

КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ВЕГЕТАТИВНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ДІТЕЙ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Н.О. Савельєва; О.І. Сміян, д-р. мед. наук, проф.
Сумський державний університет

ВСТУП

Відомо, що вегетативні дисфункції (ВД) на сьогоднішній день є значною медичною та соціально-економічною проблемою. Це обумовлено їх великою поширеністю (20-82% дітей, за даними різних авторів), труднощами діагностики внаслідок поліморфізму клінічних симптомів, неможливістю радикального лікування [1,2]. У 17-20% підлітків прояви ВД прогресують з віком, трансформуючись у психосоматичні захворювання, такі, як ішемічна хвороба серця, гіпо- та гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки.

Згідно з клініко-патогенетичною класифікацією розрізняють такі форми ВД: нейроциркуляторну (НЦД), вегетативно-судинну (ВСД), вегетовісцеральну (ВВД) дисфункції та пароксизмальну вегетативну недостатність. Поширеність ВСД в дитячій популяції неухильно зростає. Так, за даними 2004-2005 рр. кількість дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу вищезазначеної патології в Сумській міській дитячій клінічній лікарні, склала 441 та 671 випадків за 1 рік відповідно. Зважаючи на домінуючу роль психосоматичних аспектів генезу вегетативних розладів, це може свідчити про неухильний ріст впливу негативних психоемоційних факторів на організм дитини і, можливо, недостатню обґрунтованість патогенетичних підходів до лікування, оскільки механізми, що лежать в основі вегетативних розладів, продовжують вивчатися [3, 4].

Метою даної роботи було вивчення клініко-інструментальних особливостей перебігу ВСД у дітей різного віку м. Сум в сучасних умовах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано 98 історій хвороб пацієнтів з вегетативно-судинними дисфункціями (ВСД), що перебували на лікуванні в педіатричному відділенні Сумської міської дитячої клінічної лікарні в період з 2003 по 2005 роки. Із них: 58 (58,2%) дівчаток і 41 (41,8%) хлопчик, середній вік яких був $14,59 \pm 0,16$ р. Всі діти, історії хвороб яких було вивчено, були поділені на 2 групи згідно з класифікацією В.Д. Чеботарьова та В.Г. Майданника (2002 р.): перша група - від 7 до 12 років (період дитинства) та друга група – від 13 до 16 років (пубертатний період).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Отримані нами дані показали, що серед дітей, пролікованих у стаціонарі педіатричного відділення, переважали діти старшого шкільного віку (табл.1).

Таблиця 1 – Розподіл дітей, хворих на вегетативно-судинні дисфункції, на групи

Група дітей	Обстежені (n=98)	
	абс.	%
I група	11	11,2
II група	87	88,8

За результатами проведеного дослідження встановлено, що маніфестація клінічних проявів ВСД наставала частіше у старшому шкільному віці – 66 дітей (67,3% випадків). Із анамнезу життя – хронічні вогнища інфекцій виявлені у 22 дітей (22,4%), перинатальний період розвитку був обтяженим у 18 дітей (19% спостережень), часті ГРВІ відмічено у 10 дітей (10,2%), ендокринологічні захворювання – у 10 дітей (10,2% спостережень), обтяжений за патологією серцево-судинної системи анамнез – у 7 дітей (7,1%), алергічні прояви – у 6 дітей (6,1%), черепно-мозкові травми в анамнезі – у 4 дітей (4,08% спостережень).

У клінічній картині ВСД цефалгії спостерігались у 83 дітей (84,6%), кардіалгії – у 69 дітей (70,4% спостережень), лабільність артеріального тиску – у 64 дітей (64,3 %), головокружіння – у 25 дітей (25,5%), серцебиття – у 13 дітей (13,2%), підвищену втомлюваність виявлено у 12 дітей (12,27%), психоемоційну лабільність – у 10 дітей (10,2%), нудоту, біль в животі, не пов'язаний з прийманням їжі, - у 7 дітей (7,14%), почуття нестачі повітря, задихку – у 5 дітей (5,1%), артралгії, міалгії – у 4 дітей (4,08%), напади неспокою – у 4 дітей (4,08%), метеочутливість - у 3 дітей (3,06%) - табл.2.

Таблиця 2 – Структура клінічних проявів ВСД

Симптом	Частота, % (n=98)
Цефалгії	84,6
Кардіалгії	70,4
Лабільність артеріального тиску	64,3
Головокружіння	25,5
Серцебиття	13,2
Підвищена втомлюваність	12,27
Психоемоційна лабільність	10,2
Нудота, біль у животі, не пов'язаний з прийманням їжі	7,14
Почуття нестачі повітря	5,1
Напади неспокою	4,08
Артралгії, міалгії	4,08
Метеочутливість	3,06

Таким чином, найбільш частими симптомами в маніфестації ВСД були головний біль, кардіалгії та лабільність артеріального тиску.

Крім загальноприйнятих досліджень, у тому числі електрокардіографії, всім дітям в клініці було проведено кардіоінтервалографію (КІГ), реоенцефалографію (РЕГ) та ехокардіографію (ЕхоКГ).

За даними КІГ у дітей визначених вікових груп вихідний вегетативний тонус був нормотонічним - 51% спостережень, ваготонічним – у 7 дітей (8% спостережень), симпатикотонічним – у 24 дітей (24,5%), гіперсимпатикотонічним - у 16 дітей (16,5%); при цьому компенсаторні механізми були напружені у 70 дітей (71,4% спостережень), послаблені – у 20 дітей (20,4%), нормальні – у 8 дітей (8,2 %), а вегетативна реактивність була гіперсимпатикотонічною у 44 дітей (44,8%), нормальною – у 37 дітей (37,7%) та асимпатикотонічною – у 18 дітей (18,2%) - табл.3.

Отже, за даними КІГ показники вегетативного гомеостазу частіше були такими: вихідний вегетативний тонус – амфотонічний, вегетативна реактивність – гіперсимпатикотонічна, а компенсаторні механізми – напружені.

Таблиця 3 – Структура показників вегетативного гомеостазу за даними КІГ у дітей визначених вікових груп

Показник		Частота, % (n=98)
Вихідний вегетативний тонус	Амфотонічний	51
	Симпатикотонічний	24,5
	Гіперсимпатикотонічний	16,5
	Ваготонічний	8
Компенсаторні механізми	Напружені	71,4
	Ослаблені	20,4
	Нормальні	8,2
Вегетативна реактивність	Гіперсимпатикотонічна	44,8
	Нормальна	37,7
	Асимпатикотонічна	18,2

За даними РЕГ у 55 дітей (57%) відмічено нормальне пульсове кровонаповнення судин головного мозку, у 22 (22,8%) - цей показник підвищений, а у 16 дітей (17,2%) - знижений; тонус інтракраніальних судин у 45 дітей (46,2%) нормальний, у 32 дітей (33,2%) - підвищений, а у 18 обстежених дітей (19%) відмічено півкульову асиметрію тонузу інтракраніальних судин; венозний відтік у 50% обстежених дітей утруднений (табл.4).

Таблиця 4 - Структура показників за даними РЕГ

Показник		Частота, % (n=98)
Пульсове кровонаповнення	Нормальне	57
	Підвищене	22,8
	Знижене	17,2
Тонус інтракраніальних судин	Нормальний	46,2
	Підвищений	33,2
	Півкульова асиметрія тонузу судин	19
Венозний відтік	Нормальний	50
	Утруднений	50

Таким чином, показники реоенцефалографічного дослідження частіше були нормальними, венозний відтік у половини обстежених дітей був утрудненим.

За даними ЕКГ у 44,8% обстежених дітей виявлено синусову аритмію, у 40 дітей (41,8%) - синдром ранньої реполяризації шлуночків, у 23 дітей (24,48%) - порушення внутрішньошлуночкової провідності без її вповільнення, у 22 дітей (23,46%) - порушення процесів реполяризації і також у 23,4% обстежених дітей - міграцію суправентрикулярного водія ритму, у 9 дітей (10,2%) виявлено синусову брадиаритмію, у 5% обстежених дітей - синусову тахікардію, а у 2% - вкорочення інтервалу P-Q.

Отже, найбільш частими змінами при проведенні ЕКГ у дітей з ВСД були синусова аритмія, синдром ранньої реполяризації шлуночків, а також порушення внутрішньошлуночкової провідності без її вповільнення.

Аналіз даних ЕхоКГ у визначених вікових групах дітей дозволив виявити наявність аномального розміщення хорд лівого шлуночка у 22 дітей (22,5%), а також пролапсу мітрального клапана I ступеня у 9 обстежених дітей (10,2%).

Усі діти в клініці отримували лікування, спрямоване на основні клінічні синдроми вищеназваної патології: психоемоційний, судинної дистонії (соматичної) та вегетативного дисбалансу. Враховуючи результати дослідження, відмічено, що позитивна динаміка загального стану (зникнення скарг та покращання самопочуття) спостерігалась частіше на 9-14-й день стаціонарного лікування – у 47 дітей, що складає 47,9%; на 6-8-й день лікування позитивні зміни клінічної симптоматики відмічено у 41 дитини (41,8%), у 10 дітей (10,2%) – на 3-5-й день від початку проведення терапії.

Таким чином, зазначені клініко-інструментальні особливості є важливими в ранній діагностиці ВД спеціалістами первинної ланки з огляду на раціональність діагностики названої патології саме на етапі функціональних змін, а не органічних перетворень.

ВИСНОВКИ

1 Встановлено високий рівень захворюваності на ВСД, який зростає щороку, особливо серед дітей старшого шкільного віку.

2 У клінічній картині ВСД переважали цефалгії, кардіалгії, лабільність артеріального тиску, запаморочення і тахікардії.

3 Інструментальні дослідження дозволили виявити особливості перебігу вищеназваної патології, серед яких: амфотонічний вихідний вегетативний тонус та гіперсимпатикотонічна вегетативна реактивність; переважання нормальних показників пульсового кровонаповнення та тонуусу інтракраніальних судин при утрудненні венозного відтоку; синусова аритмія, синдром ранньої реполяризації шлуночків, порушення внутрішньошлуночкової провідності без її вповільнення, порушення процесів реполяризації, міграція суправентрикулярного водія ритму.

SUMMARY

The author of the article has analysed archive data of the cases with vegeto-vascular disfunctions. The pathology has the following clinical features: headache and cardialache, unsteady arterial blood pressure, giddiness and tachycardia. Instrumental features include initial vegetative amphotonia and hypersympathicotonical vegetative jetness according to data of the cardiointervalography and also difficulty of venous flow off as to results of rheoencephalography.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Майданник В.Г., Чеботарьова В.Д., Бурлай В.Г., Кухта Н.М. Вегетативні дисфункції у дітей: новий погляд на стару проблему// ПАГ. – 1999. - №4. – С.81-82.
2. Майданник В.Г., Чеботарьова В.Д., Бурлай В.Г., Кухта Н.М. Вегетативні дисфункції у дітей: нові погляди на термінологію, патогенез та класифікацію// ПАГ. – 2000. - №1. – С.10-12.
3. Гусакова І.В. Особливості перебігу вегетативної дисфункції у дітей Вінниччини середнього та старшого шкільного віку: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Харків, 2004.
4. Вегетативные расстройства: Клиника, диагностика, лечение/Под ред. А.М.Вейна. – М.: Мед. информ. агентство, 1998.

Надійшла до редакції 26 жовтня 2006 р.