

ВЕГЕТАТИВНА ДИСТОНІЯ: ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТА

*Н.К. Свиридова, Т.В. Чередніченко, Н.В. Ханенко,
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ*

Термін «вегетативні розлади» об'єднує різноманітні за походженнями (центрального та периферичного генезу) і проявами порушення вегетативних функцій організму, які зумовлені проблемами з нейрогенною регуляцією.

За даними епідеміологічних досліджень, близько 80 % населення планети протягом життя страждають на ті або інші порушення, що клінічно проявляються у вигляді вегетативної дисфункції (Кузьміна, Серкова, 2009).

Класифікація вегетативних розладів

Центральні вегетативні розлади пов'язані з дисфункцією центральних надсегментарних інтеграційних структур стовбура, проміжного мозку, лімбічної системи, великих півкуль, які координують функцію різних відділів вегетативної нервової системи (ВНС), а також поєднують вегетативні реакції з мотиваційно-афективними та нейроендокринними.

Клінічна картина за таких розладів зумовлена патологією центрального відділу; вони нерідко супроводжуються поліморфними психічними (психовегетативним синдромом) та ендокринно-метаболічними порушеннями.

Периферичні вегетативні розлади — це результат ураження периферичних (сегментарно-периферичних) вегетативних структур, що входять до складу симпатичної або парасимпатичної нервової системи. Як правило, вони проявляються у вигляді дисфункції вісцеральних систем (синдром периферичної вегетативної недостатності) або вегетативно-трофічних порушень (ангіотрофалгічні синдроми). Також виділяють первинні та вторинні вегетативні розлади. Зокрема, первинні пов'язані з безпосереднім вибірковою ураженням вегетативних структур («захворювання ВНС»); зумовлюються спадковими хворобами або набутими захворюваннями дегенеративного/ аутоімунного характеру, за яких вегетативна дисфункція має облігатний характер, домінує в клінічній картині та виникає на найбільш ранній стадії патології.

Вторинні вегетативні розлади є ускладненням інших неврологічних, психічних або соматичних захворювань, що виражаються як вегетативними, так і іншими порушеннями, причому вегетативні розлади за цих нозологій не мають облігатного характеру і виникають на більш пізньому етапі розвитку хвороби.

Нині є популярним визначення «ізолювана вегетативна недостатність», характеристики якої наведено в таблиці 1. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), вегетативні розлади належать до розділу «Хвороби нервової системи».

Розлади вегетативної (автономної) нервової системи (G90), за винятком розладу вегетативної нервової системи, зумовленого зловживанням алкоголем — G31.2:

- G90.0 — Ідіопатична периферична вегетативна нейропатія. Непритомність, пов'язана з подразненням каротидного синуса.
- G90.1 — Сімейна дизавтономія (Райлі-Дея)
- G90.2 — Синдром Горнера (синдром Бернара–Горнера).
- G90.3 — Полісистемна дегенерація. Неврогенна ортостатична гіпотензія (Шая — Дрейджера) (за винятком ортостатичної гіпотензії — БДУ 195.1).
- G90.8 — Інші розлади вегетативної (автономної) нервової системи.
- G90.9 — Розлад вегетативної (автономної) нервової системи неуточнений.

Щодо соматоформної вегетативної дисфункції рекомендовано використовувати код G90.8: «Інші розлади вегетативної (автономної) нервової системи».

Вегетативна дисфункція виникає в межах психовегетативного синдрому (у клінічній практиці часто послуговуються терміном «вегетативна дистонія»), за психовегетативних розладів може мати як постійний, так і пароксизмальний характер (так звані вегетативні кризи). У патогенезі важливу роль відіграє дисфункція лімбічної системи і ретикулярної формації стовбура мозку, які беруть участь у регуляції як емоційних, так і вегетативних реакцій, гіперчутливість центральних структур до вегетативної аферентації, а також преморбідний дефект вегетативної регуляції, що спрямовує невротичні розлади у вегетативне русло.

Діагностування вегетативної дисфункції

За встановлення діагнозу вегетативної дисфункції слід брати до уваги такі моменти, як:

- 1) наявність невротичного розладу;
- 2) наявність вегетативної дистонії (дисфункції);
- 3) провідний клінічний синдром або синдроми:
 - гіпервентиляційний;
 - кардіоваскулярний;
 - гастроентеральний (диспептичний, абдоміналгічний);
 - дизуричний;
 - синдром порушення терморегуляції.

Більшість випадків вегетативної судинної дисфункції нозологічно належать до невротичних розладів, натомість вегетативні (соматоформні) скарги пов'язані з активацією вегетативної системи. Ознаками невротичних розладів є:

1. Постійні скарги на підвищену стомлюваність після розумової праці або скарги на слабкість у тілі й виснаженість за мінімальних зусиль.

Таблиця 1. Ізольована вегетативна недостатність

Характеристика	Особливості
Захворювання проявляються в середньому віці	Повільно прогресуюча ортостатична гіпотензія
«Ідіопатична ортостатична гіпотензія»	Термін не зовсім точний, оскільки порушується регуляція не лише судинного тону, а й шлунково-кишкового тракту, потових залоз
В основі захворювання дегенерація	Переважаючі залучені нейрони вегетативних (симпатичних) гангліїв
У цій підрубриці кодують синкопальні стани, пов'язані із синдромом каротидного синуса	В основі хвороби — дисфункція центральних вегетативних структур стовбура мозку, а також гострі вегетативні нейропатії, імовірно, пов'язані з вибірковою ураженням вегетативних волокон

2. Щонайменше дві з таких ознак, як: м'язовий біль, запаморочення, головний біль напруги, порушення сну, неможливість розслабитися, дратівливість, диспепсія.

3. Будь-які вегетативні симптоми або симптоми депресії не відповідають за своєю тривалістю і виразністю критеріям тяжких психічних розладів.

4. Ключова ознака — швидка стомлюваність, яка виникає в когнітивній, афективній (емоційна лабільність), фізичній сферах (занепад сил, розбитість).

Для астеничного неврозу, який супроводжує вегетативну дисфункцію, притаманні такі соматичні скарги, як: гіперестезія (головний біль напруги й відчуття запаморочення); тривога або симптоми депресії; зниження лібідо; можливі порушення засинання, часті нічні пробудження, іноді гіперсомнія.

У разі прогресування хвороби заклопотаність пацієнтів власним психічним або фізичним здоров'ям може набути рис астеноіпохондрії.

Клінічну характеристику функціонального стану вегетативної нервової системи, що допоможе клініцистам під час встановлення діагнозу, наведено в таблиці 2.

Роль ендотеліальної дисфункції

Ендотеліальна дисфункція є важливим чинником порушення вегетативного гомеостазу, оскільки перешкоджає синтезу та функціонуванню оксиду азоту (NO) у судинній системі, а це призводить до розвитку артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та діабетичної ангіопатії, гострого інфаркту міокарда, нестабільної стенокардії, атеротромбозу,

тромботичної мікроангіопатії (дистонії), тромбоемболічних цереброваскулярних захворювань. Ендотелій судин відіграє вирішальну роль у підтримці стану судин, особливо за вегетативної дисфункції. У відповідь на патологічні подразники він вивільняє різні вазоактивні медіатори, як-от: ангіотензин II, ендотелін-1, чинники росту ендотеліальних клітин, ендотелій-залежний фактор гіперполяризації, інтерлейкіни, інгібітори плазміногену, простагландин, простагландин H2, оксид азоту і тромбоксан A2.

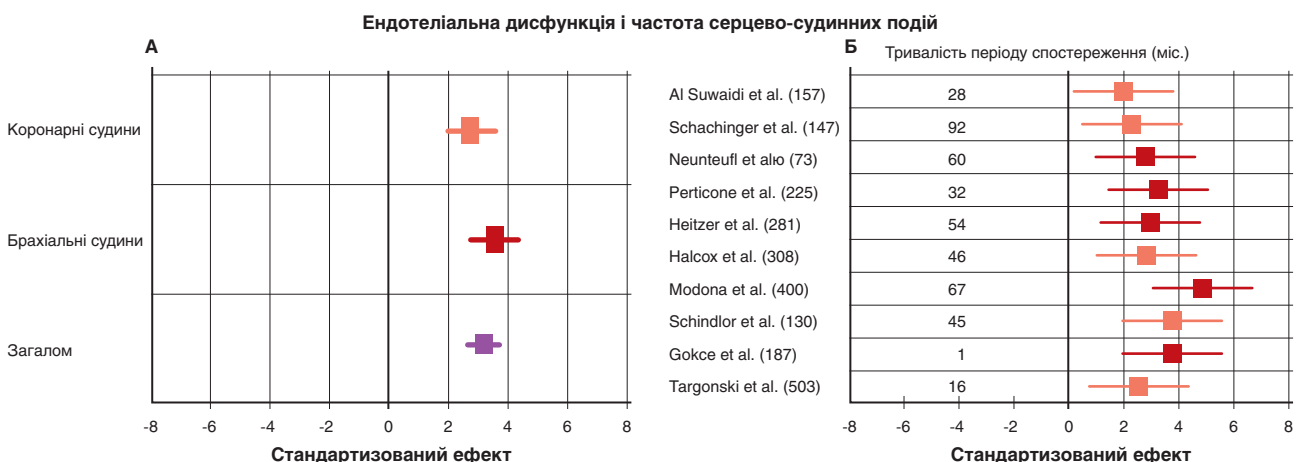
На рисунку представлено результати багатоваріантного аналізу досліджень із вивчення зв'язку між коронарною/периферичною ендотеліальною дисфункцією та серцево-судинними подіями (раптова серцева смерть, інфаркт міокарда й потреба у ревазуляризації).

Проаналізовано дані близько 2 тис. 500 пацієнтів, тривалість спостереження від 1 до 92 міс. Результати засвідчили, що ендотеліальна дисфункція значуще асоційована із серцево-судинними подіями, а поліпшення ендотеліальної функції сприяє зменшенню їхньої частоти (Lerman and Zeiher, 2005).

Лікування

За наявності вегетативної дисфункції, супроводжуваної соматичною патологією, слід призначати комплекс препаратів, які компенсують ці порушення. Їхня ефективність зумовлена антиоксидантною та мембранопротекторною дією.

Одним із таких препаратів є Лодиксем (етилметилгідроксипіридину сукцинат). Механізм його дії зумовлений антиоксидантними та мембранопротекторними властивостями.



Примітки: А — інтеграція результатів досліджень на підставі оцінювання функції ендотелію та комбінованого аналізу; Б — окремі дослідження (у дужках кількість пацієнтів).

Рисунок. Багатоваріантний аналіз коефіцієнта ризику за результатами досліджень, які свідчать про взаємозв'язок між коронарною або периферичною ендотеліальною дисфункцією та серцево-судинними подіями

Адаптовано згідно з Lerman A. and Zeiher A.M. Endothelial Function, Cardiac Events. *Circulation*. 2005. Vol. 111, № 3P. 363–368.

Таблиця 2. Клінічна характеристика функціонального стану вегетативної нервової системи

Симптоми й показники	Симпатичні реакції	Відносна рівновага	Парасимпатичні реакції
Шкіра			
Колір	Блідий	Відповідає нормі	Схильність до почервоніння
Судинний рисунок	Не виражений	Не виражений	Мрамуровість, ціаноз
Сальність	Знижена	У нормі	Підвищена, вугровий висип
Потовиділення	Зменшене або збільшене (в'язкий піт)	У нормі	Посилене (рідкий піт)
Дермографізм	Рожевий, білий	Червоний, нестійкий	Інтенсивно червоний, піднесений над навколишньою шкірою
Схильність до набряку	Не виражена	Не виражена	Характерна
Терморегуляція			
Температура тіла	Схильність до підвищення	У нормі	Знижена
Мерзлякуватість	Немає	Не характерна	Підвищена
Непереосимість задушливих приміщень	Задовільна	Задовільна	Погана
Температура при інфекціях	Висока (> 38,5 °C)	Задовільна (37,5–38,0 °C)	Субфебрильна (до 37,3 °C) можливий тривалий субфебрилітет
Обмін речовин			
Маса тіла	Схильність до схуднення	Відповідає нормі	Схильність до набору ваги, ожиріння
Апетит	Підвищений	У нормі	Знижений
Спрага	Виражена	У нормі	Не виражена
Серцево-судинна система			
Частота серцевих скорочень (у спокійному стані)	Підвищена (понад 90 уд./хв)	Відповідає нормі (55–85 уд./хв)	Знижена (менше 55 уд./хв)
Систолічний артеріальний тиск	У нормі або підвищений	У нормі	Знижений
Діастолічний артеріальний тиск	У нормі або підвищений	Відповідає нормі	Нормальний або знижений
Прискорене серцебиття	Характерне	Не характерне	Зрідка
Біль у ділянці серця	Можливий	Не характерний	Зрідка
Знепритомнення	Зрідка	Не буває	Характерне
Вестибулярні порушення			
Запаморочення, непереносимість транспорту	Не характерні	Не характерні	Характерні
Дихальна система			
Частота дихання	У нормі або підвищена	У нормі (16–18 на хв)	Знижена, дихання глибоке
Задишка	Не характерна	Не характерна	Характерна
Астматичний бронхіт або бронхіальна астма	Не характерні	Не характерні	Характерні
Шлунково-кишковий тракт			
Слиновиділення	Зменшене	У нормі	Посилене
Нудота, біль у животі	Не характерні	Не характерні	Характерні
Моторика кишечника	Атонічний закреп, слабка перистальтика	Відповідає нормі	Дискінезії, спастичний закреп, проноси
Кислотність шлункового соку	У нормі або знижена	Відповідає нормі	Підвищена
Сечостатева система			
Сечовипускання	Поліурія, світла сеча	У нормі	Імперативні позиви
Лібідо	Підвищене	У нормі	У нормі
Ерекція	У нормі	У нормі	Посилена

Симптоми й показники	Симпатичні реакції	Відносна рівновага	Парасимпатичні реакції
Алергічні реакції			
Набряк, свербіж	Немає	Немає	Схильність
Працездатність			
Фізична	Підвищена	Достатня	Знижена
Психічна	Неуважність, нездатність зосередитися, активність підвищується ближче до вечора	У нормі	Увага задовільна, активність вища в першій половині дня
Вегетативні проби			
Ортостатична проба	Пульс відносно прискорений	У нормі	Пульс відносно сповільнений
Кліностатична проба	Пульс відносно сповільнений	У нормі	Пульс відносно прискорений
Проба Ашнера	У нормі, парадоксальне пришвидшення пульсу	У нормі	Значне сповільнення пульсу
Кров			
Вміст еритроцитів	Збільшений	У нормі	Зменшений
Вміст лейкоцитів	У нормі	У нормі	У нормі
Рівень глюкози в крові	Підвищений, у нормі	У нормі	Знижений, гіпоглікемія
Інші ознаки			
Темперамент	Підвищена збудженість	Урівноваженість	Малорухливість, в'ялість
Сон	Нетривалий, поганий	У нормі	Сонливість

Препарат інгібує перекисне окиснення ліпідів; підвищує активність супероксиддисмутази; сприяє збільшенню співвідношення ліпідів/білка; зменшує в'язкість мембран і підвищує її плинність.

Крім того, Лодиксем має ноотропні властивості:

- поліпшує мозковий метаболізм і кровозабезпечення головного мозку;
- чинить гіполіпідемічну дію;
- посилює транспорт нейромедіаторів;
- сприяє покращенню синаптичної передачі.

Застосування препарату Лодиксем підвищує вміст дофаміну в головному мозку, нестача якого призводить до сповільненості та загальмованості когнітивних процесів у мозку людини, скутості рухів, утруднення ходи, обмеженості рухової активності. Дофамін є життєво необхідною речовиною, дефіцит якої зумовлює погане самопочуття (пригнічений емоційний стан).

Тривала терапія препаратом Лодиксем (до місяця) сприяє зменшенню тривожності, тобто йому притаманний анксиолітичний ефект за допомогою модуляції активності рецепторних комплексів — бензодіазепінових та γ-аміномаслянокислотних (ГАМК).

Серед показань для застосування препарату Лодиксем:

- 1) черепно-мозкові травми та їхні наслідки;
- 2) дисциркуляторна енцефалопатія;
- 3) нейроциркуляторна дистонія;
- 4) легкі когнітивні порушення атеросклеротичного генезу;
- 5) тривожні розлади за невротичних і неврозоподібних станів.

Призначають Лодиксем внутрішньом'язово або внутрішньовенно (струминно, краплинно) 100–300 мг/добу

протягом 14–30 днів; дозування підбирають індивідуально (максимальна добова доза не має перевищувати 1200 мг).

Як зазначалося, ендотеліальна дисфункція є важливим чинником порушення вегетативного гомеостазу.

Одним із препаратів, який значно поліпшує ендотеліальну залежну дилатацію, є Тівортін®, оскільки його діюча речовина – L-аргінін – являє собою субстрат для NO-синтази (ферменту, що каталізує синтез NO в ендотеліоцитах), а завдяки вивільненню вазоактивних медіаторів відбувається регуляція тону судин і поліпшується функціонування ендотелію.

За наявності вегетосудинної дисфункції застосування препарату Тівортін® відіграє вирішальну роль для підтримання судин. Повний курс лікування препаратом Тівортін® – 10 днів інфузійної терапії (по 100–200 мл – 4,2–8,4 г) і 14 днів перорального приймання (розчин Тівортін® аспаратат по 10 мл на день).

Висновки

Вегетативні розлади, в основі патогенезу яких лежить дезінтеграція вегетативних, емоційних, сенсомоторних, ендокринно-вісцеральних співвідношень, ендотеліальна дисфункція, а також порушення циклу сон-активність, є серйозною та поширеною проблемою в сучасній медицині.

Своєчасна діагностика та призначення комплексного лікування, зокрема інфузійної терапії етилметилгідроксипіридину сукцинатом (Лодиксем) та L-аргініном (Тівортін®), дає змогу ефективно впливати на патогенез цих порушень і в такий спосіб компенсувати їх.

