

УДК 616.839-008.6.

Вегето-судинна дистонія: етіопатогенез, клініка, діагностика, лікування (клінічна лекція)

■ **Чередніченко Т.В.**

к.мед.н., асистент кафедри неврології
і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Середа В.Г.**

к.мед.н., доцент кафедри неврології
і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Свиридова Н.К.**

д.мед.н., професор, завідувач кафедри
неврології і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Парнікоза Т.П.**

к.мед.н., доцент кафедри неврології
і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Чуприна Г.М.,**

к.мед.н., доцент кафедри неврології
і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Ханенко Н.В.**

к.мед.н., доцент кафедри неврології
і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Сулік Р.В.**

к.мед.н., доцент кафедри неврології
і рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Микитей О.М.**

асистент кафедри неврології і
рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

■ **Свистун В.Ю.**

клінічний ординатор кафедри неврології і
рефлексотерапії
Національної медичної академії
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

Резюме

У даній статті обговорюється клінічна лекція з проблеми термінології, етіології і патогенезу, діагностики та лікування вегетативної дистонії. Також представлена сучасна класифікація вегетативних розладів, дані критерії диференціальної діагностики вегетативних кризів. З огляду на актуальність проблеми вегетативних розладів в структурі неврологічних захворювань, акцент в лекційному матеріалі зроблений на патогенетично обґрунтовані лікувальні заходи. Прояви порушення регуляції проявляються у вигляді дисфункції ендокринної, симпатoadреналової та холінергічних систем, розладів водно-сольового і кислотно-основного станів, кисневого забезпечення фізичних навантажень, зниження кисню в тканинах, що веде до активізації розладів метаболізму, мікроциркуляції з розвитком патологічних процесів в міокарді і становленням гіпертонічної хвороби. Тому розширення клінічних і діагностичних показників при підготовці до тематики лекції сприятиме більш ефективному підвищенню кваліфікації фахівців.

Ключові слова: вегето-судинна дистонія, синдром вегетативної дистонії, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи, панічні атаки.

Вегетативні розлади є однією з актуальних проблем сучасної медицини, що обумовлено їх поширеністю серед серцево-судинної патології. Сучасні епідеміологічні дослідження показали, що в популяції вегетативні порушення, починаючи з пубертатного віку, зустрічаються від 25 до 80% спостережень. У структурі неврологічної захворюваності в Україні та країнах Європи питома вага вегето-судинної дистонії становить 12,7% і, відповідно, цереброваскулярних захворювань – 65%. За даними МОЗ України, в 2016 році в нашій країні було офіційно зареєстровано понад

2,9 млн пацієнтів з цереброваскулярними захворюваннями, з яких 11,2% були особи працездатного віку. З огляду на дані численних досліджень про те, що вегето-судинна дистонія може бути чинником ризику розвитку артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця та іншої як цереброваскулярної так і серцево-судинної патології [1, 2, 5], то розширення інформаційного досвіду на циклах тематичної та передатестаційної підготовки слухачів кафедри неврології і рефлексотерапії НМАПО імені П.Л. Шупика щодо діагностики, розробки сучасних методів лікування і профілактики вегетативних розладів є актуальним напрямком підвищення кваліфікації лікарів на етапі післядипломної освіти.

У матеріал клінічної лекції «Вегето-судинна дистонія: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування» обов'язково потрібно включати сучасне визначення поняття вегето-судинної дистонії (ВСД), оскільки це мультифакторне захворювання, в розвитку якого головну участь беруть генетичні чинники, що призводять до порушення нейрогуморальної та ендокринної регуляції тону, переважно серцево-судинної системи. Слід зазначити, що визначення «вегето-судинна дистонія» або «нейроциркуляторна дистонія» беруть свій початок від терміну «нейроциркуляторна астения», який рекомендував у 1918 році американський лікар Б. Оппенгеймер. У 1954 році кардіолог М.М. Савицький диференціював варіанти клінічного прояву дисфункцій на гіпертонічний, гіпотонічний і кардіальний типи, запропонувавши загальну назву «нейроциркуляторна дистонія» (НЦД) [2, 5, 7, 8]. Після цього термін НЦД набув широкого поширення в науковому і клінічному середовищі кардіологів і терапевтів і придбав синонімічні значення: дисрегуляторна кардіопатія, функціональна кардіопатія, невротичний серцево-судинний синдром, невроз серцево-судинної системи. у 1988 році науковець та невролог професор А.М. Вейн запропонував розглядати ВСД як «синдром вегетативної дистонії» (СВД), представлений перманентними, пароксизмальними розладами локального характеру в поєднанні з емоційними розладами.

У країнах Європи характеристики такого симптомокомплексу порушень, використовують визначення «психовегетативний синдром», запропонований в середині 50-х років в Німеччині, який включає психогенно-обумовлені полісистемні вегетативні порушення. Також цей термін вважає найбільш обґрунтованим, що відображає сучасні уявлення про характер і генез патології, професор Г.М. Дюкова (За підсумками першої міжнародної конференції «Вейновські читання в Україні», м Яремча, 2010 р). У сучасній класифікації МКБ 10 розлади вегетативної нервової системи шифруються кодом G90.

Міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду «Хвороби нервової системи»

Розлади вегетативної [автономної] нервової системи (G90)

Виключено: розлад вегетативної нервової системи, викликане алкоголем (G31.2)

G90.0 Ідіопатична периферична вегетативна нейропатія

G90.1 Сімейна дизавтономія [Райлі-Дея]

G90.2 Синдром Горнера

G90.3 Полісистемна дегенерація

G90.8 Інші розлади вегетативної [автономної] нервової системи

G90.9 Розлад вегетативної [автономної] нервової системи не уточнене

Безпосередньо СВД шифрується кодом G90.8 – «Інші розлади вегетативної (автономної) нервової системи».

Що рекомендовано відобразити при розгляді патології «соматоформна вегетативна дисфункція»?

У сучасній психіатрії СВД розглядається як «Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи» (рубрика МКБ-10 F45.3). Дане поняття об'єднує групу психогенних захворювань, що характеризуються симптомами, що нагадують соматичне захворювання. Симптоми бувають двох типів, жоден з яких не вказує на порушення конкретного органу або системи. Перший тип симптомів – це скарги, засновані на об'єктивних ознаках вегетативного роздратування. Другий тип симптомів – це суб'єктивні скарги неспецифічного або мінливого характеру, які пацієнт співвідносить з будь-яким органом або системою органів.

Класифікація соматоформної дисфункції по МКБ-10:

F45.30 – соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи серця і серцево-судинної системи (для позначення даної патології в кардіології іноді використовується скорочення НА);

F45.31 – соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи верхньої частини шлунково-кишкового тракту;

F45.32 – соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи нижньої частини шлунково-кишкового тракту. Для позначення даної патології в гастроентерології використовується термін «синдром роздратованого кишечника»;

F45.33 – соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи органів дихання;

F45.34 – соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи сечостатевої системи;

F45.38 – соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи інших органів.

Етіологія та патогенез СВД

Причинними факторами розвитку СВД є: спадковість, ушкодження центральної нервової системи (травми, інфекції), тривале психоемоційне напруження, розумова і фізична перевтома, гормональний дисбаланс, гострі і хронічні захворювання, несприятливі екологічні умови. В основі патогенезу СВД лежить порушення рівноваги

між симпатичною і парасимпатичною системами, обумовленою дезінтеграцією вищих вегетативних центрів, насамперед лімбіко-ретикулярного комплексу.

Симпатична нервова система здійснює пристосування організму до безперервно мінливих умов навколишнього середовища. Наприклад, реакції люті чи страху: у цих випадках зростає частота серцевих скорочень (ЧСС) і артеріального тиску (АТ), відбувається викид еритроцитів з селезінки, кровотік перерозподіляється від шкіри і ряду внутрішніх органів до скелетних м'язів, підвищується рівень глюкози в крові, розширюються бронхіоли і зіниці – типова картина реакції «типу боротьби». Симпатична нервова система збуджується за рахунок адреналіну, а гальмівний вплив має ерготамін. Парасимпатична нервова система пристосована для тонкої місцевої регуляції. Її основне призначення – це накопичення ресурсів та регулювання діяльності органів в умовах спокою [3, 4, 9, 10]. Активація парасимпатичної нервової системи призводить до зниження ЧСС і АТ, підвищення моторики і секреції шлунково-кишкового тракту, посилення всмоктування поживних речовин, звуження зіниці, сечовипускання і дефекації. Усунення парасимпатичного впливу несумісне з життям, наприклад, перерізання блукаючих нервів незабаром призводить до смертельної пневмонії. Причиною є порушення рухів епітелію дихальних шляхів і, як наслідок, висхідного струму слизу, з яким з легень видаляються патогенні агенти. Парасимпатична нервова система збуджується ацетилхоліном. Гальмівний вплив на парасимпатичну нервову систему має атропін. До синдрому порушень діяльності вегетативної нервової системи відносять:

- 1) психовегетативний синдром, що розвивається при ураженні центрів вегетативної регуляції, – завжди надсегментарного (синдром вегетативної дистонії);
- 2) синдром периферичної вегетативної недостатності, обумовлений органічним ураженням сегментарних вегетативних апаратів;
- 3) ангіотрофоалгічний синдром, в основі якого лежить ураження змішаних нервів, сплетень і корінців, що іннервують кінцівки

Що відносять до нозологічної класифікації вегетативних розладів?

З огляду на різноманіття клінічних проявів СВД, А.М. Вейном була розроблена класифікація вегетативних розладів, яка є актуальною і на сьогоднішній день: надсегментарні (церебральні) вегетативні порушення проявляються психовегетативними і нейроендокринними синдромами; сегментарні (периферичні) вегетативні порушення проявляються синдромом прогресуючої вегетативної недостатності і вегетативно-судинно-трофічними розладами в кінцівках; поєднані надсегментарні і сегментарні вегетативні порушення.

Виділяють первинні і вторинні надсегментарні вегетативні порушення. До первинних належать: вегетативно-емоційний синдром конституційного характеру, вегетативно-емоційний синдром (реак-

ція) при гострому і хронічному стресі (психофізіологічна вегетативна дистонія), мігрень, нейрогенні неприємності, хвороба Рейно, еритромелалгія. Вторинні надсегментарні вегетативні порушення – це: неврози, психічні захворювання (ендогенні, екзогенні, психопатія), органічні захворювання головного мозку, соматичні (психосоматичні) захворювання, гормональна перебудова (пубертатний період, клімакс).

До первинних сегментарних вегетативних порушень відносяться спадкові невропатії (сенсорні, Шарко-Марі-Тута). Вторинними сегментарними вегетативними порушеннями є: компресійні поразки (вертеброгенні, тунельні, додаткові ребра); ендокринні захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз, гіпертиреоз, гіперпаратиреоз, хвороба Аддісона); системні і аутоімунні захворювання (амілоїдоз, ревматизм, склеродермія, хвороба Гійена-Барре, міастенія); метаболічні порушення (порфірія, хвороба Фабрі, кріоглобулінемія); судинні захворювання (артеріїти, артеріовенозні аневризми, тромбофлебіти); органічні захворювання стовбура мозку і спинного мозку (сирингомієлія, пухлини); канцероматозні вегетативні невропатії; інфекційні ураження (сифіліс, герпес, СНІД) [7, 8, 10].

Первинні поєднані надсегментарні і сегментарні вегетативні порушення проявляються перш за все синдромом прогресуючої вегетативної недостатності (ПВН): ідіопатична ПВН; множинна системна атрофія і ПВН; паркінсонізм і ПВН; сімейна дизавтономія (Райлі-Дея). Вторинні поєднані надсегментарні і сегментарні вегетативні порушення проявляються соматичними захворюваннями, що залучають до процесу одночасно надсегментарні і сегментарні вегетативні системи; поєднання соматичних і психічних (невротичних) розладів. СВД характеризується полісистемними вегетативними проявами:

- 1) В серцево-судинній системі – тахікардія, кардіалгія, коливання рівня артеріального тиску, дистальний акроціаноз, феномен Рейно;
- 2) У дихальній системі – відчуття нестачі повітря, «порожнього» дихання, задишка;
- 3) У шлунково-кишковому тракті – нудота, блювота, незрозумілі запори або проноси, відчуття «кома» в горлі;
- 4) У терморегуляторної сфері – неінфекційний субфебрилітет, періодичні озноби, дифузний або локальний гіпергідроз;
- 5) В системі регуляції рівноваги – запаморочення, почуття «нудоти» в голові, запаморочення;
- 6) У урогенітальній сфері – поллакіурія, цисталгія.

Що відносять до нозологічної характеристики панічних атак

Найбільш яскравим і драматичними проявами СВД є панічна атака (ПА) або вегетативний криз (код F41.0 за МКХ 10). Термін «панічна атака» отримав сьогодні визнання у всьому світі завдяки класифікації, запропонованої Американською асоціацією психіатрів в 1980 році. Терміни «вегетатив-

ний напад» або «діенцефальний криз», традиційні для вітчизняної медицини, описують те ж стан, але роблять акцент на його вегетативних проявах.

Діагностичні критерії МКБ-10 для діагностики неврозів і афективних розладів F41.0 Панічний розлад (епізодична пароксизмальна тривога)

А. Рекурентні панічні атаки, не пов'язані зі специфічними ситуаціями або предметами, а часто трапляються спонтанно (ці епізоди непередбачувані). Панічні атаки не пов'язані з помітним напруженням або з проявом небезпеки або загрози життю.

Б. Панічна атака характеризується наступними ознаками: дискретний епізод інтенсивного страху або дискомфорту;

а) вона починається раптово;

б) вона досягає максимуму протягом декількох хвилин і триває, щонайменше, кілька хвилин;

в) повинні бути присутніми мінімум 4 симптому з числа нижчеперелічених, причому один з них повинен бути з переліку:

Вегетативні симптоми: а) посилене або прискорене серцебиття; б) пітливість; в) тремтіння або тремор; г) сухість у роті (не обумовлене прийомом препаратів або дегідратацією);

Симптоми, пов'язані проблемами живота та дихальних шляхів: д) утруднення в диханні; е) відчуття задухи; ж) болі або дискомфорт у грудях; з) нудота або абдомінальний дистрес (наприклад печіння в шлунку);

Симптоми, пов'язані з психічним станом: і) відчуття запаморочення, нестійкості, непритомного; к) відчуття, що предмети нереальні (дереалізація) або що власне Я віддалилося або «знаходиться не тут» (деперсоналізація); л) страх втрати контролю, божевілля або наступаючої смерті; м) страх померти;

Загальні симптоми: н) припливи або почуття ознобу; о) оніміння або відчуття поколювання.

В. Найбільш часто використовувані критерії виключення: напади паніки не обумовлені фізичним розладом, органічним психічним розладом (F00- F09) або іншим психічним розладом, таким як шизофренія і пов'язані з нею розлади (F20-F29), (афективні) розлади настрою (F30-F39) або соматоформні розлади (F45-).

Виділяють два ступені панічних розладів – помірний ступінь і важкий ступінь: F41.00 -панічний розлад, помірного ступеня щонайменше 4 панічних атаки в чотиритижневий період; F41.01 – панічний розлад, важкого ступеня щонайменше чотири панічних атаки в тиждень за чотири тижні спостереження.

Якщо підсумувати критерії, необхідні для діагностики ПА, то вони включають в себе (А. М. Вейна, 2000 р): пароксизмальність; полісистемність вегетативних симптомів; емоційно-афективні розлади, вираженість яких може коливатися від відчуття дискомфорту до «паніки». Однак вищеописаний симптомокомплекс в основному

характерний для дебюту захворювання. У такому розгорнутому вигляді і проявах панічні атаки зустрічаються не так часто. Існують так звані атипові панічні атаки, для яких характерні наступні клінічні прояви: функціонально-неврологічні симптоми (ком у горлі; псевдопарез; порушення мови і голосу; порушення зору і слуху; судоми, втрата свідомості; елементи «істеричної дуги»); алгії (головні болі; кардіалгії; абдомінальні); сенестопатії (в області голови, серця, абдомінальної області); порушення емоційного стану (відсутність емоцій; депресивні розлади; агресія; фобії; астенія).

Методи дослідження хворих з СВД

1. Клініко-неврологічні (скарги, анамнез пацієнта; визначення стану тону вегетативної нервової системи за допомогою спеціальних анкет (опитувальників), заповнюваних пацієнтом, а також схеми, що заповнюється лікарем, які дозволяють виявити об'єктивні ознаки вегетативної дисфункції – дермографізм, потовиділення, зміни частоти і ритму дихання, лабільність пульсу, артеріального тиску; неврологічний статус (можливе поживлення сухожильних рефлексів, тремор повік закритих очей, пальців витягнутих рук, мови).
2. Лабораторні методи (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові, аналіз крові на гормони щитовидної залози – за необхідності).
3. Інструментальні методи (електрокардіограма, варіабельність серцевого ритму, електроенцефалографія, реоенцефалографія, ультразвукова доплерографія, ультразвукове сканування щитовидної залози, реєстрація шкірного гальванічного рефлексу, капіляроскопія).
4. Огляд суміжних фахівців (офтальмологом, кардіологом, ендокринологом).

Лікування СВД

З огляду на актуальність проблеми вегетативних розладів в структурі неврологічної захворюваності, звичайно ж важливим є розробка сучасних, патогенетично обґрунтованих лікувальних заходів:

- 1) Нормалізація режиму праці та відпочинку
- 2) Медикаментозна терапія: метаболічні препарати -армадін, цитофлавин; венотоніки: л-лізин; детралекс; нормалізують емоційну сферу: адаптол, Ноофен, афобазол, антидепресанти: тріттико, міасер; снодійні препарати – донорміл, Алора, антистрес, валесан; вітамінотерапія – мільгамма, нейромакс; по показанням – бета-адреноблокатори, гіпотензивні)
- 3) Раціональна психотерапія
- 4) Іглорефлексотерапія
- 5) Лазеропунктура
- 6) Фізіотерапія
- 7) Масаж
- 8) Дозовані фізичні навантаження – лікувальна фізкультура.

Висновки

Враховуючи актуальність тематики представленого лекційного матеріалу, взаємодія внутрішніх і зовнішніх факторів веде до порушення на будь-якому рівні складної нейрогуморальної і метаболічної регуляції серцево-судинної системи, причому провідною ланкою патогенезу СВД при психічних і психогенних розладах може бути ураження гіпоталамічних структур мозку, які відіграють координуючу та інтегральну роль в організмі. Представлені дані можливо використовувати при соматоформних дисфункціях серця і серцево-судинної системи, де провідна роль у розвитку СВД відводиться спадково-конституційним факторам, які проявляються у вигляді:

- 1) функціональної недостатності регулюючих структур нервової системи або надмірної їх реактивності внаслідок тісного зв'язку гормональної регуляції розвитку сполучної тканини і вегетативної нервової системи;
- 2) особливостей перебігу ряду метаболічних процесів і
- 3) зміненої чутливості периферичного рецепторного апарату.

Порушення регуляції проявляються у вигляді дисфункції ендокринної, симпатoadреналової та холінергічних систем, розладів водно-сольового і кислотно-основного станів, кисневого забезпечення фізичних навантажень, зниження кисню в тканинах. Все це веде до активізації тканинних гормонів з подальшими розладами метаболізму, мікроциркуляції з розвитком патологічних процесів в міокарді і становленням гіпертонічної хвороби та іншої патології серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань. Тому розширення клінічних і діагностичних показників у представленому лекційному матеріалі буде сприяти більш ефективному підвищенню кваліфікації фахівців при розборі даної патології.

Література

1. Churchill, C Barbu, D Caldwell, A Cipriani, T Furukawa. Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis // The Cochrane Library. – 2016. – P. 1–11
2. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение. – М., 2002. – 240 с.
3. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. – Эйдос Медиа, 2004. – 408 цдс.
4. Завальная Е.П., Тондий О.Л. и др. Монотерапия препаратами гинкго билобы в лечении вегетативно-сосудистых расстройств у женщин в период пре- и менопаузы // Украинский вестник психоневрологии. – 2012. – Т. 20, вып. 3 (72). – С. 96.
5. Литовченко Т.А., Тондий О.Л., Завальная Е.П. Лечение цефалгического синдрома и вегетативной дистонии у женщин в период пре- и менопаузы с применением препарата Цефавора // Международный неврологический журнал. – 2014. – № 3(65). – С.27–34.

6. Литвиненко Н.В. Современный взгляд на проблему вегетативной дисфункции // Здоров'я України. – 2012. – № 6 (червень). – С. 49.
7. Мачерет Е.Л., Коркушко А.О. Вегето-сосудистая дистония и рефлексотерапия // Международный неврологический журнал. – 2009. – № 8(30). – С. 69–71.
8. Соколов С.А. Алгоритм объективной оценки результатов лечения больных с нейроциркуляторной дистонией: обоснование и опыт применения // Рос. медико-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. – 2010. – № 4. – С. 104–109.
9. Adolph D, Margraf J. The differential relationship between trait anxiety, depression, and resting frontal α -asymmetry. // J Neural Transm (Vienna). – 2016. – P. 113–119
10. Van Dessel N1, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H. Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. // The Cochrane Library. – 2014. – 231p.

Вегето-сосудистая дистония: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение (клиническая лекция)

Чердиченко Т.В.

к.мед.н., ассистент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Середа В.Г.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Свиридова Н.К.

д.мед.н., профессор, зав. кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Парникоза Т.П.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Чуприна Г.Н.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Ханенко Н.В.

к.мед.н., доцент кафедры неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика

Сулик Р.В.

к.мед.н., доцент кафедри неврології і рефлексотерапії
 Национальной медицинской академии
 последипломного образования
 имени П.Л. Шупика

Микитей О.Н.

ассистент кафедры неврології і рефлексотерапії
 Национальной медицинской академии
 последипломного образования
 имени П.Л. Шупика

Свистун В.Ю.

клинический ординатор кафедры
 неврології і рефлексотерапії
 Национальной медицинской академии
 последипломного образования
 имени П.Л. Шупика

Резюме

В данной статье обсуждается клиническая лекция по проблеме терминологии, этиологии и патогенеза, диагностики и лечения вегетативной дистонии. Также представлена современная классификация вегетативных расстройств, даны критерии дифференциальной диагностики вегетативных кризов. Учитывая актуальность проблемы вегетативных расстройств в структуре неврологических заболеваний, акцент в лекционном материале сделан на патогенетически обоснованные лечебные мероприятия. Проявления нарушения регуляции проявляются в виде дисфункции эндокринной, симпатoadреналовой и холинергических систем, расстройств водно-солевого и кислотно-основного состояний, кислородного обеспечения физических нагрузок, снижения кислорода в тканях, что ведёт к активизации расстройств метаболизма, микроциркуляции с развитием патологических процессов в миокарде и становлением гипертонической болезни. Поэтому расширение клинических и диагностических показателей при подготовке к тематике лекции будет способствовать более эффективному повышению квалификации специалистов.

Ключевые слова: вегетососудистая дистония, синдром вегетативной дистонии, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, панические атаки.

Vegetative-vascular dystonia: etiopathogenesis, clinical picture, diagnosis, treatment (clinical lecture)

Cherednichenko T.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Sereda V.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Svyrydova N.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Parnikoza T.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Chuprina G.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Khanenko N.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Sulik R.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Mykytei O.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Svystun V.

Department of Neurology and Reflexology,
 Shupyk National Medical Academy
 of Postgraduate Education

Summary

This article discusses the clinical lecture on the problem of terminology, etiology and pathogenesis, diagnosis and treatment of vegetative dystonia. Also featuring a modern classification of autonomic disorders, are the criteria for the differential diagnosis of autonomic crises. Given the urgency of the problem in the structure of autonomic disorders of neurological diseases, the focus of the lecture material placed on pathogenetically justified therapeutic measures. The manifestations of dysregulation manifest as dysfunction of the endocrine, simpatoadrenalovoj and cholinergic systems, disorders of water and salt, and acid-base status, oxygen supply of physical activity, the oxygen reduction in the tissues, which leads to activation of metabolic disorders, microcirculation with the development of pathological processes in the myocardium and the emergence of hypertension. Therefore, expansion of clinical and diagnostic indicators in preparation for the lecture topics will contribute to a more effective professional development specialists.

Keywords: dystonia, dystonia syndrome, somatoform dysfunction of the autonomic nervous system, panic attacks.