. Проведення психотерапії в комплексі лікування дітей з ВД сприяє більш швидкій позитивній динаміці лікування, знижує психологічне напруження або призводить до його зникнення (можливо тимчасового) і, опосередковано, впливає на регуляцію вегетативного тону. Включення її в стандарти санаторно-курортного лікування веде до підвищення ефективності лікування ВД в дитячому віці.

### Література

Антипкін Ю.Г. Клініка, діагностика та реабілітація вегетативних дистоній у дітей, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС: Метод. рекомендації / Ін-т педіатрії, акушерства

і гінекології АМН України.- К., 1996.- 44с.

Кушнір С.М. Вегетососудиста дистонія у дітей: Автореф. дис... д-ра мед. наук.- М., 1995.- 19с.

Шварков С.Б. Вегетативные расстройства / Под ред. А.М.Вейна.- М.: Медицинское информационное агентство, 1998.- С.451-463.

## COURSE PECULIARITIES AND SANATORIUM-RESORT THERAPY EFFECTIVENESS OF VEGETATIVE DYSFUNCTION IN ADOLESCENTS FROM VINNYTSIA REGION

I.V.Gusakova

Department of Children Diseases of Vinnytsia State Pirogov Memorial Medical University

### Key Words

Vegetative dysfunction  
Children

### Summary

Data about vegetative dysfunction course and sanatorium-resort treatment effectiveness of this pathology in rural children of Vinnytsia region are adduced.