

УДК 616.839—053.2—07+572.087

*С.Б.Шварков, Г.Ф.Моисеев, А.И.Мачулина,
О.В.Черникова, С.Ф.Черемисина, Г.М.Алисова*

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМООБРАЗОВАНИЯ ПРИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

*Российский центр вегетативной патологии ММА им. И.М.Сеченова (г. Москва),
Поликлиника УД МИД Российской Федерации (г. Москва)*

Вегетативная патология выявлена у 72,5% детей г. Москвы. По критериям ВОЗ, эти дети относятся к группе риска по развитию психосоматических заболеваний во взрослом периоде жизни.

Целью исследования являлось изучение структуры жалоб пациентов и сопоставление их с педиатрическими и вегетативными показателями.

Под нашим наблюдением находились 110 детей (в возрасте от 6 до 15 лет) с вегетативной дисфункцией. Все дети проходили углубленное педиатрическое обследование, исключившее текущее соматическое или инфекционное заболевание, а также обострение хронических заболеваний. При обследовании собирали полный анамнез, проводили неврологический осмотр, изучали антропометрические и весо-ростовые показатели (центильный анализ): оценивали физическое развитие (масса, рост), гармоничность развития (массо-ростовое соотношение), вегетативный статус методом компьютерной вариативной кардиоинтервалографии. Материал обрабатывали статистически на компьютере по программе "Статистика".

Были выделены 3 возрастные группы. 1-ю группу составили 27 детей в возрасте от 6 до 9 лет (14 мальчиков и 13 девочек), 2-ю — 35 детей от 10 до 12 лет (16 мальчиков и 19 девочек), 3-ю — 48 детей от 13 до 15 лет (25 мальчиков и 23 девочек). Соотношение мальчиков и девочек во всех возрастных группах было примерно равным.

Анализ антропометрических данных показал, что наиболее благополучной по антропометрическим данным была 2-я группа: у 83% детей были оптимальные соотношения массы и роста. Во всех группах отмечался высокий процент детей с физическим развитием выше среднего (показатели роста превышали возрастные нормы на 1—2 сигмы). В 1 и 3-й группах дети с физическим развитием выше среднего составляли соответственно 72% и 47%. Дисгармоничность детей первых 2 групп была обусловлена дефицитом массы (у 28% и у 15% соответственно),

дисгармоничность же подростков в большинстве случаев была обусловлена ее избытком (у 19%). Следовательно, дети младшей группы имели высокий рост и низкую массу. В предпубертатном возрасте соотношения массы и роста выравнивались (за счет более быстрого нарастания массы). Пубертатный период характеризовался еще большей скоростью нарастания массы, чем роста, что обуславливало наличие в данной группе детей с избыточной массой.

Для выяснения взаимосвязи антропометрических данных с показателями функции ВНС и клинической картиной нами были проанализированы данные исходного вегетативного тонуса (ИВТ) и вегетативной реактивности (ВР) детей и характер их жалоб. Для детей младшей возрастной группы была более характерна ваготоническая направленность (у 60%), ИВТ в кардиоваскулярной системе, как правило, сопровождалась нормальной ВР. Реже отмечались эйтонический тип ИВТ (у 30%) с нормальной ВР и исходная симпатикотония (у 10%). Во 2-й группе сохранялось преобладание ваготонического исходного тонуса (51,4%) с нормальной ВР или гиперреактивностью. Число детей с симпатикотонией (17,1%) и нормальной реактивностью было больше, чем в 1-й группе. Среди лиц 3-й группы значительно преобладало число детей с нормальными ИВТ (33,3%) и ВР. В данной группе было много (43,75%) лиц с ваготонией и в подавляющем большинстве они имели высокую (гиперсимпатикотоническую) ВР (31,2%) с недостаточным вегетативным обеспечением деятельности.

Наиболее часто дети жаловались на головные боли (в 52% случаев), боли в животе (33%), слабость, утомляемость, чувство усталости (в 49,1%), вестибулярные жалобы — головокружение, непереносимость транспорта (в 15%), кардиалгии (в 10%). Другие жалобы (потливость, субфебрилитет, нарушения сна и аппетита и др.) встречались значительно реже. Головная боль у детей была расценена как головная боль на-

пряжения. Как правило, дети предъявляли несколько жалоб одновременно, причем наибольшее количество жалоб исходило от подростков (56% от числа всех жалоб), наименьшее — от детей младшей группы (6%).

Сопоставление частоты головной боли у детей с их антропометрическими данными показало, что наиболее часто головная боль возникала у детей с гармоничным физическим развитием (69,2% от числа всех детей с головной болью). Дети с дефицитом массы жаловались на головную боль в 9,6% случаев, с избытком массы — в 21,2%. В 1-й группе дети с головной болью имели преимущественно ваготоническую направленность ИВТ с нормальной и недостаточной реактивностью (50% и 20% соответственно). Дети 2-й группы, страдающие головной болью, имели чаще (52,8%) ваготонический тип ИВТ при нормальной асимпатикотонической или гиперсимпатикотонической ВР. В 23,6% наблюдений головная боль в данной группе отмечалась на фоне вегетатив-

ной эйтонии. В 3-й группе чаще были эйтония с нормальной реактивностью (у 24% подростков с головной болью), ваготония с гиперреактивностью (у 20%), симпатикотония с недостаточной и гиперреактивностью (по 6% соответственно).

У детей обследованной группы психоэмоциональная сфера отличалась выраженной эмоциональной лабильностью, вплоть до отчетливых тревожных и тревожно-депрессивных проявлений. В значительной степени встречались характерологические особенности, которые могут быть отнесены к акцентуациям личности.

Таким образом, выявлена зависимость характеристик вегетативного статуса детей от их возраста, физического развития, психоэмоциональной организации. Полученные данные могут быть использованы для проведения и планирования лечебных и профилактических мероприятий среди детей с разными физическими характеристиками и разной возрастной принадлежностью.

УДК 616.74+616.833

Е. А. Саховская

МЫШЕЧНО-ФАСЦИАЛЬНЫЕ ГИПЕРТОНУСЫ И СОСТОЯНИЕ ПСИХОВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У РАБОТНИЦ ШВЕЙНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Казанский государственный медицинский университет

Обследованы 60 работниц швейного производства с одинаковыми интенсивными условиями труда и различным стажем работы на производстве. Изучены выраженность клинического проявления локальных мышечно-фасциальных гипертонусов (МФГ), особенности психологического и вегетативного их статуса. У 36 (60,0%) работниц выявлены выраженные клинические проявления МФГ; 24 швеи были здоровыми. У 23 обследованных с МФГ определялся клинически актуальный вертебральный синдром на шейном или грудном уровне.

Исходный вегетативный тонус с симпатикотонией значительно преобладал у работниц с выраженными МФГ, нежели в группе здоровых (63,9% и 16,6%; $P < 0,05$). Вегетатив-

ная реактивность в группе лиц с МФГ носила в основном асимпатикотонический характер с недостаточным вегетативным обеспечением деятельности. В группе лиц с выраженным МФГ имели место значительный эмоциональный дискомфорт, тенденция к депрессии, трудности адаптации при среднем уровне реактивной тревожности.

Таким образом, проведенное исследование позволяет предположить мультифакториальную природу локальных алгических мышечно-фасциальных гипертонусов. В их генезе наряду с периферическими вертебральными факторами существенную роль играют особенности психовегетативного статуса, характеризующегося преобладанием тревожной депрессивности при симпатикотоническом типе вегетативного гомеостаза.