

УДК 616.12-009.7:616.839]-085.225.1/.2-085.214]-085

Т. М. БЕНЦА

/Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика/

Нейроциркуляторная дистония: рациональные подходы к диагностике и лечению

Резюме

В статье представлены данные о медико-социальной значимости проблемы нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Актуальность проблемы связана с существенным увеличением распространенности функциональных сердечно-сосудистых заболеваний, которые были зарегистрированы в последние годы. НЦД наиболее часто поражает молодых людей трудоспособного возраста, страдающих от системного нейрогенного дисбаланса в организме. Заболевание отрицательно влияет на качество жизни. Диагноз НЦД обычно устанавливается пациентам молодого и зрелого возраста, которые не имеют органической патологии и предъявляют различные соматические жалобы: головокружение, головную боль, нарушение сна, сердцебиение, одышку и тому подобное. Представлены и проанализированы современные возможности лечения больных НЦД.

Ключевые слова: нейроциркуляторная дистония, диагностика, лечение

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) – полиэтиологическое функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы, в основе которого лежат расстройства нейроэндокринной регуляции с множественными и разнообразными клиническими симптомами, возникающими или усугубляющимися на фоне стрессовых воздействий, отличающиеся доброкачественным течением и благоприятным прогнозом.

Еще в 1867 году британский врач W. Mclean назвал «раздраженным сердцем» комплекс характерных жалоб и преходящих расстройств, которые он наблюдал у некоторых больных. Первое же описание данного патологического состояния связано с именем врача армии северян Da Costa, который в 1871 году, во время Гражданской войны в США, обратил внимание на появление у солдат симптомокомплекса в виде боли в области сердца, вялости, слабости, названного затем в его честь синдромом Да Коста. В последующем этот синдром имел множество названий, что создало определенную путаницу в понимании сущности данной патологии: синдром усилия, раздраженное сердце, солдатское сердце, беспорядочная деятельность сердца, военная усталость, снарядный шок, нервное сердце, соматическая психогенная кардиоваскулярная (астеническая) реакция, вазомоторный невроз, вегетативная дисфункция, вегетативно-эндокринная кардиопатия. Группой американских военных врачей во главе с Б. Оппенгеймером в 1918 году был введен в практику термин «нейроциркуляторная астения» для обозначения состояния, идентичного астеническому неврозу (неврастении) с висцеральной симптоматикой, сфокусированной на сердце. В 1950 году Г. Ф. Ланг среди заболеваний нейрогуморального аппарата, регулирующего кровообращение, выделил сердечно-сосудистые расстройства неврогенной природы. Термин «нейроциркуляторная дистония» предложен Н.Н. Савицким в 1952 году. Кроме

того, употребляется ряд терминов, являющихся, по существу, частным проявлением НЦД – это «тонзилло-кардиальный синдром», «дизовариальная (дисгормональная) кардиопатия», «гиперкинетический синдром». Зарубежные коллеги применяют или общий термин «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы», или, в зависимости от эмоциональных расстройств, – «генерализованное тревожное расстройство», «соматоформное расстройство», «паническое расстройство» и т.п. [19, 20]. Однако чаще в качестве диагноза звучат конкретные термины, обозначающие доминирующий симптом, например «некоронарные боли», «гипервентиляционный синдром», «синдром хронической усталости», «хронические головные боли напряжения» и тому подобное.

В МКБ-10, утвержденной ВОЗ, рубрика F 45.3 включает группу заболеваний, протекающих с нарушением нервной регуляции системы кровообращения и обозначенных как «соматоформная вегетативная дисфункция» [17]. При этом, в зависимости от предъявляемых жалоб, выделяют два типа больных. К первому типу относят пациентов с жалобами общевегетативного характера, объективными признаками вегетативного раздражения в виде сердцебиения, повышенной потливости и покраснения кожи, тремора кистей рук, страхов, беспокойства относительно возникшего нарушения здоровья, не характерными для поражения конкретного органа или системы. Ко второму типу относят пациентов с жалобами неспецифического, изменчивого характера, на быстро проходящие боли во всех участках тела («болит все»), ощущение жара, повышенной усталости, вздутие живота, которые соотносятся с поражением какого-либо органа или системы. Именно к данной рубрике отнесены заболевания, обозначенные как кардиальный невроз, синдром Да Коста, гастроневроз, нейроциркуляторная астения, психогенные формы (аэрофагия, навязчивый кашель, дизурия, метеоризм, икота, глубокое частое

дыхание, т.е. гипервентиляция, учащенное мочеиспускание), вазомоторный невроз, нарушения ритма сердца психогенного происхождения.

В алфавитном указателе болезней и травм МКБ-10 указано, что «нейроциркуляторная дистония, астения» должны относиться к рубрике F 45.3. Это дает врачам право на установление диагноза НЦД при соответствующей клинической симптоматике.

Эпидемиология. Функциональные нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы широко распространены, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, в популяции их отмечают в 25–80 % наблюдений. В общей структуре сердечно-сосудистых заболеваний НЦД составляет 32–50 %. Заболевают чаще в молодом и зрелом возрасте (18–40 лет), преимущественно женщины. НЦД в структуре сердечно-сосудистых заболеваний у подростков, юношей составляет 75 % [2].

Этиология. В развитии НЦД, как правило, играют роль несколько этиологических факторов одновременно, в большинстве случаев выделить ведущий и второстепенный факторы не удается.

Факторы риска:

- острые и хронические психоэмоциональные и социально-бытовые стрессовые ситуации;
- перенесенная острая и рецидивирующая носоглоточная инфекция;
- воздействие физических и химических факторов (гиперинсоляция, повышенная температура окружающей среды, ионизирующая радиация, вибрация и другие отрицательно влияющие производственные факторы);
- хроническая алкогольная и табачная интоксикация;
- гиподинамия;
- дисгормональные расстройства, наблюдающиеся в пубертатном и зрелом возрасте;
- умственное и физическое переутомление;
- черепно-мозговая травма.

Основное значение имеет длительное психоэмоциональное напряжение, вызванное значительными острыми и хроническими стрессовыми ситуациями вследствие затруднения социальной адаптации.

Предрасполагающие к развитию НЦД факторы:

- наследственно-конституциональные особенности организма, в частности функциональная недостаточность или чрезмерная реактивность структур головного мозга, регулирующих деятельность вегетативной нервной системы;
- психологические особенности личности;
- плохие социально-экономические условия;
- образ жизни и отдыха (неупорядоченный режим труда и отдыха, ненормированный рабочий день, недостаточный сон, частые ночные смены и дежурства и т.п.).

Важно подчеркнуть, что при уже существующей НЦД предрасполагающие факторы могут стать пусковыми в развитии обострения заболевания.

Патогенез. Функциональные расстройства реализуются в виде нарушений функции вегетативной нервной системы, которая оказывает регулирующее действие на систему кровообращения через симпатический и парасимпатический отделы. Под влияни-

ем этиологических факторов происходит дезинтеграция нейрогормональной метаболической регуляции на уровне коры головного мозга, лимбической зоны и гипоталамуса, что приводит к дисрегуляции функции автономной нервной системы в целом и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в частности, изменению нейроэндокринной реактивности, системы микроциркуляции и функции эндотелия. Установлена связь стресса с маркерами воспаления, включая активность молекул адгезии.

Важнейшие звенья патогенеза, ответственные за появление основных клинических симптомов НЦД:

- нарушение корково-гипоталамических и гипоталамо-висцеральных взаимоотношений;
- чрезмерная симпатoadrenalовая стимуляция с клиническими эффектами гиперкатехоламинемии;
- повышенная реактивность периферических вегетативных образований, ответственных за функции внутренних органов;
- трофические, обменные и регуляторные нарушения функций внутренних органов, обусловленные их чрезмерной стимуляцией или изменением нейроэндокринной регуляции.

Больные с НЦД представляют группу риска, так как у них впоследствии часто развиваются органические заболевания сердечно-сосудистой системы – гипертоническая болезнь и ишемическая болезнь сердца.

Классификация. В Украине принята классификация НЦД, согласно которой выделяют следующие типы:

- кардиальный (включает кардиалгический и аритмический варианты);
- гипертензивный;
- гипотензивный;
- смешанный.

НЦД по кардиальному типу по МКБ-10 соответствует кардиальному неврозу. У больных с этой патологией вегетативные расстройства, проявляющиеся преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы, сопровождаются кардиалгией и нарушениями ритма сердца (чаще всего синусовой тахикардией и экстрасистолической аритмией). Гипертензивный и гипотензивный типы НЦД соответствуют нейроциркуляторной астении по МКБ-10. Эти состояния характеризуются изменениями АД в сторону повышения или снижения в результате стрессовых перегрузок, метеозависимости и т. д. Повышение АД кратковременное, не более 160/100 мм рт. ст., его нормализация происходит без медикаментозного или немедикаментозного вмешательства.

Смешанный тип НЦД характеризуется сочетанием кардиального невроза с существенными колебаниями сосудистого тонуса – гипотензией или транзиторной (преимущественно систолической) гипертонией.

Клиника. Несоответствие между выраженностью жалоб и скудностью изменений при объективном исследовании считается типичным для НЦД.

Выделяют наиболее характерные и часто встречающиеся клинические синдромы, к которым относятся:

- кардиалгический;
- гиперкинетический;
- расстройства сердечного ритма и автоматизма;
- изменения и выраженная лабильность АД;

- респираторный (синдром дыхательных расстройств);
- синдром вегетативных расстройств;
- вегетососудистые кризы;
- астеноневротический синдром.

Кардиалгический синдром наблюдается у 80–100 % больных НЦД. К возможным механизмам кардиалгии относят расстройство тонуса коронарных артерий сердца, гипервентиляцию, гиперкатехоламинемия, раздражение сердечных симпатических сплетений.

Характерные особенности *кардиалгического синдрома* при НЦД:

- разнообразный характер боли в области сердца – больные описывают их как ноющие, колющие, давящие, жгучие, саднящие, грызущие; иногда кардиалгии воспринимаются как ощущение инородного тела в грудной клетке, вызывающего сдавливание, стеснение в груди;
- различная интенсивность боли в области сердца – от несильных, до мучительных, невыносимых, лишаящих сна и отдыха (по мнению больных, сон нарушен из-за ощущения постоянной интенсивной боли);
- разнообразная локализация – у большинства больных боль локализуется в области верхушки сердца, но нередко наблюдается прекардиальная, парастернальная локализация; некоторые больные ощущают боль под левой лопаткой, иногда ниже левой подключичной области, между лопаток; бывает загрудинная боль; может наблюдаться боль мигрирующего характера;
- продолжительность боли различна – от нескольких секунд до многих часов и даже дней; нередко больные характеризуют боль как постоянную; следует отметить, что чаще боль появляется постепенно, однако у некоторых больных она бывает внезапной, пароксизмальной;
- иррадиация боли различна, однако у большинства больных наблюдается иррадиация в левую руку, реже – в левую половину шеи;
- условия возникновения боли разнообразны, у большинства больных отмечается четкая связь возникновения кардиалгий с психоэмоциональными стрессовыми ситуациями, неблагоприятной психологической обстановкой на работе или в семье, умственным и физическим перенапряжением, иногда с приемом алкоголя, переменой погоды, с предменструальным периодом; нарушения сна также могут быть причиной появления кардиалгий;
- своеобразный ритмический рисунок боли – исчезновение или значительное уменьшение кардиалгий при отвлечении внимания больного (например, выполнение какого-либо неотложного дела, проведение приятного мероприятия, общение с приятными для пациента людьми) и возобновление боли в области сердца при возвращении больного в обычную, привычную повседневность, или когда больной остается наедине с самим собой и начинает вновь детально анализировать свои ощущения в области сердца;
- особый характер связи кардиалгии с физической нагрузкой – в отличие от стенокардии, боль в области сердца возникает не во время, а после физической нагрузки или длитель-

ной ходьбы. Физическая нагрузка у некоторых больных может даже уменьшить интенсивность боли. Многие больные способны продолжать физическую нагрузку даже при наличии боли в области сердца;

- эмоциональный статус больного во время кардиалгии нарушен, обычно боли при НЦД сопутствуют тревога, беспокойство, плохое настроение, депрессия, ощущение нехватки воздуха, многие больные испытывают чувство страха смерти;
- отсутствие купирующего эффекта нитроглицерина и значительное уменьшение или прекращение боли в области сердца после приема валидола, корвалола, валокордина, настойки валерианы и других седативных средств;
- изменчивость восприятия боли (остроты, интенсивности, локализации, распространенности), наблюдающаяся в течение дня.

Кардиалгия на фоне гипертонуса симпатической нервной системы сопровождается беспокойством, повышением уровня АД, тахикардией, ознобом, бледностью кожи, снижением температуры тела.

Кардиалгия на фоне активации парасимпатической нервной системы сопровождается брадикардией, снижением уровня АД, гиперемией кожи лица.

Гиперкинетический синдром. Для больных НЦД характерно существенное увеличение минутного объема сердца, преимущественно за счет ударного объема. Одновременно общее периферическое сопротивление значительно снижается.

Основные клинические проявления гиперкинетического синдрома – это жалобы на сердцебиение, которое не всегда сопровождается увеличением ЧСС при объективном исследовании. Больные часто отмечают также «толчки» в области сердца, пульсацию сосудов шеи или головы, «замирание», «проталивание», «остановку» сердца. ЧСС колеблется от 80 до 130 в 1 мин. Пульс учащается при волнении, изменении положения тела, гипервентиляции, в положении стоя. Ощущения «замирания» и «остановки» сердца часто связаны с желудочковой экстрасистолией. Особенностью этих экстрасистол является то, что они появляются в покое, чаще к концу рабочего дня, после физической нагрузки (а не на высоте нагрузки, как при стенокардии), при эмоциональных стрессах. Физическая нагрузка приводит к уменьшению частоты экстрасистол либо к полному их исчезновению.

При осмотре границы сердца, как правило, не изменены, тоны звучные. Иногда выслушивается систолический шум над верхушкой или в области основания сердца. Признаки застойной сердечной недостаточности отсутствуют.

Синдром изменений и лабильности АД. К признакам НЦД относятся повышение АД и его чрезвычайная лабильность. Повышение АД может быть спонтанным или чаще в виде неадекватной реакции на эмоциональное напряжение, физическую нагрузку, гипервентиляцию и переход из горизонтального положения в вертикальное. В большинстве случаев АД повышается до уровня, соответствующего пограничной артериальной гипертензии, однако у некоторых больных кратковременный подъем АД достигает и более высоких величин. При пробе с задержкой

дыхания АД повышается на 20–25 мм рт. ст. и больше. При наличии этих симптомов диагностируют НЦД по гипертоническому типу.

У ряда больных наблюдается склонность к пониженному АД, что принято обозначать как НЦД по гипотоническому типу. Особенностью такого состояния являются нормальные цифры АД в покое и снижение их при нагрузке. В развитии этих нарушений при НЦД большая роль принадлежит снижению тонуса периферических вен, что приводит к депонированию в них крови и уменьшению возврата венозной крови к сердцу. Этим можно объяснить обморочные состояния у таких больных при физическом напряжении, изменении положения тела, болевых раздражениях, волнении.

Синдром дыхательных нарушений наблюдается часто – более чем в 85 % случаев. Больные оценивают свои ощущения как одышку, но при детальном расспросе оказывается, что это скорее ощущение неудовлетворенности дыханием, которое возникает как при физической нагрузке, так и в покое. Часто они отмечают чувство кислородной недостаточности, нехватку воздуха, удушье, невозможность сделать глубокий вдох, тягостное ощущение в области трахеи или верхней части грудины. При осмотре определяется частое поверхностное дыхание, которое в покое, во время рассказа о своем заболевании, прерывается глубокими вздохами. Иногда на фоне нарушенного дыхания развивается обморок.

В основе такого расстройства дыхания лежит гиперadreналиемия. При этом учащение дыхания может быстро приводить к нарушению контроля дыхания со стороны мозга, в результате чего оно становится плохо управляемым, а увеличение содержания остаточного воздуха в легких приводит к неэффективности легочной вентиляции.

Могут наблюдаться **нарушения функционирования гастроинтестинальной системы**: диспептические или дискинетические нарушения без признаков органической патологии. Больные жалуются на тошноту, сухость во рту, диспепсию, понос или запор, урчание или боль в животе, метеоризм, нарушение аппетита.

Для больных с НЦД характерны **вегетативные расстройства**, которые проявляются жалобами на повышенную потливость, ощущение озноба. В ряде случаев выявляются длительные (более 2–3 недель) периоды субфебрильной температуры, причем характерна монотонная температурная кривая, без существенных колебаний температуры тела в утренние и вечерние часы. При этом изменений со стороны клинического анализа крови не наблюдается, биохимические исследования не выявляют признаков воспаления. Отсутствуют инфекционные заболевания или хронические очаги инфекции. При объективном исследовании состояние больных оценивают как удовлетворительное, хотя иногда наблюдается повышение температуры тела до фебрильной.

У большинства больных НЦД отмечается выраженная метеозависимость. Она чаще всего проявляется головной болью, постоянной или типа мигрени, которая провоцируется перепадами атмосферного давления. Могут отмечаться артралгия, миалгия, совпадающие по времени с обострением других вегетативных расстройств.

Нередко у больных появляются отеки лица и кистей рук по утрам и ног к вечеру, причиной которых являются расстройства

микроциркуляции, отек клеток. Развитие отеков может совпадать с психоэмоциональными стрессами, вегетативными кризами, предменструальным периодом. При клиническом обследовании обнаруживаются акроцианоз, похолодание конечностей, мраморность кожи, потливость ладоней, стоп и подмышечных ямок.

Астенический синдром проявляется слабостью, повышенной утомляемостью. Характерны фиксация внимания на собственных ощущениях, тревожность, беспокойство, раздражительность, нарушение сна, кардиофобия, снижение физической работоспособности.

Депрессия при НЦД вторична. Ее следует отличать от замаскированной (первичной), когда сама депрессия «маскируется» разнообразными соматоневрологическими нарушениями.

Частыми и наиболее клинически значимыми проявлениями НЦД являются вегетативные кризы (у 64 % больных), которые возникают обычно внезапно, чаще ночью, во время сна, или при пробуждении.

Для симпатoadrenalового криза (1-й тип) характерно:

- ощущение тревоги, безотчетного страха;
- сильная головная боль, ощущение пульсации в голове;
- неприятные ощущения или боль в области сердца;
- повышение АД;
- мириаза;
- сильное ощущение сердцебиения, тахикардия, перебои в работе сердца;
- бледность и сухость кожи;
- озноб с тремором, гипертермия.

Криз заканчивается внезапно, сопровождается полиурией, выделением мочи с низким удельным весом, общей слабостью.

Для вагоинсулярного (парасимпатического) криза (2-й тип) характерно:

- слабость, головокружение, тошнота;
- артериальная гипотензия;
- ощущение замирания и перебоев в работе сердца, брадикардия;
- нарушение дыхания, ощущение нехватки воздуха;
- легкое головокружение, ощущение «проваливания»;
- влажность и гиперемия кожи, повышенная потливость;
- дисфункция пищеварительного тракта;
- выраженная послекризисовая астения.

Смешанный криз (3-й тип) сочетает симптомы симпатoadrenalового и вагоинсулярного кризов.

По тяжести течения кризы подразделяют на:

1. Легкий – с преимущественной моносимптоматикой, выраженными вегетативными нарушениями продолжительностью 10–15 минут;
2. Средней тяжести – с полисимптоматикой, выраженными вегетативными нарушениями продолжительностью от 15–20 минут до 1 часа, с выраженной послекризисовой астенией в течение 24–36 часов;
3. Тяжелый полисимптомный криз – с тяжелыми вегетативными расстройствами, гиперкинезами, судорогами продолжительностью более 1 часа, с послекризисовой астенией на протяжении нескольких дней.

Диагностика

На ЭКГ у большинства пациентов патологических изменений не выявляют, иногда отмечаются неспецифические изменения зубца *P*, нередко – расстройства функции автоматизма и возбудимости (синусовая тахикардия, миграция водителя ритма, политопная экстрасистолия), а также суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия.

Частота экстрасистолической аритмии у пациентов с НЦД колеблется от 3 до 30%. Экстрасистолы часто возникают в покое, особенно ночью, а также под воздействием эмоциональных факторов.

У некоторых больных (от 2 до 50%) на ЭКГ выявляют неспецифические изменения зубца *T*:

- зубец *T* асимметричный, неправильной формы, с отлогим нисходящим и более крутым восходящим коленами, нередко двугорбый, двухфазный;
- «гигантские» зубцы *T* в правых грудных отведениях;
- при повторной регистрации ЭКГ возможна спонтанная разнонаправленная динамика зубцов *T*;
- несоответствие отрицательного зубца *T* и болевого синдрома;
- стабильность изменений зубца *T* при многолетних наблюдениях;
- отрицательные зубцы *T* не группируются в отведениях, указывающих на поражение известного коронарного бассейна;
- лабильность отрицательного зубца *T* в зависимости от приема пищи, дыхания, положения тела, менструального цикла (часто становится отрицательным в предменструальный период), приема симпатолитиков.

При выявлении изменений зубца *T* диагностическое значение имеют следующие **ЭКГ-пробы**:

1) с гипервентиляцией: форсированное дыхание в течение 35–45 с. Проба считается положительной при повышении ЧСС на 50–100% и появлении отрицательных зубцов *T* преимущественно в грудных отведениях (у 75% больных НЦД);

2) ортостатическая: запись ЭКГ производят в положении больного лежа, затем через 10 мин после перехода в вертикальное положение. Проба считается положительной при повышении ЧСС, инверсии положительных зубцов *T* и углублении отрицательных зубцов *T* в грудных отведениях (у 52% больных НЦД);

3) калиевая: пробу выполняют утром натощак, пациент принимает 6–8 г калия хлорида в 50 мл чая, запись ЭКГ производят повторно через 40 мин и 1,5 часа. Проба считается положительной при реверсии исходно отрицательных зубцов *T* (у 74% больных НЦД);

4) проба с блокаторами бета-адренорецепторов: запись ЭКГ производят через 60 и 90 мин после приема 60–120 мг пропранолола. Проба считается положительной при реверсии отрицательных зубцов *T* и увеличении вольтажа уплощенных зубцов *T* (у 49% больных НЦД);

5) проба с дозированной физической нагрузкой при НЦД имеет следующие особенности: толерантность к физической нагрузке ниже, чем в норме; быстрое и неадекватное повышение

ЧСС (более чем на 50% от исходной на 1–2 минуте выполнения нагрузки); восстановительный период сопровождается длительной (20–30 мин) остаточной тахикардией.

Состояние тонуса вегетативной нервной системы исследуют с помощью специальных анкет (опросников), заполняемых пациентом, а также схемы, заполняемой врачом, которые позволяют выявить объективные признаки вегетативной дисфункции.

Маркером вегетативной дисфункции является нарушение суточных ритмов деятельности сердечно-сосудистой системы, определяемое при изучении вариабельности ритма сердца при непрерывной регистрации ЭКГ (холтеровское мониторирование) и расчетом временных и частотных показателей.

Основой диагностики НЦД является исключение всех органических заболеваний, протекающих с аналогичными симптомами.

Дифференциальная диагностика НЦД проводится с целым рядом заболеваний:

1. ИБС – типичные загрудинные боли сжимающего характера появляются во время физической нагрузки, купируются нитроглицерином, а при проведении ВЭМ-пробы или теста частой предсердной стимуляции отмечается типичная «ишемическая» депрессия сегмента *ST*.

2. Миокардит – увеличение размеров сердца, признаки снижения сократительной функции миокарда, нарушения ритма и проводимости, неспецифические изменения зубца *T*. Кроме того, для данного заболевания нехарактерны вегетативно-сосудистые кризы, а также полиморфизм симптомов.

3. Ревматическую лихорадку и ревматические пороки исключают при отсутствии прямых признаков порока (выявляются с помощью аускультации и эхокардиографии). При НЦД отсутствуют острофазовые показатели, показатели нарушений иммунной реактивности, суставной синдром, присущие активной фазе ревматической лихорадки.

4. Кардиомиопатии (без заметной кардиомегалии и застойной сердечной недостаточности) исключают после проведения эхокардиографии.

Лечение следует начинать с формирования правильного образа жизни, нормализации режима труда и отдыха. Пациентам необходимы сбалансированное питание, нормальный сон, исключение употребления алкоголя и курения. При наличии вредных факторов и интоксикаций, связанных с профессиональным трудом, необходимо полное их исключение.

Комплексное лечение при НЦД должно включать психотерапевтическое воздействие, медикаментозное лечение, физиотерапию, лечебную физкультуру.

Основным немедикаментозным лечебным мероприятием является рациональная психотерапия и аутотренинг для уменьшения стресса, достижения психологического комфорта и облегчения возврата к нормальному психологическому функционированию пациента. Выраженным лечебным эффектом обладают различные релаксационные методики (диафрагмальное дыхание, мышечное расслабление), а также психологические тренинги с элементами рациональной психотерапии (построение визуальных образов, обучение навыкам решения проблем).

Положительный эффект при психоэмоциональном переутомлении оказывает повышение физической активности: регулярная

ходьба, дозированные физические тренировки в тренажерном зале, плавание. Респираторный синдром хорошо поддается лечению дыхательной гимнастикой.

При выявленном инфекционном факторе проводят лечение очагов хронической инфекции, а также общеукрепляющую терапию (поливитаминные, адаптогены растительного происхождения: настойка женьшеня, экстракт элеутерококка, настойка аралии, настойка заманихи).

При очевидных гормональных расстройствах у женщин им назначают половые гормоны.

Для медикаментозного лечения используют раствор ментола в ментоловом эфире кислоты изовалериановой (валидол), комбинированные препараты, в состав которых входят фенobarбитал, ментол, настойка корня валерианы, ландыша, боярышника, пустырника, красавки.

Средствами выбора при терапии НЦД являются транквилизаторы, которые оказывают анксиолитическое и вегетостабилизирующее действие, уменьшают невротическую симптоматику, оказывают седативное действие.

Транквилизаторы (феназепам, диазепам, хлордиазепоксид) вызывают выраженный антифобический эффект, у больных исчезает эмоциональная напряженность, постоянная фиксация внимания на симптомах заболевания. При выраженной психической астении, повышенной утомляемости, слабости, умеренных вегетативных расстройствах хороший эффект дает прием диазепама в низких дозах. При выраженной ипохондрии, стойком снижении настроения, кардиофобии со страхом смерти, вегетативных пароксизмах симпатoadреналового типа улучшить состояние чаще удается, применив диазепам или феназепам в средних или относительно высоких дозах. Наиболее благоприятное терапевтическое воздействие феназепам оказывает при наличии симптомов тревоги, плохого настроения, раздражительности, нарушениях сна.

У пациентов, которые ведут активный образ жизни и продолжают работать, препаратами выбора могут быть дневные транквилизаторы (гидазепам, мебикар, фенибут), которые не оказывают негативного влияния на работоспособность, эффективны при выраженных вегетативных расстройствах. Фенибут особенно эффективен при неврозе, психопатическом состоянии.

Назначают транквилизаторы в течение 2–3 недель, они особенно показаны перед стрессовыми ситуациями.

Применение антидепрессантов должно быть дифференцированным. В случае тревожной, ажитированной депрессии показан амитриптилин по 50–75 мг/сутки, при астенических формах депрессии – имипрамин по 50–100 мг/сутки. При выраженных ипохондрических явлениях назначают алимемазин (тримепразин) по 20–40 мг/сутки, тиоридазина гидрохлорид по 30–50 мг/сутки. Применяют также циталопрам, флуоксетин, пароксетин. Дозы антидепрессантов следует титровать, начиная с малых (1/2 таблетки на прием) и постепенно повышая до оптимальных доз. Лечение продолжается около 4–6 недель. По мере уменьшения депрессии дозу антидепрессанта снижают. Патогенетической терапии НЦД наиболее соответствует применение блокаторов бета-адренорецепторов, назначение которых входит в перечень обязательных медицинских услуг у больных с симпатoadреналовыми кризами и тахикардией (приказ МЗ Украины № 436 от 03.07.2006 г.).

Показания для назначения блокаторов бета-адренорецепторов:

- тахикардия >90 уд/мин в покое и неадекватное повышение ЧСС до >120 уд/мин при перемещении в вертикальное положение, физической нагрузке, эмоциональном напряжении, приеме пищи;
- частые вегетососудистые пароксизмы;
- пароксизмальные болевые синдромы;
- склонность к повышению АД;
- экстрасистолия или пароксизмальные нарушения ритма (пароксизмы суправентрикулярной тахикардии);
- низкая толерантность к физической нагрузке в сочетании со склонностью к тахикардии и повышению АД.

Наиболее часто применяют пропранолол 40–120 мг/сутки, дозу подбирают индивидуально, в зависимости от уровня АД, частоты пульса, индивидуальной переносимости. Можно использовать атенолол 25–50 мг/сутки или метопролол 50–100 мг/сутки. Курс лечения бета-адреноблокаторами длится от 2 недель до 5–6 месяцев, в среднем 1–2 месяца. После достижения терапевтического эффекта дозу снижают в 2–3 раза. В периоды значительного улучшения или нормализации состояния бета-адреноблокаторы можно отменить.

Астенический синдром может уменьшиться под воздействием блокаторов бета-адренорецепторов, кроме того, курсами назначают адаптогены, витамины группы В.

При НЦД с симпатoadреналовыми кризами обязательна психотерапия в сочетании с блокаторами бета-адренорецепторов в эффективных дозах и анксиолитиками.

Ноотропные препараты улучшают энергетические процессы и кровоснабжение мозга, повышают устойчивость к гипоксии, активируют интеллектуальные функции, улучшают память, что особенно важно для больных НЦД, занимающихся умственной деятельностью, их назначение показано при наличии признаков адинамии, астении, ипохондрических нарушений. Также они могут быть применены как вспомогательные средства при лечении депрессий, резистентных к антидепрессантам. Пирацетам назначают в дозе 0,4 г 3 раза в сутки в течение 4–8 недель.

Цереброангиокорректоры нормализуют мозговое кровообращение, что положительно влияет на функциональное состояние лимбической зоны мозга и гипоталамуса. Назначение этих средств особенно целесообразно при ангиодистонической головной боли, головокружении, шейном остеохондрозе. Применяют винпоцетин по 0,005–0,01 г 3 раза в сутки или циннаризин по 0,025–0,05 г 3 раза в сутки в течение 1–2 месяцев.

В период ремиссии возможно снижение дозы препаратов, включая психотропные средства, и даже полная их отмена. Со временем потребность в длительном приеме лекарственных средств исчезает, их назначают лишь в период обострения.

Благоприятный эффект оказывают физиотерапевтические процедуры: электросон, лечебные ванны (хвойные, кислородные, азотные, жемчужные), циркулярный, веерный или контрастный душ. Применяют магнитотерапию, инфракрасную лазеротерапию, аэроионотерапию, тепловые процедуры (аппликации парафина и озокерита), грязелечение. Показаны иглорефлексотерапия и массаж.

Лечебная физкультура повышает адаптационные способности организма, позволяет тренировать систему кровообращения, нервную систему и скелетные мышцы. При выраженной астенизации с низкой толерантностью к физической нагрузке наряду с ЛФК назначают адаптогены на длительное время.

Прогноз при НЦД благоприятный, поскольку не развиваются жизнеопасные осложнения. Тем не менее, у больных с выраженными симптомами качество жизни снижается, что требует постоянного врачебного наблюдения.

Развитию НЦД препятствует здоровый образ жизни с достаточными физическими нагрузками, правильное воспитание в семье, борьба с очаговой инфекцией; у женщин – регулирование гормональных нарушений в период климакса. Необходимо избегать чрезмерных физических и психоэмоциональных нагрузок (стрессов), а также ограничить прием алкоголя и курение.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список использованной литературы

1. Абрамович С. Г. Физические методы лечения больных нейроциркуляторной дистонией / С. Г. Абрамович, А. В. Машанская // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 8. – С. 106–112.
2. Аникина Е. А. Распространенность, факторы риска и клиническое течение синдрома вегетативной дисфункции / Е. А. Аникина, И. М. Балабина // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 3. – С. 23–27.
3. Беленков Ю. Н. Вегетативная дисфункция сердца / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганова // Кардиология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа. – 2008. – С. 1158–1168.
4. Бова А. А. Нейроциркуляторная дистония или соматоформная вегетативная дисфункция? / А. А. Бова // Медицинские новости. – 2006. – № 7. – С. 11–13.
5. Бурчинский С. Г. Седативные средства в фармакотерапии вегетативной дисфункции / С. Г. Бурчинский // Здоров'я України. – 2012. – № 7 (284). – С. 38–39.
6. Вейн А. М. Вегетативные расстройства / А. М. Вейн. – М.: МИА, 2005. – С. 413–430.
7. Дюкова Г. М. Синдром вегетативной дистонии: современный взгляд на диагностику и терапию / Г. М. Дюкова // Эффективная фармакотерапия. – 2017. – № 3. – С. 62–68.
8. Нейроциркуляторная дистония: патогенез, диагностика, лечение / НейроNews. – 2017. – № 3 (87). – С. 16–18.
9. Нейроциркуляторная дистония: трудный диагноз, трудные пациенты, сложное лечение // Здоров'я України. – 2016. – № 4 (39). – С. 40–41.
10. Педак А. А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики – семейной медицины / А. А. Педак. – Николаев: Иллион, 2011. – 695 с.
11. Повереннова И. Е. Вегетативная дисфункция – актуальная проблема современности. Современная терапия и профилактика вегето-сосудистой дистонии / И. Е. Повереннова, А. В. Захаров // Ремедиум. – 2014. – № 8(128). – С. 17–21.
12. Проблема нейроциркуляторной дистонии в практике семейного врача: место афобазола в патогенетической терапии / М. Н. Кочуева, Г. И. Кочуев, Я. Ю. Самбург [и др.] // Семейная медицина. – 2014. – № 1 (51) – С. 28–33.
13. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. – М.: МИА, 2005. – 776 с.
14. Сворцов В. В. Нейроциркуляторная дистония: актуальные вопросы диагностики и лечения / В. В. Сворцов, А. В. Тумаренко, О. В. Орлов // Лечащий врач. – 2008. – № 5. – С. 21–25.
15. Латфуллин И. А. Нейроциркуляторная дистония: диагноз или синдром? / И. А. Латфуллин // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 59–61.
16. Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? / В. И. Маколкин // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 62–65.
17. Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия. – Режим доступа: <http://www.mkb10.ru>.
18. Несукай Е. Г. Нейроциркуляторная дистония / Е. Г. Несукай, В. Н. Коваленко // Руководство по кардиологии / под ред. В. Н. Коваленко. – К.: Морион, 2008. – С. 908–913.
19. ABC of medically unexplained symptoms / ed. by C. Burton. – BMJ Books, 2013. – P. 12–18.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. – 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013. – 991 p.
21. Fink P. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care / P. Fink, M. Rosendal, F. Olesen // Aust. N. Z. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 39 (9). – P. 772–781.
22. Frolova N. L. Neurocirculatory asthenia: psychoautonomic features and treatment possibilities / N. L. Frolova, L. S. Chutko, S. Iu. Surushkina // Zh. Nevrol. Psikhiatr. Im. S. S. Korsakova. – 2012. – Vol. 112 (12). – P. 51–54.
23. Rozanski A. The epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology / A. Rozanski, J. A. Blumenthal, K. W. Davidson // J. Amer. Coll. Cardiol. – 2005. – Vol. 45. – P. 637–651.
24. The non-medicamentous methods for the prevention and treatment of the patients presenting with neurocirculatory asthenia and concomitant enhanced meteosensitivity / A. I. Uyanaeva, Y. Y. Tupitsyna, E. A. Turova [et al.] // Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult. – 2017. – Vol. 94 (5). – P. 4–9.
25. Wittstein I. S. Neurohumoral features of myocardial stunning due to sudden emotional stress / I. S. Wittstein, D. R. Thieman, J. A. Lima // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 352 (6). – P. 539–548.

Резюме

Нейроциркуляторна дистонія: раціональні підходи до діагностики та лікування

Т. М. Бенца

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. А. Шупика, Київ, Україна

У статті представлені дані щодо медико-соціальної значущості проблеми нейроциркуляторної дистонії (НЦД). Актуальність проблеми пов'язана з суттєвим збільшенням поширеності функціональних серцево-судинних захворювань, які були зареєстровані за останні роки. НЦД найчастіше зустрічається у молодих людей працездатного віку, які страждають від системного нейрогенного дисбалансу в організмі. Захворювання негативно впливає на якість життя. Діагноз НЦД зазвичай встановлюють пацієнтам молодого і зрілого віку, які не мають органічної патології і надають різні соматичні скарги: запаморочення, головний біль, порушення сну, серцебиття, задишку тощо. Представлені та проаналізовані сучасні можливості лікування хворих на НЦД.

Ключові слова: нейроциркуляторна дистонія, діагностика, лікування

Summary

Rational approaches to the diagnosis and treatment of neurocirculatory dystonia

T. M. Bentsa

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

The article presents the data about the medical and social significance of the problem neurocirculatory dystonia (NCD). The relevance of the problem stated in the article comes from the significant increase in the prevalence of the functional cardiovascular disorders having been documented during the past years. The NCD has the most frequently affects the young people of the working age suffering from the systemic neurogenic imbalance in the organism. The disease has a negative effect on the quality of life. This disorder is usually diagnosed in young and mature patients, who do not have any organic pathology and present various somatic complaints such as dizziness, headache, sleep disturbances, palpitations, shortbreathing, etc. The modern possibilities of therapy in patients with NCD have been presented and analyzed.

Key words: neurocirculatory dystonia, diagnostics, treatment