



НЕЙРОЦИРКУЛЯТОР НАЯ ДИСТОНИЯ

Доцент кафедры факультетской терапии
Соловьева А.В.

2014

Нейроциркуляторная ДИСТОНИЯ

— полиэтиологичное заболевание, основными признаками которого являются неустойчивость пульса и АД, кардиалгия, дыхательный дискомфорт, вегетативные и психоэмоциональные расстройства, нарушения сосудистого и мышечного тонуса, низкая толерантность к физическим нагрузкам и стрессовым ситуациям при доброкачественности течения и хорошем прогнозе для жизни.

(С. А. Аббакумов, В. И. Маколкин, 1997)

История вопроса

- W . McLean (1867) - термин раздраженное сердце
- В 1871 г. J . Da Costa - синдром Да Коста, солдатское сердце, синдром усилия, болезненная грудь
- В. Оррнгеймер (1918) - термин нейроциркуляторная астения
- Термин нейроциркуляторная дистония предложен Н.Н. Савицким (1963, 1964). В это понятие Н. Н. Савицкий вкладывал представление о первичности нарушения тонуса центрального нервного аппарата, регулирующего деятельность отдельных звеньев ССС.

Выделение НЦД в отдельную нозологическую единицу было продиктовано прежде всего потребностями экспертизы трудоспособности и дифференциальной диагностики с органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, при которых, в отличие от НЦД, могут быть тяжелое течение, потеря трудоспособности и плохой прогноз.



**По международной
классификации болезней (МКБ-10)
функциональные расстройства
вегетативной нервной системы
входят в рубрику
соматоформной вегетативной
дисфункции**

Причинные факторы

- переутомление, отрицательные эмоции, стрессы, нарушение сна, приводящие к психической астенизации.
- хроническая интоксикация (алкогольная, табачная),
- вредные профессиональные воздействия,
- эндокринная дисфункция,
- очаги острой и хронической инфекции,
- беременность.

Предрасполагающие факторы

- гипокинезия,
- нерациональный режим работы
- нерациональное питание
- наследственная предрасположенность к патологическим вазомоторным реакциям

Основной причиной заболевания является наследственно обусловленная неполноценность аппарата, регулирующего сосудистый тонус. Такие причины, как стрессовые ситуации, травмы, инфекции, интоксикация, создают лишь условия для проявления этого причинного фактора.

В тех случаях, когда перечисленные факторы вызывают расстройства функций полноценного в генетическом отношении аппарата, регулирующего сосудистый тонус, следует говорить о симптоматической вегетодистонии



Патогенез

нарушением регуляции системы кровообращения

нарушения регуляции на уровне коры большого мозга,

нарушения регуляции на уровне глубинных структур мозга (ретикулярной формации, лимбической или гипоталамо-гипофизарной системы),

вегето-сосудистые расстройства, проявляющиеся дисфункцией симпатoadреналовой и холинергической систем и изменением чувствительности периферических рецепторов,

функциональные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе с формированием либо симпатической доминанты, либо гиперреактивности холинергической системы.

Классификация Савицкого Н.Н.

- кардиальный,
- гипотонический,
- гипертонический,
- смешанный.

Таблица 39. Классификация НЦД по В. И. Маколкину и соавторам (1980, 1986)

<i>Этиология</i>	<i>Тип дистонии</i>	<i>Клинический синдром</i>	<i>Степень тяжести</i>	<i>Фаза течения</i>
1. Идиопатическая 2. Психогенная 3. Инфекционно-аллергическая 4. Посттравматическая 5. Токсическая 6. Физический и эмоциональный стресс и др.	1. Гипертонический 2. Гипотонический 3. Кардиальный 4. Смешанный	1. Кардиальный: кардиалгия и кардиосенестопатия; нарушение ритма сердца (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия и др.) 2. Вазомоторный, церебральный: мигрень, обморок, коллапс (вестибулярные кризы, сосудистая головная боль и др.) 3. Периферический: синдром Рейно, акропарестезия и др.	1. Легкая 2. Средняя 3. Тяжелая	Обострение Ремиссия (полная, неполная)

Легкая степень НЦД

- количество жалоб небольшое (3—6), симптомы слабо выражены.
- Болевой и тахикардальный (до 100 ударов).
- Кризовые состояния и невротические симптомы отсутствуют.
- Переносимость физических нагрузок удовлетворительная или хорошая.
- Больные трудоспособны и не нуждаются в лекарственной терапии.

НЦД средней тяжести

- множество жалоб и симптомов (8—16).
- развернутая клиническая картина НЦД с характерными дыхательными расстройствами, выраженной тахикардией при эмоц. или физическом напряжении, лабильностью АД, наличием вегетососудистых кризов.
- Невротизация и плохая переносимость интеллектуальных нагрузок и физических.
- Больные нуждаются в лекарственной терапии.

Тяжелая форма НЦД

- обилие симптомов (> 17), их значительная выраженность и стойкость.
- Тахикардия 130-150 уд.
- Практически у всех изменения фазы реполяризации желудочков на ЭКГ, расстройства ритма и автоматизма.
- Резко снижена толерантность к физической нагрузке (ВЭМ).
- Трудоспособность снижена или утрачена.
- Нуждаются в постоянной лекарственной терапии.



Несоответствие между выраженностью жалоб и скудностью изменений при объективном исследовании считается типичным для НЦД и служит одной из основ диагностики.



Следует отметить, что диагноз НЦД - это диагноз исключения более тяжелых патологий.

Клинические синдромы

- кардиалгический;
- гиперкинетический;
- расстройства сердечного ритма и автоматизма;
- изменения и выраженная лабильность АД;
- респираторный;
- вегетативных расстройств;
- вегетососудистых кризов;
- астеноневротический.

Кардиалгический синдром

1. Боль в прекардиальной области, чаще в области верхушки сердца, носит характер ноющей или колющей, Иногда это скорее неприятные ощущения или чувство дискомфорта.
2. не иррадирует.
3. Продолжительность различная - от нескольких сек. до нескольких часов.
4. Боль возникает преимущественно в покое.
5. Появляется при волнении или физическом напряжении, ослабевающая или полностью исчезая при движении.
6. Обычно проходит самостоятельно или прекращается после приема валокордина, препаратов валерианы, валидола, новопассита.
7. Изредка боль может напоминать стенокардию напряжения или покоя.

Гиперкинетический синдром

- характерно существенное увеличение МОС, преимущественно за счет УОС. Одновременно ОПСС значительно снижается. Такие изменения системной гемодинамики соответствуют гиперкинетическому типу циркуляции.
- Жалобы на сердцебиение, которое не всегда сопровождается увеличением ЧСС при объективном исследовании.
- Больные часто отмечают толчки в области сердца, пульсацию сосудов шеи или головы, замирание, остановку сердца (экстрасистолия).
- Пульс учащается при волнении, изменении положения тела, гипервентиляции, в положении стоя. Экстрасистолы появляются в покое, чаще к концу рабочего дня, **после физической нагрузки {а не на высоте нагрузки, как при стенокардии!}**, при стрессах.
- Мерцательная аритмия при НЦД не наблюдается.
- Признаки ХСН не выявляются.



Синдром изменений и лабильности АД

Повышение АД может быть спонтанным или чаще в виде неадекватной реакции на эмоциональное напряжение, физическую нагрузку, гипервентиляцию. В большинстве случаев АД повышается до уровня, соответствующего пограничной артериальной гипертензии, однако у некоторых подъемы АД бывают выше.

Склонность к пониженному АД (100/60 у мужчин и 95/60 у женщин). Особенностью такой реакции АД являются нормальное АД в покое и снижение 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 обмороки у таких больных при физическом напряжении, изменении положения тела, болевых раздражениях, волнении.

Дыхательные нарушения

- **одышка,**
- при детальном расспросе - ощущение неудовлетворенности дыханием, которое возникает как при нагрузке, так и в покое.
- Иногда дыхательные нарушения достигают степени «удушья» или «невротической астмы», «дыхательного» криза с увеличением частоты дыхания до 30-50 в 1 мин.
- «дыхательный дискомфорт», чувство «комка» или сдавления горла,
- «неудовлетворенностью» вдохом,
- плохая переносимость душных помещений, потребность постоянно открывать окна, выходить на улицу и т. д.
- Все эти ощущения довольно тягостные, сопровождаются головокружением, сердцебиением, чувством тревоги, боязнью задохнуться, умереть.

Вегетативные расстройства

- повышенная потливость,
- длительные периоды субфебрильной температуры, причем характерна монотонная температурная кривая, без существенных колебаний температуры тела в утренние и вечерние часы (**измерять t тела каждые 3 часа!**)
- Повышение температуры обычно не сопровождается ознобом или чувством жара.



Симпатико-адреналовый криз (паническая атака)

- Криз развивается чаще во второй половине дня или ночью.
- предшествуют психоэмоциональное перенапряжение, переутомление, изменение погодных условий, предменструальный период.
- чувство страха, тоски, приближения смерти, резкая головная боль, ощущения нехватки воздуха, неудержимая дрожь с резким ознобом и ощущением похолодания конечностей.
- АД повышается до 200/100 мм рт. ст. Тахикардия, экстрасистолия.
- Длительность приступа 1,5-2 ч, заканчивается обильным мочеиспусканием.

Вагоинсулярный криз

- заторможенность, резкое головокружение, общая слабость, потливость, гиподинамия, усиление перистальтики, понос.
- Объективно - брадикардия, снижение САД до 90-80 мм рт. ст.
- На ЭКГ - брадикардия, удлинение интервала PQ до 0,22 с, депрессия сегмента ST косовосходящего характера, но не более чем на 1 мм.
- Длительность приступа 3-4 ч, разбитость и слабость сохраняются около 3 дней.

Астенический синдром

- слабость, повышенная утомляемость
- Характерны фиксация внимания на собственных ощущениях,
- тревожность, беспокойство, раздражительность, нарушение сна.
- У ряда больных - снижение физической работоспособности.

Другие проявления

- расстройства сна, с кошмарными сновидениями, с чувством разбитости и слабости по утрам.
- боли в животе, его вздутие, чувство распираания и урчания, расстройство стула, плохая переносимость острой пищи, нередко кофе или крепкого чая и почти всегда алкоголя,
- Наблюдается снижение аппетита, вплоть до анорексии и похудения, преимущественно у истероидных личностей.
- тревожность, мнительность, пониженное настроение, неуверенность в своих поступках, мрачная оценка служебных и бытовых перспектив.
- предменструальный синдром.

Эволюция болезни

- Период повышения заболеваемости - возраст 25-30 лет. Деторождение и существенная гормональная перестройка. У мужчин - начало социальной самостоятельности, формирование собственной семьи, что требует определенной психологической гибкости, к которой не все оказываются способными.
- В возрасте 35-45 лет человек начинает осознавать свои возможности и место в жизни.
- Климакс в возрасте около 50 лет способствует утяжелению симптоматики, появляются вегетососудистые пароксизмы и гипертензивный синдром. После менопаузы намечается более спокойное течение заболевания.

Дифференциальная диагностика

- ИБС,
- миокардит,
- гипертоническая болезнь,
- ревмокардит,
- тиреотоксикоз,
- бронхиальная астма,
- хронический бронхит,
- остеохондроз,
- межреберная невралгия.

Частота ошибок
при диагностике
ИЦД колеблется
от 50 до 80 %.



НЦД и ИБС

- неправильная оценка характера болевого синдрома
- недостаточное знание врачами клиники НЦД
- причиной гипердиагностики ИБС служит и неверная трактовка генеза изменений фазы реполяризации на ЭКГ
- велоэргометрическое исследование (иметь в виду возможность появления косонисходящей депрессии сегмента *ST* примерно у 8 % больных с НЦД, при этом, как правило, она возникает в восстановительный период, а не на высоте нагрузки, как при ИБС)

НЦД и миокардит

- Для миокардита характерны увеличение размеров сердца, нарушение систолической и диастолической функций ЛЖ, которые часто сопровождаются клиническими признаками сердечной недостаточности.
- Изменения на ЭКГ при миокардите являются более разнообразными. К ним относятся различные нарушения ритма и проводимости и стойкие изменения фазы реполяризации.
- Характерен отрицательный результат фармакологических, ортостатической и гипервентиляционной проб.

Проба с физической нагрузкой

- страх больного перед физической нагрузкой, отказ от выполнения работы или преждевременное ее прекращение.
- интерпретация данных ВЭМ при ИЦД не проста также в связи с низкой толерантностью к физической нагрузке и своеобразием изменений ST-T и в меньшей степени комплекса QRS.
- толерантность к физической нагрузке и показатели физической работоспособности при ИЦД и у здоровых людей оказываются выше, нежели при ИБС. Однако у больных ИЦД этот показатель ниже, чем у здоровых лиц.
- При ИЦД - быстрое и неадекватное нагрузке возрастание ЧСС более чем на 50% от исходных величин обычно на 1-2-й минуте работы. Восстановительный период сопровождается длительной остаточной тахикардией, а ЧСС возвращается к исходной лишь на 20-30 мин.

Проба с гипервентиляцией

- Глубокое форсированное дыхание (гипервентиляция) ведет к повышению pO_2 и падению pCO_2 в альвеолярном воздухе.
- Алкалоз и гипокапния способствуют снижению концентрации калия в плазме крови и могут вести к изменениям конечной части желудочкового комплекса ЭКГ.
- При НЦД во время пробы с гипервентиляцией легко возникают инверсия зубца Т и нередко снижение сегмента ST. У здоровых людей, а также у лиц с органической патологией сердца, в том числе и ИБС, частота указанных изменений ЭКГ наблюдается в 3-5% случаев.
- Таким образом, проба выявляет повышенную лабильность процессов реполяризации.

Ортостатическая проба

- Регистрируется ЭКГ в положении лежа, а затем через 10-15 мин после стояния.
- При положительном ответе отмечаются учащение пульса и инверсия положительных или углубление отрицательных зубцов Т, обычно в грудных отведениях, что обусловлено катехоламиновой стимуляцией, изменением положения сердца и, возможно, условий гемодинамики.
- положительная проба свидетельствует о несовершенстве нейрогуморальной регуляции сердца.
- Эту пробу целесообразно использовать у больных с жалобами на нетипичные боли в области сердца без патологических изменений конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ.

Калиевая проба

- Калиевая проба обуславливает реверсию отрицательных зубцов у больных с НЦД; одновременно можно наблюдать и нормализацию формы и положения сегмента ST.
- У здоровых лиц преходящая гиперкалиемия приводит к возрастанию амплитуды положительных зубцов T, которые суживаются у основания и становятся более высокими и остроконечными.
- Проба считается положительной тогда, когда отрицательные или сглаженные зубцы T становятся положительными. Усугубление реполяризационных нарушений под влиянием калия позволяет отвергнуть функциональное происхождение изменений ЭКГ.

Проба с β - адреноблокаторами

- Натощак дают внутрь 40-120 мг препарата (индерал, обзидан, анаприлин); ЭКГ регистрируют до приема и через 60 и 90 мин после приема препарата.
- Пробу считают положительной, если имеется реверсия отрицательных зубцов T и одновременно исчезает депрессия сегмента ST.
- При ИЦД проба положительная.

НЦД и АГ

- отягощенная наследственность по АГ
- более стойкий характер повышения АД
- сужение артериол гл. дна, гипертрофия миокарда ЛЖ
- реакция АД на физическую нагрузку - при АГ реакция гипертонического типа, т. е. повышается одновременно САД и ДАД (в норме ДАД снижается). Через 5 мин после нагрузки АД не нормализуется и не приходит к исходному уровню. При НЦД по гипертоническому типу наряду с повышением САД отмечается более выраженное, чем у здоровых лиц, снижение ДАД.

НЦД и тиреотоксикоз

- Общие признаки: сердцебиение, субфебрильная температура, боль в области сердца, повышение АД.
- У больных с тиреотоксикозом отмечается постоянная тахикардия, даже во сне, в отличие от НЦД, при которой она носит нестойкий характер.
- Для тиреотоксикоза характерны также похудание на фоне сохраненного и повышенного аппетита и увеличение пульсового давления.
- У больных с тиреотоксикозом могут возникать приступы мерцательной аритмии, чего не бывает при НЦД.
- Часто выявляются глазные симптомы.
- Решающее значение имеют определение содержания гормонов в крови.

НЦД и ревмокардит

- Общие признаки - субфебрильная температура, тахикардия, нарушения ритма, боль в области сердца и систолический шум.
- При ревмокардите - начало заболевания через 2 нед после перенесенной стрептококковой инфекции, полиартралгии или полиартрит, признаки эндомиокардита
- При ревмокардите - лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ, содержания С-реактивного белка, фибриногена, диспротеинемия.

План обследования (диагноз исключения!)

- ОАК
- ОАМ
- Биохимический анализ крови
- маркеры воспаления
- ЭКГ с пробами
- ХМ ЭКГ
- ВЭМ
- ЭхоКГ
- РЭГ
- СПГ, капнография
- Консультация невролога, психотерапевта, эндокринолога

ИЦД относится к тем немногим
заболеваниям, при которых не
вспомогательным условием, а
главным (стратегическим)
направлением терапии и
профилактики является

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ



Лечение НЦД

Врачи какой специальности должны лечить функциональные сердечно-сосудистые расстройства?

Кардиологи, терапевты, неврологи, психиатры?

Показано, что лечение у терапевтов имеет лучших прогноз, чем у психиатров.



Этиотропная терапия

устранить

- избыточные психические и физические нагрузки,
- недостаточный отдых,
- несбалансированное и обедненное витаминами питание,
- гиподинамию,
- очаги хронической инфекции (тонзиллэктомия),
- производственные вредности.

Патогенетическая

терапия

- снятие напряженности симпатико-адреналовой системы, восстановление адаптационных способностей.
- Фармакотерапия при легком течении не оправдана.
- Медикаментозное лечение - при пароксизмальной тахикардии (для купирования приступов), частой экстрасистолии (как временная мера) и тягостных для больного проявлениях заболевания (нарушениях сна, выраженной головной боли), если они не устраняются немедикаментозными методами лечения.
- максимально использовать психотерапевтический аспект применения лекарства в определенные часы, по определенной схеме и т.д.

Симптоматическое лечение

- Гиперкинетический синдром – β -блокаторы
- гипотензия – препараты кофеина, алкалоидов спорыньи (беллоид), настойка лимонника (женьшеня, аралии, секурии) либо пантокрин.
- вегето-сосудистые кризы – β -блокаторы с транквилизаторами
- кардиалгии – верапамил, валокардин, ИРТ, панангин, препараты Mg.
- невротические синдромы – психотерапия, аутотренинг, курсы транквилизаторов, антидепрессантов 1-1,5 мес с отменой.
- При раздражительности, расстройствах сна показано применение седативных средств - валериана, пустырник, валокардин; транквилизаторов.
- респираторные нарушения – дыхательные упражнения для формирования правильного диафрагмального дыхания, полноценного выдоха, снятия гипервентиляции.
- Астенизация с низкой толерантностью к физической нагрузке - витамины B, панангин, адаптогены (женьшень, лимонник), массаж.



Уильям Сомерсет Моэм
1874-1965

В свое время известный
английский новеллист
Сомерсет Моэм,
описывая больную ИЦД,
констатировал, что
"...такие больные
плохо живут,
но долго живут".



**БЛАГОДАРЮ
ЗА ВНИМАНИЕ**