RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Физиотерапевтическое Лечение При Ювенильной Гипертониии У Подростков

Худойбердиева Х. Т., Хашимова З. М., Собиров А. А., Абдурашидов У. М.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Резюме: Проанализировано влияние физиотерапевтических методов лечения на течение гипертонической болезни у больных находящихся на диспансерном учёте. Выявлено улучшение системной гемодинамики и снижение артериального давления без дополнительной медикаментозной коррекции.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, физиотерапия, системная гемодинамика, гипотензивный эффект.

ВВЕДЕНИЕ

В комплексном лечении больных гипертонической болезнью на разных этапах лечебного процесса широко используют методы физиотерапии [1,2,3].

Важным этапом развития здравоохранения является проведение диспансеризации всего населения, на 2-ом этапе которой, для лечения диспансерных больных, важное место отводят методам физиотерапии [3].

Применение физиотерапии в системе диспансеризации имеет свои особенности, обусловленные прежде всего длительным, многолетним наблюдением больных. Возникает необходимость проведения в течении нескольких лет повторных курсов лечения с их рациональной последовательностью и комбинацией лечебных методов.

Материалы и методы: Нами были проведены многолетние наблюдения (в течении 3,5 лет) 100 больных гипертонической болезнью I и IIа стадий, состоящими на диспансерном учете. Больные были разделены на 2 группы, идентичные по полу, возрасту, стадии и течению заболевания. Больным 1-й группы назначали физические методы в виде многократного курсового применения водо- и электролечения на фоне приёма небольших поддерживающих доз гипотензивных препаратов (энам, берлиприл). Больные 2-й контрольной группы получали одну (идентичную) медикаментозную терапию. Лечение больных обеих групп проводилось в поликлинике без отрыва от работы.

Результаты и обсуждения: За период наблюдения (3,5 года) больные 1-й группы получили несколько курсов физиотерапии: 34 больных - 4-5 курса; 36 больных - 3 курса. Курсы физиотерапии проводили систематически через 6-8 месяцев или через год в виде последовательного чередования водо- и электролечебных процедур.

Эффективность отдельных курсов физиотерапии и длительность сохранения лечебного эффекта оценивали по динамике клинического течения заболевания и результатам функциональных методов обследования больных. С помощью метода механокардиографии определяли 4 вида артериального давления: конечное систолическое (МХ), боковое здоровому материнству. 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 [1.2,7].

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

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 (ДГФР) 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 1 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 возрасту, 37 (9,6 %) детей были с опережением и только 14 (3,7 %) были с 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, и такие как негативные стереотипы поведения, нарушение основ здорового образа жизни и другие [3,7].

Клинические признаки различных соматомормных 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 гендерные 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 мочевой пузырь - (на 22,5 %), запоры - (на 21,9 %). В группе детей с ВД и ГФР достоверных гендерных различий по частоте клинических симптомов

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

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 ДФГР и девочек с ВД и ҒФР. 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, подростки с ваготонической формой отмечали ноющий, мигренеподобный характер цефалгии, причина возникновения которой может быть связана с сосудистыми или ликвородинамическими (гипертензивно-гидроцефальный синдром) нарушениями [8]. 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 психоэмоциональные или физические перегрузки (конфликтные ситуации дома и в школе, после дополнительных или спаренных уроков, контрольных работ, занятий в школе, уроков физкультуры [6, 7, 9]. 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

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

соматоформными проявлениями: с сердцебиением, лабильностью АД, тахи -или брадикардией, ощущением перебоев в работе сердца, чувством замирания сердца и др.); болевые ощущения в левой половине клетки являлись фоном других маний соматоформных и психовегетативных вегетативных проявлений. Болевые ощущения в левой грудной клетки носили колющий или ноющий давящий характер и ассоциировались с исходящей из сердца, что накладывают дизэстезию довольно выраженную психоневротическую окраску (ощущение страха, особенно в ночное время, бессонниц Следует отметить, что дизэстезия относ состоянию, наиболее негативно влияют, качество жизни подростка, формируя характерологические изменения, личностные межличностные девиации. Нередко в подростком выявлялись пессимист настроения, ипохондрия, склонность к Уместно здесь высказать мысли о сущее доли участия психоэмоциональной настроен толерантности подростка к боли как таково 9].

Как удалось установить, одной из д частых жалоб у подростков с ВД сердцебиение, у половины подростков с ГФ1 мальчиков (50,78 %), так и 63 девочек (56,25 касается детей с ДГФР, то наиболее предъявляли жалобы на сердцебиение девочек случаях 61 (76,25 %) и лишь половина малья (56,25 %). Следует отметить, что, как , s сердцебиение ассоциировалось с д выраженным психоэмоциональным напр метеопатией. Боли в животе отмечались у IH мальчиков - 70 детей (54,69%) и девоч. (51,79%) с ГФР и мальчиков с ДГФР и бод< % 61 девочек (76,25%) с ДГФР. Абдом различной локализации и интенсивно; связанные с приемом пищи, сопровождались дисфункцией кишечника,: отрыжкой, тошнотой, гиперсаливацие: наоборот, сухостью слизистой рта, ощущена в горле, метеоризмом.

Головокружения были выявлены мальчиков 39 (30,47 %) и почти у половины 54 (48,21 %) с ГФР. Что же касается детей то данный симптом отмечался почти у 2/3%) мальчиков и у почти у 59 (73,75%) де подавляющем большинстве головокружения были связаны с нестабильностью. Правда, уточнить при вегетативной нестабильности у девочек было весьма затруднительно, что связь выраженными и вполне физиологическими процессами становления репродуктивной Довольно часто уточненный диагноз дискинезия (желудочно-кишечного желчного пузыря или желчевыводящих нередких случаях подростка, гастроэнтерологическое отделение для про лечебных мероприятий. Запоры, как про дискинезий, были выявлены у каждого 4 32 (25,0 %) и почти у каждой 7 девочки 16 (гармоничным типом. Эти проявления о более частыми у детей с дисгармоничны 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

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

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 абортивного вегетативного пароксизма, наряду с ощущениями жара, приливов, чувством нехватки воздуха, немотивированной одышкой, спастическими болями в животе и другими признаками, как уже было сказано, абортивных симпатоадреналовых или вагоинсулярных 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 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 гендерные 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, гак и ДГФР. Определены достоверные различия между мальчиками с ГФР и ДГФР и между девочками с ГФР и ДГФР. Было выявлено,

Volume: 3 Issue:2 | February–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

что у девочек с ДГФР клинические проявления ВД отмечались чаще и имели более выраженную и ин тенсивную 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 морфофункциональной 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.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахмедов, М. Р. Здоровье мальчиков - будущих защитников отечества // Вопросы современной педиатрии. - 2007.-Т. 6, № 1.-С. 37-38.
2. Арипджанова Д. М. Диагностика нейроциркуляторной дистонии у подростков и принципы рациональной терапии# ТИ** методическое пособие. Ташкент. -2009 – С.
3. Гурьева, Е. Н. Роль вегетативных нага: в формировании первичной щяершк гипертензии у детей // Бюллютень ВСНЦ по V Всероссийский семинар, посвященный явш профессора РТА. Белоконь. -2007. - № (55);—72-73.
4. Дробышевой, А. А. Профилактика коррекция метеотропных реакций у детей 10-14 с нейроциркуляторной дистонией: автореф. канд. мед. наук - Иваново, 2009. -17с.
5. Камилова Р. Т. ва хаммуалифлар. Шаха? кишлокларда яшовчи 7 ёшдан 17 ёшгача бу. болалар ва усмирларни жисмоний ривожлак буйича стандартлар //Услубий тавсиянс Тошкент.-2009.-С.75
6. Опыт мониторинга здоровья детей подростков в связи с влиянием фактор окружающей среды. // Здоровье населения ичп обитания. — 2010. - № 9.- С. 8 - 13.
7. Практическое руководство по детс болезням под общей ред.В.Ф. Коколиной и Румянцева // Детская вегетология: практиче руководство по детским болезням. - М: ИД ! практика, 2008. - XI т. глава 2 -с.22-32.
8. Шлык, Н. И. Особенности вариабельн сердечного ритма у детей и подростков с различ уровнем зрелости регуляторных систем организ тез. докл. международного симпозиума. - Иж: 2003.-С. 52-60.
9. Иценко, Е. Н. Показатели состояния здор у подростков с повышенной учебной нагрузке Вопросы современной педиатрии. - 2010.- Т. 6, — С. 264':