

<https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-05>

Психовегетативные синдромы у неврологических больных

И. Орлова¹,

Ф. Орлов², кандидат медицинских наук,

А. Голенков², доктор медицинских наук, профессор

¹Центральная городская больница, Чебоксары

²Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,

Чебоксары

E-mail: pmp_chgu@mail.ru

В диагностике расстройств вегетативной нервной системы (ВНС) до сих пор не решен вопрос: к каким заболеваниям относить психовегетативные расстройства – неврологическим или психическим? Авторами изучены клинические особенности вегетативного синдрома, а также спектр соматических и психических проявлений у стационарных больных неврологического профиля с расстройствами ВНС.

Ключевые слова: неврология, психиатрия, расстройства вегетативной нервной системы.

Для цитирования: Орлова И., Орлов Ф., Голенков А. Психовегетативные синдромы у неврологических больных // Врач. – 2019; 30 (12): 18–21. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-05>

Соматоформные симптомы, традиционно называемые вегетососудистой, или нейроциркуляторной дистонией [1, 2], выявляют у 52% больных в общемедицинской амбулаторной сети. Большинство пациентов с расстройством вегетативной нервной системы (ВНС) вынуждены с жалобами соматического характера ходить от одного врача к другому, не получая должной помощи, поскольку плохо поддаются стандартному лечению. Многократные обращения сопровождаются проведением повторных дорогостоящих обследований [2].

До настоящего времени в диагностике расстройств ВНС не решен вопрос, к каким заболеваниям – неврологическим или психическим – относить психовегетативные расстройства [2–4]. Трудности диагностики обусловлены схожестью симптоматики дисфункции ВНС с органическими заболеваниями, невротическими, связанными со стрессом, соматоформными расстройствами, а также наложением синдромов (оверлап-синдром) [2, 5–9].

При обращении к неврологу в качестве официального диагноза по МКБ-10 для обозначения вегетативных расстройств используется код G90 – расстройства вегетативной (автономной) нервной системы. Объектом внимания врача при этом становятся отмечаемые больным физические симптомы (о психических проявлениях пациенты обычно умалчивают).

Как правило, к психоэмоциональным, поведенческим проявлениям синдрома внимание врача привлечено мало, и они рассматриваются им по отношению к соматическим симптомам как вторичные.

Психиатрами и психотерапевтами расстройства ВНС рассматриваются в рамках соматоформного (F45 по МКБ-10)

или как проявления невротического расстройства. В DSM-V психогенные, соматические симптомы, сопровождающиеся неадекватными мыслями, поведением, эмоциями, отнесены к психическим расстройствам – рубрика «Соматические симптомы и связанные с ними расстройства» [2, 3].

Необходимо отметить, что акцентирование внимания при формулировке диагноза только на соматовегетативных симптомах значительно ограничивает диагностический процесс, а потому снижает эффективность лечения, направленного на ведущий симптом [3, 5, 10–12].

Несмотря на несовершенство и неоднозначность диагностических подходов, расстройства ВНС можно изучать с единых методологических позиций как психовегетативные [2]. Это обуславливает необходимость интегративного подхода к изучению условий их возникновения и формирования, соответственно требуя комплексных терапевтических мероприятий [3, 10]. Таким образом, дисфункция ВНС остается актуальной проблемой в медицине.

Целью данного исследования было изучение клинических особенностей вегетативных синдромов, спектра соматических и психических симптомов у стационарных неврологических больных с расстройством ВНС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проведено среди больных неврологического отделения Центральной городской больницы г. Чебоксары, находившихся на лечении с диагнозом G90.8 – другие расстройства ВНС. В течение одного года из 1646 пациентов, пролеченных в этом отделении, таких больных было 40 (2,4%), в том числе 11 (27,5%) мужчин и 29 (72,5%) женщины.

Клиническое исследование включало тщательный сбор данных, соматический и неврологический осмотр – для выявления соматической и психической патологии, осмотр психотерапевта и медицинского психолога – для определения характера и степени выраженности психопатологических симптомов и синдромов, выявления роли психогенных факторов в развитии болезненного процесса, решения задач дифференциальной диагностики и показаний для назначения психотропных препаратов. При необходимости проводились консультации терапевта, эндокринолога, инфекциониста, окулиста.

Функциональная диагностика включала методы нейровизуализации (магнитно-резонансная томография – МРТ), позволяющие уточнить характер и локализацию очагового поражения головного мозга, а также степень атрофического процесса; лучевые методы диагностики (рентгенография черепа) – для выявления косвенных признаков внутричерепной гипертензии, дуплексное сканирование магистральных артерий – для оценки гемодинамической значимости стеноза артерий, электроэнцефалографию (ЭЭГ) – для оценки изменений биоэлектрической активности головного мозга. Лабораторная диагностика включала клинический и биохимический анализы крови, общий анализ мочи. По показаниям проводили оценку гормонального фона, исследование на инфекционные агенты.

Основанием для госпитализации явились стойкие нейровегетативные, выраженные астенические, алгические, тревожно-депрессивные и диссомнические расстройства. На основании оценки полученных диагностических данных лечащим врачом-неврологом разрабатывался алгоритм патогенетически обоснованного лечения.

Математико-статистическая обработка осуществлялась с помощью описательной статистики (среднее значение – М,

стандартное отклонение – SD), χ^2 -распределения (когда значение хотя бы в одной ячейке таблицы было <5 , применялась поправка Ф. Йетса с учетом уровня значимости $p < 0,05$ для точного двустороннего критерия Фишера).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентами с дисфункцией ВНС неврологического отделения были лица трудоспособного возраста – от 18 до 59 лет (средний возраст – $39,5 \pm 10,6$ года). Больные от 20 до 29 лет составили 10,0%; в возрасте 30–39 лет – 35,0%, от 40 до 49 – 32,5%, от 50 до 59 – 17,5%.

Ухудшение состояния своего здоровья пациенты связывали с заболеваниями внутренних органов. Анализируя свои ощущения и возможные причины их возникновения, выискивая у себя все новые симптомы соматического неблагополучия, они убеждали себя в наличии соматической болезни и обращались к неврологу. Из-за подавленности и тревоги с немотивированными опасениями за свое здоровье, мрачными прогнозами в отношении будущего больные нередко вынуждены были вызывать скорую медицинскую помощь (СМП). Половину поступивших в неврологический стационар для обследования и лечения лиц направил невролог поликлиники, столько же больных были доставлены бригадой СМП и неотложной помощи (см. таблицу). Из 474 госпитализированных в неврологическое отделение по экстренным показаниям 4,2% больных были с расстройством ВНС. Женщины несколько чаще (55,2%) доставлялись в неврологическое отделение бригадой СМП и неотложной помощи. Мужчины (63,6%) в основном поступали по направлению невролога.

Симптомами дисфункции ВНС у пациентов были головокружение, боли разной локализации, дыхательные нарушения в виде диспноэ, сердечно-сосудистые изменения с тахикардией и повышением АД, желудочно-кишечные проявления в виде тошноты, рвоты и отсутствия аппетита, сенсорно-двигательные нарушения в виде слабости и онемения в конечностях, другие вегетативные симптомы в виде слабости, дрожи в руках, кома в горле. Определялись психические расстройства в виде тревоги и страха, пониженного настроения, плаксивости, диссомнии, нарушения памяти и сознания (см. таблицу). У женщин достоверно чаще, чем у мужчин, были жалобы на желудочно-кишечные проявления (соответственно 56,7 и 10,0%; $\chi^2=4,848$; $p=0,028$), у мужчин – на болевые симптомы (50,0 и 10,0%; $\chi^2=5,208$; $p=0,023$).

Большинство пациентов жаловались на головокружение, слабость, утомляемость (по 60,0%), головную боль (55,0%). Часто вегетативная дисфункция проявлялась тошнотой (25,0%) и рвотой (10,0%), онемением конечностей или пальцев рук (20,0%), нехваткой воздуха (12,5%), жалобами на учащенное сердцебиение и повышение АД (по 12,5%), боли в области сердца (7,5%). У больных выявлялись нарушения сна (30,0%), тревожно-фобические (35,0%), депрессивные (17,5%) и другие психоэмоциональные нарушения.

Больные, доставленные бригадой СМП, чаще жаловались на головокружение ($n=15$), слабость ($n=11$), головную боль ($n=8$), реже – на тошноту ($n=6$) и рвоту ($n=2$), онемение и затруднения движений конечностей ($n=3$), тревогу и страх ($n=4$). Структура вызовов СМП мужчинами и женщинами различалась (см. таблицу): женщины чаще жаловались на головокружение, слабость, тошноту и рвоту, тревогу и страх. По поводу головной боли чаще вызывали бригаду СМП женщины, при онемениях и нарушении функции движения конечностей – мужчины.

Больные, направленные на стационарное лечение неврологом, прежде всего жаловались на боль, в том числе головную ($n=14$), в области шеи, сердца и грудной клетки ($n=9$). Наиболее частыми, как и среди доставленных по СМП, были жалобы на головокружение ($n=21$), слабость, утомляемость ($n=20$). Онемение в конечностях отметили 8 больных, при этом женщины чаще вызывали СМП. Среди поступивших по направлению невролога оказалось больше тревожных больных ($n=12$). Направленные на стационарное лечение больные жаловались на нарушение сна ($n=12$), ощущение нехватки воздуха ($n=5$), учащение сердцебиения ($n=5$).

Достоверными оказались различия при направлении неврологами на стационарное лечение больных с диссомнией (50,0%; по СМП – 10%; $\chi^2=5,833$; $p=0,016$); с головокружением (соответственно 50,0 и 10,0%; $\chi^2=5,833$; $p=0,016$). У направленных неврологами пациентов была больше длительность (месяцы и годы) болезни (85,0 и 20,0%; $\chi^2=14,436$; $p < 0,001$).

Таким образом, дисфункция ВНС у неврологических больных в стационаре проявляется соматическими и психическими нарушениями. У большинства пациентов с расстройством ВНС отмечались жалобы вестибулопатического и астенического характера. У $>50\%$ неврологических больных

Психовегетативные симптомы у неврологических больных

Симптомы дисфункции ВНС	Доставлены по скорой помощи			Направлены неврологом			Число больных		
	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего	м.	ж.	всего
Болевые	2	6	8	6	17	23	8	23	31
Дыхательные	0	0	0	1	4	5	1	4	5
Сердечно-сосудистые	0	3	3	2	5	7	2	8	10
Желудочно-кишечные	0	11	11	1	6	7	1	17	18
Сенсорно-двигательные	4	2	6	1	6	7	5	8	13
Вестибулопатия	1	14	15	2	7	9	3	21	24
Астения	0	11	11	4	9	13	4	20	24
Психические	2	10	12	8	20	29	10	30	40

Примечание. м – мужчины; ж – женщины.

присутствовали вегетативные расстройства в виде болевого синдрома. Часто отмечались жалобы на тошноту и рвоту, ощущение нехватки воздуха, учащенное сердцебиение. Преобладающими психическими расстройствами у пациентов неврологического отделения оказались тревожно-фобические и депрессивные симптомы, нарушение сна. Более разнообразной симптоматика дисфункции ВНС была у женщин. Лица в возрасте от 30 до 49 лет составили 67,5%.

Диагностический поиск при симптомах дисфункции ВНС на этапе оказания неотложной помощи и в стационаре был направлен на исключение органических заболеваний, прежде всего острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Для больных, доставленных бригадой СМП и направленных из поликлиники, были характерны схожие с общемозговыми симптомы в виде головокружения, головной боли, тошноты и рвоты, а также функционально-неврологические, астенические, аффективные симптомы. Для направленных неврологом основным поводом для обращения и госпитализации был болевой синдром, несколько реже – астенические, вестибулопатические симптомы, нарушение сна. С жалобами на ощущение нехватки воздуха, учащенное сердцебиение, пароксизмальное нарушение сознания пациенты поступали на стационарное лечение только по направлению невролога.

При стандартном клиническом обследовании существенных отклонений в состоянии соматического здоровья не выявлено. МРТ-исследование проведено 14 больным, доставленным бригадой СМП, и 1 – поступившему самостоятельно. При МРТ-исследовании данных, подтверждающих ОНМК, не обнаружили. У 3 больных были выявлены очаговые и диффузные признаки энцефалопатии.

Больным, у которых не выполнялось МРТ-исследование, для выявления органической патологии проводили другие методы функциональной и лучевой диагностики. Рентгенологическое исследование костей черепа у 3 больных, поступивших по направлению невролога, признаков внутричерепной гипертензии и другой патологии не выявило. При УЭГ-исследовании у 16 больных смещения М-эхо не обнаружено. При ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) у 2 больных из 7 выявлены атеросклеротические изменения сосудов головного мозга. При реоэнцефалографическом (РЭГ) исследовании, проведенном 14 больным, было выявлено затруднение венозного оттока, у 6 из 5 – повышение и у 1 – понижение тонуса сосудов, у 1 – снижение эластичности сосудов. При ЭЭГ-обследовании, проведенном 14 больным (из них 6 были доставлены бригадой СМП и неотложной помощи и 8 поступили по направлению невролога), у 10 были выявлены легкие и у 3 – умеренные диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга, характеризующиеся десинхронизацией и дезорганизацией основного ритма, астенизацией и снижением функциональных возможностей структур лимбико-ретикулярного комплекса. Всем больным проводилось ЭКГ-исследование; его результаты оказались в пределах нормы.

Отягощенность соматическими и экзогенно-органическими заболеваниями характеризовалась наличием артериальной гипертензии (АГ) I–II степени, анемии легкой степени, очаговыми и диффузными изменениями головного мозга по результатам МРТ, атеросклерозом сосудов головного мозга по результатам УЗДГ, снижением эластичности сосудов и затруднение венозного оттока при РЭГ-исследовании.

В диагностике психовегетативного синдрома важно выявление психологических факторов болезни, эмоци-

нальных, поведенческих расстройств. При клиническом исследовании обнаруженные психотерапевтом вегетативные симптомы ощущения нехватки воздуха, головокружение, слабость, тошнота и рвота, онемение в конечностях больные ассоциировали со страхом грозных заболеваний и смерти. Об этом свидетельствуют результаты психологического обследования, характеризующие исследуемую группу больных как тревожных, малоадаптированных к фрустрирующим ситуациям, нуждающихся в психологической поддержке. При психологическом исследовании с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии у 20 больных были выявлены субклинически выраженная тревога и у 11 – депрессия (уровень тревоги и депрессии – 8–10 баллов), у 4 – клинически выраженная тревога и у 2 – депрессия (уровень тревоги и депрессии – 11–14 баллов). При изучении условий формирования психовегетативного синдрома психогении отмечены у 22 больных (у 3 – в результате семейных конфликтов, у 4 – вследствие болезни и смерти близких, у 2 – из-за собственной болезни, у 3 – как результат служебных конфликтов и у 10 – как следствие других психотравмирующих обстоятельств и стрессовых ситуаций).

Таким образом, наиболее часто и вне зависимости от характера психовегетативного синдрома у больных в неврологическом отделении, помимо комплекса соматических проявлений, наблюдаются тревожно-депрессивные симптомы. Часто психовегетативный синдром обнаруживается на фоне психогений. В этих случаях обычно отмечается сочетание астенического симптомокомплекса с эмоциональной неустойчивостью, тревогой, которые нередко сопровождаются депрессивными проявлениями. Частыми оказываются нарушения сна, внезапно возникающие приступы страха.

Среди больных, находившихся на лечении в неврологическом отделении, $\frac{2}{3}$ были в возрасте 30–49 лет и заболевание у них сопровождалось временной утратой трудоспособности, снижением производительных возможностей. При психовегетативном синдроме, несмотря на функциональный и обратимый характер нарушений, протекающих под масками неврологических заболеваний, многие больные вызывают СМП и неотложную помощь, подвергаются повторным обследованиям. Большие затраты на дорогостоящее обследование и вызовы СМП и неотложной помощи значительным бременем ложатся на здравоохранение. Наиболее частым поводом для вызова СМП служат головокружение, слабость, головная боль, реже – тошнота и рвота, онемение и слабость в конечностях. Иногда бригаду СМП вызывают в связи с возникшими тревогой и боязнью опасного заболевания. Как правило, у больных с психовегетативным синдромом наблюдается значительное снижение качества жизни [2, 4].

Вегетативные расстройства расцениваются больными как естественное следствие какого-либо «нераспознанного» заболевания. У больных отмечается тенденция к постоянному анализу своих ощущений, поиску их причин, а также их возникновению, выискиванию новых симптомов соматического неблагополучия. Наиболее частыми вегетативными симптомами оказались повышенная утомляемость, головокружение, что совпадает с результатами исследований других авторов [13–15]. Достоверных различий достигала частота направления неврологами на стационарное лечение больных с нарушением сна, вызовов СМП больными с головокружением. На стационарное лечение направляли больных с жалобами на боли различной локализации, с нарушением сна, ощущением нехватки воздуха, учащением сердцебиения.

Среди часто встречающихся расстройств ВНС отмечены [13–15] обмороки, психогенные неэпилептические приступы. Дифференцировать синкопальные состояния помогает сопоставление результатов ЭКГ- и ЭЭГ-исследований [16]. Среди наших больных с пароксизмами нарушения сознания оказались 3 женщины, направленные на стационарное лечение неврологом.

Обращают на себя внимание связь возникновения расстройств с психотравмирующими обстоятельствами, тесная связь соматических отклонений с чувством подавленности, тоски и тревоги, наличием коморбидных астенических, диссомнических и тревожно-депрессивных расстройств. Психовегетативный синдром в этом случае предусматривает прежде всего проведение дифференциальной диагностики с использованием мультидисциплинарного подхода, включающего анализ результатов неврологического и психологического обследования, функциональной диагностики. Выявленные клинические особенности у данной категории больных обосновывают необходимость комплексного подхода к лечению [2, 3, 11].

Подавленность и тревога с немотивированными опасениями за свое здоровье, мрачные прогнозы в отношении будущего нередко полностью выбивают больных из активной жизни, приводят к значительному снижению их адаптационных возможностей. В этой связи представляются важными взаимодополняющее сотрудничество неврологов и психотерапевтов, сближение позиций специалистов различного профиля [2, 3, 10].

Анализ клинических проявлений физических и психических симптомов дисфункции ВНС показал, что расстройства ВНС у пациентов неврологического стационара представлены полиморфной симптоматикой — нейровегетативными и психическими симптомокомплексами. В клинической картине доминирующим оказывался психовегетативный синдром, что дает основание выделить его в ранг относительной самостоятельности.

Вегетативный синдром достоверно чаще встречается у лиц молодого, трудоспособного возраста, чаще — у женщин. Почти половина больных неврологического отделения с расстройством ВНС расценивают свое состояние как угрожающее жизни, в связи с чем вызывают скорую и неотложную помощь, при этом 70% из них на догоспитальном этапе проводится МРТ-исследование.

Психовегетативные расстройства у больных выражались астенией, вестибулопатией, цефалгией, диспноэ, функциональными соматическими и неврологическими проявлениями. Значимыми в развитии психовегетативного синдрома у пациентов неврологического отделения явились психогенные факторы. Из сказанного ясна необходимость применения при лечении указанных больных бригады специалистов, включающей невролога, психотерапевта, психолога и терапевта.

Конфликт интересов не заявлен.

Литература/Reference

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика: руководство. Под ред. А.М. Вейна / М.: МИА, 2000 [Vegetative disorders: Clinic, treatment, diagnosis: a guide. Ed. A.M. Wayne / M.: MIA, 2000 (in Russ.)].

2. Неврология для врачей общей практики. Под ред. В.Л. Голубева, А.М. Вейна / М.: МЕДпресс-информ, 2017 [Neurology for general practitioners. Ed. V.L. Golubeva, A.M. Wayne / M.: MEDpress-inform, 2017 (in Russ.)].

3. Психиатрические аспекты неврологических заболеваний. Подходы к ведению больных. Под ред. К.Г. Ликетоса, П.В. Рэбинса, Дж.Р. Липси, Ф.Р. Слэвни / М.: МЕДпресс-информ, 2017 [Psychiatric aspects of neurological diseases. Approaches to the management of patients. Ed. K.G. Lyketos, P.V. Rabins, J.R. Lipsi, F.R. Slevi / M.: MEDpress-inform, 2017 (in Russ.)].

4. Lahrman H., Rocha I., Struhal W. et al. Diagnosing Autonomic Nervous System Disorders // Existing Guidelines and Future Perspectives US Neurology. – 2011; 7 (1): 55–9.

5. Орлов Ф.В., Голенков А.В., Иваничев Г.А. Головная боль в клинике психических нарушений / Чебоксары, 2005 [Orlov F.V., Golenkov A.V., Ivanichev G.A. Headache in the clinic of mental disorders / Cheboksary, 2005 (in Russ.)].

6. Korpelainen J., Sotaniemi K., Myllylä V. Autonomic nervous system disorders in stroke // Clin. Auton. Res. – 1999; 9 (6): 325–33.

7. Ailani J. A Practical Approach to Autonomic Dysfunction in Patients with Headache // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. – 2016; 16 (5): 41. DOI: 10.1007/s11910-016-0641-x.

8. Reinsberger C., Sarkis R., Papadelis C. et al. Autonomic changes in psychogenic nonepileptic seizures: toward a potential diagnostic biomarker? // Clin. EEG Neurosci. – 2015; 46 (1): 16–25. DOI: 10.1177/1550059414567739.

9. Jones P., Gibbons C. The role of autonomic testing in syncope // Auton. Neurosci. – 2014; 184: 40–5. DOI: 10.1016/j.autneu.2014.05.011.

10. Николаев Е.Л., Орлов Ф.В. Интеграция биопсихосоциального подхода в общеврачебную практику: возможности и перспективы // Социальная и клиническая психиатрия. – 2005; 15 (2): 82–4 [Nikolaev E.L., Orlov F.V. Integrating a biopsychosocial approach into general practice: opportunities and prospects // Social and Clinical Psychiatry. – 2005; 15 (2): 82–4 (in Russ.)].

11. Хандурина Г.Н. Сравнительная эффективность различных видов лечения психовегетативных расстройств в неврологической практике. Юбилейный сборник статей Самарской конф. невропатологов и нейрохирургов / Самара, 1995; 121–3 [Khandurina G.N. Comparative effectiveness of different types of treatment of psycho-vegetative disorders in neurological practice. Jubilee collection of articles Samara conf. neuropathologists and neurosurgeons / Samara, 1995; 121–3 (in Russ.)].

12. Birklein F., O'Neill D., Schlereth T. Complex regional pain syndrome: An optimistic perspective // Neurology. – 2015; 84 (1): 89–96. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001095.

13. Van der Kruijs S., Vonck K., Langereis G. et al. Autonomic nervous system functioning associated with psychogenic nonepileptic seizures: Analysis of heart rate variability // Epilepsy Behav. – 2016; 54: 14–9. DOI: 10.1016/j.yebeh.2015.10.014.

14. Machetanz J. Vertigo/dizziness and syncope from a neurological perspective // Internist (Berl). – 2015; 56 (1): 29–35. DOI: 10.1007/s00108-014-3549-z.

15. Lee H., Kim H. Autonomic dysfunction in chronic persistent dizziness // J. Neurol. Sci. – 2014; 344 (1–2): 165–70. DOI: 10.1016/j.jns.2014.06.048

16. Kendirli M., Aparci M., Kendirli N. et al. Diagnostic Role of ECG Recording Simultaneously With EEG Testing // Clin. EEG Neurosci. – 2015; 46 (3): 214–7. DOI: 10.1177/1550059414551554.

PSYCHOAUTONOMIC SYNDROMES IN NEUROLOGICAL PATIENTS

I. Orlova¹; F. Orlov², Candidate of Medical Sciences; Professor A. Golenkov², MD

¹Central City Hospital, Cheboksary

²I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The issue of where psychoautonomic disorders should be assigned to neurological or mental illness still remains open when diagnosing autonomic nervous system (ANS) disorders. The authors have studied the clinical features of the autonomic syndrome and the spectrum of somatic and mental manifestations in inpatients with the neurological profile of ANS disorders.

Key words: neurology, psychiatry, autonomic nervous system disorders.

For citation: Orlova I., Orlov F., Golenkov A. Psychoautonomic syndromes in neurological patients // Vrach. – 2019; 30 (12): 18–21. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-12-05>