

9. Piard G. Onychomycosis and other superficial fungal infections of the foot in the elderly: A pan-European survey // *Dermatology*. – 2001. – Vol.202(3). – P. 220-224.
10. Roberts DT, Taylor WD, Boyle J; Guidelines for treatment of onychomycosis. // *Br J Dermatol*. – 2003 Mar. – Vol. 148(3). – P.402-10.
11. Truong A, Friedlander SF. Superficial fungal infections in adolescence. // *Adolesc Med*. – 2001. – Vol. 12(2). – P.213-227.
12. Zuber TJ, Baddam K. Superficial fungal infection of the skin. Where and how it appears help determine therapy // *Postgrad Med*. – 2001. – Vol. 109(1). – P.117-132.

Н.В.МАЛЯРСЬКА

ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.

В статті представлено сучасні дані про синдром вегетативної дисфункції для лікаря сімейної медицини. Інформація подана для практичної діяльності, зокрема для встановлення діагнозу, виділення клінічної форми та підбору адекватного лікування.

Ключові слова: вегетативна дисфункція, синдром вегетативної дистонії.

В статье представлены современные данные о синдроме вегетативной дисфункции для врача семейной медицины. Информация представлена для практической деятельности, в частности для установления диагноза, выделения клинической формы и подбора адекватного лечения.

Ключевые слова: вегетативная дисфункция, синдром вегетативной дистонии.

The paper presents current data on vegetative dysfunction syndrome for family doctors. Information provided for practice, particularly for diagnosis, selection of clinical forms and selection of adequate treatment.

Key words: autonomic dysfunction syndrome vegetative dystonia.

Патологія вегетативної нервової системи (ВНС) за останні десятиліття зросла в 24 рази, а тому стала не тільки медичною проблемою, але і соціально-економічною. Це обумовлено її поширеністю, яка досягає, починаючи з пубертатного віку до 80%. Зацікавленість ВНС, особливо у пубертатному віці, приводить до виснаження адаптаційних резервів організму, що на початку носить функціональний характер, а згодом приводить до органічної патології. Дисфункція ВНС може бути проявом органічного ураження анатомічних утворів вегетативної системи на церебральному, спінальному або периферійному рівні; але часто обумовлена психогенним розладом нервової системи. Вегетативні розлади супроводжують будь-які соматичні захворювання, та нерідко зустрічаються у осіб практично здорових. У всіх цих випадках вегетативні розлади мають різний патогенез, різноманітну клінічну симптоматику, а отже потребують диференційованого терапевтичного підходу.

Перш, ніж говорити про клінічні форми вегетативних розладів, їх перебіг, діагностику, слід згадати про функцію вегетативної нервової системи. ВНС виконує в організмі дві глобальні функції: зберігає і підтримує гомеостаз, тобто втримує в межах фізіологічної норми всі константи: температуру тіла, потовиділення, артеріальний тиск, частоту серцевих скорочень, рН крові, біохімічні показники і т.д.; а також мобілізує функціональні системи

організму для адаптації до мінлих умов наколишнього середовища, зокрема і вегетативне забезпечення діяльності.

Анатомо-фізіологічно в будові ВНС виділяють сегментарний та надсегментарний відділи. До сегментарного відділу відносять периферійні вегетативні нерви, сплетення, ганглії, бокові роги спинного мозку, ядра вегетативних нервів в стовбурі мозку. Особливістю клінічних синдромів, пов'язаних з ураженням сегментарних відділів є їх локальний, вогнищевий характер. Це синдром Горнера при ураженні ядер вегетативних нервів та їх симпатичних волокон (III пара), локальний ангідроз або депігментація при ураженні бокових рогів спинного мозку, фіксований пульс, пов'язаний з ураженням вегетативних волокон при цукровому діабеті.

Анатомічно до надсегментарних структур ВНС відносять: верхні відділи стовбура мозку, гіпоталамус, лімбічна система і асоціативні зони кори головного мозку. За функцією ці структури спеціалізувати важко, тому що вони носять інтегративний характер, тобто на цьому рівні відбувається узгодження вегетативних функцій з емоційними, моторними, ендокринними проявами для забезпечення цілісності поведінкової реакції. До прикладу, в ситуації, яка загрожує життю, поряд з вегетативними розладами (серцебиття, підйом АТ, пришвидшене дихання, звуження периферійних судин) відбувається мобілізація ендокринної системи, перерозподіляється м'язовий тонус, змінюється поріг больової чутливості і, звичайно, змінюється емоційний стан особи (тривога, страх, агресія) і відбувається зміна поведінкової реакції. Слід пам'ятати, що при ураженні надсегментарних структур ВНС виникають синдроми дезінтеграції, тобто, розлади роботи емоційних, вегетативних, моторних і ендокринних систем для забезпечення адекватної цілісності поведінки.

Серед етіо-патогенетичних факторів розрізняють:

- спадкову схильність;
- перинатальні фактори (гіпоксія, внутрішньочерепна гіпертензія);
- ювенільну вегетативну дисфункцію, зумовлену гормональним дисбалансом у пре- і пубертатний період дитинства;
- стрес-емоційну вегетативну дисфункцію, пов'язану з психоемоційним і фізичним перенапруженням, гострим і хронічним стресом;
- інтоксикаційну вегетативну дисфункцію, зумовлену впливом вогнищ хронічної інфекції, соматичних і інфекційних захворювань на вегетативні структури.

Згідно сучасних уявлень про вегетативні розлади, синдром вегетативної дистонії поділяється на три клінічні форми:

- психовегетативний синдром
- синдром периферійної недостатності
- ангіотрофоалгічний синдром.

Психовегетативний синдром – це синдром який ототожнює як «вегетативно-судинну дистонію» так і «нейроциркуляторну дистонію». Ці поняття є синонімами, тому що провідну роль в розвитку синдрому вегетативної дистонії (СВД) відіграють психоемоційні розлади. У хворого з синдромом вегетативної дистонії виявляють скарги: біль в серці, підйом АТ, збільшення частоти серцевих скорочень, страх, зниження настрою, розлади сну, втрата інтересу до навколишнього і до життя; втрату апетиту, зміну маси тіла, зниження лібідо, внутрішній неспокій, втому та постійну слабкість і т.п. Все це створює для лікаря проблеми з кваліфікацією розладів і відповідно з їх лікуванням. Тому пацієнти досить часто змінюють лікаря, роками лікуються без результату метаболічними, судинними, ноотропними препаратами, деколи з додаванням невеликих доз транквілізаторів. Неадекватна терапія приводить до хронізації процесу, а отже і до появи нових вторинних емоційних і психовегетативних синдромів, які

ускладнюють і погіршують фізичну та соціальну адаптацію пацієнтів, значно збільшують фінансові втрати.

СВД - найбільш часта патологія дитячого віку. Її поширеність серед дітей, за даними різних авторів, коливається від 30 до 80%, причому у дівчаток вона зустрічається в 25 рази частіше, ніж у хлопчиків. За деякими даними, вегетативні порушення можна виявити практично у всіх дітей починаючи з періоду новонародженості. Вегетативні розлади можуть зберігатися і у дорослих, однак у дітей, в порівнянні з дорослими, при порушенні вегетативної регуляції соматичні прояви більш виражені. СВД може проявлятися по-різному: симптоми багато в чому залежать від віку, вихідного вегетативного статусу, клінічного синдрому. Так, у дітей раннього віку переважають шлунково-кишкові розлади (зривування, нестійкі випорожнення, метеоризм, кишкові коліки). У віці 3-7 років спостерігаються і шлунково-кишкові розлади, одночасно можуть з'явитися ознаки вегетозалежної кардіопатії, мігрені (у хлопчиків), нейрогенної дисфункції сечового міхура; часто нічні страхи. У дітей 7-12 років зазвичай збільшується частота болю голови у вигляді мігрені, а також болю голови м'язової напруги; зростає частота кардіопатій, вестибулопатій, гіпервентиляційного синдрому, синкопальних станів. У підлітків старше 12 років часто спостерігається цефалгічний синдром, функціональні кардіопатії (з кардіалгічним синдромом), гіпервентиляційний синдром, вестибулопатія, шлунково-кишкові розлади, синкопальні стани. Оскільки при СВД порушення можуть виникати в роботі будь-яких органів і систем, симптоматика вегетативних розладів може бути найрізноманітнішою: - в кардіоваскулярній системі – кардіоритмічні, кардіоалгічні, кардіосенестопатичні синдроми, а також артеріальна гіпер- та гіпотензія;

- в респіраторній системі – гіпервентиляційний синдром (нестача повітря, задишка, відчуття задухи, утруднене дихання);
- в гастроінтестинальній системі – диспептичні розлади (нудота, блювота, сухість в роті, відрижка), абдомінальний біль, дискінетичні розлади, закрепи, проноси;
- в терморегуляторній і потовидільній системах – неінфекційний субфебрилітет, періодичні “морозіння” тіла, дифузний та локальний гіпергідроз;
- в судинній регуляції дистальний акроціаноз і гіпотермія, феномен Рейно, відчуття припливу жару і холоду;
- в вестибулярній системі – несистемне головокружіння, відчуття нестійкості при ході, відчуття «дурноти» в голові, передсинкопальні стани;
- в урогенітальній системі – поллакурія, цисталгія, зуд та біль в аногенітальній зоні.

Як правило, у пацієнтів зі скаргами на біль в серці, підйоми артеріального тиску, субфебриліт, можна виявити і інші вегетативні розлади, що вказує на полісистемність. Тобто, у такого пацієнта виявляються ще скарги на нестачу повітря, пришвидшене серцебиття, пітливість, відчуття нестійкості та невпевненості при виході з будинку і т.д.

Симптоматика СВД, як правило, посилюється в пубертатному віці. У більшості випадків до віку 18-19 років прояви СВД зменшуються. Однак це не означає, що синдром не заслуговує уваги з боку батьків і фахівців. При наростанні стресових ситуацій, психоемоційних розладів СВД дуже часто трансформується в хронічні захворювання. А в нашому житті є всі умови для постійних стресів.

Принципи діагностики:

- виключити соматичне захворювання або визначити його вагу в походженні представлених скарг;
- виділити фактори, які визначають «хворий орган», тобто основну скаргу пацієнта;
- виявити полісистемність вегетативних розладів;
- уточнити перманентність та пароксизмальність перебігу;

- виявити афективних, емоційно-мотиваційні і психопатологічні розлади.

Аналіз семіотики вегетативних розладів дозволяє виділити перманентний та пароксизмальний перебіг. Під **перманентними вегетативними розладами** розуміють суб'єктивні і об'єктивно доведені розлади вегетативної дисфункції, які носять постійний характер або виникають епізодично. Ці розлади проявляються, як правило, в одній системі або носять полісистемний характер. **Пароксизмальні вегетативні розлади** виникають раптово і «безпричинно», провокують розвиток інших симптомів – емоційно-афективних, які мають широкий спектр розвитку та проявів.

Вегетативні дисфункції в дітей - передstadія багатьох розповсюджених психосоматичних захворювань у дорослих (ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія хвороба, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма). З огляду на це, своєчасна діагностика вегетативних розладів у дітей є одним із засобів запобігання хворобам у дорослих.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Амосова Е.Н. Нейроциркуляторна дистонія / В кн.: Клінічна кардіологія. - К.: Здоров'я. - 2002. - Т. 2, глава 7. – С. 755-787.
2. Беленко Ю.М., Оганова Р.Г. Вегетативна дисфункція серця. - М.: ГЕОТАР-Медіа., 2008. – С. 158-168.
3. Латфуллін І.А. Нейроциркуляторна дистонія: діагноз або синдром? // Кардіологія. - 2008. – № 4. – С. 59-61.
4. Маколкін В.І. Нейроциркуляторна дистонія: міф чи реальність? // Кардіологія. - 2008. - № 4. – С. 62-65.
5. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. В.Л.Голубева.- МИА.- Москва. – 2010. – С. 633.
6. Стоянов А.Н. Эффективность применения ноофена для коррекции вегетативных дисфункций у подростков с церебральными ангиодистониями и моторными расстройствами // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 220. – №.4(73). – С. 1-6.

Ю.О. МАТВИЄНКО

ЕНЦЕФАЛОПАТІЯ ВЕРНІКЕ – ПРОБЛЕМНИЙ ОГЛЯД

Енцефалопатія Верніке є потенційно зворотним нейрометаболічним розладом, спричиненим недостатністю тіаміну. Її раннє розпізнавання і адекватне лікування можуть зберегти життя пацієнту.

Ключові слова: енцефалопатія Верніке, патогенез, клінічна картина, діагностика, лікування

Энцефалопатия Вернике есть потенциально обратимым нейрометаболическим расстройством, вызванным недостаточностью тиамина. Ее раннее выявление и адекватное лечение могут сохранить жизнь пациенту.

Ключевые слова: энцефалопатия Вернике, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение