

ВОЗМОЖНОСТИ ОБЪЕКТИВИЗАЦИИ ВЕГЕТАТИВНЫХ И ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ

О.А. Львова*, Н.Г. Байда

*Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, кафедра неврологии детского возраста и медицинской генетики
МУ Детская городская клиническая больница №9, Екатеринбург*

Симптомы вегетативной дисфункции у детей широко представлены в практике врачей стационарного и амбулаторного этапов оказания помощи. Проведен анализ 40 случаев заболевания у детей 7-16 лет на базе неврологического отделения, показана связь клинических картины, инструментальных методов обследования и результатов психологического тестирования пациентов и их родителей.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, методы обследования, дети

THE POSSIBILITY OF VERIFICATION AND EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF VEGETATIVE DYSFUNCTION IN CHILDREN

O. A. Lvova, N.G. Bayda

Vegetative dysfunction is a widespread problem of nowadays in children neurology. In this research it was shown emotional and psychology state of children with vegetative dysfunction in 40 cases. The possibility of easy clinical investigation to verify the disease is presented.

Keywords: vegetative dysfunction, research, children

Вегетативные нарушения у детей являются одной из актуальных и, в то же время спорных, проблем в современной клинической неврологии. Полагают, что вегетативная дисфункция занимает ведущее место среди неинфекционных заболеваний детского и подросткового возраста, частота ее регистрации в структуре амбулаторного приема специалистов достигает 29% [1]. До настоящего времени остаются открытыми вопросы терминологии, классификации, патогенеза, правомочности постановки клинического диагноза в качестве основного заболевания, не отработаны алгоритмы лечения, профилактики и диспан-

серизации таких пациентов [2, 5, 6]. Вместе с тем, показано, что нейроциркуляторная дисфункция, несмотря на «безобидность» клинических проявлений является предиктором дебюта артериальной гипертензии, атеросклероза и ишемической болезни сердца в молодом возрасте, имеет широкий спектр коморбидных эмоциональных и психосоматических расстройств [2 - 4].

Несоответствие между выраженностью жалоб ребенка и скудностью изменений при объективном исследовании, трудоемкость и зачастую недоступность инструментальных методик создает существенные трудности для практических вра-

чей при распознавании вегетативной дистонии, оценке динамики болезни и эффективности тактики лечения.

Нами было проведено одномоментное поперечное исследование 40 детей, с вегето-сосудистой дисфункцией в качестве основного диагноза, находившихся на лечении в неврологическом отделении МУ ДГКБ №9 г. Екатеринбурга в течение девяти месяцев 2009 года. Критериями включения стали: возраст пациентов в пределах 7 – 16 лет, независимость от пола, согласие родителей ребёнка на участие, отсутствие хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации, отсутствие резидуального органического неврологического фона, пароксизмальных состояний. Критерии исключения: отсутствие информированного согласия, регулярное наблюдение у психиатра, наличие наследственных или приобретенных заболеваний нервной системы в анамнезе. Таким образом, с учетом указанных критериев нами были включены 63% (n=29) девочек и 37% (n=11) мальчиков, средний возраст составил $11,6 \pm 0,8$ лет.

В структуре исследования применялись: стандартизированный опросник на выявление вегетативной дисфункции А.М. Вейна (адаптированный для детского возраста), кино- и ортостатические пробы, вычисление индекса Кердо, в

сравнении с кардиоинтервалографией (КИГ), которую считают «золотым стандартом» объективизации статуса вегетативной нервной системы. Кроме того, эмоциональное состояние детей оценивали с помощью валидизированных и адаптированных опросников Children Depression Inventory (CDI) и Children's Manifest Anxiety Scale (CMAS) в адаптации А.М. Прихожан для выявления симптомов депрессии и тревоги. Астенический синдром подтверждался с помощью опросника, разработанного Шац И.К. Батарея психологических методик включала: кинетический рисунок семьи, семейную социогранию, опросник семейной адаптации и сплоченности, опросник семейной тревоги и методику диагностики родительского отношения (по Варга А.Я, Столину В.В).

Полученные данные обрабатывались в программе SPSS 12,0 с использованием критериев хи-квадрат и методов корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона), четырехпольного квадрата.

Все пациенты предъявляли жалобы на хронический болевой синдром, в виде головной боли, с частотой от 1 раза в месяц до ежедневных, длительностью от 1 месяца до 7 лет. Отмечена положительная корреляция между продолжительностью регистрации головной боли и

ее выраженностью ($r = 0,5$, прямая, $p \leq 0,05$). Жалобы на повышенную утомляемость предъявляли 63% пациентов, на проблемы в когнитивной сфере – 50%, на метеолабильность – 40%, поверхностный сон – 30% детей, в виде частых пробуждений. Эпизоды головокружения беспокоили каждого десятого (10%), склонность к запорам – каждого пятого (20%) ребенка. Все обследуемые дети имели по опроснику А.М. Вейна более 15 баллов, что подтверждало наличие у них вегетативной дисфункции.

Большинство детей имели сопутствующую соматическую патологию, 50% – дисфункции желудочно-кишечного тракта, 16% – патологию дыхательной системы и их сочетания. Отмечена тенденция, согласно которой имелась корреляция частоты головной боли с наличием одного или нескольких соматических заболеваний у пациента ($r = 0,6$; $p \leq 0,05$). Таким образом, жалобы и коморбидный соматический фон детей с вегетативными проблемами отличаются выраженностью болевых и астенических явлений, однако нешироким спектром, в то время как у взрослых пациентов в период обострения насчитывают от 26 до 150 симптомов. Неврологический статус пациентов также был скуден, у 40% больных не выявлено знаков микроочаговой симптоматики.

На следующем этапе оценивалась распространенность и выраженность эмоциональных расстройств у детей. По результатам, полученным при обработке опросника CDI, отмечено, что снижение настроения были у 30% (11-16 баллов), субдепрессивное состояние – у 11% пациентов (17-19 баллов). В каждом пятом случае (20% больных) нами зафиксировано 20 и более баллов – критическое число, что рассматривается в качестве показателя для углубленного изучения ребенка или подростка на предмет идентификации клинически выраженной депрессии. При оценке показателей тревожности установлено, что 35% обследованных имели незначительное повышение уровня тревожности, в то время как каждый четвертый ребенок (23%) – выраженную тревожность. Что касается проявлений астении, то реакция утомления отмечена у 73%, умеренная и выраженная астения – у 16%, и у 10% пациентов соответственно. В процессе обработки полученных данных прослежена положительная корреляция между выраженностью тревожных расстройств и длительностью существования вегетососудистых нарушений ($p \leq 0,05$), а также между выраженностью депрессивных расстройств и астенией ($p \leq 0,05$).

Семейный климат и специфика детско-родительских отношений характеризова-

лась как симбиотический тип взаимодействия в семье в половине (50%), авторитарный – в 36%, попустительский – в 13% случаев. При этом в семьях с авторитарным типом выявлена тенденция к более тяжелому течению цефалгического синдрома (по частоте и длительности). Установлено, что дети из семей с авторитарным типом воспитания, существенно чаще предъявляли жалобы на утомляемость, снижение памяти и внимания, и показывали большую выраженность эмоциональных расстройств. В большинстве случаев (93,3%) отмечается повышение уровня семейной тревоги,

которая умеренно коррелировала с выраженностью вегетативной дистонии ($r=0,5$). Также отмечена прямая взаимосвязь между выраженностью семейной и личностной тревожности, цефалгическим синдромом.

Исходный вегетативный тонус по индексу Кердо показал нормальные значения у 17,5%, клино- и ортостатической пробы - по 15% больных соответственно. С использованием четырехпольной таблицы определены чувствительность и специфичность проведенных методик (таблица 1).

Таблица 1
Значения чувствительности и специфичности клинических проб при вегетативной дисфункции у детей

Методы обследования	Норма	Отклонения	Чувствительность	Специфичность
КИГ	12,5%	87,5%		
Индекс Кердо	17,5%	82,5%	96%*	85%*
Клиностатическая проба	15%	85%	87%*	85%*
Ортостатическая проба	10%	90%	92%*	87%*

где: * - статистически достоверные различия данных ($p \leq 0,05$).

Также, по данным КИГ, у 75% больных отмечено статистически достоверное преобладание тонуса парасимпатической вегетативной нервной системы.

Таким образом, ведущей жалобой у детей с вегетативными нарушениями является цефалгический синдром, тяжесть которого коррелирует с длительностью течения заболевания, степенью личной и семейной тревожности, наличием комор-

бидных соматических заболеваний и эмоциональных нарушений ($r \geq 0,5$).

При оценке эмоционального статуса более чем у 20% детей отмечены симптомы депрессивного и тревожного спектра. У половины пациентов зафиксированы изменения психологического климата в семье, которые отрицательным образом влияли на выраженность вегетативных и эмоциональных проявлений

болезни. Полученные результаты могут служить основанием для включения клинического психолога и(или) детского психиатра в круга специалистов, призванных для диагностики и оказания помощи маленьким пациентам.

Индекс Кердо, клино- и ортостатические пробы показали высокую чувствительность и специфичность в сравнении с «золотым стандартом». Выбранные методики благодаря простоте исполнения и

высокой результативности могут быть использованы для объективизации вегетативных расстройств в амбулаторной и стационарной педиатрической практике, в том числе в условиях отсутствия инструментальных методов исследования (КИГ, холтеровское мониторирование) для подтверждения диагноза и отслеживания динамики болезни, эффективности терапевтических методик.

Список литературы

1. Абакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония (лекция)// Врач. 2007. - Т.№ 2. - С. 6-8.
2. Аверин В.И. Психология детей и подростков. - СПб.: СПбПМИ. - 1998. - 75 с.
3. Антропов Ю.Ф. Особенности диагностической структуры психосоматического контингента детей и подростков г. Москвы// В сб.: Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. - М.: РГМУ, 2000. - С. 275 — 277.
4. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства у детей и подростков //Метод. рекомендации. - М.: Минздрав РФ. - 1994. - 21 с.
5. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. Заболевания вегетативной нервной системы. - М.: Медицина. - 1991. - 862 с.
6. Вейн А.М. с соавт. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. - М.: ООО "Медицинское информационное агентство". - 2003. - 720 с.

* 620219, г. Екатеринбург, ул. Репина,3, e-mail olvova@bk.ru, Львова Ольга Александровна
и.о. зав. каф. неврологии детского возраста с курсом генетики УГМА