

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, Киев, Украина/

Рациональные подходы к диагностике и лечению нейроциркуляторной дистонии

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: на головокружение, головную боль, нарушение сна, сердцебиение, одышку и т. п. 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, отличающееся доброкачественным течением и благоприятным прогнозом.

Еще в 1867 году британский врач W. Mclean назвал «раздраженным сердцем» комплекс характерных жалоб и преходящих расстройств, наблюдаемых им 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 болезней нейрогуморального аппарата, регулирующего кровообращение, выделил сердечно-сосудистые расстройства неврогенной природы. Термин «нейроциркуляторная дистония» предложен Н. Н. Савицким в 1952 году. Кроме того, употребляется ряд тер-

минов, являющихся по существу, частным проявлением НЦД – это «тонзиллокардиальный синдром», «дисоварияльная (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 т.п.

В МКБ-10, утвержденной ВОЗ, рубрика F45.3 включает группу заболеваний, протекающих с нарушением нервной регуляции системы кровообращения и обозначенных как «соматоформная вегетативная дисфункция». [17]. При этом выделяют два типа больных в зависимости от предъявляемых ими жалоб. 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 и не характерными для поражения конкретного органа или системы. Ко второму типу относятся пациенты 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).

ние), вазомоторный невроз, нарушения ритма сердца психогенного происхождения.

В алфавитном указателе болезней и травм МКБ-10 сказано, что «нейроциркуляторная дистония, астения» должны относиться к рубрике F45.3. Это дает врачам право на постановку 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 и в большинстве случаев не удается выделить ведущий и второстепенный факторы.

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 вредные 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 влиянием этиологических факторов происходит дезинтеграция нейро-

гормональной 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 симпатoadреналовая 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 этих больных 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) гипертензией.

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 расстройства 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 сдавление, 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, парастеральная локализация; некоторые больные ощущают боль под левой лопаткой, иногда ниже левой подключичной области, между лопаток; бывает загрудинная боль; может наблюдаться мигрирующий характер боли;
- продолжительность боли различна – от нескольких секунд до многих часов и даже дней; нередко больные характеризуют боль как постоянную; следует отметить, что чаще всего 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 длительной 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 – 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», «проваливание», «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, а тоны звучные. Иногда выслушивается систолический шум над верхушкой или в области основания сердца. Признаки застойной сердечной недостаточности не выявляются.

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 кратковременные подъемы АД достигают 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 за ним со стороны мозга, в результате чего дыхание 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 оценивается 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 маскированной (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 симпатoadреналового криза (1 тип) характерны:

- ощущение тревоги, безотчетного страха;
- сильная головная боль, ощущение пульсации в голове;
- неприятные ощущения или боль в области сердца;
- повышение АД;
- мидриаз;
- 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 тип) характерны:

- 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 тип) сочетает симптомы симпатoadреналового и вагоинсулярного кризов.

По тяжести течения кризы подразделяют на:

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

Діагностика

На ЕКГ у більшості пацієнтів патологічних змін не виявляють, іноді відзначаються неспецифічні зміни зубця Р, нерідко – розлади функції автоматизма і збудимості (синусова тахікардія, міграція водія ритма, політопна екстрасистоля), а також суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія.

Частота екстрасистолическої аритмії у пацієнтів з НЦД коливається від 3 до 30%. Екстрасистоли часто виникають в покое, особливо вночі, а також під впливом емоційних факторів.

У деяких хворих (від 2 до 50%) на ЕКГ виявляють неспецифічні зміни зубця Т:

- зубець Т асиметричний, неправильної форми, з відносно висхідним і більш крутим восхідним коленом, нерідко двугорбий, двухазний;
- «гігантські» зубці Т в правих грудних відведеннях;
- при повторній реєстрації ЕКГ можлива спонтанна різнонаправлена динаміка зубців Т;
- невідповідність отрицательного зубця Т і болювого синдрому;
- стабільність змін зубця Т при багаторічних спостереженнях;
- отрицательні зубці Т не групуються в відведеннях, указують на ураження відомого коронарного басейна;
- лабільність отрицательного зубця Т в залежності від прийому їжі, дихання, положення тіла, менструального циклу (часто стає отрицательним в передменструальний період), прийому симпатолітиків.

При виявленні змін зубця Т діагностичне значення мають наступні **ЕКГ-проби**:

С гипервентиляцией: форсованне дихання в течение 35–45 с. Проба вважається позитивною при підвищенні ЧСС на 50–100% і появі отрицательних зубців Т переважно в грудних відведеннях (у 75% хворих НЦД);

Ортостатическая: запис ЕКГ виробляють в положенні хворого лежачи, потім через 10 мин після переходу в вертикальне положення. Проба вважається позитивною при підвищенні ЧСС, інверсії позитивних зубців Т і углубленні отрицательних зубців Т в грудних відведеннях (у 52% хворих НЦД);

Калиевая: пробу виконують вранці натощак, пацієнт приймає 6–8 г калію хлориду в 50 мл чаю, запис ЕКГ виробляють повторно через 40 мин і 1,5 ч. Проба вважається позитивною при реверсії вихідно отрицательних зубців Т (у 74% хворих НЦД);

Проба с блокаторами бета-адренорецепторов: запис ЕКГ виробляють через 60 і 90 мин після прийому 60–120 мг пропранолола. Проба вважається позитивною при реверсії отрицательних зубців Т і збільшенні вольтажа ущільнених зубців Т (у 49% хворих НЦД);

Проба с дозированной физической нагрузкой при НЦД має наступні особливості: толерантність до фізичної навантаження нижче, ніж в нормі; швидке і неадекватне підвищення ЧСС (більше ніж на 50% від вихідної на 1–2 мин виконання наванта-

ки); відновительний період супроводжується довгою (20–30 мин) остаточною тахікардією.

Стан тонуса вегетативної нервової системи досліджують з допомогою спеціальних анкет (опросників), заповнюваних пацієнтом, а також схеми, заповнюваної лікарем, які дозволяють виявити об'єктивні ознаки вегетативної дисфункції.

Маркером вегетативної дисфункції вважається порушення добових ритмів діяльності серцево-судинної системи, визначається при вивченні варіабельності ритма серця при неперервній реєстрації ЕКГ (холтеровське моніторингування) і розрахунком часових і частотних показувачів.

Основною діагностики НЦД вважається виключення всіх органічних захворювань, протікаючих з аналогічними симптомами.

Дифференціальна діагностика. Диференціюють НЦД від цілої ряду захворювань:

- ІБС – типові стискаючі за грудиною болі з'являються в час фізичної навантаження, купуються нітроглицерином, а при проведенні ВЭМ-проби або тесту частотної передсердної стимуляції відзначається типична «ішемічна» депресія сегмента ST.
- Міокардит – збільшення розмірів серця, ознаки зниження скоротливої функції міокарда, порушення ритму і провідності, неспецифічні зміни зубця Т. Крім того, для даного захворювання нехарактерні вегетативно-судинні кризи, а також поліморфізм симптомів.
- Ревматичську лихоманку і ревматичні пороки виключають при відсутності прямих ознак порока (виявляються з допомогою аускультування і ехокардіографії). При НЦД відсутні острофазові показувачі, показувачі порушень імунної реактивності, сугубий синдром, присутні в активній фазі ревматичської лихоманки.
- Кардіоміопатії (без помітної кардіомегалії і застою в серцевій недостатності) виключають після проведення ехокардіографії.

Лечение слід починати з формування правильного образу життя, нормалізації режиму праці і відпочинку. Пацієнтам необхідні збалансоване харчування, нормальний сон, виключення вживання алкоголю і куріння. При наявності шкідливих факторів і інтоксикацій, пов'язаних з професійною працею, необхідно повне їх виключення.

Комплексне лікування при НЦД повинно включати психотерапевтичне впливання, медикаментозне лікування, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру.

Основним немедикаментозним лікувальним заходом є раціональна психотерапія і аутотренінг для зменшення стресу, досягнення психологічного комфорту і зняття навантаження з психологічного функціонування пацієнта. Виразним лікувальним ефектом володіють різні релаксаційні методики (діафрагмальне дихання, м'язове розслаблення), а також психологічні тренінги з елементами раціональної психотерапії (створення візуальних образів, навчання навичкам рішення проблем).

Позитивний ефект при психоемоційному переупорядкуванні викликає підвищення фізичної активності: регулярна

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 (поливитамины, 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 валидол, комбинированные лекарственные средства, в составе которых присутствует фенобарбитал, ментол, настойку корня валерианы, ландыша, боярышника, пустырника, красавки. Также эффективным для коррекции астеноневротического синдрома является использование препаратов с доказанным влиянием на энергетический потенциал клеток в пользу его восстановления. Например, Витанго на основе Розалина, который обладает двойным действием: нормализует уровень АТФ и убирает истощение, усталость; за счет нормализации уровня гормонов стресса корректирует вегетативный дисбаланс. Прием данного препарата по 2 таб. в день в течение 2 недель обеспечивает стабильный положительный клинический эффект.

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

Транквилизаторы (феназепам, диазепам, хлордиазепоксид) вызывают выраженный антифобический эффект, у больных исчезают эмоциональная напряженность, постоянная фиксация внимания на симптомах заболевания, ощущение тревоги, плохое настроение, раздражительность, нарушения сна.

При выраженной психической астенизации, повышенной утомляемости, слабости, умеренных вегетативных расстройствах хороший эффект дает диазепам в низких дозах или Витанго из группы природных адаптогенов. Витанго убирает астенизацию и вегетативный дисбаланс, действует уже после приема первой таблетки без риска развития зависимости или синдрома отмены.

При выраженной ипохондрии, стойком снижении настроения, кардиофобии со страхом смерти, вегетативных пароксизмах симпатoadреналового типа улучшить состояние удастся путем применения диазепама или феназепама в средних или относительно высоких дозах.

Поскольку НЦД является довольно длительно протекающим заболеванием с периодическими кризами, для коррекции психоэмоциональных нарушений у таких пациентов необходимо подобрать безопасный, но эффективный препарат с доказанным противотревожным и антидепрессивным действием, который подходит для длительного приема. Например, как новый анксиолитик – Лазея на основе Силексана, с доказанным противотревожным действием, эффект которого сопоставим с лоразепамом (синтетический бензодиазепиновый транквилизатор) и пароксетином (синтетический антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). Лазея удобна в

приеме – достаточно 1 капсулы на ночь. И, что особенно важно для работающего пациента, – препарат не приводит к нежелательной седации днем.

Применение антидепрессантов должно быть дифференцированным. В случае тревожной, агитированной депрессии показан amitриптилин по 50–75 мг/сут, при астенических формах депрессии – имипрамин по 50–100 мг/сут. При выраженных ипохондрических явлениях назначают алимемазин (тримепразин) по 20–40 мг/сут, тиоридазина гидрохлорид по 30–50 мг/сут. Применяют также циталопрам, флуоксетин, пароксетин. Дозы антидепрессантов следует титровать, начиная с малых (1/2 таблетки на прием) и постепенно повышая до оптимальных. По мере уменьшения депрессии дозу антидепрессанта снижают.

В соответствии с данными утвержденного Унифицированного клинического протокола первичной медицинской помощи, раздел 4.2.1 (приказ МЗ Украины № 1003 от 25.12.2014 г.), при легкой или умеренной степени депрессии целесообразно воспользоваться природным антидепрессантом Нейроплантом, обогащенным гиперфоринном, без необходимости подбора дозы, риска возникновения синдрома отмены и набора массы тела (как в случае применения антидепрессантов), который подходит для длительной терапии. Лечение продолжается около 4–6 недель. Режим приема Нейропланта – по 1 таб. 3 раза в день.

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, при 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 применяется пропранолол 40–120 мг/сут, дозу подбирают индивидуально, в зависимости от уровня АД, частоты пульса, индивидуальной переносимости. Можно использовать атенолол 25–50 мг/сут или метопролол 50–100 мг/сут. 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 симпатоадреналовими кризами обов'язателна психотерапія в поєднанні с блокаторами бета-адренорецепторів в ефективних дозах и анксиолітиками.

Ноотропні препарати уліцшають енергетическі процеси и кровоснабженіе мозга, повліцшають устійчівість к гіпоксії, активіують інтелектуальні функції, уліцшають пам'яті, что особливо важно для больних НЦД, займаюцїхся умственной діяльністю. Показані при наліччі признаков адинамії, астенії, іпохондріческіх нарушеній. Онї могут бїть применені как вспомогателные средства при лечении депрессій, резистентных к антидепрессантам. Пирацетам назначают по 0,4 г 3 раза в сутки в течение 4–8 недель.

Цереброангіокорректоры нормалізують мозгове кровообращеніе, что положительно вліяет на функціоальное состояние лимбіческой зоны мозга и гипоталамуса. Назначеніе етїх средств особенно целесообразно при ангиодистоніческіх головных болях, головокруженіях, шейном остеохондрозе. Применяют винпоцетин по 0,005–0,01 г 3 раза в день или циннаризин по 0,025–0,05 г 3 раза в день в течение 1–2 месяцев.

В период реміссії возможно сниженіе дозы препаратів, включаючі психотропніе средства, и даже полная их отмена. Со временем потребность в длітельном приеме лекарственных средств исчезает, их назначают лишь в период обостренія.

Чтобы избежать полипрагмації у пациентов с НЦД предпочтеніе следует отдавать препаратам с доказанным полимодальным действием. Это лекарственные средства, которые уліцшають мозговую кровоток и микроперфузію тканей мозга со стабилизацией сосудистого тонуса, и, в то же время, обладают нейротрофическим и нейропротекторным действием на нейроны. Среди таких препаратов выделяется давно известный бренд Мемоплант – стандартизированный экстракт EGb 761. Применяют его по 1 таб. 3 раза в день. Средняя продолжительность курса лечения составляет 3 месяца.

Благоприятный эффект оказывают физиотерапевтические процедуры: электросон, лечебные ванны (хвойные, кислородные, азотные, жемчужные), циркулярный, веерный или контрастный душ. Применяют магнитотерапію, инфракрасную лазеротерапію, аэроіонотерапію, тепловые процедуры (аппликации парафина и озокерита), грязелечение. Показані иглорефлексотерапія и массаж.

Лечебная фізкультура повліцшає адаптаціонніе способности организма, позволяет тренировать систему кровообращения, нервную систему и скелетные мышцы. При выраженной астенизації с низкой толерантностью к физической нагрузке наряду с ЛФК назначают адаптогены на длітельное время.

Прогноз при НЦД благоприятный, поскольку не развиваются жизнеопасные осложнения. Тем не менее, у больних 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 психоэмоци-

ональных нагрузок (стрессов), а также ограничить прием алкоголя и курение.

Додаткова інформація. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Список использованной литературы

- Абрамович С. Г. Физические методы лечения больних нейроциркуляторной дистонией / С. Г. Абрамович, А. В. Машанская // Сибирский медицинский журнал. – 2008. – № 8. – С. 106–112.
- 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.
- Беленков Ю. Н. Вегетативная дисфункция сердца / Ю. Н. Беленков, Р. Г. Оганова // Кардиология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 1158–1168.
- Бова А. А. Нейроциркуляторная дистония или соматоформная вегетативная дисфункция? / А. А. Бова // Медицинские новости. – 2006. – № 7. – С. 11–13.
- Бурчинский С. Г. Седативные средства в фармакотерапии вегетативной дисфункции / С. Г. Бурчинский // Здоров'я України. – 2012. – № 7 (284). – С. 38–39.
- Вейн А. М. Вегетативные расстройства / А. М. Вейн. – М.: МИА, 2005. – С. 413–430.
- Дюкова Г. М. Синдром вегетативной дистонии: современный взгляд на диагностику и терапію / Г. М. Дюкова // Эффективная фармакотерапія. – 2017. – № 3. – С. 62–68.
- Нейроциркуляторная дистония: патогенез, диагностика, лечение / НейроNews. – 2017. – № 3 (87). – С. 16–18.
- Нейроциркуляторная дистония: трудный диагноз, трудные пациенты, сложное лечение // Здоров'я України. – 2016. – № 4 (39). – С. 40–41.
- Педак А. А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики – семейной медицины / А. А. Педак. – Николаев: Ипион, 2011. – 695 с.
- 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.
- 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.
- Психокардиология / А. Б. Смуглевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. – М.: МИА, 2005. – 776 с.
- Скворцов В. В. Нейроциркуляторная дистония: актуальные вопросы диагностики и лечения / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко, О. В. Орлов // Лечащий врач. – 2008. – № 5. – С. 21–25.
- Латфуллин И. А. Нейроциркуляторная дистония: диагноз или синдром? / И. А. Латфуллин // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 59–61.
- Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония: миф или реальность? / В. И. Маколкин // Кардиология. – 2008. – № 4. – С. 62–65.
- Международная классификация болезней МКБ-10. Электронная версия: <http://www.mkb10.ru.7>
- Несукай Е. Г. Нейроциркуляторная дистония / Е. Г. Несукай, В. Н. Коваленко // Руководство по кардиологии / под ред. В. Н. Коваленко. – К.: Моріон, 2008. – С. 908–913.
- ABC of medically unexplained symptoms / ed. by C. Burton. – BMJ Books, 2013 – P. 12–18.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5, 5th ed. – Arlington: American Psychiatric Association, 2013. – 991 p.
- 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.
- 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.
- 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.
- The non-medicamentous methods for the prevention and treatment of the patients presenting with neurocirculatory asthenia and concomitant enhanced meteorosensitivity / A. I. Uyanaeva, Y. Y. Tupitsyna, E. A. Turova [et al.] // Vopr. Kurortol. Fizioter. Lech. Fiz. Kult. – 2017. – Vol. 94 (5). – P. 4–9.
- 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

Раціональні підходи до діагностики та лікування нейроциркуляторної дистонії

Т. М. Бенца

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

У статті представлені дані про медико-соціальну значущість проблеми нейроциркуляторної дистонії (НЦД). Актуальність проблеми пов'язана з суттєвим збільшенням поширення функціональних серцево-судинних захворювань, які були зареєстровані за останні роки. НЦД найчастіше трапляється у молодих людей працездатного віку, які страждають від системного нейrogenного дисбалансу в організмі. Захворювання негативно впливає на якість життя. Діагноз НЦД зазвичай встановлюють пацієнтам молодого і зрілого віку, без органічної патології, які мають різні соматичні скарги: на 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