

- порушення вольової активності (нездатність до планування діяльності, конфліктність, деструктивні копінг-стратегії);

- психалгія, алекситимія (постійна невиказаність, душевний біль).

Негативні батьківсько-дитячі відносини у сім'ї ведуть до прояву хронічної втомлюваності, яка проявляється, як:

- песимістичне відношення до майбутнього (відчуття безперспективності до змін у майбутньому);

- різке порушення комунікативних функцій (постійні конфлікти у близькому оточенні, постійне відчуття непорозуміння та неуваги оточуючих);

- соціальна та побутова дезадаптація (неможливість впоратись з повсякденними соціальними та побутовими навантаженнями);

- психопатологічні прояви.

Довготривалі негативні батьківсько-дитячі відносини у сім'ї ведуть не тільки до психофізичних та

поведінкових розладів, але й можуть призвести до екзистенціальної кризи су, проявами якої є:

- актуалізація екзистенціальних потреб з переходом до патологічного рівня їх проявів (відчуття тривоги, страху, самотності);

- різке порушення комунікативних функцій (постійні конфлікти і близькому оточенні);

- песимістичне відношення до майбутнього;

- втрата змісту життя;

- нездатність до самореалізації (зниження бажання до проявлення особистості, творчої реалізації);

- аутоагресивний настрій (бажання зупинити болісні переживання шляхом самознищення).

Таким чином, актуальність цієї проблеми визначається необхідністю для медицини та медичної психології більш детального вивчення психологічних особливостей психосоматичних хворих, розуміння психологічних механізмів для вибору адекватних форм лікування й профілактики.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Богучарова О. І. Щодо питання збереження здоров'я школярів завдяки родинному вихованню (поради психолога) / О. І. Богучарова // Психологія : збірник наукових праць. — К.: Національний педагогічний університет ім. М. П. Драгоманова, 2002. — Вип. 15. — С. 224–231.
2. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї : курс лекцій / О. І. Бондарчук. — К.: МАУП, 2001. — 96 с.
3. Гриценко Л. І. Формування навичок здорового способу життя у дітей та підлітків / Л. І. Гриценко // Практична психологія та соціальна робота. — 2002. — № 5. — С. 53–59.
3. Максимова Н. Ю., Милютіна Е. Л. Курс лекцій по детской патопсихологии: учебное пособие. — Ростов н/Д.: Феникс, 2000. — 576 с.
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. — М.: Изд-во "Эксмо", 2003. — 928 с.

УДК: 616.37-002:616.3

### СТАН СУДИННОЇ ТА ВЕГЕТАТИВНОЇ СИСТЕМ У ДІТЕЙ З ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Г. П. МОЗГОВА

доктор психологічних наук, професор  
Інститут корекційної педагогіки і психології  
НПУ імені М. Драгоманова

Автори цього дослідження визначили стан судинної та вегетативної систем у дітей з функціональними та запальними захворюваннями верхніх відділів травного шляху, які поєднувались з порушеннями психофізичного розвитку.

Авторы этого исследования попытались изучить состояние сосудистой системы у детей с функциональными и воспалительными заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, которые сопровождались психоневрологическими расстройствами.

The authors of this research tried to investigate the state of vascular system of children with functional and inflammatory diseases of upper sections of digestive tube and psychoneurological disfunction.

Ключові слова: кардіоінтервалографія, реоенцефалографія, патологія травного шляху, порушення психофізичного розвитку.

*Ключевые слова:* кардиоинтервалография, реоэнцефалография, сочетанная патология пищеварительного тракта, психоневрологические нарушения.

*Key words:* cardiointervalography, rheoencephalography, common pathology of digestive tube and psychoneurological disfunction.

**Вступ.** В останні роки в дитячій гастроентерології хронічні запальні захворювання верхніх відділів травного шляху займають головні позиції [2]. Відомо, що хронічний гастродуоденіт визначається більш ніж у 53% дітей старше 10 років, а виразковою хворобою дванадцятипалої кишки страждають до 28% дітей [2, 3]. Окрім цього відмічається явна тенденція до "помолодіння" цих захворювань [3, 4].

В теперішній час значно зросла зацікавленість факторами, що безпосередньо втягнуті в механізм виразкового ураження слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки під дією екзо- та ендогенних впливів [2]. В результаті цих взаємовідносин виникає своєрідна функціонально-структурна перебудова всієї системи фізіологічного захисту слизових оболонок [1–3].

В літературі все частіше з'являються публікації, які свідчать про те, що в розвитку хвороб органів травлення все більше місце займають зовнішньосередовищні фактори [1, 4, 5].

За останні 10 років суттєво зросла роль нервово-психічного фактора в формуванні гастроентерологічної патології [2, 3]. Психосоматичний генез хвороб травлення у дітей прослідковується в тому чи іншому ступеню вірогідності у 40–50% хворих [2]. В ряді випадків провокуючими агресивними факторами можуть бути стресові ситуації [2, 4].

Проблема психосоматичної патології у широкому розумінні — це проблема існування людини. По суті, психосоматичні захворювання чи, так звані, хвороби адаптації — це велике коло розладів, що поєднують у собі соматичні та психологічні порушення.

Проте, остаточно не досягнуто консенсусу у розумінні причин виникнення, найбільш притаманного дитячому віку прогресування психосоматичної патології (ПСП) у пацієнтів з порушеннями психофізичного розвитку та подальшого поглиблення їх соціальної дезадаптації. На сьогодні як в Україні, так і в інших країнах світу відсутні дані щодо розповсюдженості, структури і особливостей клінічного перебігу цієї патології у дітей з порушеннями психофізичного розвитку (ППФР).

**Метою** нашого дослідження було дослідити стан судинної та вегетативної систем у дітей з функціональними та запальними захворюваннями верхніх відділів травного шляху та порушеннями психофізичного розвитку.

**Матеріали та методи.** Всі діти перебували на обстеженні та лікуванні в гастроентерологічних

відділеннях ДКЛ № 9 м. Києва, консультувались та катamnестично спостерігались в міському дитячому консультативному гастроентерологічному центрі.

Комплексне клініко-анамнестичне, лабораторне та інструментальне обстеження проводилось за загальними методами. Основні та супутні діагнози верифіковані за МКХ-10.

З метою визначення морфологічних та функціональних змін з боку верхніх відділів травного шляху проведено ендоскопічне дослідження. Стан слизової оболонки вивчали методом ФЕГДС за допомогою гастродуоденоскопу "Olympus" та оцінювали згідно класифікації В. А. Мазуріна (1975). Під час ендоскопії проводився забір біоптатів з антрального відділу шлунка. Біоптати досліджували морфологічно шляхом пофарбування гематоксилін-еозином та пікрофуксином за Ван-Гізеном та оцінювали при збільшенні об'єктиву мікроскопу "Olympus" x10; x20 за критеріями Сіднейської класифікації (1990). Інфікування *H. pylori* підтверджували твердофазним імуоферментним тестом шляхом якісного визначення IgG-антитіл до *H. pylori* у сироватці крові (UBI MAYIWELL™, США), швидким уреазним тестом (П. Я. Григор'єв та співавтори, 1989).

Особливості шлункової секреції та кислотно-нейтралізуючої функції шлунку визначали за допомогою інтрагастральної рН-метрії (В. М. Чернобровий, 1990), апаратом "ІКШ-2" одночасно з ФЕГДС.

Характер стану вегетативної нервової системи вивчали шляхом аналізу серцевого ритму за допомогою електрокардіографії (Р. М. Баевский, Н. А. Белоконов, 1986). Запис проведено на шестиканальному тепловому електрокардіографі "ЭК 6Т-02". Оцінювали 100 послідовних циклів ЕКГ, зареєстрованих у II стандартному відведенні із застосуванням загальноприйнятих критеріїв (Ю. В. Білоусов, М. І. Батирев, 1988). Узагальнення результатів здійснено за допомогою спеціального програмованого обчислювального комплексу на базі ЕОМ IBM PC/AT-486 (С. О. Бобко, С. М. Макєєв, 1985).

Для уточнення характеру та ступеню змін з боку судинної системи проведено вивчення стану церебральної та периферичної гемодинаміки. Церебральний кровообіг вивчався за допомогою методу реоенцефалографії на вітчизняному чотирьохканальному реоенцефалографі "РА-5-01". Пульсовий імпеданс реєстрували при фронто-мастоїдальному та окціпіто-мастоїдальному відведеннях з обох сторін. Крім візуальної оцінки РЕГ проводили кількісний аналіз з виділенням основних реоенцефалографічних параметрів (Яруллин Х. Х., 1989).

Статистичне обчислення результатів здійснено за допомогою стандартизованих програм MathCAD та Numeri на персональному комп'ютері IBM-486. Вірогідність показників оцінювали за допомогою t-критерію Ст'юдента (Л. С. Камінський, 1964, О. П. Мінцер, 1991). В роботі прийнято рівень достовірності  $p < 0,05$ .

**Обґрунтування результатів.** Обстежено 111 дітей у віці від 7 до 15 років з патологією органів травлення та порушеннями психофізичного розвитку.

Серед обстежених дітей найчисельнішою були пре- (39,8%) та пубертатна (36,2%) вікові групи. В молодшому віковому періоді хронічні ураження шлунку та дванадцятипалої кишки діагностовано значно рідше (23,9%), що підтверджує пріоритетне значення старших вікових періодів дитинства в формуванні хронічних гастродуоденальних процесів. Статевих розбіжностей серед обстежених хворих не визначено.

Нами встановлено, що у дітей молодшого віку ураження шлунку та дванадцятипалої кишки найчастіше (63,4%) течуть без структурних пошкоджень слизової оболонки, тобто мають характер функціональних порушень, в той час, як у хворих в пре- (47,1%) та пубертатні (58,1%) роки превалюють деструктивні форми захворювання. Аналізуючи отримані дані, визначено, що рівень деструктивних пошкоджень слизової оболонки шлунку та ДПК зростає при більш тривалому терміні хвороби (62,8%), що співпадає з думкою інших авторів [2, 3].

Вивчаючи зв'язок захворювань верхніх відділів травного шляху з вегетативним станом, нами з'ясовано, що 100% обстежених дітей мали наявність дисфункціональних порушень ВНС.

Вегетативно-вісцеральний характер порушень шлунково-кишкового тракту підтверджувався результатами дослідження вегетативної нервової системи за допомогою кардіоінтервалографії (КІГ). КІГ проведена усім хворим. Встановлено, що превалювання тону парасимпатичної вегетативної системи було у 65,2% обстежених хворих, а тону симпатичної вегетативної системи у 24,4% при симпатичній, гіперсимпатичній, асимпатичній та нормальній вегетативній реактивності. Тоді як нормальний гомеостаз відмічався тільки у 8,4% дітей. Порушення гомеостазу з превалюванням тону парасимпатичної вегетативної нервової системи у більшості хворих свідчить про зміну емоціональності хворих в бік зниження з відповідним зниженням реактивності і можливістю формування більш за все гастродуоденальної патології.

Означеним співставленням визначено, що при запальних порушеннях верхніх відділів травного шляху відбувається зменшення активності симпа-

тичного відділу ВНС та підвищення впливу холінергічних механізмів регулювання. Доказом цих тенденцій є зниження ІН ( $26,7 \pm 1,02$  у. о. при нормі  $39,0 \pm 6,6$  у. о.), зростання Мо ( $0,89 \pm 0,01$  сек при нормі  $0,72 \pm 0,02$  сек) та  $\Delta x$  ( $0,37 \pm 0,02$  сек при нормі  $0,27 \pm 0,02$  сек) на тлі збереження Амо ( $0,17 \pm 0,03$  сек) ( $p < 0,05$ ) на рівні здорових ( $0,18 \pm 0,01$  сек).

Запальні захворювання верхніх відділів травного шляху без деструктивних уражень шлунку та 12-палої кишки супроводжуються напруженням процесів адаптації. При цьому має місце достовірне зниження Мо ( $0,63 \pm 0,02$  сек проти  $0,72 \pm 0,02$  сек у здорових),  $\Delta x$  ( $0,20 \pm 0,01$  сек проти  $0,27 \pm 0,02$  сек у здорових) та зростання індексу напруги ( $70,3 \pm 2,64$  у. о. порівняно з  $39,0 \pm 6,6$  у. о. у здорових). Подібні зміни є відображенням посиленого функціонування центрального контуру регуляції на тлі превалюючого впливу симпатичного відділу ВНС. Наші дані співпадають з даними літератури (М. Б. Кубергер, А. В. Зарочинцев).

Запальні захворювання верхніх відділів травного шляху з деструктивними ураженнями шлунку та 12-палої кишки мають односпрямовані зміни вегетативного тону. Проявами чого є зменшення впливу симпатичного регулювання та підвищення вагусної активності. Відмічаються вагомні зрушення регулюючих механізмів. При цьому типі порушень має місце значна ступінь ваготонії з гіперсимпатикотонічною реактивністю. Доказом цього є достовірне підвищення Мо ( $0,93 \pm 0,03$  сек при нормі  $0,72 \pm 0,02$  сек) та  $\Delta x$  ( $0,35 \pm 0,04$  сек при нормі  $0,27 \pm 0,02$  сек) з одночасним вираженим зниженням індексу напруги ( $19,8 \pm 0,79$  у. о. при нормі  $39,0 \pm 6,6$  у. о.).

Дисбаланс вегетативних реакцій стосується не тільки певних змін діяльності травного шляху, але й призводить до залучення в процес судинної системи.

Наявність функціональних захворювань верхніх відділів травного шляху поряд з гіперсимпатикотонією викликають порушення церебральної гемодинаміки. Останні полягають в зниженні інтенсивності мозкового кровообігу та затрудненні венозного відтоку. Свідченням цих явищ є збільшення часу швидкого наповнення судин мозку на 15,6%, підвищення показника модуля пружності на 21% і зростанням дикротичного та діастолічного індексів у 1,2 та 1,4 рази відповідно в зрівнянні з віковою нормою. Відомо, що співвідношення дикротичного та діастолічного індексів відображають ускладнення венозного відтоку при майже незмінному артеріальному притоці крові.

Саме ці явища сприяють виникненню застою в судинах головного мозку і, мабуть, є однією з головних причин формування досить частого синдрому краніоцефалгій у цих групах хворих.

Переважає симпатичного впливу регулювання окрім змін церебральної гемодинаміки, призводять до ангіоспазму нижніх кінцівок. Відтворення цих процесів зобумовлено збільшенням модуля пружності судин майже на 9% на тлі падіння реографічного індексу ( $1,30 \pm 0,05\%$  проти  $1,7 \pm 0,2\%$  у здорових).

У дітей з запальними порушеннями шлунку та 12-палої кишки відбуваються дещо протилежно направлені зміни з боку церебрального кровообігу. Збереження часу поширення пульсової хвилі супроводжується лише незначним (в 1,2 рази) підвищення часу швидкого наповнення. Показник повільного наповнення судин збільшується в 1,4 рази, а модуль пружності перевищує верхню межу вікової норми ( $13,23 \pm 1,05\%$  проти  $12,5 \pm 0,5\%$ ), відображаючи зменшення інтенсивності мозкового кровообігу. Дикротичний індекс падає, а діастолічний показник зростає в 1,3 рази.

Отримані тенденції свідчать про ймовірне зниження тону судин церебральних судин, зменшення інтенсивності кровообігу і порушення венозного відтоку. Поряд з підвищенням парасимпатичних впливів та зменшенням церебрального ангіотону, інтенсивністю кровопостачання мозку та венозним ста-

зом супроводжуються зниженням периферичного тону судин артерій і вен. Останні зміни викликані за рахунок падіння часу поширення пульсової хвилі ( $0,230 \pm 0,005$  сек проти  $0,25 \pm 0,002$  сек у здорових), модуля пружності ( $12,15 \pm 0,70\%$  проти  $14,0 \pm 0,5\%$  у здорових) та реографічного індексу ( $1,47 \pm 0,20\%$  проти  $1,7 \pm 0,2\%$  у здорових дітей).

#### Висновки.

Таким чином нами з'ясовано:

- у обстежених дітей з запальними захворюваннями верхніх відділів травного шляху з гіперсимпатикотонією мають місце ознаки спазму судин головного мозку та нижніх кінцівок.
- у пацієнтів при переважанні тону парасимпатичної ланки ВНС, які супроводжувались деструктивними ураженнями з боку слизових оболонок, навпаки, спостерігається одночасне зниження тону судин різного калібру головного мозку та кінцівок.
- і в першому, і в другому випадках відбувається зниження інтенсивності кровообігу. Тобто, генералізованість вегетативних дисфункцій супроводжується не тільки локальним порушенням функції травного шляху, але й охоплює судинну систему церебрального та периферичного рівнів.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Антропов Ю. Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматические расстройства у детей. — М.: Изд-во НГМА, 2000. — 320 с.
2. Запруднов А. М., Копылова О. Д. Рабочее совещание по детской гастроэнтерологии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. — 1997. — № 5. — С. 37–38.
3. Ильин А. Г., Звездина И. В., Эльянов М. М., Рапопорт И. К., Ямпольская Ю. А., Усольцев А. Н., Агапова Л. А. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков // Гигиена и санитария. — 2000. — № 1. — С. 59–61.
4. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. — М.: Изд-во "Эксмо", 2003. — 928 с.

УДК: 376-056.264.016:81

### ІГРИ ТА ВПРАВИ З РОЗВИТКУ ФОНЕМАТИЧНОГО СПРИЙМАННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Ю. В. ПІНЧУК

кандидат педагогічних наук, доцент

І. В. СІРА

Інститут корекційної педагогіки та психології  
НПУ імені М. П. Драгоманова

У статті порушується питання змісту логопедичної роботи з розвитку фонематичного сприймання у дітей з вадами вимовної сторони мовлення, наводяться приклади ігор і вправ.

В статті розглядається питання змісту логопедичної роботи по розвитку фонематичного сприймання у дітей з недостатками произносительной сторони речи, приводятся примеры игр и упражнений.

The article discusses the content of speech therapy work on the development of phonemic perception in children with speech pronunciation side, examples of games and exercises.