

УДК 616.33-002,44-053,2

КОРЕКЦІЯ НЕЙРОВЕГЕТАТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Т.В. СОРОКМАН, Л.Г. ПАЛАМАР, Н.Є. КУЦОБІНА

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Резюме. Психоемоциональное состояние у детей, больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, характеризуется нарушением уровня личностной тревожности и эмоциональной лабильностью. Методами статистического и спектрального анализом вариабельности сердечного ритма выявлены объективные признаки вегетативной дисфункции. Доказана клиническая эффективность применения в комплексной терапии язвенной болезни у детей фитопрепарата Гелариум Гиперикум по 1 драже в течение одного месяца.

Ключевые слова: дети, язвенная болезнь, нейровегетативные нарушения.

Summary. It is set that psychoemotional state of children with ulcerous illness and duodenum is characterized by violation of level of the personal anxiety and emotional labiality. By statistic and spectral methods of analysis of variability of heart rhythm was discovered objective signs of vegetative disfuncion. Clinical efficency in application of one draġie of Gelarium Giperikum herbal drug during one month was proved in complex therapy.

Keywords: children, ulcerous illness, neurovegetative violation.

В ОСТАННЄ десятирїччя активно розглядається інфекційна теорія виразкової хвороби, пов'язана з відкриттям *H. pylori* [2]. Однак кількість хворих дітей на тлі використання запропонованих ерадикаційних засобів не тільки не зменшилась, а, навпаки, неспинно зростає і за останні роки збільшилась втричі, спостерігається тенденція до розвитку більш тяжких форм перебігу, при лікуванні яких відмічається недостатня ефективність та резистентність до сучасних терапевтичних засобів [2]. У всіх дітей, хворих на виразкову хворобу, діагностуються астеноневротичні прояви, вегетативні й трофічні порушення [4]. Вони зумовлені стрімким збільшенням численності шкідливих психологічних чинників.

Багатогранність та складність патогенезу виразкової хвороби, особливості фізіології та психології дитячого віку спонукають до пошуку нових оптимальних методів комплексного лікування цього захворювання. Особливе місце при цьому слід надавати середникам психо- та нейротропної дії. В той же час, при виборі цілеспрямованої медикаментозної корекції в дитячому віці превалюючі позиції слід відводити препаратам рослинного походження. Вони, зазвичай, мають широкий спектр лікувальної дії, що допомагає уникнути поліпрагмазії та негативних побічних ефектів. До таких препаратів відноситься Геларіум Гіперікум, який ще й дотепер не знайшов широкого застосування в педіатрії, зокрема, в дитячій гастроентерології.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування нейровегетативних порушень у дітей, хворих на виразку шлунка та дванадцятипалої кишки.

Матеріали та методи

Під нашим спостереженням перебували 80 пацієнтів, хворих на виразкову хворобу (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки з клінічними ознаками вегетативної дисфункції (ВД), віком від 7 до 18 років. У 86% пацієнтів виявлено

супутні соматичні захворювання в стадії ремісії. Стресовий чинник, що сприяє розвитку захворювання, виявлено в 48% випадків.

Комплексне клініко-анамнестичне, лабораторне та інструментальне обстеження здійснювали за загальними методами. Оцінку вегетативного тону проводили за допомогою «Опитника для виявлення ознак вегетативних змін», заповнюваного обстежуваним, «Схеми дослідження для виявлення ознак вегетативних змін», заповненої лікарем, що дало змогу виявити й оцінити вегетативні порушення не лише у хворих дітей із явними ознаками вегетативної дисфункції, а й у дітей, які не висували активних скарг. Для кількісного вираження динаміки неврологічного статусу (враховували скарги, а також клінічні ознаки, виявлені під час неврологічного огляду, в тому числі вегетативні порушення) у пацієнтів досліджуваних груп розраховували коефіцієнт насиченості (КН): $KH = (\text{сума об'єктивних проявів і скарг}) / (\text{кількість пацієнтів})$. Показник оцінювали на підставі динаміки змін до та після курсу лікування, а також порівняли з показниками контрольної групи.

Дослідження емоційно-особистісних характеристик проводили за допомогою тестів Ч.Д. Спілбергера в модифікації Ю.Л. Ханіна. Результати оцінювали таким чином: до 30 балів – низька тривожність, 31–45 балів – помірна тривожність, 46 балів і вище – висока тривожність. Оцінку темпу психомоторної діяльності та здатності до виконання монотонної роботи, яка вимагає концентрації уваги, проводили за допомогою коректурної проби в поєднанні з перевіркою швидкості читання [6]. Характеристику уваги визначали за допомогою показника точності роботи (W), який характеризує якість виконання завдання. Якщо не допущено жодної помилки або пропуску, цей показник дорівнює 1,0. В іншому разі $W < 1,0$. Показник стійкості уваги (продуктивності) E – визначає одночасно якість та темп виконання, враховуючи обсяг проробленого матеріалу. Якщо $W = 1,0$ (не було допущено

помилки), то цей показник виражається цілим числом. При $W < 1,0$, E – число дробове. $E = S \times W$, де W – показник точності роботи; S – кількість слів, які дитина встигла продивитись.

Властивості й характер особистості (емоційна лабільність-стабільність, екстраверсія-інтроверсія) визначали за допомогою опитника Айзенка (E.P.I.) та дитячого варіанту тесту Айзенка (J.E.P.I.) [1].

Вивчення стану регуляторних систем організму за допомогою показників варіабельності серцевого ритму за різних нозологічних станів, в тому числі й при ВХ, надає цінну інформацію про ступінь напруження цих систем та організму загалом і можливість прогнозувати ризики розвитку патології та оцінювати ефективність лікування [3, 5]. Ми використовували холтеровську систему моніторингу ЕКГ «Cardiospy» (модель 02100, програмна версія 4.01.29.2005 «Labtech Ltd») з визначенням наступних показників: SDNN, SDANN-index, SDNN-index, rMSSD, pNN50%. Всі обстежувані при проведенні ХМ ЕКГ вели щоденник з відображенням основної активності за період дослідження (прогулянки, учбові заняття, самопочуття тощо), час прийому їжі, лікарських препаратів. Існує кнопка активації маркера, натиснення на яку дозволяє точно виділити при аналізі період ЕКГ, що відповідає суб'єктивним відчуттям і скаргам пацієнта (раптовий біль, серцебиття, перебої і т.д.).

Пацієнтів було розподілено на дві групи: в хворих I групи проводили традиційне комплексне лікування ВХ, що включало антигелікобактерну терапію, седативні препарати рослинного походження, репаративні й антацидні препарати; пацієнтам II групи до вищезазваної терапії додавали фітопрепарат Геларіум Гіперікум (препарат із рослини звіробій продирявлений) по 1 драже (255–285 мг екстракту звіробою, 0,9 мг гіперцину) за добу впродовж 4 тижнів. Переносимість препарату оцінювали за 4-бальною системою на підставі об'єктивних симптомів і суб'єктивних відчуттів, що повідомляв пацієнт у процесі лікування. Тривалість дослідження становила 30 днів. Стан хворих оцінювали під час госпіталізації та наприкінці курсу терапії (амбулаторний огляд на 30-й день лікування).

Результати досліджень та їх обговорення

Пацієнти обох груп перед курсом лікування висували численні й різноманітні скарги. При цьому здебільшого це були скарги астеничного характеру: швидка стомлюваність, зниження уваги й пам'яті, неможливість зосередитися. У неврологічному статусі найчастіше виявляли психоемоційну лабільність, пожвавлення сухожилкових і періостальних рефлексів, легкий тремор повік і пальців кистей, легкі координаторні порушення у вигляді нестійкості в позі Ромберга та незначних промахувань під час виконання пальценосової проби, а також гіпергідроз. Частина пацієнтів (20%) вказувала на періодичні панічні атаки. У

10% осіб визначали м'язово-тонічний синдром шийно-плечової ділянки.

За даними «Опитника...», оцінюваного пацієнтами, та «Схеми...», оцінюваної лікарем, виявлені вегетативні порушення були порівнюваними між обома групами й характеризувалися високими абсолютними показниками (42,36±2,19 і 43–2,27 бала відповідно), достовірно відрізнялися від таких в контрольній групі (7±1,3 бала). Коефіцієнт насиченості також був високим в обох групах (23,5±1,2 і 45±2,3 ум.од.).

За результатами обстеження в більшості пацієнтів (62,5% – в I групі, 63,0% – в II групі) відмічали переважання парасимпатичного впливу, що проявлялося тенденцією до зниження АТ, брадикардії, неспокою, інсомнією, а також болем різної локалізації (цефалгії, кардіалгії, міалгії, абдоміналгії), гастроентерологічними скаргами. Для частини пацієнтів були характерні скарги на підвищений гіпергідроз, гіперсаливацію, «корсетний синдром», схильність до ортостатичної гіпотензії та непритомності, сонливість, зниження фізичної активності. Середні показники систолічного АТ становили 110,1±3,8 мм рт. ст. у I групі і 111,8±4,1 мм рт. ст. – у II, що достовірно відрізнялося від аналогічних показників контрольної групи (119,5±3,3 мм рт. ст.). ЧСС в обох групах не відрізнялася як між собою (67,1±6,1 та 68,4±6,1 уд./хв), так і від показників контрольної групи (70,3±6 уд./хв).

При оцінці стану вегетативного гомеостазу хворих на ВХ та здорових дітей методом спектрального аналізу ВРС встановлено, що найбільш виражена відмінність серед показників двох груп спостерігалась з боку показника HF (потужність дуже високих частот). Слід зауважити, що він характеризує ступінь парасимпатичної активності. Для загального ж силового спектру вегетативного балансу при ВХ притаманним є достовірно ($p < 0,01$) вище значення показника TP за рахунок послаблення його симпатичної складової. На це вказує вже згадане вище достовірне підвищення показника HF за відсутності достовірних змін з боку VLF (дуже низьких частот) та LF (низьких частот). У зв'язку з цим у співвідношенні симпатичної та парасимпатичної активностей має місце підвищення активності останньої з них. Про це беззаперечно свідчить достовірно ($p < 0,05$) нижчий показник LF/HF у хворих на ВХ порівняно з ідентичним показником у групі здорових дітей. Отже, і методом спектрального аналізу ВРС виявлено, що при ВХ вегетативний гомеостаз характеризується об'єктивним послабленням симпатичного впливу, що, власне, є основним свідченням наявної та клінічно маніфестованої ВД. За результатами клініко-психологічного дослідження у більшості хворих I та II груп виявлено високий рівень особистісної (53,1±2,5 і 51,4±2,5%) та середній рівень ситуаційної тривожності (36,3±2,4 і 38,6±2,4%). Випадки

низького і дуже високого рівнів тривожності не спостерігалися в жодній групі (рис. 1).



Рис. 1. Рівень тривожності у хворих на ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки

Аналіз емоційного стану хворих на ВХ дітей показав достовірне переважання в обох підгрупах інтровертованих особистостей над екстравертованими. Аналіз шкали нейротизму свідчив про те, що серед хворих дітей переважають емоційно лабільні діти, причому 2/3 з них – із високим рівнем лабільності. Виявлено середній ступінь сформованості інтелектуальних функцій, переважання конкретних форм мислення, середній об-

сяг знань, низький показник концентрації уваги, незначну втомлюваність при розумовій праці. У 15,2% дітей визначався низький ступінь сформованості інтелектуальних функцій, невеликий обсяг знань, конкретно-образне, примітивне мислення, погана увага, втомлюваність; і лише у 10,5% дітей – високий ступінь сформованості інтелектуальних функцій, досить розвинені абстрактні форми мислення, великий обсяг знань, добрий рівень розвитку вербального інтелекту, узагальнення, виділення конкретного із загального, володіння логічними і математичними операціями, легкість засвоєння нових знань.

Після курсу лікування в усіх пацієнтів спостерігали виражене поліпшення самопочуття, зменшення астеничних проявів, емоційної нестійкості, дратівливості, поліпшення настрою. Зменшилися головний біль, запаморочення та серцебиття. Зникли або стали рідкісними й менш інтенсивними різні больові прояви (кардіалгії, абдоміналгії, міалгії). Панічні атаки припинилися у 5% пацієнтів. В обох групах достовірно знизився середній бал самооцінки суб'єктивних ознак, а також показники оцінки стану ВНС, оцінювані лікарем. Окрім того, коефіцієнт насиченості достовірно знизився в обох групах (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показників клініко-вегетативного тестування хворих на виразкову хворобу дітей до та після курсу лікування

Показник	КГ	I група (n=40)		II група (n=40)	
		до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Систолічний АТ в стані спокою, мм рт. ст.	119,5±3,3	110±3,8	118,2±2,6*	111,8±4,1	120±1,9**
Діастолічний АТ в стані спокою, мм рт. ст.	71,3±2,8	70,5±4,1	72,2±6,9	70,3±5,7	71,7±8,9
ЧСС у стані спокою, уд./хв	70,3±6,2	67,6±6,1	68,2±3,1	68,4±6,1	71,3±6
«Опитник...» оцінка пацієнта, бали	6±1,3	41,3±3,6*	30,3±1,8**	44±3,2*	31,1±1,7**
Оцінка стану ВНС лікарем, бали	6±1,3	42,3±2,1*	34,5±1,4	43±2,2*	33,4±1,4**
КН, ум.од.	6±1,4	23,5±1,2*	16±2,5**	25±2,3*	15±2,3**

Примітка: * – достовірність між показниками контрольної та групи порівняння (p<0,05); ** – достовірність між показниками до та після курсу лікування в основній групі (p<0,05)

За даними тесту Сілбергера-Ханіна виявлено достовірну тенденцію до зниження реактивної тривожності (p<0,05) і позитивну динаміку показників особистісної тривожності. Після проведеного курсу лікування в обох групах відмічено позитивну динаміку показників, проте лише в II групі зміни були достовірними. Краще відновлення пам'яті й уваги в II групі, на нашу думку, пов'язане із застосуванням Геларіуму Гіперікуму: а саме з його модулюючим впливом на нейротрансмітерні процеси в ЦНС, стимулюванням процесів міжнейрональної передачі нервових імпульсів, що поліпшує асоціативні процеси, інтегративну функцію ЦНС, активує процеси мислення і пам'ять. Оцінку ефективності лікування лікарем і пацієнтами наведено в таблиці 2.

Висновки

1. Психоемоційні порушення в пацієнтів, хворих на ВХ, характеризуються зміною рів-

Таблиця 2
Ефективність лікування виразкової хвороби в дітей із використанням Геларіуму Гіперікуму в комплексній терапії

Показник	I група (n=40)	II група (n=40)
Оцінка ефективності терапії пацієнтами, бали	3,8±0,2	3,9±0,2
Оцінка ефективності терапії лікарем, бали	3,7±0,2	3,8±0,2

ня особистої тривожності, агресивності, напористості та появою емоційної індиферентності.

2. Методами статистичного й спектрального аналізів ВРС виявлено об'єктивні ознаки вегетативної дисфункції. Вони проявляються в послабленні симпатичної активності ВНС та активації її парасимпатичного відділу.

3. Застосування фітопрепарату Геларіум Гіперікуму сприяє зменшенню симптомів психоемоційного стресу в дітей та перериванню пато-

генетичного ланцюга формування стійких функціональних і структурних змін у гастродуоденальній ділянці.

Перспектива подальших досліджень. Удоско-

налення різних схем терапії виразкової хвороби в дітей із включенням препаратів нейро- та вазотропної дії є перспективним і необхідним напрямком лікування.

Список літератури

1. *Александровская Э.М., Гильяшева И.Н.* Адаптированный модифицированный вариант детского личностного вопросника Р. Кеттела: Метод. рекомендации. Ленинград; 1985: 34.
2. *Белоусов Ю.В.* Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка у детей: механизмы формирования, клиника, диагностика и лечение: Метод. рекомендации. Одесса; 2003: 30.
3. *Васенко Ю.Ю., Геппе Н.А., Глазачев О.С. и др.* Спектральный анализ variability ритма сердца в оценке состояния вегетативной нервной системы у здоровых детей. Рос. педиатр. журн. 1999; 3: 23–27.
4. *Вейн А.М.* Идеи невризма в гастроэнтерологии. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии 1997; 3: 76.
5. *Майданник В.Г., Суликовская Е.В.* Холтеровский мониторинг ЭКГ в диагностике аритмий у детей с вегетативными дисфункциями. Вестн. аритмологии 2002; 25 (приложение А): 99.
6. *Перелесни Л.И.* Корректирующая проба, ее методическая ценность и информативность. Гигиена и санитария 1980; 4: 51–54.