

© 2022 by the author(s).

This work is licensed under Creative Commons Attribution 4.0 International License  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



## ABSTRACT

DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2022;10\(4\):342-350](https://doi.org/10.21272/eumj.2022;10(4):342-350)

**Mariana Kutura**

<https://orcid.org/0000-0002-4059-948X>

**Valeriy Levchenko**

<https://orcid.org/0000-0002-6896-9710>

*Department of Disaster Medicine and  
Military Medicine, Ivano-Frankivsk  
National Medical University, Ivano-  
Frankivsk, Ukraine*

## PSYCHOVEGETATIVE SYNDROME AS A CLINICAL MANIFESTATION OF ADAPTATION DISORDERS IN SENIOR MEDICAL STUDENTS

**The objective** of the paper was the verification of psychosomatic disorders against the background of disadaptation among senior medical students.

**Materials and Methods.** We used screening and psychometric diagnostic methods to examine 292 4th-year students, 181 (62 %) of whom showed signs of disorders relating to psychological and emotional adjustment to the stressful influence of external irritants against the background of somatic symptoms. We used the standardized Spielberger–Hanin, Zung, Cohen, and Nijmegen questionnaires and anamnestic data for the in-depth questionnaire in our research.

**Results.** When assessing the overall results of the psychometric screening, we found that more than half of the 4th-year students surveyed (62 %) had some signs of adjustment disorders. According to the Spielberger questionnaire, 43.65 % of students in the main group (n = 181) showed signs of increased state anxiety. The majority of young people showed signs of trait anxiety, among whom 53.04 % had severe anxiety disorders and 41.99 % had moderate anxiety disorders. According to the Zung questionnaire, 17 people showed signs of depression. The Cophen scale assessment revealed a high number of young people with low stress tolerance among respondents. We found that among 181 students, 35.36 % had a satisfactory result ( $6.8 \pm 1.43$  units) and 50.28 % had a poor result ( $28.2 \pm 1.18$  units). The remaining 10 students in this group had a very poor result ( $36.5 \pm 2.16$  units). 48 students in the main group showed positive results according to the Nijmegen questionnaire.

On the background of the detected changes, psychosomatic symptoms were established in most students, which can act as a marker of a non-adaptive type of autonomic reaction.

**Conclusions.** Screening assessment of medical students with the use of standardized questionnaires makes it possible to detect manifestations of psychovegetative dysfunction, disadaptation syndrome against the background of psychosomatic symptoms.

**Keywords:** students, adaptation, anxiety, stress tolerance, psychosomatic disorders.

**Corresponding author:** Mariana Kutura, Department of Disaster Medicine and Military Medicine, Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine  
e-mail: [marianamak@ukr.net](mailto:marianamak@ukr.net)

## РЕЗЮМЕ

**Мар'яна Кутура**

<https://orcid.org/0000-0002-4059-948X>

**Валерій Левченко**

<https://orcid.org/0000-0002-6896-9710>

*Кафедра медицини катастроф та військової медицини, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна*

## ПСИХОВЕГЕТАТИВНИЙ СИНДРОМ ЯК КЛІНІЧНА МАНІФЕСТАЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ СТАРШИХ КУРСІВ

**Метою** роботи була верифікація психосоматичних розладів на тлі проявів дезадаптації серед студентів-медиків старших курсів.

**Матеріали і методи дослідження.** Методами скринінг і психометричної діагностики обстежено 292 студенти IV курсу, у 181 (62%) з них за результатами анкетування були виявлені ознаки розладів психоемоційної адаптації до стресорного впливу зовнішніх подразників на тлі соматизованої симптоматики. В дослідженні для всестороннього опитування використовували стандартизовані опитувальники Спілбергера-Ханіна, Цунга, Коухена, Наймігенський опитувальник та анамнестичні дані.

**Результати дослідження.** Оцінюючи загальні результати психометричного скринінгу було встановлено, що більше половини опитаних студентів IV курсу (62 %) мали певні ознаки порушень адаптації. За даними опитувальника Спілбергера було встановлено, що у 43,65 % студентів основної групи (n = 181) відмічались ознаки підвищеної ситуаційної тривожності. В більшості молодих людей виявлялись порушення особистісної тривожності – серед них її тяжкий варіант визначався у 53,04 % осіб, помірної форми розлади відмічались у 42 % випадків. Ознаки депресії за даними опитувальника Цунга були виявлені у 17 осіб. Оцінка результатів тестування за шкалою Коухена, виявила серед значної кількості респондентів велике число молодих людей із зниженою стресостійкістю. Так було встановлено, що серед 181 студентів задовільний результат ( $6,8 \pm 1,43$  од) відмічався у 35,36 % осіб, поганий результат ( $28,2 \pm 1,18$  од.) – у 50,28 % випадків. У решти 10 студентів цієї групи відмічався дуже поганий результат ( $36,5 \pm 2,16$  од). Позитивні результати Наймігенського опитувальника були виявлені у 48 студентів основної групи. На фоні виявлених змін у більшості студентів встановлена психосоматична симптоматика, яка може виступати як маркер неадаптивного типу вегетативної реакції.

**Висновки.** Скринінгові обстеження студентів старших курсів із використанням стандартизованих опитувальників дозволяють виявити серед них прояви психовегетативної дисфункції, дезадапційного синдрому на тлі психосоматичної симптоматики.

**Ключові слова:** студенти, адаптація, тривожність, стресостійкість, психосоматичні розлади.

**Автор, відповідальний за листування:** Мар'яна Кутура, кафедра медицини катастроф та військової медицини, Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна  
e-mail: [marianamak@ukr.net](mailto:marianamak@ukr.net)

**How to cite / Як цитувати статтю:** Kutura M, Levchenko V. [Psychovegetative syndrome as a clinical manifestation of adaptation disorders in senior medical students]. *EUMJ*. 2022;10(4):342-350

DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2022;10\(4\):342-350](https://doi.org/10.21272/eumj.2022;10(4):342-350)

## INTRODUCTION / ВСТУП

Життя людини XXI ст. тісно пов'язане з систематичним впливом на її організм стресорних чинників, що породжує спектр психоемоційних розладів, проявів дезадаптації до подразнюючого впливу оточуючого середовища, які відіграють певну етіопатогенетичну роль у формуванні ряду психосоматичних захворювань.

Відомо, що організм людини здатний підтримувати оптимальний гомеостаз і гомеокінез під час впливу на нього численних подразників зовнішнього та внутрішнього середовища. Однак можливості адаптаційних механізмів не безмежні і за умов потужного та тривалого впливу зовнішніх подразників, особливостей спадковості можливий зрив захисних гомеостатичних механізмів та гомеокінезу (приспосовування функціональних систем організму до мінливих умов середовища), із відповідною симптоматикою на тлі погіршення якості життя. Найбільш чутливою до змін гомеостазу є центральна нервова система, стан її аферентних та еферентних структур, забезпечуючих оптимальний метаболізм систем [1].

За даними Л. Х. Гаркаві (1990), адаптаційні реакції організму – це антистресорні реакції, які з однієї сторони відображають силу подразника, з іншої – функціональний стан стрес-лімітуючих систем. Система неспецифічних адаптаційних механізмів відображає інтегральні механізми регуляції, діяльність організму від повного здоров'я до появи ознак дезадаптації, соматизованих розладів [2]. При цьому розлади гомеостазу проявляються не тільки поведінковими реакціями, але й різнобічними вегетовісцеральними проявами [3].

Тому в останні десятиріччя в медичній практиці все частіше звертають увагу на прояви соматичних розладів на тлі дезадаптації, тривоги, депресії у пацієнтів різних вікових груп [2].

Нині прогнозується, що в світі до 2030 р. саме тривожні і депресивні стани і пов'язані з ними соматичні розлади стануть найчастішою причиною звернень населення до лікарів [2, 3]

Наявні варіанти психовеgetативних (вісцеральних) порушень пояснюють характер соматизації особливостями подразнюючих чинників, динамікою емоційного дистресу, спадковістю,

станом провідних функціональних систем організму пацієнта. В науковій літературі традиційно розвиток психосоматичних розладів пов'язують із порушеннями інтегральної діяльності лімбіко-ретикулярної системи на фоні стресорного впливу [1, 3].

В даний час звертають велику увагу на вивчення питання своєчасної діагностики, корекції і профілактики дезадаптивних станів саме на фоні коморбідних вегетосоматичних порушень серед осіб юнацького віку і студентської молоді, так як ця категорія населення за своїми фізіологічними особливостями регуляторних систем є досить вразлива до негативного впливу оточуючого середовища.

Встановлено, що за роки навчання у вищих навчальних закладах (ВНЗ) число здорових студентів скорочується в середньому на 25,9 %, а число хронічно хворих навпаки зростає на 20 % [4]. Згідно даних літератури за роки навчання у ВНЗ, в 2–4 рази зростає число молодих людей із лабільними вегетативними порушеннями та проявами дезадаптації [1]. За даними статистики близько 30 % випускників ВНЗ в подальшому стають професійно непридатними саме через розлади здоров'я, які сформувалися або погіршилися під час навчання в коледжі чи університеті [2].

Результати проведених серед студентів досліджень виявили у 30–60 % випадків неглибокі психічні порушення (непсихотичного характеру), які були пов'язані із наслідками стресорного впливу [2, 4].

Нині вважають, що оцінка стану адаптаційних резервів організму може бути універсальним маркером здоров'я, який відображає не тільки стан адаптації, «виснаження організму» і характеризує реакцію організму на певні подразники, але й визначає ризик преморбідності, розвиток соматичної патології, яка в останні роки все частіше діагностується в амбулаторній практиці [1, 2, 3, 4] і не тільки на прийомі психоневролога, але й серед лікарів первинної ланки. Тому в світовій практиці психотропні препарати в більшості випадків призначають сімейні лікарі.

Особливий інтерес представляє дослідження стану адаптаційних реакцій в умовах пролонгованого стресу серед студентів, на яких свідомо

чи несвідомо впливали і останні події – COVID, війна з російськими окупантами. Це вимагає дослідження вивчення показників, які висвітлюють напруженість регуляторних та адаптаційних систем організму, в першу чергу надсегментарних структур, гормонально-гуморальних систем на тлі ознак тривожності, швидкого перетомлення та супутньої психосоматичної патології. Встановлено, що перманентна тривожність і депресивні стани тісно пов'язані із розладами надсегментарних вегетативних структур, формуванням соматичних відхилень [1]. При цьому, важлива роль відводиться і виконавчим системам, які власне забезпечують «комфорт», працездатність, пристосування, мобілізацію енергетичних ресурсів в умовах психоемоційного стресу – в першу чергу кардіореспіраторній системі, ШКТ, видільній системі тощо. Однак саме ці системи стають мішенню і одночасно джерелом відповідної симптоматики, що пов'язують із неналежним психологічним захистом, нейроендокринним та гуморальним забезпеченням антистресорних механізмів і зривом їх гомеостатичного потенціалу [5].

За даними літератури, найчастіше розлади адаптації описують серед студентів молодших курсів. Однак наявність дезадапційних станів має місце і серед студентів старших курсів, що знаходить своє соматичне «відлуння» і в популяції старшого віку. Так, в структурі амбулаторного прийому первинної ланки поширеність психосоматичних розладів становить в середньому 45%, що підтверджує необхідність їх своєчасного виявлення і проведення відповідних лікувально-оздоровчих заходів, а також готовності до цього лікарів-інтерністів загальної практики [2, 4].

За результатами наявних досліджень, найбільш поширеними серед психовегетативних змін у молодих людей є прояви вегетативно-вісцеральних дисфункцій – вегетокардіальних, вегетогастральних, респіраторних тощо. При цьому вибір органу мішені чи системи органів («адресат») залежить від вродженої чи набутої схильності індивідуума, від характеру стресорного впливу, особливостей регуляторних систем.

Тому науково-практичний інтерес представляють дослідження зв'язку соматичної симптоматики з проявами тривожності, депресивних станів, які переплітаються з ознаками дезадаптації серед студентської молоді. В цій віковій групі найчастіше спостерігаються гормональні

пертурбації, психовегетативні «шторми». Потрібно відмітити, що у більшості студентів прояви соматоформної вегетативної дисфункції діагностувались ще під час навчання в школі, відносно чого вони обстежувались та лікувались, у меншій частині студентів подібна симптоматика протікала невиразно, майже непомітно.

Своєчасна діагностика клінічного різноманіття проявів дезадаптації під час навчального процесу вимагає широкого висвітлення цієї теми, її вивчення з метою обмеження проявів соматичних порушень, покращення якості життя і навчання серед молоді.

Для психосоматизованих розладів за МКХ-10 характерними є множинні, рецидивуючі та динамічні за локалізацією соматичні симптоми, які зберігаються у хворих тривалий час. Серед соматизованих порушень виділяють алгічні, шлунково-кишкові, псевдоневрологічні, сексуальні розлади тощо (DSM-IV). В останні роки більшість фахівців вважає, що процес соматизації психічних порушень протікає у дві основні фази: формування функціональних (соматоформних) розладів і формування в подальшому психогенних психосоматозів (морфологічних змін в органах-мішенях) [2, 3].

Часто нечіткість клінічних меж і відсутність виразних діагностичних критеріїв дезадапційного синдрому маскується супутніми психосоматичними розладами, що власне і обґрунтовує актуальність даного дослідження.

**Мета дослідження.** Верифікація психосоматичних розладів на тлі проявів дезадаптації серед студентів-медиків старших курсів.

#### **Методика дослідження**

Проведення скринінгу і психометричної діагностики 292 студентів IV курсу дозволило за результатами анкетування виявити у 181 (62 %) з них ознаки розладів психоемоційної адаптації до стресорного впливу на тлі соматизованої симптоматики. Серед них було 148 дівчат, 33 хлопці віком 21–24 роки; вони склали основну групу обстежуваних. В дослідженні під час опитування використовували стандартизовані опитувальники Спілбергера–Ханіна, Цунга, Коухена, Наймігенський опитувальник та анамнестичні дані.

Для оцінки психоемоційного стану, тривожності у студентів використовували шкалу Спілбергера–Ханіна (STAI) – вивчали стан особистісної та ситуаційної (реактивної) тривожності. Шкала самооцінки складається із 2-х частин, які

оцінювали окремо: реактивну (ситуаційну) тривожність (РТ, № 1–20) та особистісну (ОТ, № 21–40) тривожність. Для інтерпретації результатів використовували такі орієнтовані оцінки: 0–30 балів – низький рівень тривожності; 31–45 балів – помірний рівень тривожності; вище 45 балів – високий рівень тривожності.

Шкала Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale) використовувалась для самооцінки депресії (1965 р). Результати поділяються на чотири діапазони: 25–49 – нормальний стан, 50–59 – легка депресія, 60–69 – помірна депресія, 70 і вище – тяжка депресія

Для діагностики стресостійкості особистості використовували тест самооцінки стресостійкості (С. Коухен, Г. Вілліансон). Інтерпретація результатів проводилась згідно стандартизованих величин: відмінна стресостійкість – 0,5, добра – 6,8, задовільний результат – 14,2, поганий –24,2, дуже поганий рівень стресостійкості – 34,2.

Для верифікації однієї із ознак надсегментарних розладів – гіпервентиляційного синдрому – серед студентів основної і контрольної груп застосовували стандартизований Наймігенський опитувальник (Нідерланди, 2004) [6,7]. Опитувальник містить 16 пунктів, результати оцінювали за 5-бальною шкалою (0 – ніколи, 4 – дуже часто). Зокрема, симптоми виникали зрідка – менше 1 разу на місяць, іноді – частіше 1 разу на місяць, часто – 1 раз на тиждень, дуже часто – 1 раз в день. Мінімально та максимально можливими були бали «0» і «64» [6]. Оцінка результатів тесту: при сумі балів  $\leq 22$  оцінювалася як малоімовірна, при сумі балів  $\geq 23$  ймовірність ГВС вважалася високою. Наявність ГВС є частою супутньою ознакою дезадаптаційного синдрому [7].

Діагноз «Соматоформна вегетативна дисфункція» встановлювався за критеріями рубрики F43.2 МКХ-10. Анкетування студентів проводилося на кафедрі, в т.ч. в онлайн режимі із використанням платформи Microsoft TEAMS.

При цьому у студентів основної групи вивчалися супутні клінічні характерологічні особливості соматичних розладів, які періодично домінували – вегетосудинні, вегетовісцеральні.

Контрольну групу склали 33 практично здорових студенти із негативними результатами попередньо проведених опитувань і відсутності скарг на швидке виснаження, підвищену втомлюваність.

Студенти із тяжкими соматичними захворюваннями і органічною патологією ЦНС в дослідження не включались.

Дослідження проводились з дотримання етичних принципів Європейської конвенції та Гельсінської декларації, обстежувані давали згоду на аналіз і оприлюднення даних.

Для оцінки ступеня вірогідності результатів дослідження застосовували варіаційно-статистичний метод – вибірки порівнювали за t-критерієм Стьюдента, кореляційний аналіз проводили з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона. Аналіз отриманих результатів проводився із використанням пакета Statistica v. 6.1 (США) та рекомендацій О. Ю. Ребрової (2002).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ І ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінюючи загальні результати психометричного скринінгу було встановлено, що більше половини опитаних студентів IV курсу (62 %) мали певні ознаки порушень адаптації, які найчастіше проявлялись зниженням працездатності, швидкою втомлюваністю, виснаженням в кінці дня, зниженням концентрації уваги, епізодами загальної слабкості, тривогою.

За даними опитувальника Спілбергера було встановлено, що в 79 студентів основної групи (43,64 %) відмічалися ознаки підвищеної ситуаційної тривожності. Серед них у 25,3 % осіб була виявлена її тяжка форма ( $51,6 \pm 1,7$  бали), у 74,68 студентів відмічались помірні ознаки ( $36,43 \pm 1,2$  бали) ситуаційної тривожності. Ознаки низької тривожності ( $24,21 \pm 0,5$  бали) мали місце у 12 студентів (рис.1). Подальший аналіз отриманих результатів показав, що в більшості молодих людей основної групи ( $n = 172$ ) переважали порушення особистісної тривожності. Серед них тяжкий варіант визначався у 53,04 % осіб ( $53,16 \pm 1,32$  бали), помірної форми розлади ( $38,64 \pm 0,52$  бали) відмічались у 41,99 % випадків (рис.1), а ознаки низької тривожності – ( $26,1 \pm 1,52$  бали) були виявлені у 5,05 % випадків. Потрібно відмітити, що в цілому серед студентів з ознаками тривожності спостерігались емоційні «вибухи» (56,1 %), невротичні конфлікти (35,37 %), відчуття невпевненості (46,34 %) і переживань (37,8 %) тощо.

В той же час тільки серед невеликої частини студентів контрольної групи (18,18 %) мали місце прояви низької особистісної тривожності – ( $22,5 \pm 1,0$  бали). При цьому даний результат поступався аналогічному показнику отриманому в основній групі – ( $26,1 \pm 1,52$ ) бали ( $p < 0,05$ ).



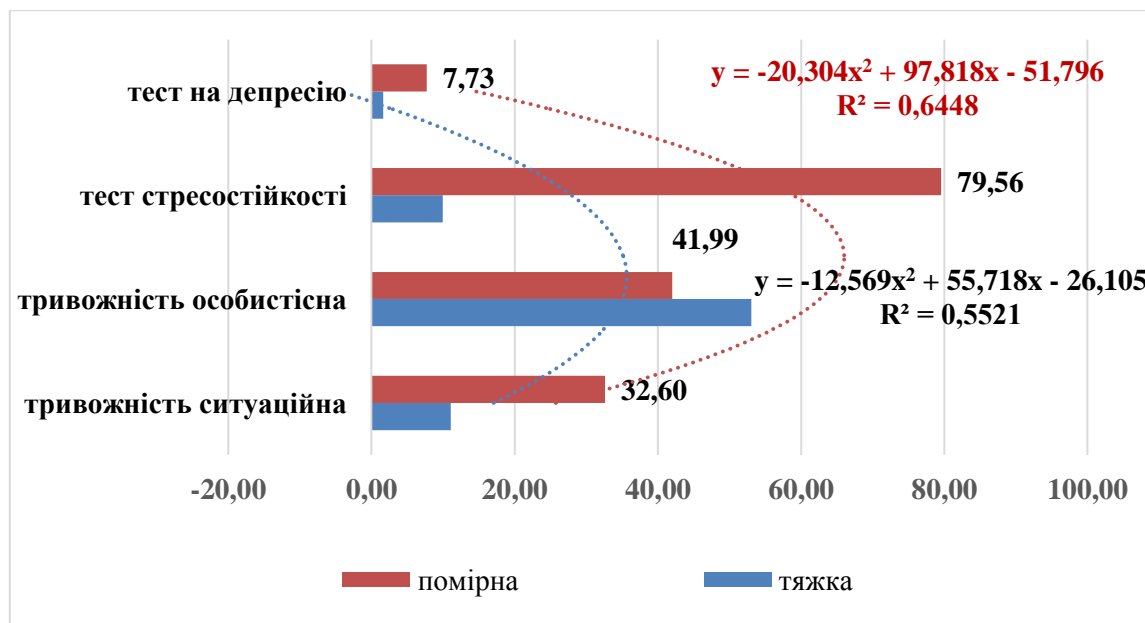


Рисунок 1 – Вихідні показники психоемоційного напруження серед студентів IV курсу з ознаками дезадаптації

Таким чином в основній групі обстежуваних, на тлі проявів знижених адаптаційних резервів, найчастіше виявлялись скарги на відчуття тривоги, страху, хвилювання, надмірної психоемоційної лабільності, що може свідчити про дисфункцію лімбічної системи, нейрони якої охоплюють різні сфери діяльності організму, в т.ч. координують діяльність вегетативної нервової системи, процеси адаптації, гомеостазу, регулюють ендокринні функції тощо.

Також, за даними опитувальника Цунга, було встановлено, що у незначного числа студентів основної групи (9,39 %), відмічались ознаки депресії. Отриманий у них результат становив ( $54 \pm 1,17$  бали) (рис.1). В той же час у контрольній групі молодих людей, аналогічний показник – ( $36 \pm 0,5$ ) бали, був достовірно нижчим від результату отриманого в основній групі ( $p < 0,05$ ), що свідчило про відсутність проявів депресії.

Потрібно пам'ятати, що нерідко депресію розглядають не як ознаку слабкості, а те що особа намагалась бути сильною дуже довго (З. Фрейд, 1932), що може свідчити про виснаження адаптаційних механізмів регуляції, що проявилось певними соматичними відхиленнями.

Оцінка результатів тестування за шкалою Коухена виявила у більшості респондентів основної групи зниження стресостійкості. Так, було встановлено, що серед 181 студентів задо-

вільний результат ( $15,8 \pm 1,43$  од) відмічався у 35,36 % осіб, поганий результат ( $28,2 \pm 1,18$  од) – у 50,28 % випадків (рис.1). У решти студентів (14,36 %) цієї групи мав місце дуже поганий результат ( $36,5 \pm 2,16$  од). В контрольній групі тільки у 8 студентів (24,24 %), за даною шкалою, отримано задовільний результат ( $14,7 \pm 1,7$  од), у решти молодих людей він був достовірно нижчий ( $7,6 \pm 0,8$  од), в межах норми.

У 27,07 % респондентів основної групи за даними Наймігенського опитувальника виявлено позитивний результат ( $28,4 \pm 1,8$  бали), що свідчило про наявність ГВС. Серед скарг, у цих студентів найчастіше відмічались запаморочення – у 56,25 % осіб, потемніння в очах – у 37,5 % випадків, у 45,83 % студенти на тлі психоемоційного напруження і хвилювання відмічалось коротке дихання, у 54,17 % осіб – відчуття обмеження глибокого вдиху. В контрольній групі ознак ГВС, за даними опитувальника, не було виявлено; отриманий результат – ( $11,62 \pm 1,3$ ) бали був достовірно нижчим від середнього показника основної групи ( $p < 0,05$ ).

Також за даними цього анкетування у третини пацієнтів основної групи (34,25 %) виявлялись холодні руки і ноги, замінення обличчя, епізоди відчуття надмірного серцебиття, парастезій. У невеликого числа студентів серед скарг мали місце кардіалгії, які виникали переважно без причин в стані спокою, часто були ниючими, тривалими, іноді у вигляді «проколів», але

суттєво не перешкождали повсякденній діяльності.

Крім того, у 47 студентів основної групи виявлялися так звані гіпервентиляційні еквіваленти у вигляді скарг на безпричинний, періодичний кашель – у 14,89 % хворих, епізодичні зітхання в стані спокою – у 12,76 % осіб, на тлі психоемоційного напруження відмічалось позіхання – у 25,53 % пацієнтів, сопіння – у 10,63 % випадків, останнє супроводжувало прискорене дихання. В контрольній групі подібних скарг не відмічалось.

Аналіз отриманих результатів в основній групі студентів виявив найбільшу кореляційну залежність між ознаками ситуаційної тривожності і гіпервентиляційного синдрому – ( $r = 0,76$ ,  $p < 0,05$ ).

Встановлено, що на тлі ознак розладів адаптації, підвищеної тривожності досить часто серед студентів основної групи за даними опитування виявлено ряд скарг з боку різних анатомо-функціональних систем. При цьому в більшій частині молодих людей ряд симптомів існував раніше і часто ставав приводом систематичних лабораторно-інструментальних обстежень при відсутності органічних змін, що можна пов'язати із психовегетативними дисфункціями, які відповідають критеріям соматоформної вегетативної дисфункції МКХ-10 F45.3.

Тому допускають, що в умовах загальної дезадаптації певні системи та органи можуть віддзеркалювати стан психоемоційного напруження, надсегментарної регуляції у вигляді суб'єктивної симптоматики, що власне спостерігається у частині молодих людей (А.Адлер, 1964). Нині відомо, що психосоматична симптоматика на початкових етапах має функціональний характер, але з часом можуть виникати і морфологічні зміни.

Аналіз психовегетативної симптоматики виявив серед 181 студента з ознаками дезадаптації наступну картину: у 44-х з них (24,3 %) мали місце тільки психічні зміни у вигляді тривожності, напруженості, скованості, метушливості, зниження працездатності; у решти студентів ( $n = 137$ ) основної групи відмічались соматичні симптоми на тлі психічної симптоматики. Ці психогенно обумовлені полісистемні вегетативні розлади, як правило, були поліморфні і відображали дисфункцію багатьох систем організму, які спонукали частину молодих людей звертатися за медичною допомогою, найчастіше до сімейних лікарів, або шукати поради в інтернеті

[3, 4]. Полісистемний характер змін є обов'язковою особливістю клінічних проявів психовегетативного синдрому, нижче ми виділили основні з них.

Так, за отриманими даними у 39 респондентів серед соматичної симптоматики домінували скарги з боку серцево-судинної системи (кардіалгії, артеріальна гіпотензія, епізоди підвищення артеріального тиску, пресинкопе, функціональні тахікардії, холодні кисті і ступні). При цьому, у 15,38 % з них відмічалися цефалгії, у 17,95 % виявлялись скарги з боку шлунково-кишкового тракту, у 15,38 % осіб супутньою була респіраторна симптоматика.

У 31 студента переважали скарги з боку шлунково-кишкового тракту. Серед скарг частіше виявляли ниючий, розпираючий біль у животі, метеоризм, закрепи, рідше пронос, відригування, ознаки дискінезії жовчовивідних шляхів тощо. В. Д. Тополянський, і М. В. Струковська (1986) розглядали психогенні фактори, емоційну напругу як основну причину всіх шлунково-кишкових розладів у 80 % хворих, а диспепсичні, сенсорні та моторні порушення травного тракту – як один з важливих способів віддзеркалення емоцій [8, 9]. «Шлункові» розлади у наших респондентів виникали при зміні звичайного стереотипу життя (переїздах, нічних чергуваннях, зміні режиму і характеру харчування). Поруч з абдомінальною симптоматикою в цій групі молоді мінімально виявлялись скарги з боку серцево-судинної системи (коливання АТ, надмірне серцебиття при відчутті тривоги) у 16,31 % осіб, у 12,90 % студентів відмічались неврологічні прояви (цефалгії, запаморочення), в 17,95 % випадків виявлялись симптоми з боку респіраторної системи (епізоди відчуття нестачі повітря, задишки, позіхання, кашель при емоційному напруженні). Порушення з боку шлунково-кишкового тракту нерідко представляють як основний або один із основних синдромів, що свідчать про декомпенсацію регуляторних механізмів у хворих із СВД [9].

Окремим панівним синдромом серед 30 студентів був виділений неврологічний, появу якого пацієнти пов'язували із психоемоційним перевтомленням після занять, тривалої їзди і походів, зміні метеоумов і нерідко без причин. При цьому найчастішою скаргою був головний біль – ниючий, тупий, дифузний, іноді в передній чи потиличній ділянці голови, міг тривати кілька днів як відчуття тяжкості. Даний синдром

спонукав до прийому анальгетиків, спазмолітиків, вимірювання АТ. Крім того, в рамках даного синдрому студенти відмічали запаморочення, пресинкопальні стани, відчуття парестезії. У меншій частині пацієнтів цієї групи виявлялись скарги з боку інших органів і систем, зокрема серцево-судинної системи – у 16,67 % випадків, органів травлення – у 13,33 % осіб, респіраторної системи – у 16,67 % студентів.

Також було встановлено, що у 22 студентів переважали скарги з боку респіраторної системи (відчуття нестачі повітря, задишка, короткий вдих чи прискорене дихання під час хвилювання, епізоди заніміння обличчя, сухого кашлю, позіхання під час стресорних ситуацій). Крім того, серед них відмічалися дорсалгії (шийно-грудний відділ) і болі в ділянці серця, парестезії, які часто передували болючим спазмам м'язів кінцівки. Поруч із цим в цій групі студентів окрім домінуючої симптоматики виявляли скарги з боку інших систем: серцево-судинної (13,64 %), неврологічної (22,73 %), травної (18,18 %).

Однак потрібно відмітити, що серед 15 студентів (10,94 %) із психосоматичними скаргами не виявлялась перевага симптоматики з боку окремої системи, а мало місце переплетіння психовеgetативних розладів на тлі проявів дезадаптації. Тобто у цих студентів відмічалась періодична зміна скарг з боку різних систем – нерідко здуття живота, закрепи чергувались із головним болем, коливанням АТ, неприємним відчуттям в ділянці серця; при хвилюванні виявлялися часте сечовипускання, відчуття нестачі повітря, надмірна пітливість, позіхання тощо.

При цьому показники ситуативної та особистісної тривожності ( $45,46 \pm 2,38$ ) бали і ( $63,21 \pm 1,86$ ) бали, відповідно, отримані серед 137 студентів із соматичною симптоматикою, достовірно переважали над результатами аналогічних показників, отриманих серед 44 студентів без

соматичних скарг ( $38,57 \pm 2,29$ ) і ( $52,63 \pm 2,75$ ) бали. Таким чином, можна припустити, що зростання рівня тривожності сприяє формуванню або посиленню існуючої соматизації вже в молодому віці.

Виявлені у пацієнтів розлади адаптації, на фоні ознак порушень вегетативної регуляції, психосоматичних відхилень свідчать про існування спільних взаємопов'язаних механізмів формування цих станів, серед яких відмічається полісистемна клінічна картина, де може виділятися домінуюча симптоматика із переплетінням інших систем організму.

Окремої уваги потребує категорія молодих людей з ознаками дезадаптації, підвищеною тривожністю, із зниженою стресостійкістю при відсутності у них явної соматичної симптоматики.

Подібна ситуація створює певне клінічне протиріччя: з однієї сторони пацієнт звертає увагу тільки на свою соматичну симптоматику і її лікує, при цьому не звертає увагу на свій психічний стан; і не завжди лікарі загальної практики звертають належну увагу на психічну сферу пацієнта, тобто випадає її діагностичний компонент.

Таким чином, встановлено, що у частини студентів старших курсів з ознаками дезадаптації виявлена психовеgetативна симптоматика, яка тісно пов'язана з перманентними психічними розладами, пролонгованим станом тривожності або депресії (непсихотичного рівня) на тлі зниженої стресостійкості, що стверджує низьку толерантність до психоемоційного стресорного впливу, неналежний стан механізмів адаптації до зовнішніх подразників, в т.ч. до навчального процесу.

Отримані результати узгоджуються з даними літератури, які свідчать про те, що розлади адаптації – це поліетіологічний, за своїм генезом пограничний стан, який відзначається винятковою гетерогенністю [9].

відсутності чітких морфологічних змін з боку соматичних, вісцеральних систем, ЦНС при безлічі суб'єктивних відчуттів.

Розробка медикаментозних і немедикаментозних способів корекції психовеgetативних порушень повинна бути направлена на відновлення нормальних фізіологічних та психологічних регуляторних механізмів гомеостазу з метою покращення адаптаційних механізмів та якості життя пацієнта.

## CONCLUSIONS / ВИСНОВКИ

Дезадаптаційний синдром у молодих людей – це мультидисциплінарна проблема, яка потребує поглибленого вивчення механізмів становлення розладів гомеостазу та їх всебічних проявів.

Психосоматична симптоматика, виявлена серед молоді, може виступати як маркер неадаптивного типу нейровеgetативної регуляції при



**PROSPECTS FOR FUTURE RESEARCH / ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Передбачається дослідити рівень кортизолу у цієї категорії молодих людей в умовах стрес-навантаження.

**CONFLICT OF INTEREST / КОНФЛІКТ ІНТЕРЕСІВ**

Автори декларують відсутність явних і потенційних конфліктів інтересів, про які необхідно повідомити в зв'язку з публікацією даної статті.

**FUNDING / ДЖЕРЕЛА ФІНАНСУВАННЯ**

Відсутні.

**AUTHOR CONTRIBUTIONS / ВКЛАД АВТОРІВ**

Усі автори зробили істотний внесок у розробку початкової та доопрацьованої версій цієї статті. Вони несуть повну відповідальність за всі аспекти роботи і вирішення питань, пов'язаних з точністю або цілісністю наведеної інформації.

**REFERENCES/СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Svyrydova NK, Cherednichenko TV, Khanenko NV. [Vegetative dystonia: patient management tactics]. *NeuroNews: psyhonevrolohiya ta neyropsykhatriya*. 2020; 5(116):34-37.
2. Ocheretnyuk AO, Lysenko DA, Palamarchuk OV, Zakalata TR, Kernychnyy VV. [The problem of adaptation of first-year medical students to the educational process]. *Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu*. 2018;3(22),543-547. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2018-22\(3\)-31](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-31).
3. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*. 2011;10 (1):11-18. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00003.x>
4. Lisovyy VM, Kapustnyk VA, Markovs'kyi VD, Kozhyna HM. [Violation of adaptation of first course students to educational activities in higher educational institutions]. *Medychna osvita*. 2013; (2):61-64. <https://doi.org/10.11603/me.v0i2.877>
5. Sheyko NI, Feketa VP. [Possibilities of using a standardized questionnaire to determine autonomous dysfunctions in young people]. *Zdobutky klinichnoyi i eksperymental'noyi medytsyny*. 2019;(2):170-174. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2019.v0i2.10137>
6. Dixhoom JVan, Duivenvoorden HJ. Efficacy of Nijmergen questionnaire in recognition of the hyperventilation syndrome. *J. Psychosomatic Res*. 2004;29:199-206. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(85\)90042-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(85)90042-x).
7. Khan D. [Psychogenic hyperventilation syndrome]. *Psykhatriya, nevrolohiya ta medychna psykholohiya*. 2018; 4(2 (8), 109-111.
8. Skyba OO. [Pathogenetic features of formation of vegetative dysfunctions in adolescents depending on their morphological status]. *Visnyk of Dnipropetrovsk University. Biology, medicine*. 2017;1(8):46-50.
9. Kioseva OV. [Tutor's psycho-educational support as a factor of prevention of adaptation disorders in students]. *Visnyk sotsial'noyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorovya Ukrainy*. (2016); (2):46-51. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2016.2.6740>

Received 24.09.2022

Accepted 02.12.2022

Одержано 24.09.2022

Затверджено до друку 02.12.2022

**INFORMATION ABOUT THE AUTHORS / ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

1. Кутура Мар'яна Вікторівна, старша викладачка кафедри медицини катастроф та військової медицини, Івано-Франківський національний медичний університет, вул. Галицька 2, м. Івано-Франківськ 76000 ([marianamak@ukr.net](mailto:marianamak@ukr.net), тел.: 0999228614).

2. Левченко Валерій Анатолійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медицини катастроф та військової медицини, Івано-Франківський національний медичний університет, вул. Галицька 2, м. Івано-Франківськ 76000