

В. В. Зубова
**ИНФОРМАТИВНОСТЬ СИМПТОМОВ ОЦЕНКИ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА
У СТАРШЕКЛАССНИКОВ**

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия МЗ РФ

Введение. Обучение современных школьников отличается интенсификацией умственной деятельности, обусловленной повышенным объемом учебной нагрузки в условиях дефицита учебного времени, появлением инновационных форм обучения и сопровождается симптоматикой вегетативной дисфункции [Баранов А.А., Кучма В.Р.

2010; Кузьмина Н.А. 2008; Белоконь Н.А. с соавт.1987]. Синдром вегетативной дистонии (переутомление) с современных позиций рассматривается как дезадаптивное состояние, в формировании которого участвуют как эндогенные (наследственные), так и экзогенные средовые факторы, являющиеся либо пусковыми, либо усугубляющими основные клинические проявления [Баранов А.А., Кучма В.Р. 2010; Вейн А.М. 2000; Белоконь Н.А. с соавт.1987]. Данная патология является ведущей причиной дискомфорта самочувствия школьников и нередко вызывает ограничение успешности учебной деятельности. Основные исследования по изучению вегетативного гомеостаза у школьников (6 – 15 лет) проведены в середине 80-х годов [Белоконь Н.А. 1987; Осокина Г.Г. 1985; Школьникова М.А. 1985]. Исследования по анализу информационной значимости клинических симптомов ИВТ у подростков 15 – 17 лет в доступной научной литературе не встречены.

Цель исследования — провести анализ и определить информативность клинических симптомов оценки ИВТ у учащихся общеобразовательных школ 15–17 лет.

Материал и методы. В сравнительном клиническом исследовании было обследовано и проанкетировано 293 подростка 15–17 лет: 56,3% мальчиков и 43,7% девочек. Первая группа — 158 учащихся (госпитализированные подростки, ГП), находившихся на лечении в городском кардиоревматологическом отделении МЛПУ «Городская клиническая больница № 39» с комплексом жалоб на плохое самочувствие и переутомление при поступлении. Вторая группа — 135 условно здоровых подростков (УЗП, т. е. с отсутствием обострений одного–двух хронических заболеваний в течение одного–двух лет до момента обследования).

ИВТ оценивали на основании таблиц А. М. Вейна «Критерии определения ИВТ» и их сокращенного варианта для детей в модификации Н. А. Белоконь с соавт.

Согласно алгоритму, предложенному М. А. Школьниковой [11], информативность симптомов выявляли поэтапно: 1) выделили показатели, различающиеся по частоте в обеих группах; 2) из них отобрали статистически значимые ($p \leq 0,05$) симптомы первого уровня по величине диагностического коэффициента (ДК) ≥ 3 . В результате статистической обработки данных оценили чувствительность (Se), специфичность (Sp), отношение шансов (OR) каждого симптома у группы ГП. Признаки с ДК < 3 и $p > 0,05$ отнесены к симптомам второго уровня значимости (УЗ).

Результаты и обсуждение. В ходе исследования были определены частоты встречаемости всех клинических, а также в отдельности парасимпатических и симпатикотонических симптомов по группе старшекласников в целом. На диаграмме с целью наглядности градации шкалы представлены от 0 до 80% от периферии к центру. Очевидны существенные различия диагностической значимости симптомов у подростков 15–17 лет, мало связанные с полом учащихся.

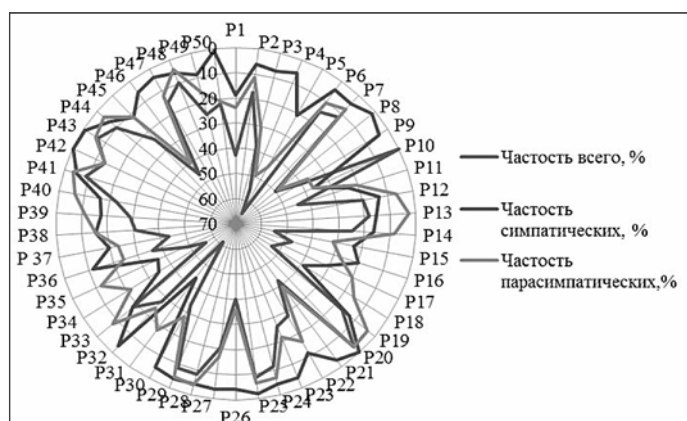


Рис 1. Частота симптомов исходного вегетативного тонуса, %

Из 50 клинических признаков выявили 22 (44%), характеризующихся первым УЗ: из них 15 парасимпатических и 8 симпатикотонических, при этом один симптом (P14) относится и к тем, и к другим. Сравнив УЗ подростков с аналогичными для учащихся первой и второй ступеней, мы получили основание утверждать, что информативность табличных признаков у детей младшего, среднего и старшего школьного возраста является разной. Заслуживает внимания и высокая чувствительность при относительно низкой специфичности симптомов.

В число 22 симптомов первого УЗ вошли только 15 из модифицированной таблицы Н. А. Белоконь и 7 дополнительных из таблицы А. М. Вейна — 2 симпатикотонических и 5 ваготонических признаков.

Следовательно, у учащихся старшей возрастной группы целесообразно использование полной таблицы А. М. Вейна.

Остальные симптомы удовлетворяют условиям второго УЗ, а соответственно обладают меньшей информативностью:

На одного подростка группы УЗП приходится в среднем ($M \pm \sigma$) $4,4 \pm 3,5$ симпатикотонических симптома и $6,2 \pm 3,0$ парасимпатических, а в группе ГП в полтора раза выше — $6,3 \pm 4,5$ и $9,5 \pm 3,7$ соответственно. Статистическая значимость одноименных различий по тесту Kruskal — Wallis $\leq 0,001$.

Структура вариантов ИВТ ($p = 0,02$) у подростков обеих групп: эйтония — 0 – 30 %, парасимпатикотония — 3,6–15%, симпатикотония — 35,7–25% и смешанный тип — 30,7–60,0% соответственно.

Заключение. Структура встречаемости, уровень значимости симптомов исходного вегетативного тонуса у подростков отличны от таковых у детей младшего и среднего школьного возраста.

Оценка исходного вегетативного тонуса у старшекласников должна проводиться по таблицам А. М. Вейна.

Различия между госпитализированными подростками и группой условно здоровых представлены числом симптомов, частотой и интенсивностью их выраженности. У 85% условно здоровых подростков выявлены признаки СВД.

Выявленные симптомы первого уровня значимости являются, по существу, маркерами дезадаптивного состояния и манифестируют клинику переутомления, являются показанием для неотложного лечения.

Научный руководитель,
профессор, д.м.н

Ю.Г.Кузмичев

Крача А. А., Ревенко Н. Е.

ПАРАМЕТРЫ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Департамент Педиатрии, Кишиневский Государственный Медицинский Университет им. «Николае Тестемицану», Республика Молдова, (Директор – Профессор, Нинел Ревенко)

При ювенильном идиопатическом артрите (ЮИА) производство свободных радикалов кислорода превышает антиоксидантный барьер клеток.

Целью данного исследования было определение уровня прооксидантных и антиоксидантных параметров при различных вариантах ЮИА.

Материалы и методы. В исследование были включены 150 детей с ЮИА (диагноз установлен в соответствии с критериями ILAR 1997) [мальчики – 98 (65,3%), девочки – 52 (34,7%)]. Средний возраст детей с ЮИА был $134,22 \pm 4,71$ месяцев. Продолжительность заболевания составляла в среднем – $36,19 \pm 3,22$ месяцев. Прооксидантные и антиоксидантные параметры были определены у 90 детей с ЮИА.

Результаты. Анализ детей с ЮИА в соответствии с клинической формой выявил следующее: системная форма была диагностирована у 18 детей (12,0%), полиартикулярная – у 59 детей (39,3%), олигоартикулярная – у 61 детей (40,7%), артрит в ассоциации с псориазисом – у 2 детей (1,3%), артрит в сочетании с энтезитами – у 9 детей (6,0%), другие артриты – у 1 ребёнка (0,7%).

Уровень прооксидантной тотальной активности в целом по группе у детей с ЮИА составлял в среднем $18,62 \pm 1,95$ $\mu\text{мол/л}$ (в норме – $5,78 \pm 0,78$ $\mu\text{мол/л}$), уровень малондиальдегиды – $21,15 \pm 0,9$ $\mu\text{мол/л}$ (в норме – $10,15 \pm 1,27$ $\mu\text{мол/л}$), $p < 0,001$.

Уровень супероксиддисмутазы в целом по группе у детей с ЮИА составлял в среднем $1130,77 \pm 29,21$ уе/л (в норме – $1196,79 \pm 50,10$ уе/л), антиоксидантной тотальной активности – $22,17 \pm 1,76$ ммол/л (в норме – $24,02 \pm 1,25$ ммол/л), каталазы – $29,79 \pm 2,2$ $\mu\text{мол/с.л}$ (в норме – $50,41 \pm 2,78$ $\mu\text{мол/с.л}$), церулоплазмин – $177,03 \pm 7,31$ мг/л (в норме – $198,38 \pm 17,08$ мг/л), $p < 0,05$.

В зависимости от клинической формы, при системной форме уровень прооксидантной тотальной активности ($30,85 \pm 6,74$ $\mu\text{мол/л}$) и малондиальдегиды

