

УДК 616.85:614.255.4

Л.М. Копчак, Н.В. Іжицька

СОМАТОФОРМНІ ВЕГЕТАТИВНІ РОЗЛАДИ У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Кафедра сімейної медицини (зав. – проф. Ю.Г.Кияк) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Резюме. Соматоформні вегетативні розлади (СВР) – розлад вегетативної сфери з перевагою соматичних проявів, який відносять до неврозів. Доцільною є інтеграція допомоги хворим на СВР у первинну ланку медичної допомоги. Лікування хворих на СВР вимагає участі сімейного лікаря, психотерапевта і психоаналітика. Психотера-

певтичні методи ефективні в довготерміновій перспективі, частині пацієнтів потрібна фармакотерапія. Результати лікування оцінюють за біопсихосоціальними стандартами.

Ключові слова: соматоформні вегетативні розлади, діагностика, психотерапія, лікування.

З моменту запровадження сімейної медицини в Україні психічні розлади часто є причиною звертання до сімейного лікаря, однак, на відміну від розвинених країн, їм не приділяють належної уваги. Велику частину психічних розладів займають невротичні, зокрема, т. зв. органні неврози – неврози, які проявляються соматичними симптомами, або за МКХ 10-го перегляду, соматоформні розлади. В Україні, як і в Європейському Союзі, зростає питома вага невротичних та соматоформних розладів у структурі захворювань. За даними William R Yates (2008), кількість осіб з невротичними та соматоформними розладами в загальній популяції становить 2-11,6 %.

Предметом нашої уваги є соматоформні вегетативні розлади (СВР). Зміщення виявлення та надання допомоги хворим на СВР у заклади первинної ланки медичної допомоги має позитивне значення. Хворим на СВР важко усвідомити, що причиною їх нездужання є психічне захворювання, з іншого боку, у суспільстві існує стигматизація психічних розладів, тому по допомогу до психіатра звертаються неохоче. В амбулаторно-поліклінічній практиці соматоформні розлади діагностуються в межах поширених соматичних захворювань відповідної органно-системної приналежності [1]. СВР є захворюванням, яке порушує якість життя не тільки пацієнта, а і його родини, через що зумовлюється важливість медичного, соціального і економічного аспекту цього розладу. Сімейні лікарі як фахівці, які тривало спостерігають пацієнта і отримали підготовку з курсу психічних захворювань, можуть сумісно з психіатрами діагностувати і лікувати СВР. Від того, наскільки швидко сімейні лікарі розпізнають СВР і правильно нададуть допомогу, залежить перебіг захворювання і якість життя пацієнта. Тому метою нашої роботи є виробити чітке розуміння СВР як нозології і накреслити можливий алгоритм ведення хворих на СВР у рамках сімейної медицини.

Донедавна вегетативну судинну дистонію розглядали як функціональний розлад нервової системи. Сімейні лікарі передовсім повинні знати, що дисфу-

нкція вегетативної системи – це синдром, який відображає наявність психічної патології. Пилягіна Г.Я. [5] наводить широкий перелік розладів психіки, які проявляються вегетативною дисфункцією.

СВР – розлад вегетативної сфери з перевагою соматичних проявів, який відносять до неврозів. Розлад – це наявність клінічно визначеного ряду симптомів або поведінки, що в більшості випадків пов'язані зі стражданням та порушують функціонування особистості. Тому діагноз СВР може бути встановлений лише в разі, коли соматичні скарги призводять до соціальної, сімейної або професійної дезадаптації, тобто приносять пацієнту страждання [8]. Частині хворих на СВР притаманна рента установка: власне страждання частково – свідомо, частково – несвідомо, береться ними на озброєння заради досягнення певних соціальних пілг.

У виникненні СВР можуть мати значення дві групи чинників.

I. Особистісно-акцентуаційні особливості.

Соматизація неврозу може бути зумовлена алекситимією, яка, на думку дослідників, є одним із кардинальних діагностичних критеріїв соматизації. Алекситимія – це неспроможність пацієнта вербально чи символічно виражати свої емоційні переживання, через що невисловлені емоції знаходять свій вихід у дисфункції внутрішніх органів. Вибір органа або системи для соматизації не має чіткого пояснення.

II. Психоемоційний стрес.

Загострення захворювання провокується емоційно і когнітивно значимими хронічними стресовими ситуаціями. У хворих при поглибленому розпитуванні можна виявити стресові чинники, які передували виникненню СВР. Чинники зовнішнього середовища, фізична активність тощо не впливають на виникнення і перебіг розладу.

Для СВР, на відміну від соматизованого розладу, не притаманна тенденція до зміни провідного синдрому. Встановлено, що особливістю СВР є тривалі і доволі одноманітні скарги, локалізація яких не змінюється з плином часу.

Даний розлад проявляється двома групами симптомів: об'єктивними ознаками та суб'єктивними симптомами дисфункції вегетативної системи. Соматоформний вегетативний розлад діагностують у випадку, коли наявні такі критерії [8]:

А. Виникнення порушень у вегетативній сфері, які пацієнт приписує соматичній хворобі в одній або більше з наступних ділянок або систем: 1) серце і серцево-судинна система (F45.30); 2) верхня частина шлунково-кишкового тракту (F45.31); 3) нижня частина шлунково-кишкового тракту (F45.32); 4) органи дихання (F45.33); 5) сечовидільна система (F45.34).

В. Є наявні два або більше з наступних вегетативних розладів: серцебиття, пітливість, сухість слизової ротової порожнини, стійкий рум'янець або запечені губи, відчуття дискомфорту в епігастрії або тягара в шлунку.

С. Наявний один або кілька з таких проявів: 1) нез'ясований біль або відчуття дискомфорту в грудній клітці, у ділянці серця; 2) затруднене дихання або гіпервентиляція; 3) значна слабкість за незначних навантажень; 4) аерофагія, гикавка або печія; 5) скарги на «неспокійний» кишечник; 6) часте сечовипускання або дизурія, відчуття важкості або розпирання.

Д. Відсутні докази про порушення анатомічної будови або функцій органів та систем, на які пацієнт концентрує свою увагу.

Е. Якщо вказані в переліку симптоми проявляються одночасно з фобіями (F40.0-F40.3) або панічними атаками (F41.0), то їх не слід діагностувати як соматоформні вегетативні.

При СВР з боку серцево-судинної системи найчастіше виявляють кардіалгії, які мають постійний характер, не іррадіюють, зменшують інтенсивність при помірному фізичному навантаженні. Крім кардіалгій, пацієнти скаржаться на серцебиття і слабкість при фізичних навантаженнях.

СВР верхніх відділів шлунково-кишкового тракту проявляються аерофагією, гикавкою або подразненим шлунком. Найчастіше хворі скаржаться на відчуття дискомфорту в епігастрії або тягара в шлунку, які не пов'язані з вживанням їжі, деяких турбує психогенна аерофагія – відрижка повітрям. Психогенний подразнений кишечник, психогенний пронос – найчастіші прояви СВР нижніх відділів шлунково-кишкового тракту.

Розлади з боку дихальної системи – це синдром гіпервентиляції, при якому пацієнт скаржиться на задишку, що виникає на тлі стресових ситуацій. Іноді пацієнтів турбує ларингоспазм, який описують як “відчуття грудки в горлі”. Інколи в осіб наявний кардіо-респіраторний синдром, який проявляється кардіалгіями, задишкою, гіпервентиляцією, серцебиттям та підвищеною втомлюваністю.

СВР сечової системи спостерігають у 15% усіх випадків, коли був встановлений діагноз «цистит» [4]. Синдром подразненого сечового міхура проявляється цисталгіями, частим сечовипусканням з неве-

ликою кількістю сечі. Інший варіант СВР – психогенна полурія.

Синдроми соматичного захворювання і СВР мають багато спільних рис. СВР є найчастішою причиною гіпердіагностики соматичних захворювань.

Таким чином, **на першому етапі** сімейний лікар проводить диференціальну діагностику між соматичним захворюванням та невротичним розладом. Розмірковуючи над тим, чи можна за діагностичними критеріями встановити діагноз СВР, слід зазначити, що для цього необхідно провести низку клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень, які, за відсутності органічних змін з боку органів або систем, заперечують існування органічної патології. На користь СВР іноді свідчить парадоксальне полегшення стану пацієнта від діагностичних маніпуляцій.

Слід врахувати, що соматичне захворювання може одночасно і незалежно бути в пацієнта з СВР, так само у хворих на СВР може незалежно виникати соматичне захворювання, подібно до інших осіб того ж віку, наприклад, ішемічна хвороба серця. Це явище називають соматопсихічною коморбідністю. Часто сімейні лікарі приділяють увагу лише соматичній патології, ігноруючи психічний стан пацієнта. Для диференціальної діагностики можна використати один із критеріїв соматизованого розладу: за наявності відповідної органічної патології соматичні скарги або, як наслідок, порушення суспільного життя чи професійної діяльності пацієнта є серйознішими, ніж можна було б очікувати за результатами соматичного та лабораторно-інструментального обстеження [8]. Сімейний лікар може виявити інші критерії порушення психосоматичних кореляцій, а саме: невідповідність проявів СВР тяжкості і характеру соматичного захворювання, невідповідність динаміки СВР клінічному перебігу соматичного захворювання, та нестійкість отриманого ефекту від лікування. Для встановлення контакту з пацієнтом варто не ігнорувати соматичні скарги, поступово переміщуючи акцент на його психічні проблеми.

Синдром вегетативної дисфункції є провідним у СВР, але не є специфічним для цієї нозології і трапляється при інших невротичних розладах. Зокрема, вегетативна дисфункція є облігатною ознакою численних захворювань, серед яких соматизовані розлади (F45.0), панічні розлади (F41.0), депресії тощо, однак, у хворих на СВР вегетативна компонента порівняно з іншими розладами є найбільш виражена [2]. Тому **на другому етапі** діагностичного пошуку слід провести диференціальну діагностику вегетативної дисфункції в рамках розладів психіки та поведінки. Сімейний лікар скеровує пацієнта до психіатра.

Методологічні підходи до лікування соматичних хвороб у загальній практиці і психічних розладів у психіатрії відрізняються. Саме тому треба чітко провести лінію, яка б розділяла патологію, що підлягає діагностуванню та лікуванню в сімейного лікаря, і патологію, що потребує втручання психіатра. За ре-

комендацією О.О. Фільца (2003), якщо вегетативні розлади є вторинні відносно емоційних – страху, тривоги, депресії – хворого обов'язково скеровують до психіатра. Лікар-психіатр встановлює діагноз, призначає лікування, після чого хворого спостерігає сімейний лікар.

Для лікування пацієнтів із СВР рекомендують комбінацію психотерапії, психофармакотерапії, соматотропної фармакотерапії та психоаналізу. Застосування лише одного з названих способів знижує ефективність лікування або веде до резистентних форм хвороби. Лікування хворих на СВР вимагає участі сімейного лікаря, психотерапевта і психоаналітика.

Головним напрямом лікування хворих на СВР є психотерапія. З численних методів психотерапії застосовують гештальт-терапію, когнітивно-бігевіоральну, персоно-централізовану, раціональну, екзистенційну психотерапію, автогенне тренування, психоаналіз тощо. Гештальт-терапія розвиває здатність до переживання своїх реальних емоцій та відчуттів. Методи гештальт-терапії спрямовані на створення цілісної особистості в п'яти сферах життя людини: фізичній, емоційній, раціональній, соціальній і духовній. Гештальт-терапію найдоцільніше застосовувати, коли психологічний конфлікт лежить у сфері міжособистісних стосунків. Когнітивна поведінкова терапія – це метод психотерапії, спрямований на вирішення проблем, що стосуються дисфункціональних емоцій та поведінки. У процесі психотерапії пацієнт з алекситимією вчиться відчувати і символічно виражати свій емоційний стан. Крім того, подолання рентної установки проводиться лише шляхом психотерапії.

Будь-який психотерапевтичний метод не дає негайного ефекту. Психотерапія є тривалим процесом і іноді спричиняє явище негативного переносу на психотерапевта – коли відразу не приносить полегшення страждань. Щоб досягти прихильності пацієнтів до лікування, рекомендують застосовувати короткотривалу, ефективну та економічно не затратну психотерапію [3]. Важливою передумовою успішного лікування є проведення бесід з членами сім'ї або сімейна психотерапія. У процесі лікування часто виникають т. зв. психосоматичні кризи. Не впоравшись з вивільненою агресією пацієнт може здійснювати делінквентні вчинки або вдатися до вживання алкоголю, що зумовлює, з одного боку, необхідність тісного контакту і динамічного спостереження з боку психіатра, з іншого – приєднання фармакотерапії. У результаті ефективної психотерапії розриваються патогенетичні ланки СВР, перебудовується мислення, змінюються стереотипи поведінки. Пацієнт з алекситимією в анамнезі вчиться вільно виражати свої емоції – вербально або символічно, що є запорукою успіху іншого методу лікування – психоаналізу.

Оскільки СВР за своєю суттю є неврозом, препаратами вибору для його лікування є транквілізатори. Клінічні ефекти від застосування транквілізаторів

можна поділити на дві групи. Перша – це корекція психологічного статусу, друга – позитивний нейровегетативний вплив. Вегетостабілізуючі ефекти виникають на пізніших етапах лікування, ніж редукція психопатологічних порушень. Бензодіазепінові транквілізатори, такі, як феназепам, діазепам, діють досить швидко, однак спричиняють сильне звикання і мають серйозні симптоми відміни, тому їх не рекомендують призначати більше двох тижнів. Транквілізатори інших хімічних груп відрізняються за силою дії від класичних, але водночас позбавлені їх негативних ефектів. До них належать алпразолам, мебікар, мезапам, гідазепам. Хороший профіль переносимості дозволяє призначати їх протягом тривалого часу [7].

У лікуванні СВР застосовують також антидепресанти класу селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). До них належать сертралін, флуоксетин, циталопрам, пароксетин, тривалий прийом яких не веде до зміни соціальної активності і обмежень професійних дій пацієнтів. Однак клінічний ефект при їх застосуванні виникає через кілька тижнів після початку вживання. Часто хворим на СВР шлунково-кишкового тракту успішно призначають нейролептик сульпірид [6].

Застосування психотропних засобів у клініці СВР має свої особливості. Як правило, застосовують один препарат зі зручним режимом прийому. Психотропні засоби призначають у малих або середніх дозах.

Незважаючи на першочерговість і важливість психотерапії та психофармакотерапії, сімейний лікар не повинен ігнорувати вегетативних симптомів, які турбують пацієнта. З часом більшість з них редукують під дією вегетостабілізуючого ефекту психотропних препаратів. Однак частині пацієнтів на певний час усе ж необхідно призначити симптоматичну соматичну терапію. У хворих на кардіоневроз або кардіореспіраторні розлади – це І-адреноблокатори з внутрішньою симпатоміметичною властивістю, які знімають прояви симпатикотонії: кардіалгію, серцебиття. Слід пам'ятати, що бензодіазепіни не можна поєднувати з І-адреноблокаторами, які ослаблюють їх ефект. Знеболювальні та антиаритмічні засоби є неефективними у хворих на СВР.

В алопатичній медицині для лікування неврозів застосовують лікарські рослини: мелісу лікарську, глід колючий, липу широколисту, хміль звичайний, м'ята перцева, валеріану лікарську, лаванду лікарську, півонію вузьколисту.

Адаптогени не призначають хворим на СВР, оскільки вони можуть посилити вегетативні розлади.

Результати лікування оцінюють за біопсихосоціальними засадами, тобто за трьома аспектами: біологічному (редукція психопатологічних симптомів), психологічному (суб'єктивне покращання самопочуття, задоволення результатами лікування), соціальному (відновлення соціального функціонування пацієнта після лікування).

Література

1. Добровольська О.С. Соматоформні розлади в амбулаторно-поліклінічній практиці в умовах великого промислового центру і система їхньої психотерапії (методологічні, клініко-епідеміологічні, диференційно-діагностичні аспекти) / О.С. Добровольська // *Арх. психіатрії*. – 2005. – Т. 11, № 1(40). – С. 187 – 194.
2. Зимаков А.Ю. Методический подход к клинко-фармакотерапевтической дифференциации соматоформных расстройств / А.Ю. Зимаков, А.М. Карпов // *Казан. мед. ж.* — 2001. — № 1. — С. 16–18.
3. Мирошніченко Н. В. Комплексная психо-фармако-фитотерапия больных с соматоформными расстройствами / Н. В. Мирошніченко, Э. М. Кулинич, В. В. Пинчук // *Мед. исследования*. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 122.
4. Михайлов Б. В. Генезология, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чугунов, Н. В. Мирошніченко // *Мед. исследования*. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36–38.
5. Пилягина Г. Я. Под привычной маской «ВСД» / Г. Я. Пилягина // *Ж. практич. лікаря*. — 2005. — № 2. — С. 44–50.
6. Підкоритов В. С. Організаційна модель амбулаторної допомоги хворим на соматоформну вегетативну дисфункцію органів травлення / В. С. Підкоритов, О. В. Скринник // *Арх. психіатрії*. — 2004. — Т. 10, № 2. — С. 61–63.
7. Серов В.Н. Транквилизаторы в акушерско-гинекологической практике / В.Н. Серов, И.И. Баранов // *Рус. мед. ж.* — 2006. — Т. 14, № 16. — С. 3-7.
8. Фільц О.О. Тілесно-невротичні і психосоматичні розлади у загальномедичній практиці / О.О. Фільц: матеріали науково-практичної конференції [“Психосоматичні аспекти медицини”]. - Львів, 2003. – С.4-22.

СОМАТОФОРМНЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Л.Н. Копчак, Н.В. Іжицька

Резюме. Соматоформные вегетативные расстройства (СВР) – это вегетативные расстройства невротического характера, проявляющееся соматическими симптомами. Целесообразно внедрение помощи таким больным в первичное звено медицинского обслуживания населения. Лечение больных СВР предполагает сотрудничество семейного врача, психотерапевта и психоаналитика. Психотерапевтические методы более эффективны в долгосрочной перспективе, хотя части больных нужна фармакотерапия. Результаты лечения оценивают по биопсихосоциальным параметрам.

Ключевые слова: соматоформное вегетативное расстройство, диагностика, психотерапия, лечение.

SOMATOFORM VEGETATIVE DISORDERS IN THE PRACTICE OF A FAMILY DOCTOR

L.M. Kopychak, N.V. Izhits'ka

Abstract. Somatoform vegetative disorders (SVD) are a disturbance of the vegetative sphere with a prevalence of somatic manifestations which is referred to neuroses. An integration of care for patients with SVD into the primary component of medical health care is advisable. The treatment of SVD patients requires a cooperation of a family doctor, psychotherapist and a psychoanalyst. Psychotherapeutic methods are effective in a long-term perspective, part of patients requires pharmacotherapy. The results of treatment are evaluated by means of biopsychosocial parameters.

Key words: somatoform vegetative disorders, diagnostics, psychotherapy, treatment.

Danylo Halyts'kyi National Medical University (Lviv)

Buk. Med. Herald. – 2010. – Vol. 14, №3 (55). – P.131-134.

Рецензент – проф. О. І. Федів

© Л.М. Копчак, Н.В. Іжицька, 2010

Надійшла до редакції 25.05.2010 року