

УДК 616.12 – 009–08

ПИТАННЯ НЕЙРОЦИКУЛЯТОРНОЇ ДИСТОНІЇ У ПРАКТИЦІ ВІЙСЬКОВОГО ЛІКАРЯ

М.М.Коваль, кандидат медичних наук, доцент підполковник медичної служби, заступник начальника кафедри військової терапії Української військово-медичної академії

Н.М. Маркевич, полковник медичної служби, начальник клініки (загальнотерапевтична) – провідний терапевт Військово-медичного клінічного центру професійної патології особового складу Збройних Сил України

Резюме. В статті висвітлено загальні питання етіології, патогенезу, клініки, діагностики та особливостей військово-лікарської експертизи нейроциркуляторної дистонії у практиці військового лікаря.

Ключові слова: нейроциркуляторна дистонія, діагностика, військовий лікар.

Вступ. У практичній діяльності військового лікаря заслуговує окремого розгляду складне діагностичне питання, яке викликає як термінологічні, так і лікувальні різночитання. Мова йде про початкові етапи порушення регуляції судинного тону. Тут зустрічаються численні діагнози: нейроциркуляторна дистонія (НЦД), вегето-судинна дистонія, синдром да Коста, погранична артеріальна гіпертензія із синдромом вегетосудинної дистонії, нестабільна гіпертензія та ін. [9,17,19]. В.І. Маколкін визначає НЦД як поліетіологічне захворювання, у формуванні якого приймають участь ряд факторів: частіше хронічні та гострі психоемоційні перевантаження, вплив несприятливих кліматичних або природних факторів, вібрація, токи високої частоти, інтоксикації [8, 13].

У цих хворих, як правило, не тільки підвищується артеріальний тиск, але і є численний комплекс скарг (кардіологічні, астеничні, на вегетативну дисфункцію, гіпервентиляційний синдром [3, 13, 15, 16]. Р. Harnasch, К. Konig перераховують численні психовегетативно зумовлені ознаки: нервозність, втому, серцеві скарги, відчуття стискування голови і виділяють дисдинамічний, дисритмічний і дисестезичний

синдроми [22]. М.М. Савицький у 1948 році запропонував термін "нейроциркуляторна дистонія" і виділив три її типи у залежності від рівня артеріального тиску (АТ): гіпертонічний, гіпотонічний і кардіальний, при якому АТ не змінений, але є болі у ділянці серця [13]. Вітчизняні автори виділяють три ступені тяжкості захворювання у залежності від рівня втрати працездатності, у той час, як існує думка про наявність цього захворювання [13].

Нейроциркуляторна дистонія - поліетіологічне функціональне неврогенне захворювання серцево-судинної системи, в основі якого лежать розлади нейроендокринної регуляції, основними ознаками якого є нестійкість пульсу АТ, кардіалгія дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні порушення, порушення судинного тону, низька толерантність до фізичного навантаження і стресових станів при доброякісному перебігу та сприятливому прогнозі життя [10].

НЦД розглядають як нозологічно самостійне захворювання, що не відноситься до категорії небезпечних для життя, але викликає зниження, а іноді і повну втрату працездатності. При виразній органічній чи системній патології, з погляду невропатолога,

психіатра, ендокринолога, гінеколога, НЦД є синдромом. При відсутності супутнього захворювання, з погляду терапевта, можливе визначення НЦД як нозологічної одиниці [4,13].

В Україні існують різні підходи до вивчення цієї проблеми, але і досі не сформульована загальна концепція її реалізації [10]. Згідно запропонованої робочою групою Української Асоціації кардіологів у 2000 році клінічної систематизації функціональних хвороб серця на основі термінології і номенклатури МКХ-10, кардіальний варіант відповідає кардіальному неврозу за МКХ-10, а гіпертензивний і гіпотензивний варіанти НЦД – нейроциркуляторній астенії за МКХ-10 [10].

Причини розвитку НЦД на сьогоднішній день не відомі. Основне значення має тривала психоемоційна напруга, що викликана значними гострими і хронічними стресовими ситуаціями внаслідок утруднення соціальної адаптації, у деяких випадках — психічна чи черепно-мозкова травма [6]. Психологічний конфлікт багато в чому визначає перебіг захворювання. Негативні зміни психоемоційного стану компенсуються на соматичному рівні і викликають визначені функціональні соматичні зміни, що можуть привести до розвитку НЦД. Значну роль, особливо в дитячому і юнацькому віці, відіграють порушення харчування, перенесені інфекційні захворювання (у тому числі і фізична детренованість після інфекції), хронічні інфекції носоглотки. Суттєве значення також мають розумова і фізична перевтома, паління, зловживання алкоголем, вплив професійних шкідливостей: високої температури повітря (перегрівання), шуму, вібрації, тривалого впливу малих доз іонізуючих і неіонізуючих випромінювань, деяких хімічних агентів, надмірної фізичної напруги при заняттях спортом [4,11,13]. Підвищення активності симпатичної нервової системи, найчастіше як наслідок психоемоційного стресу, поряд з прямою гіпертензивною дією, призводить до активації ренін-ангіотензинової системи, підвищення периферичного опору і до цілого

спектра метаболічних і електролітних змін з настройкою АТ на більш високому рівні [101].

Клінічна картина захворювання в рамках кожного типу НЦД складається з загальноневротичного, цереброваскулярного, кардіального, периферичного судинного синдромів і їхніх сполучень. У багатьох хворих виражена метеочутливість, самопочуття в них погіршується при впливі різних погодних змін, вони погано переносять жару, перебування в задушливому приміщенні і транспорті. Провідними і постійними при НЦД є серцево-судинні (біль в області серця, аритмія, серцебиття), дихальні (тахіпноє чи диспноє), вегетативні (судинна дистонія) і психічні порушення, що спостерігаються практично у всіх хворих і можуть привести до втрати працездатності, але навіть у цих випадках не виникає кардіосклероз, інфаркт міокарда чи серцева недостатність [20]. Відсутність схильності до прогресування стало однією з основ для віднесення цього захворювання до групи “функціональних захворювань серця”.

Кардіалгія на тлі гіпертонусу симпатичної нервової системи супроводжується занепокоєнням, підвищенням рівня АТ, серцебиттям, ознобом, блідістю шкіри, зниженням температури тіла. У хворих із НЦД часто виникають серцебиття і порушення ритму серця. На тлі тахікардії нерідко підвищується АТ, особливо систолічний [13].

Найбільше часто зустрічаються розлади судинного тонусу (дистонії), що можуть бути локальними чи розповсюдженими і виявляються як спазмами судин і підвищенням периферичного судинного опору, так і їх неадекватним розширенням. Клінічно можуть відзначатися: головний біль, почервоніння шкіри (плями) обличчя, шиї і верхньої частини тулуба, виражена червоний дермографізм («гра вазомоторів»), лабільність артеріального і венозного тиску, тимчасові порушення зору, «мелькання мушок» перед очима, відчуття пульсації в голові, шум у вухах, похолодання кінцівок [2,6,17].

Головний біль - частий і нерідко провідний симптом НЦД. Звичайно він охоплює тім'яну,

скроневу і потиличну області, невеликої інтенсивності, тривалий, у більшості випадків підсилюється до вечора. При сильному головному болі звичайно помірно підвищується АТ. Чіткого зв'язку між головним болем і рівнем АТ, як правило, не виявляється. На відміну від артеріальної гіпертензії при НЦД АТ тиск підвищується помірно, відрізняється крайньою лабільністю протягом доби і залежить в основному від емоційних факторів. Лабільність АТ є важливою клінічною і патогенетичною особливістю НЦД [1, 11, 13].

При виявленні змін зубця Т діагностичне значення мають наступні ЕКГ-проби [1, 11]:

1) проба з гіпервентиляцією: форсоване дихання протягом 35-45 с. Проба вважається позитивною при підвищенні частоти серцевих скорочень (ЧСС) на 50-100% і появі негативних зубців Т переважно в грудних відведеннях. При НЦД проба позитивна у 75% хворих;

2) ортостатична проба: запис електрокардіограми (ЕКГ) роблять у положенні лежачи, потім через 10 хв після прийняття вертикального положення. Проба вважається позитивною при підвищенні ЧСС, інверсії позитивних зубців Т і поглибленні негативних зубців Т в грудних відведеннях. При НЦД проба позитивна у 52% хворих;

3) калієва проба: ЕКГ виконують ранком натще, пацієнт приймає 6- 8 грам калію хлориду в 50 мл чаю, запис ЕКГ роблять повторно через 40 хв. і 1,5 год. Проба вважається позитивною при реверсії негативних зубців Т. При НЦД ЕКГ нормалізується в ході проби у 74% хворих;

4) проба з бетаблокаторами. При НЦД проба позитивна у 49% хворих;

5) велоергометрична проба при НЦД має наступні особливості:

толерантність до фізичного навантаження і показники фізичної працездатності нижче, ніж у нормі;

швидке і неадекватне підвищення ЧСС більш ніж на 50% від вихідної на 1-2-й хвилині роботи;

відновний період супроводжується тривалою залишковою тахікардією, ЧСС

повертається до вихідного лише на 20- 30-й хвилині;

тенденція до зсуву електричної вісі серця вправо.

Згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим із НЦД додатково рекомендовано проводити ехокардіографічне обстеження, рентгенографію органів грудної клітини, добовий моніторинг ЕКГ та АТ [22].

Відсутність загальноприйнятих діагностичних критеріїв НЦД істотно утрудняє розпізнавання даної патології, тим більше що вона може бути надзвичайно схожою на різні захворювання серцево-судинної і нервової систем, а також нагадувати деякі психічні розлади [13]. За спостереженнями В.І. Маколкина, на догоспітальному етапі правильне трактування порушень з боку серцево-судинної системи було лише в 32% випадків, в інших спостереженнях фігурували найрізноманітніші діагнози (ішемічна хвороба серця (ІХС), інфекційно-алергійний міокардит, тиреотоксикоз, клапанні вади серця). У багатьох випадках у зв'язку з відсутністю визначеного діагностичного висновку і змушеного відвідування хворим багатьох фахівців складалася ситуація «лікарняного лабіринту», при якому неминуче розвиваються невротизація особистості, кардіофобія, страхи, депресія, розчарування в можливостях медицини. Це змушує пацієнтів шукати допомоги в різних цілителів, «травників», екстрасенсів, фахівців з мануальної терапії, гомеопатів [14].

Спроби створення діагностичних критеріїв НЦД починалися і раніше, однак вони не знайшли загального визнання насамперед у зв'язку з тим, що були орієнтовані майже винятково на суб'єктивні симптоми без обліку стану основних функціональних систем організму, що виявляються за допомогою лабораторно-інструментальних методів дослідження [14]. У вегетології також використовувалися набори визначених тестів з метою обліку реактивності вегетативної нервової системи і визначення рівня, на якому виявляються ці порушення; були розроблені

діагностичні таблиці й опитники [4,9,17]. У роботі Г.Н. Стрелецької і В.А. Попова [21] було показано, що при використанні спектрального аналізу «комплексограми», що включає реоенцефалограму, артеріовенозну пульсограму, ЕКГ і форноосцилограму, у 95% випадків можливо відрізнити хворих НЦД від здорових осіб.

В.І. Маколкіним та С.А. Абакумовим (1985) були сформульовані критерії діагностики НЦД [13]. Вони розділялися на підтверджуючі і ті, що виключають. Підтверджуючі критерії склалися з трьох груп. Перша група формувалася на підставі скарг хворого, друга - з урахуванням анамнестичних даних, у третю групу входили критерії, з урахуванням лабораторно-інструментальних даних. Чутливість і специфічність пропонованого комплексу діагностичних ознак незмінно виявлялася дуже високою. Проте ці критерії були дуже громіздкими, трудомісткими й у зв'язку з цим не знайшли широкого поширення, що і з'явилося підставою для їхнього перегляду. Нові, перероблені критерії склалися з ознак, які найбільш часто спостерігаються в хворих, інакше кажучи, критерії склалися з ведучих синдромів хвороби, а також результатів ЕКГ-дослідження з застосуванням різних функціональних проб [14]. Насамперед були відібрані п'ять груп ознак, що володіють високою специфічністю у відношенні НЦД, і позначені як «основні», інші п'ять груп позначені як «додаткові». Достовірний діагноз міг бути сформований насамперед при наявності «основних» ознак (критеріїв). До них були віднесені:

1. Своєрідні кардіалгії, властиві тільки НЦД чи невротичним станам.

2. Характерні дихальні розлади у вигляді почуття «кисневого голоду», відчуття неповноцінності вдиху, тахіпноє, зниження максимальної легеневої вентиляції і збільшення залишкового повітря.

3. Надзвичайна лабільність пульсу і АТ.

4. Зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу у вигляді негативних зубців Т («неспецифічних»), що переважно

локалізуються в правих грудних відведеннях, нашарування зубця U на зубець T, а також синдрому ранньої реполяризації шлуночків, що виявляється в 30% випадків.

5. Характерна лабільність зубця T та сегмента ST у процесі проведення ряду функціональних проб (інверсія зубця T при проведенні ортостатичної і гіпервентиляційної проби, можлива і депресія сегмента ST). При наявності вихідних негативних зубців T характерна їхня тимчасова реверсія при проведенні велоергометричної проби, ізадринового тесту, проби з хлоридом калію чи б-адреноблокаторами. Чутливість комплексу функціональних проб складає 95%, специфічність - 85% (на відміну від здорових осіб і хворих ІХС).

«Додаткові» ознаки (критерії) наступні:

1. Ознаки гіперкінетичного стану кровообігу;

2. Вегетативно-судинні симптоми (вегетативно-судинні «кризи», запаморочення, головні болі, субфебрилітет, температурні асиметрії, міалгії, гіпералгезії, почуття внутрішнього тремтіння);

3. Психоемоційні розлади у вигляді тривожності, занепокоєння, дратівливості, кардіофобії, порушення сну;

4. Астенічний синдром (слабкість, низькі показники максимального споживання кисню, знижена толерантність до фізичного навантаження);

5. Доброякісність перебігу без ознак формування «грубої» патології серцево-судинної системи, неврологічних і психічних розладів.

Достовірний діагноз НЦД устанавлюється при наявності двох і більш критеріїв «основної» групи і не менш двох критеріїв «додаткової» групи [14].

Викладені принципи діагностики НЦД нескладні і цілком доступні в амбулаторній практиці, не вимагають трудомісткого лабораторно-інструментального обстеження. Ми усвідомлюємо, що існують ситуації, що не укладаються в зазначені ознаки, але і не відповідають критеріям інших захворювань

(наприклад, ІХС міокардиту, гіпертонічної хвороби). Ці ситуації можуть потребувати застосування, усього комплексу сучасних методів дослідження, однак це скоріше виключення, ніж правило [14].

Складність діагностики НЦД і початкової стадії гіпертонічної хвороби спостерігається подібністю симптомів і переважно гіперкінетичним типом кровообігу. Найбільш важливе значення мають анамнестичні дані і проспективне спостереження. При НЦД підвищений АТ, переважно систолічний, може виявлятися випадково, він часто нормалізується спонтанно, без застосування антигіпертензивних засобів [42,80,97]. У хворих із НЦД за звичай не відзначається обтяжена спадковість по артеріальній гіпертензії, рівень артеріального тиску, виміряного на обох руках, часто буває різним; при гіпертонічній хворобі нерідко підвищується діастолічний АТ, різниця практично відсутня. При НЦД підвищення АТ, як правило, супроводжується тахікардією, характерні множинні, найрізноманітніші скарги [6, 11, 13]. При гіпертонічній хворобі підвищення АТ не обов'язково супроводжується зміною частоти пульсу, скарги звичайно відсутні чи обумовлені церебральними змінами [7, 13].

У Збройних Силах України використана класифікація НЦД за типами (гіпертензивний,

гіпотензивний, кардіальний, змішаний) та ступенем виразності вегето-судинних розладів (при стійких значно виражених вегето-судинних розладах та при стійких помірно виражених розладах діагностованих у стаціонарі) [18]. До стійких значно виражених розладів у першу чергу відноситься НЦД гіпертензивного типу з лабільністю АТ, при наявності постійних скарг та стійких, різко виражених проявів вегето-судинного характеру, що не піддаються лікуванню та значно знижують працездатність. У випадку діагностики такого перебігу захворювання призовників на строкову військову службу та військовослужбовців строкової служби визнають непридатними до військової служби у мирний час, обмежено здатними у воєнний час. У разі помірного перебігу захворювання ці особи придатні до військової служби за виключенням призову до навчальних частин, частин спеціального призначення, прикордонних військ, аеромобільних військ, Військово-Морських Сил, служби у спецспорах. До осіб офіцерського складу при стійких значно виражених проявах захворювання при проведенні військово-лікарської експертизи підхід індивідуальний [18]. У разі діагностики захворювання при проведенні експертизи працездатності та придатності до військової служби важлива увага повинна приділятися також динаміці АТ.

Література

1. Абакумов С.А. Проблемы нейроциркуляторной дистонии и экспертизы трудоспособности / С.А. Абакумов, В.И. Маколкин // Терапевтический архив. – 1996. – № 4. – С. 19-21.
2. Алмазов В.А. Пограничная артериальная гипертония / Алмазов В.А., Шляхто Е.В., Соколова Л.А. – СПб.: Гиппократ, – 1992. – 192 с.
3. Бигар П.В. Первинна ювенільна артеріальна гіпертензія у підлітків: особливості перебігу і медикаментозна терапія: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14. 01. 11. – К., 1993. – 33 с.
4. Вейн А.М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / Вейн А.М. – М.: Медицина, 1998. – 740 с.
5. Ганджа И.М. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни и нейроциркуляторной дистонии / И.М. Ганджа, Г.И. Лисенко, А.Г. Дубчак // Тезисы I конгресса ассоциации кардиологов стран СНГ. – Москва: – 1997. – 151 с.
6. Ганджа І.М. Патогенетичні особливості і диференційна діагностика нейроциркуляторної дистонії за гіпертонічним типом і початкових стадій гіпертонічної хвороби / І.М. Ганджа, Г.І. Лисенко, А.Г. Дубчак // Укр. мед. часопис. – 1998. – № 5 (7). – С. 110 – 112.
7. Ганджа І.М. Деякі зауваження щодо номенклатури та лікування артеріальних гіпертензій

/ І.М. Ганджа // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 4(18). – С. 102 – 103.

8. Диагностика и лечение внутренних болезней: Руководство для врачей: В 3 т. Под общей ред. Ф.И. Комарова. Т. 1. Болезни сердечно-сосудистой системы, ревматические болезни / Ф.И. Комаров, В.А. Насонова, Е.Е. Гогин и др.: под ред. Е.Е. Гогина. – М. Медицина, 1991. – 560 с.

9. Зозуля І.С. Синдром вегето-судинної дистонії (клініка, діагностика, лікування) / І.С. Зозуля // Укр. мед. часопис. – 1997. – № 2 (2). – С. 17 – 21.

10. Коваленко В.М., Лутай М.І., Сіренко Ю.М. // Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування. – Київ, 2007. 128 с.

11. Коваленко В.М. Функціональні порушення серцево-судинної системи: номенклатура, термінологія та напрямки розробки класифікації / В.М. Коваленко, О.Г. Несукай // Укр. кардіол. журнал. – 2002. – № 4. – С. 124 – 126.

12. Коваль М.М. Можливості добового моніторингу артеріального тиску, його значення у діагностиці гіпертонічної хвороби та вирішенні експертних питань у військовослужбовців: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.11 / Кримський держ. мед. ун-т. – Сімферополь, 2001. – 20 с.

13. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике / В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов – М.: Медицина, 1985. – 192 с.

14. Маколкин В.И. Диагностические критерии нейроциркуляторной дистонии / В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов // Клиническая медицина. – 1996. – № 3. – С. 22 – 24.

15. Маколкин В.И. Возможности суточного мониторирования артериального давления в дифференциальной диагностике

нейроциркуляторной дистонии и гипертонической болезни / В.И. Маколкин, В.И. Подзолков, М.Ю. Гиляров // Кардиология. – 1997. – № 6. – С. 24 – 28.

16. Маколкин В.И. Лечение артериальной гипертонии (итоги конференции) / В.И. Маколкин / Терапевт. Архив. – 1997. – № 9. – С. 11 – 17.

17. Мачерет Е.Л., Мурашко Н.К., Писарук А.В. Методы диагностики вегетативной дисфункции / Е.Л. Мачерет, Н.К. Мурашко, А.В. Писарук // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 2(16). – С. 89 – 94.

18. Наказ Міністра оборони України №402 від 14 серпня 2008 р. Про затвердження Положення про військово-лікарську експертизу та медичний огляд у Збройних Силах України. К.: Варта, 2008. – 344 с..

19. Николаев К.Ю. Взаимосвязь сосудистой реактивности, центральной гемодинамики и реакции на физическую нагрузку при пограничной артериальной гипертонии различного течения / К.Ю. Николаев, А.А. Николаева, А.А. Дашевская, А.Ю. Куроедов, Ю.Н. Скворцова // Кардиология. – 1998. – № 5. – С. 35 – 38.

20. Положенцев С.Д. Психологические особенности больных нейроциркуляторной дистонией / С.Д. Положенцев, А.Г. Маклаков, В.Н. Федорет, Д.А. Руднев // Кардиология. – 1995. – № 5. – С. 70 – 72.

21. Стрелецкая Г.Н. Аспекты диагностики нейроциркуляторной дистонии / Г.Н. Стрелецкая, В.А. Попова. Аспекты диагностики нейроциркуляторной дистонии // Вопросы диагностики и лечения внутренних органов. – Воронеж, 1985. – С. 123 – 127.

22. Harnasch P., Konig K. Psychovegetativ bedingte Herz – und Kreislaufstorungen. In: Poskamm H. Und Reingell H. (Eds) // Herzkrankheiten, Springer-Verlag. – Berlin, 1989. – 1506 p.

Науковий рецензент кандидат медичних наук, доцент Скляр С.І.