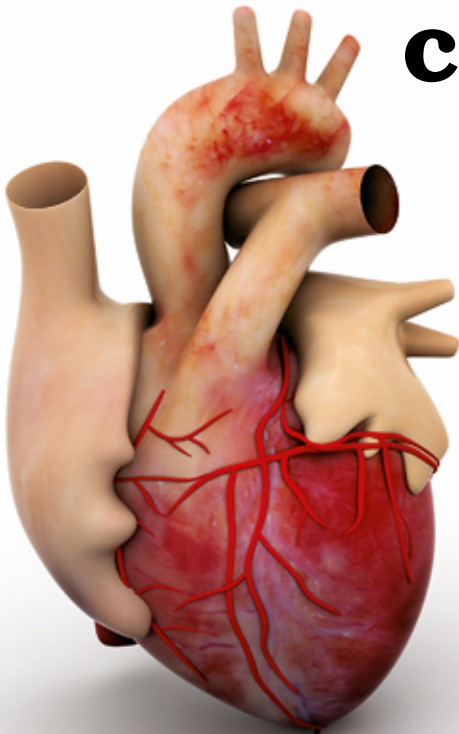


ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ с благоприятным прогнозом



Нейроциркуляторная дистония — функциональное заболевание, для которого при оптимально подобранном лечении характерны благоприятный прогноз и доброкачественное течение

В ПОИСКАХ ПРИЧИНЫ

Изучение нейроциркуляторной дистонии (НЦД) продолжается. Попытки пояснить возникновение заболевания какой-либо одной причиной предпринимались неоднократно, но оказались безуспешными.

Взять хотя бы нейрогенную теорию, сторонники которой полагают, что этиологическим фактором НЦД является стресс. Возбуждение отдельных структур морфологического субстрата низшей нервной деятельности, вызываемое стрессом, приводит к нарушению координации гипоталамо-гипоталамической системы с последующим расстройством нейроэндокринной регуляции сердечно-сосудистой системы.

Стресс действительно предшествует развитию патологии, правда, не всегда. Как правило, НЦД развивается у людей с так называемым слабым типом нервной системы, которые отличаются невысокой работоспособностью, повышенной внушаемостью, мнительностью и неуверенностью в себе. Исходя из этого, основную роль в развитии заболевания отводят наследственно-

конституциональной предрасположенности в виде слабости организма в целом и сердечно-сосудистой системы в частности.

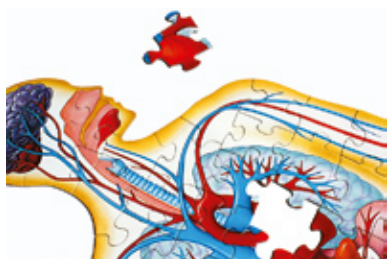
Возвращаясь к стрессам, уместно заметить, что они ассоциируются с активизацией симпатoadrenalовой системы и, как следствие, с избыточной продукцией катехоламинов, в том числе адреналина. Подтверждением является воспроизведение многих симптомов НЦД с помощью инъекций адреналина, их устранение посредством бета-блокаторов в опытах на животных. Принято считать, что адреналин стимулирует выработку молочной кислоты, которая и обуславливает симптоматику НЦД, предположительно, за счет связывания с ионами кальция на поверхности клеточных мембран нейронов. Однако нейрогенная теория объясняет происхождение далеко не всех симптомов.

Не является всеобъемлющей и другая теория, согласно которой ведущая роль в патогенезе НЦД принадлежит эндокринным расстройствам. Судя по имеющимся сведениям, в предменструальный период

и во время менопаузы к развитию симптоматики приводит нарушение соотношений лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов гипофиза, пролактина и гормонов коры надпочечников (кортикоидов и тестостерона). Известно, что некоторые мужчины с упорными кардиалгиями страдают гипофункцией половых желез и половой слабостью, а лечение тестостероном в таких случаях оказывается успешным. Но стопроцентной корреляции между показателями гормональной активности и клиническими проявлениями болезни, с одной стороны, и эффективностью лечения, с другой, не зафиксировано.

Примерно так же обстоят дела с хронической очаговой инфекцией, которой, по некоторым данным, страдают около 90% «дистоников». После санации очагов инфекции состояние больных либо улучшается, либо остается неизменным, иногда ухудшается.

Вывод очевиден: нейроциркуляторная дистония — полиэтиологическое заболевание, в формировании которого участвует целый ряд факторов.



Если НЦД страдают оба родителя, то вероятность заболевания у детей составляет 61%, если один из родителей — 48%

УКРАИНСКАЯ СПЕЦИФИКА

Термин «нейроциркуляторная дистония», введенный в 1956 г. ленинградским профессором Н. Савицким, сегодня используют только на постсоветском пространстве. Согласно классификации, предложенной Ассоциацией кардиологов Украины, нейроциркуляторную дистонию подразделяют на следующие типы: кардиальный (включает кардиалгический и аритмический варианты), гипертензивный, гипотензивный и смешанный.

В МКБ-10 кардиальному типу заболевания соответствует кардиальный невроз, гипертензивному и гипотензивному типам — нейроциркуляторная астенія, смешанный тип дистонии характеризуется сочетанием кардиального невроза с гипотензией или транзиторной (преимущественно систолической) гипертензией.

Клинически НЦД проявляется гипертоническим, гипотоническим, кардиалгическим, астеническим и тахикардальным синдромами, вегетососудистой дисфункцией, респираторными расстройствами, вегетативными кризами, миокардиодистрофией.

Кардиалгический синдром наблюдается едва ли не у всех пациентов в виде ноющей, колющей, давящей, жгучей боли в области сердца различной интенсивности (от несильной до мучительной, невыносимой, лишаящей сна и отдыха). У одних боль возникает внезапно, у других — развивается постепенно. Но ее появление связано с психоэмоциональным стрессом, предменструальным синдромом, алкогольной интоксикацией, переменной погоды, умственным или физическим перенапряжением.

У некоторых больных кардиалгия исчезает или, по крайней мере, значительно уменьшается при физической нагрузке, переключении внимания с испытываемых ощущений, к примеру, на выполнение срочной работы или общение с приятными людьми. Правда, стоит «дистонику» окунуться в повседневную рутину либо остаться наедине с самим собой — и боль тотчас возвращается.

Тахикардальный (гиперкинетический) синдром может быть как эпизодическим, так и постоянным. Обычно частота сердечных сокращений (ЧСС)

составляет 90–130, изредка достигает 150 ударов в минуту. Спровоцировать развитие тахикардии могут гипервентиляция, изменение положения тела, эмоциональная или физическая нагрузка.

Вегетососудистая дисфункция проявляется многочисленными сосудистыми нарушениями — головной болью, головокружением, колебанием артериального давления, склонностью к обморокам, спазмами сосудов конечностей, стойким красным дермографизмом, повышенной потливостью.

Респираторные расстройства: ощущение недостатка воздуха, потребность периодически делать глубокие вдохи, непереносимость душных помещений (отмечается более чем у 80% «дистоников»). Иногда возникают эпизоды «пароксизмальной одышки невротика».

Вегетативные кризы — частые и наиболее значимые проявления НЦД — подразделяют на три типа: симпатoadренальный, вагоинсулярный и смешанный. Симпатoadренальный криз, или «паническая атака», — своеобразная реакция на изменение погоды или психоэмоциональное перенапряжение. У женщин криз нередко развивается в предменструальный период, возникает внезапно, чаще ночью во время сна или при пробуждении, проявляясь ощущением тревоги, безотчетным страхом, неустойчивой дрожью, психомоторным возбуждением, похолоданием конечностей, головной болью, чувством нехватки воздуха, тошнотой, болью в сердце и животе, обильным мочеиспусканием в конце приступа.

Вагоинсулярный криз сопровождается заторможенностью, головокружением, ощущением замирания и перебоев в работе сердца, брадикардией, повышенной потливостью, диареей.

При смешанном кризе все описанные выше симптомы сочетаются или последовательно сменяют друг друга. Продолжительность приступов варьирует от 5–10 минут до нескольких часов и даже суток. После криза отмечают слабость, разбитость, тревога и боль в сердце.

Несмотря на то, что вегетососудистые пароксизмы могут повторяться до трех раз в неделю, они не относятся к устойчивым симптомам НЦД и с течением времени прекращаются самостоятельно или под воздействием терапии.

БЕТА-БЛОКАТОРЫ, АНКСИОЛИТИКИ И ФИТОПРЕПАРАТЫ

Чаще всего НЦД протекает по гипертензивному типу, характеризующемуся повышенной активностью симпатoadренальной системы. Препаратами выбора при таком течении заболевания являются бета-адреноблокаторы. Абсолютные показания к их назначению — симпатoadренальные кризы и тахикардия (ЧСС до 120 ударов в минуту при эмоциональном и физическом напряжении), относительные — склонность к повышению АД, частые вегетативно-сосудистые пароксизмы и пароксизмальные нарушения сердечного ритма, выраженные кардиалгии на фоне склонности к тахикардии и сниженная толерантность к физической нагрузке в сочетании с тенденцией к тахикардии и повышению АД.

Дозу препарата (пропранолол, атенолол, метопролол) подбирают в зависимости от уровня АД, ЧСС, индивидуальной переносимости. Продолжительность курса лечения бета-адреноблокаторами составляет от 2 недель до 5–6 месяцев. После достижения терапевтического эффекта дозу препарата снижают в 2–3 раза. При значительном улучшении или нормализации состояния бета-адреноблокаторы отменяют.

Для устранения тревоги и страха, раздражительности, нарушений сна и психоэмоциональной напряженности назначают анксиолитики, преимущественно бензодиазепинового ряда:

- хлордиазепоксид (по 5–10 мг 2–3 раза в сутки);
- диазепам (по 2,5–5 мг 2–3 раза в сутки);
- феназепам (по 0,5 мг 2–3 раза в сутки);
- оксазепам (по 10 мг 2–3 раза в сутки);
- мебикар (по 300–600 мг 2–3 раза в сутки);
- тофизопам (по 50–100 мг 2–3 раза в сутки).

Любой из перечисленных анксиолитиков рекомендуется принимать 2–3 недели. Более длительное применение может вызвать привыкание к препарату.

При лечении НЦД используют настои лекарственных растений:

- травы пустырника (2 столовые ложки травы на 300 мл кипятка) — по 1/2 стакана 3 раза в сутки;
- корня валерианы (2 столовые ложки корня на 2 стакана кипятка) — по 1/4 стакана 4–5 раз в сутки;
- омелы белой (15 г на 200 мл кипятка) — по 1 столовой ложке 3 раза в сутки.

Уже через 2–3 недели после начала лечения уменьшается слабость, нормализуются сон и АД. Для достижения стойкого эффекта продолжительность курса фитотерапии должна составлять не менее 6–8 месяцев.

Ламара Львова, канд. биол. наук