

CLINICAL FEATURES OF PSYCHO-VEGETATIVE MANIFESTATIONS OF VEGETATIVE DYSTONIA DUE TO TEENAGERS' HARMONIC PHYSICAL AND SEX DEVELOPMENT

M. A. Umarova¹  A. Sh. Arzikulov¹ 

1. Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan

OPEN ACCESS
IJSP

Correspondence

M. A. Umarova Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan
e-mail: nilumedlor@mail.ru

Received: 08 December 2023

Revised: 15 December 2023

Accepted: 18 December 2023

Published: 31 December 2023

Funding source for publication:
Andijan state medical institute and I-EDU GROUP LLC.

Publisher's Note: IJSP stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee IJSP, Andijan, Uzbekistan. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Annotation

The aim of research: to reveal the main features of clinical-functional manifestations of vegetative dystonia at teenagers of 15-17 years due to their harmonic physical development.

Material and methods. Research is executed according to results of complex observation of young men - up to call-up age and conscripts in Andijan city at the age of 15-17 years called-up for joining Armed forces in 2009-2011 (n=571 teenagers). The following clinical and instrumental methods of research have been used: questionnaire, clinical observe, estimation of neuropsychiatric development, estimation of sexual development, somatometry, estimation of physical development level and fullness of harmony, somatoscopy.

Results and discussions. The received data have distinctly shown not only prospective clinical polymorphism peculiar to vegetative dysfunction, but - and this is the main thing - already formed systemic syndromes, somatoformic and psycho-vegetative, asserting permanence of vegetative misbalance and its significant expressiveness.

Key words: vegetative dystonia, adolescents, harmony.

Введение. Одним из приоритетных направлений правительства и системы здравоохранения в республике Узбекистан в настоящее время является осуществление мероприятий по улучшению медицинского обеспечения детей и подростков, которые указаны в ряде Постановлений Президента республики Узбекистан и кабинета министров республики Узбекистан: Указ Президента Республики Узбекистан от 7 декабря 2018 года «О комплексных мерах по коренному совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» в 2019-2025 годах, постановлением № ПФ-60 от 2022 года «О стратегии развития Нового Узбекистана» предусмотрена решениями ПК-216 от 2022 года задача совершенствования системы оказания высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям репродуктивного возраста.

Вегетативная дистония (ВД) составляет большую социальную проблему, так как может влиять на психоэмоциональное и умственное развитие подростков и приводить к ограничению возможности прохождения военной службы призывной молодежи в рядах Вооруженных Сил[1–3].

Цель исследования: выявить основные закономерности клинико- функциональных проявлений вегетативной дистонии у подростков 15-17 лет в зависимости от гармоничности физического развития и пола.

Материал и методы. Работа выполнена по результатам комплексного обследования юношей-допризывников и призывников г. Андижана в возрасте от 15 до 17 лет, призванных для приписки в Вооруженные Силы в 2009 - 2011 году.

Для оценки дисгармоничности физического развития (ДФР) и клинических особенностей ВД, а также вегетативной регуляции и определения тендерных различий было проведено углубленное обследование 571 подростка. Все дети были разделены на 4 группы: основная группа и группа контроля, которые в свою очередь были разделены по полу. Основную группу составили 384 подростка с ВД (192 мальчика и 192 девочки). Группа контроля - дети без ВД (здоровые дети I и II а группой здоровья) -187 детей того же возраста (94 мальчика и 93 девочки). Все обследованные дети были осмотрены врачами - специалистами: невропатологом, оториноларингологом, хирургом и окулистом для исключения органической патологии.

Учитывая возрастные особенности подростков, мы проводили оценку полового развития всем обследованным детям. Среди 384 подростков с ВД 333 (86,7 %) обследованных подростка имели половое развитие, соответствующее возра-

ростки с ваготонической формой отмечали ноющий, мигреноподобный характер цефалгии, причина возникновения которой может быть связана с сосудистыми или ликвородинамическими (гипертензивно-гидроцефальный синдром) нарушениями[5]. Локализация цефалгии в основном приходилась на лобные и лобно-височные области, реже височные области. Возникают цефалгии в первой половине дня, в утренние часы и метеочувствительные дни. Цефалгии усиливались на первом или втором уроках в школе и сопровождались слабостью. Головная боль более интенсивная, мучительная. Отмечается разлитой, давящий характер боли с продолжительностью до нескольких часов. Как правило, провоцирующими факторами в возникновении цефалгий были психо-эмоциональные или физические перегрузки (конфликтные ситуации дома и в школе, после дополнительных или спаренных уроков, контрольных работ, занятий в школе, уроков физкультуры[3,6,7].

Следует добавить, что на фоне болевого синдрома иногда возникала рвота (1- 2 раза), которая приносила облегчение. Дети отмечали жалобы на головные боли, которые также выявлялись у большинства подростков. В ряде случаев головная боль может быть единственной жалобой у детей с ВД. Ортостатический синдром наблюдался у половины детей 57 (44,53 %) мальчиков и 57(50,89 %) девочек - с гармоничным и почти у 2/3 36 (56,25 %) мальчиков с дисгармоничным физическим развитием. Однако, у девочек с дисгармоничным физическим развитием отмечался данный клинический признак в 4/5 случаев 67(83,75%) подростков. Отмечалась различная тяжесть клинических проявлений от легких (предобморочное состояние) до тяжелых (с более выраженными проявлениями - появление негрубых психосенсорных расстройств). Дисэстезия отмечалась у половины обследованных детей с ВД и ГФР как у мальчиков 74 (57,81%), так и у девочек 65 (58,04%). У детей с ДГФР болевые ощущения в области сердца намного чаще испытывали девочки - более чем у 4/5 подростков -63 (78,75%) и более чем 2/3 мальчиков 44 (68,75%). Надо отметить, что дисэстезия часто сочеталась с другими соматоформными проявлениями: с сердцебиением, лабильностью АД, тахи-или брадикардией, ощущением перебоев в работе сердца, чувством замирания сердца и др.); болевые ощущения в левой половине грудной клетки являлись фоном других манифестных соматоформных и психоэмоциональных вегетативных проявлений. Болевые ощущения в левой половине грудной клетки носили колющий или ноющий, реже давящий характер и ассоциировались с болью, исходящей из сердца, что накладывало на дизэстезию довольно выраженную психоневротическую окраску (ощущение тревоги, страха, особенно в ночное время, бессонницы и др). Следует отметить, что дизэстезия относится к состоянию, наиболее негативно влияющему на качество жизни подростка, формируя у него характерологические изменения, личностные и межличностные девиации. Нередко в беседе с подростком выявлялись пессимистичность настроения, ипохондрия, склонность к депрессии. Уместно здесь высказать мысли о существенной доли участия психоэмоциональной настроенности и толерантности подростка к боли как таковой[3,7,8].

Как удалось установить, одной из довольно частых жалоб у подростков с ВД было сердцебиение, у половины подростков с ГФР как 65 мальчиков (50,78 %), так и 63 девочек (56,25 %). Что касается детей с ДГФР, то наиболее часто предъявляли жалобы на сердцебиение девочки в 3/4 случаях 61 (76,25 %) и лишь половина мальчиков 36 (56,25 %). Следует отметить, что, как правило, сердцебиение ассоциировалось с довольно выраженным психоэмоциональным напряжением, метеопатией. Как видно из таблицы 1, боли в животе отмечались у половины мальчиков - 70 детей (54,69%) и девочек - 58 (51,79%) с ГФР и мальчиков с ДГФР и более чем у % 61 девочек (76,25%) с ДГФР. Абдоминалгии различной локализации и интенсивности, не связанные с приемом пищи, нередко сопровождались дисфункцией кишечника, изжогой, отрыжкой, тошнотой, гиперсаливацией или, наоборот, сухостью слизистой рта, ощущением кома в горле, метеоризмом. Иногда довольно обильная, но вариантная клиника абдоминального синдрома требовала дифференциальной диагностики.

Головокружения были выявлены у трети мальчиков 39 (30,47 %) и почти у половины девочек 54 (48,21 %) с ГФР. Что же касается детей с ДГФР, то данный симптом отмечался почти у 2/3 -37 (57,81 %) мальчиков и у почти у % 59 (73,75%) девочек. В подавляющем большинстве случаев головокружения были связаны с вегетативной нестабильностью. Правда, уточнить природу самой вегетативной нестабильности у девочек-подростков было весьма затруднительно, что связано

с выраженными и вполне физиологическими процессами становления репродуктивной функции. Довольно часто уточненный диагноз звучал как дискинезия (желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря или желчевыводящих путей), и в нередких случаях подростка направляли в гастроэнтерологическое отделение для проведения лечебных мероприятий. Запоры, как проявление дискинезий, были выявлены у каждого 4 мальчика 32 (25,0 %) и почти у каждой 7 девочки 16 (14,29%) с гармоничным типом. Эти проявления оказались более частыми у детей с дисгармоничным типом физического развития - почти у каждого третьего мальчика и каждой второй девочки. Часто это были жалобы на периодическое отсутствие спонтанного стула в течение нескольких дней, ощущение неполного опорожнения кишечника. Обмороки у детей подросткового возраста с ВД и ДГФР встречались у каждого 5-го мальчика 15 (23,44 %) и 3-ей девочки 26- (32,50 %). Следует предположить, что головокружения в какой-то степени являются либо аналогами, либо предшественниками синкопальных состояний у подростков с вегетативной дезадаптацией. Кратность клинических симптомов, рассчитанная на 1-го обследуемого подростка, имела существенное отличие у детей 13-15 лет с различной степенью гармоничности. Так, клинические признаки у детей с ДГФР в 1,5 раза чаще встречались по сравнению с подростками с ГФР.

Соматоформные проявления ВД имели достоверные различия между мальчиками и девочками с ВД как с ГФР, так и ДГФР. Определены достоверные различия между мальчиками с ГФР и ДГФР и между девочками с ГФР и ДГФР. Было выявлено, что у девочек с ДГФР клинические проявления ВД отмечались чаще и имели более выраженную и интенсивную окраску по сравнению с девочками с ГФР. Клинические признаки различных психовегетативных проявлений ВД, выявленные у детей с ВД в зависимости от гармоничности физического развития, были весьма многообразны. Изучение частоты психовегетативных симптомов показало, что достоверные ($p < 0,05$) тендерные различия выявлены только в группе детей с ДГФР, так, у девочек чаще, чем у мальчиков, встречаются: ощущение слабости - (на 35,0 %), эмоциональная лабильность - (на 23,12 %). Достоверно чаще ($p < 0,05$) у девочек с ДГФР по сравнению с девочками с ГФР выявлялись ощущение слабости - (на 40,4 %), эмоциональная лабильность - (на 27,1 %), утомляемость - (на 24,3 %). Общая частота признаков психовегетативного синдрома на 1-го ребенка с ДГФР была в 1,3 раза больше, чем в группе детей с ГФР. Кратность клинической совокупности симптомов в большей степени отмечалась у девочек (в 1,3 раза) по сравнению с мальчиками, особенно в группе детей с ДГФР. Следует отметить и такие проявления психовегетативного синдрома как метеопатию, выраженные утомляемость и ощущение слабости, нарушения сна в анамнезе более, чем у половины обследованных. Более половины подростков с ВД предъявляли жалобы на ухудшение состояния при резких изменениях погоды. Важно отметить, что утомляемость как ответная психовегетативная реакция на эмоциональное или физическое напряжение у подростков с ВД базировалась на низкой толерантности у этих детей к средовым факторам вообще и к вышеназванным, в частности (5, 7). Почти у половины мальчиков 63 (49,22 %) и 2/3 девочек 64 (57,14 %) с ГФР и почти у девочек -57 и у половины мальчиков с ДГФР отмечался и такой манифестирующий признак вегетативной недостаточности как нарушение сна, которое проявлялось поздним засыпанием, беспокойным сном, тревожными сновидениями, иногда бессонницей, трудным и поздним пробуждением, чувство недосыпания, сопровождающимся ощущением разбитости, вялости, слабости (8,).

Важно отметить, что ощущение слабости в подавляющем большинстве случаев носило, как правило, перманентный характер и встречалось у детей с гармоничным типом: у половины девочек и менее половины у мальчиков, а среди детей с дисгармоничным типом почти у каждой девочки и у 2/3 мальчиков. Тем не менее, следует отметить, что у подростков с ВД, столь же часто имели место приступы слабости, что было расценено нами как проявление abortивного вегетативного пароксизма, наряду с ощущениями жара, приливов, чувством нехватки воздуха, немотивированной одышкой, спастическими болями в животе и другими признаками, как уже было сказано, abortивных симпато-адреналовых или ваго-инсулярных пароксизмов, свойственных детям с ВД, в основном 15-17 лет, что согласуется с литературными данными (1,2). Проявления ВД со стороны кожных покровов являются, на наш взгляд, чрезвычайно важными с точки зрения объективной диагностики ВД. Именно в силу этого они и были выделены нами как

сту, 37 (9,6 %) детей были с опережением и только 14 (3,7 %) были задержкой полового развития, что не имело достоверных различий с группой контроля. Были использованы следующие клинические и инструментальные методы исследований: анкетирование, клинический осмотр, оценка нервно-психического развития, оценка полового развития, соматометрия, оценка уровня физического развития и степени его гармоничности, соматоскопия: а) оценка состояния опорно-двигательного аппарата б) оценка жировой массы, измерение артериального давления, электрокардиография, кардиоинтервалография, оценка вегетативной реактивности, клиноортостатическая проба, калиперометрия, ручная эргометрия, ВНС – спектрограмма, статистический метод обработки данных.

Результаты и обсуждения. Полученные нами данные отчетливо показали не только предполагаемый клинический полиморфизм, свойственный вегетативной дисфункции, но - и это главное - уже сформировавшиеся системные синдромы, соматоформный и психовегетативный, говорящие о перманентности вегетативного дисбаланса и значительной его выраженности. Был установлен факт периодической манифестации процесса, диктующий необходимость лечения подростка в стационаре и на амбулаторном этапе оказания ему медицинской помощи и, наконец, реабилитации в условиях санатория. Вегетативный дисбаланс у большинства из них не носит патологической окраски и является проявлением лишь приспособительной - компенсаторной реакции - вегетативной дисфункции, в основе которой лежат, как правило, биологические, генетические и социально - средовые факторы, такие как негативные стереотипы поведения, нарушение основ здорового образа жизни и другие[3,4].

Клинические признаки различных соматоморфных проявлений ВД, выявленные у детей с ВД в зависимости от гармоничности физического развития, были весьма многообразны. Изучение клинических особенностей течения вегетативной дистонии у подростков с ВД и ДГФР выявило ряд особенностей по ряду соматоформных проявлений по сравнению с детьми с ВД и гармоничности физического развития (ГФР), как мальчиков, так и девочек. У детей с ВД и ДГФР были выявлены достоверные тендерные различия ($p < 0,05$) по частоте клинических симптомов, у девочек по сравнению с мальчиками чаще отмечались: тошнота - (на 41,6 %), ортостатический синдром - (на 27,5 %), цефалгии - (на 24,7 %), вегеталгии - (на 23,3 %), боли в животе - (на 23,1 %), нейрогенный мочевого пузыря - (на 22,5 %), запоры - (на 21,9 %). В группе детей с ВД и ГФР достоверных тендерных различий по частоте клинических симптомов выявлено не было. Достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялись соматоформные признаки ВД у мальчиков с ДГФР по сравнению с мальчиками с ГФР : оссеалгии - (на 41,4 %), головокружение - (на 27,3 %); у девочек ДГФР в сравнении с девочками с ГФР достоверно чаще ($p < 0,05$) отмечались соматоформные признаки: оссеалгии - (на 63,9 %), метеоризм - (на 53,7 %), запоры - (на 41,9 %), тошнота - (на 40,0 %), ортостатический синдром - (на 32,9 %), головокружение - (на 25,5 %), боли в животе - (на 24,5 %), цефалгии - (на 23,5 %). Как оказалось, наиболее частыми (более чем у 2/3 обследованных всех групп и почти у всех девочек с дисгармоничным типом физического развития) и разнообразными по клинической окраске проявлениями, по крайней мере субъективного свойства, у детей были вегеталгии. Они составляли основу симптома, не только маскируя органную патологию - кардиальные, абдоминальные и церебральные болевые ощущения - но и определяя довольно выраженный фон вегетативной дезадаптации, объективные подтверждения которого можно было выявить как за счет иррадиации по нейрогенным зонам, так и за счет болезненной пальпации мест выхода отдельных нервных пучков - тройничного и лицевого нервов, паравертебральных, сосудисто-нервных. Необходимо констатировать, что вегеталгии так же, как и другие проявления вегетативного дисбаланса, чаще и наиболее интенсивно были представлены у девочек больше, чем у мальчиков. При этом у девочек с ДГФР они были более выраженные.

Цефалгии у мальчиков с гармоничным физическим развитием наблюдались более чем у половины (55,47 %), при этом головные боли были ведущим симптомом среди детей с ВД и ДГФР и девочек с ВД и ГФР. Почти

одинаково (71,43 %) отмечались у девочек с гармоничным и у мальчиков (70,31 %) с дисгармоничным физическим развитием. Что же касается девочек с дисгармоничным физическим развитием, то цефалгии беспокоили почти каждую девочку (95,00 %). Дети отмечали жалобы на головные боли. Так, под-

отдельный симптомокомплекс. Можно было выявить изменение окраски кожных покровов, избыточную потливость вплоть до дистального гипергидроза или, наоборот, сухость ладоней и стоп. Многие дети жаловались на ощущение онемения пальцев рук и ног, ползания мурашек, покалывания, зябкость. Клинические признаки имеют достоверные различия ($p < 0,05$) в зависимости от пола и гармоничности развития. Общая частота объективных признаков на 1-го ребенка у подростков с ДГФР встречалась в 1,7 раза чаще, чем у детей с ГФР. В группе подростков с ВД и ДГФР проявления ВД со стороны кожных покровов имели достоверные тендерные различия ($p < 0,05$) у девочек чаще по сравнению с мальчиками: парестезия - (на 36,9 %), изменение окраски - (на 35,6 %), дистальный гипергидроз - (на 28,8 %). В группе детей с ГФР достоверных тендерных различий ($p < 0,05$) получено не было. У мальчиков с ДГФР достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с мальчиками с ГФР выявлялись избыточная потливость и избыточная сальность - (на 40,6 %). У девочек с ДГФР достоверно чаще ($p < 0,05$) по сравнению с девочками с ГФР определялись избыточная потливость и избыточная сальность - (на 66,6 %), дистальный гипергидроз - (на 52,0 %), изменение окраски кожи - (на 36,1 %).

Заключение. Таким образом, соматоформные проявления ВД имели достоверные различия между мальчиками и девочками с ВД как с ГФР, так и ДГФР. Определены достоверные различия между мальчиками с ГФР и ДГФР и между девочками с ГФР и ДГФР. Было выявлено, что у девочек с ДГФР клинические проявления ВД отмечались чаще и имели более выраженную и интенсивную окраску по сравнению с девочками с ГФР.

Клинические признаки различных психовегетативных проявлений ВД, выявленные у детей с ВД в зависимости от гармоничности физического развития, были весьма многообразны. Удалось еще раз подтвердить более выраженную симптоматику ВД со стороны кожных проявлений в зависимости от гармоничности физического развития и пола подростков. Объяснение этому следует искать в более широком диапазоне вегетативных реакций при более мощной морфо-функциональной перестройке пубертатного периода как у мальчиков, так и у девочек. Кроме того, ретроспективный анализ клинических проявлений ВД у детей подросткового возраста вне зависимости от гармоничности физического развития позволил предположить как несвоевременную, так и недостаточную, диагностику ВД, что, как видится, и явилось причиной столь длительного состояния вегетативной дезадаптации, приведшей, в конце концов, к необходимости санаторного этапа оздоровительных мероприятий. С учетом ретроспективной проведенной диагностики ВД, с нашей точки зрения, создается довольно тревожная картина - недооценка состояния вегетативной дезадаптации у подростков.

Своевременная ранняя диагностика вегетативной дистонии и коррекция вегетативного дисбаланса у подростков, возможно, вполне бы избавила большинство из них от необходимости лечения ВД.

LIST OF REFERENCES

- [1] Akhmedov, M. R. *Salus puerorum - futurorum defensorum patriae. Exitus pediatricorum recentiorum* 2007;6:37–8.
- [2] Aripdzhanova D. M. *Diagnosis dystoniae neurocirculatoriae in adolescentibus et principiis rationalis therapiae. Manuale Institutum Tashkent* 2008.
- [3] Kokolina V.F. Rumyantseva A.G. *Practica paedagogica morborum infantium sub editoria generali. Vegetologia puerorum: dux practicus ad morbos infantiae* 2008;11.
- [4] Guryeva, E. N. *Munus perturbationum autonomiarum in formatione hypertensionis primarum arteriarum in pueris. Bulletin of the All-Russian Scientific Center with the Russian Academy of Sciences Medical V Seminario Universi-Russico memoriae Professoris NA Belokon n.d.*;55:72–3.
- [5] Shlyk, N. I. *Features cordis variabilitas in pueris et adolescentibus cum variis gradibus maturitatis systematis regulatorii corporis. abstractum nuntiare symposium internationale - Izhevsk* 2003:52–60.
- [6] *Usus in vigilantia puerorum et adulescentium valetudinem attentam cum influxu factorum environmentalium. Incolae salutis et habitat* 2010:8–13.
- [7] Itsenko, E. N. *Indices in adolescentibus valetudinis studio aucto onere. Exitus pediatricorum recentiorum n.d.*
- [8] Drobysheva, A. A. *Praeventio et correctio motus meteotropici in pueris 10-14*

annorum cum dystonia neurocirculatoria: abstracta. dis. cand mel scientiarum - Ivanovo
2003:17.