

ВГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ»  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ  
ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л. ШУПИКА

## **ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В РАКУРСІ СВІТОВИХ ПРАКТИК**

присвячена 20-річчю членства УАСМ в WONCA –  
Всесвітній асоціації сімейної медицини

*Науково-практична конференція з міжнародною участю  
Збірник праць*

**06 – 07 червня 2019 року**

м. Київ – 2019

## ПСИХОВЕГЕТАТИВНІ СИНДРОМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

**Малик Н.В.**

*Харківський національний медичний університет*

Веgetо-судинна дистонія – мультифакторне, міждисциплінарне захворювання, яке асоціюється з порушенням нейрогуморальної та ендокринної регуляції тону су переважно серцево-судинної, респіраторної та травної систем організму.

Веgetативна дистонія – діагностична категорія, яка часто використовується лікарями загальної практики. Цей термін можна використовувати тільки при формулюванні синдромального діагнозу, на етапі уточнення категорії психопатологічного синдрому, пов'язаного з веgetативними порушеннями. При аналізі клінічних проявів веgetативної дистонії доцільно розділяти психопатологічні симптоми та пов'язані з ними веgetативні порушення.

Веgetативні порушення торкають практично всі функціональні системи організму: нервова система (несистемне запаморочення, відчуття дурноти, відчуття нестійкості, передсинкопальні стани, парестезії, м'язові посмикування); серцево-судинна система (тахікардія, неприємні відчуття у грудній клітині, кардіалгія, артеріальна гіпертонія або гіпотонія, синдром Рейно, хвилі жару та холоду); респіраторна система (відчуття задухи, утруднене дихання, «ком» у горлі, позіханья); гастроінтестинальна система (нудота, блювання, метеоризм, закріп, діарея, урчання, абдомінальний біль); терморегуляційна система (неінфекційний субфебрилітет, періодичні озноби, гіпергідроз); уrogenітальна система (зуд та біль в уrogenітальній ділянці, цисталгія, палакiурія).

Однак хворі часто висловлюють скарги, характерні для якоїсь однієї функціональної системи, виходячи з уявлення про значущість того чи іншого органа в організмі. Найбільш часто пацієнти описують серцево-судинні симптоми. Ретельне спілкування з пацієнтом може виявити полісистемні порушення, які є важливим діагностичним критерієм веgetативної дистонії.

При цьому для лікаря важливо оцінити не тільки симптом, який є для пацієнта на його думку головним, але і симптоми, які

супроводжують головну скаргу. Вегетативні симптоми можуть супроводжуватись порушенням сну, дратівливістю, відчуттям постійної втоми, порушенням уваги, зниженням апетиту, нейроендокринними розладами. Для вегетативної дистонії характерна динамічність вегетативних порушень за характером та інтенсивністю.

Психічні порушення облігатно супроводжують вегетативну дисфункцію. Однак тип психічного розладу та ступінь його вираженості у пацієнтів різний. Психічні симптоми часто маскуються за яскравими проявами вегетативної дисфункції, тому ігноруються хворими та їх оточуючими. Вміння сімейного лікаря своєчасно побачити у пацієнта крім вегетативної дисфункції, психопатологічні симптоми є головним питанням у діагностиці. Частіш за все вегетативна дисфункція пов'язана з емоційно-афективними розладами: тривожно – депресивними порушеннями, фобіями, іпохондрією.

Тривожні розлади – група синдромів, що характеризується надмірним хвилюванням, вираженим страхом, внутрішньою напругою та соматичними симптомами при відсутності будь-якої реальної загрози. Тривожні порушення розповсюджені в загальномедичній практиці та погіршують якість життя пацієнтів. Для цих станів характерні як загальні тривожні симптоми, так і специфічні. До загальних симптомів, пов'язаних з підвищенням симпатичного тону, відносять тахікардію, пітливість, холодні вологі долоні, наявність «кома» у горлі, біль в животі, діарею, прискорене сечовипускання, запаморочення, ознобopodobний тремор, міалгії, сухість у роті.

Специфічні симптоми тривоги визначають конкретний тип тривожного розладу – генералізований тривожний розлад, реактивні форми тривожних розладів, фобії, obsесивно-компульсивний розлад, панічні атаки.

Епідеміологічні дослідження виявили високу розповсюдженість пацієнтів з м'якими (підпороговими) тривожними порушеннями в популяції, коли у пацієнта спостерігається одночасно декілька симптомів протягом 2 тижнів, що призводить до соціальної дезадаптації. Основним проявом захворювання є неспецифічні вегетативні синдроми.

З пацієнтами, які мають тривожно-депресивні розлади, стикаються лікарі різних спеціальностей, тому проблема тривожно-депресивних порушень виходить далеко за межі роботи психіатричної служби.

Нажаль, часто наявність у пацієнта окремих тривожних симптомів не розцінюється їм як патологічний стан, тому не є показом його звертання до лікаря. Насправді, при відсутності лікування тривожні симптоми можуть ускладнитись депресією та іншими психічними захворюваннями. До хронізації тривоги, як правило, призводять неадекватні та несвоєчасні лікувальні заходи. Проблема виявлення цих розладів не є прерогативою психіатрів, в більшості випадків пацієнти з ознаками тривожних порушень все ж таки звертаються за допомогою до лікаря загальної практики. У деяких випадках лікарі не ретельно розпитують пацієнта про його емоції або розцінюють скарги, як прояв соматичного захворювання. Між цим робити це необхідно, тому що консультація психіатра для уточнення діагнозу і вибору тактики лікування не завжди доступна, а головне, в більшості випадків пацієнти вимагаються запобігти такої консультації з-за боязні соціальних наслідків. Сімейний лікар повинен володіти практичними навичками виявлення (стандартні скринінгові опитувальники та шкали) і лікування цих станів. Це обумовлює високу актуальність діагностики і терапії тривожно-депресивних порушень саме в первинній медичній ланці. Окремі симптоми тривоги потребують консультації спеціалістів вузького профілю.

Лікування тривожно-депресивних порушень повинно бути комплексним та вмщувати психотерапевтичні заходи (роз'яснювальну, сугестивну, сімейну психотерапію) та лікарські препарати (транквілізатори, антидепресанти, нейролептики). За даними світової практики в США, Канаді, Європі 80% антидепресантів призначається соматичними лікарями. У 21% пацієнтів в загальносоматичній практиці тривожно-депресивні симптоми складають клінічну основу скарг. При цьому лише 1,2% хворих вказують на погіршення емоційного стану, як причину звернення до лікаря. Лікувальна тактика базується в залежності від типу домінуючого розладу психопатологічної складової синдрому. Оскільки частіш за все вегетативна дисфункція асоціюється з тривожними розладами, перевагу віддають препаратам з анксиолітичним ефектом, який залежить від ступеня вираженості рівня тривоги та тривалості захворювання.

При розгорнутому тривожному розладі протягом тривалого часу використовували анксиолітики бензодіазепінового ряду (гідазепам),