

Бібліотека сімейного лікаря

**Функціональна патологія серця в
практиці сімейного лікаря.
(навчально-методичний посібник)**

Київ 2001

Автори: Лисенко Г.І.
Бусло О.О.
Ященко О.Б.

Рецензенти: головний терепевт МОЗ України
д.м.н., професор Коваленко В.М.
д.м.н., професор Ілляш М.Г.

**Видання рекомендоване до друку Вченою Радою Київської
медичної академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика
(протокол № 1 від 10 січня 2001 р.).**

З м і с т.

1. Актуальність проблеми
2. Визначення НЦД
3. Етіологія і особливості патогенезу
4. Клінічні синдроми
5. Клінічні маски НЦД при психічних розладах
6. Особливості перебігу НЦД
7. Діагностика та особливості обстеження
8. Принципи терапії
9. Література

Актуальність проблеми

В останні роки значно підвищився інтерес до вивчення функціональної патології серцево-судинної системи. Росповсюдженість так званих серцево-судинних розладів надзвичайно велика, особливо у осіб в пубертантному та клімактеричному періодах. 70% усіх хворих, які надходять у терапевтичні відділення, мають тільки функціональні порушення. В МКБ IX та X перегляду нейроциркуляторній дистонії (НЦД) відповідає термін “нейроциркуляторна астения”, запропонований ще у 1917 році Оппенгеймером. НЦД не відноситься до категорії небезпечних для життя і інвалідизуючих хвороб, однак, вона, як правило, суттєво обмежує працездатність пацієнтів, веде до зниження, а інколи, тимчасової або стійкої втрати працездатності. У зв'язку з цим важко переоцінити соціальне значення цієї проблеми. По деяким даним хворі з функціональною серцево-судинною патологією становлять 1/3 усіх хворих із тимчасовою втратою працездатності.

Разом із тим отримані дані, які свідчать, що у 15-20% осіб, яким спочатку був встановлений діагноз НЦД за гіпертонічним типом при подальшому спостереженні розвинулася гіпертонічна хвороба (ГБ).

У роботах по сімейному аналізу родовідних хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) було показано, що вже у осіб із ознаками вегетодисфункції мали місце значні зміни у водно-сольовому обміні і в системі ренін-ангіотензин-альдостерон.

Звертає на себе увагу і той факт, що значна кількість молодих хворих на НЦД мають ознаки поведінкового фактору ризику ІХС (тип А). Так, серед здорових молодих людей особи типу А становлять 15%, серед хворих на НЦД – 45%. Це свідчить про доцільність включення їх у групу ризику розвитку ІХС. Виявлено, що у дітей пробандів, обтяжених серцево-судинними хворобами, які мають синдром НЦД, вміст холестерину, тригліцеридів і апоВ вище, а рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності нижче, ніж у дітей, які не мають НЦД. При цьому НЦД сприяє зниженню резервних можливостей організму, прискорюючи тим самим розвиток ІХС у дітей, обтяжених по цьому захворюванню сімейним анамнезом, особливо у хлопчиків.

Накопичення факторів ризику ІХС у дітей пробандів, які перенесли інфаркт міокарду, виникає у результаті генетично детермінованих змін метаболізму і механізмів адаптації на стресові впливи по аналогії з обтяженістю по АГ, що в результаті призводить до ранніх ліпідних і аполіпопротеїдних порушень. Статеве дозрівання дітей групи ризику посилює атерогенні ліпідні зрушення, що в свою чергу сприяє зниженню толерантності до стресу і появі гіперреактивності серцево-судинної системи на психоемоційне напруження.

Виходячи із факту, що 56,5% всіх смертей в Україні спричинені захворюваннями серцево-судинної системи, багатьом із яких може передувати, або і бути фактором ризику їх розвитку НЦД, безумовно, вона заслуговує особливо пильної уваги сімейних лікарів, діяльність яких спрямована на запобігання хронічних неінфекційних захворювань, в тому числі серцево-судинних.

Визначення

Згідно клінічному визначенню НЦД – це поліетіологічне захворювання, основними ознаками якого є лабільність пульсу та артеріального тиску, кардіалгії, дихальний дискомфорт, вегетативні та психоемоційні розлади, порушення судинного та м'язового тону, низька толерантність до стресових ситуацій, доброякісність перебігу та добрий життєвий прогноз.

Між тим, існують великі труднощі як об'єктивного, так і суб'єктивного характеру при діагностиці НЦД. Можна легко собі уявити проблеми сімейного лікаря, коли він точно навіть не знає, яким терміном означити захворювання, тому що не існує єдиної точки зору з цього питання: неврологи визначають цей стан як “вегетосудинна дистонія”, психіатри – як “невроз тривоги”, “неврастенія”, “нейроциркуляторна астенія”, терапевти – як “нейроциркуляторна дистонія”. Треба нагадати, що в МКБ-Х застосовується термін “нейроциркуляторна астенія”, тоді як інтерністи в країнах СНД користуються терміном НЦД.

Етіологія і особливості патогенезу

НЦД – поліетіологічне захворювання. Багаточисленність різних причин створює великі труднощі у виявленні ведучого етіологічного чинника. Найбільше значення серед детермінованих факторів мають спадково-конституціональні особливості організму, особисті звички і соціальні умови, моделі поведінки і фактори, які зазнають впливу рівня культури суспільства, а саме: паління, харчування, вживання алкоголю, фізична активність, статеве життя, дітородіння тощо. Серед факторів, які викликають загострення НЦД найбільш часто зустрічаються психогенні (гострі та хронічні нервово-емоційні стреси), інфекційні, дисгормональні (періоди гормональної перебудови, вагітність, аборт, дизоваріальні розлади), фізичні, негативний вплив факторів зовнішнього середовища (іонізуюча радіація, вібрація, вплив підвищеної температури, інтоксикація промисловими ядами) тощо.

З позицій патогенезу НЦД можна охарактеризувати як захворювання, в основі якого лежить низька адаптація до стресових ситуацій з розладами гомеостазу і функціональними порушеннями органів і систем.

Клінічні синдроми

При розгляді симптоматики НЦД вражає різноманітність її варіантів і ступеню розладів основних функціональних систем життєзабезпечення. Між тим, синдроми ураження серцево-судинної системи є провідними.

Основні клінічні синдроми:

1. Кардіоваскулярні розлади: ураження кардіоваскулярної системи є найбільш динамічним і психологічно значущим для хворого. Окрім вище - зазначених термінів “нейроциркуляторна астенія” і “НЦД” існують і інші синоніми цього синдрому: “солдатське” або “дратівливе” серце, синдром Да Кости, синдром зусиль, нестійкість серця, тахікардичний невроз, вазорегуляторна астенія.

При цьому характерні:

1.1 Кардіалгічний синдром.

Розрізняють 5 типів больових відчуттів:

- Біль I типу: спостерігається у 98% хворих. Це постійні ниючі або щемливі відчуття з почуттям суму і пригнічення; мають місце “проколюючі” відчуття, ломота в ділянці серця.
- Біль II типу: “симпаталгічний” варіант. Це інтенсивні і тривалі відчуття пекучості в прекардіальній ділянці.
- Біль III типу: інтенсивний біль в ділянці серця з широким розповсюдженням по всій грудній клітці. Виникає раптово, у вигляді нападів.
- Біль IV типу: короткочасні болі, що провокуються емоціями, легко проходять після прийому валідолу.
- Біль V типу: болі, що виникають у зв'язку з фізичним навантаженням і нерідко розцінюються як стенокардія.

Однак, ці больові відчуття інші, ніж при стенокардії. Так, вони виникають звичайно не під час, а після фізичного навантаження або довготривалої ходьби. Як правило, болі не потребують зупинки і не зникають одразу після навантаження.

Болі в області серця при НЦД звичайно супроводжуються відчуттям тривоги, хвилювання, зниження настрою, слабкістю. Приступоподібний і сильний біль супроводжується страхом і вегетативними порушеннями у вигляді відчуття нестачі повітря, серцебиттям, пітливістю, почуттям внутрішнього тремтіння. Слабка і помірна біль не потребує прийому ліків і проходить самостійно. Однак при сильному болі хворі охоче приймають ліки. Слід зазначити, що нітрогліцерин не купує больовий синдром.

При наявності больового синдрому завжди необхідно звертати увагу і на таку облігатну ознаку кардіалгій, як болючість м'яких тканин і вегетативних

точок на лівій половині шиї та грудної клітки. Ця болючість (зони Захар'їна-Геда) є частковим проявом подразнення лівобічних сегментарних симпатичних утворень (лівобічна симпаталгія). Клінічна значущість цієї об'єктивної ознаки полягає в тому, що вона узгоджується з наявністю і вираженістю невротичних розладів, із зниженням толерантності до ізометричних і ізотонічних навантажень, збільшенням об'ємної швидкості кровотоку у лівій руці, зниженням температури шкіри на лівій кисті і збільшенням її пітливості.

1.2 Гіпертензивний синдром.

У ряді випадків НЦД перебігає з підвищенням АТ до високого нормального (130-139/85-89 мм рт.ст.) або до 1 ступеню м'якої гіпертензії (140-159/90-99 мм рт.ст.), частіше пограничної (140-149/90-94 мм рт.ст.). Як правило підвищення АТ носить транзиторний характер, відсутні скарги, немає змін судин очного дна і лівого шлуночка серця. Але інколи підвищення АТ проявляється головним болем, "миготінням метеликів" перед очима, головокружінням. Хворі можуть повідомити, що раніше у них відмічались епізоди підвищеного АТ, який самостійно нормалізувався. Встановити чіткі відмінності між НЦД за гіпертонічним типом і 1 ступенем артеріальної гіпертензії складно. Тому такі хворі потребують довготривалого спостереження і ретельного обстеження.

1.3 Гіпотензивний синдром.

Інколи НЦД перебігає із зниженням як систолічного, так і діастолічного АТ (нижче 100/60 мм рт.ст.). При цьому зниження АТ відмічається при фізичному та емоційному навантаженні, при кризах. Найбільш частими проявами цього синдрому є непритомність, головокружіння, головні болі, тахікардія, яка посилюється при фізичному навантаженні. У таких хворих частіше відмічається астенична тілобудова, низьке стояння діафрагми, серце невеликих розмірів. На протязі хвороби характер порушень судинного тону може змінюватися, переходячи із гіпотензивного в гіпертензивний.

1.4 Тахікардіальний і аритмічний синдроми.

Хворі скаржаться на серцебиття, відчуття посилених скорочень серця, "завмирання", "зупинку" серця, які інколи супроводжуються почуттям пульсації судин шиї, голови. Ці відчуття з'являються під час навантаження і хвилювання, а інколи у спокої, вночі, що заважає сну. Серцебиття провокується хвилюванням, фізичним навантаженням, прийомом їжі, довготривалим перебуванням у вертикальному положенні, гіпервентиляцією.

2. Синдром дихальних розладів.

Характерні феномен "нервового дихання", диспное, гіпервентиляційний синдром, почуття нестачі повітря, неповноцінного та утрудненого вдиху, незадоволення вдихом, бажання і необхідність періодично робити глибокі ("тужливі") вдихи. Стерта форма дихальних розладів проявляється відчуттям

“грудки” у горлі або здавлюванням його. Хворий не може знаходитися у душних приміщеннях, виникає потреба постійно відкривати вікна, виходити на вулицю. Всі ці відчуття часто супроводжуються головокружінням, серцебиттям, почуттям тривоги, страхом задихнутись, вмерти. Рідше спостерігаються яскраві напади невротичного ларингоспазму.

3. Синдром вегетосудинної дистонії.

Периферичні судинні порушення проявляються у вигляді головного болю, “миготіння метеликів” перед очима, головокружінням, відчуттям похолодіння кінцівок.

Часто зустрічаються шкірні прояви: вазомоторні висипки у вигляді “судинного намиста”, пітливість (загальна і локальна), яскравий дермографізм, сухість або сальність шкіри, синюшність. Геморагічний синдром проявляється легкими нетравматичними синцями на симетричних ділянках тіла, епізодичним кровохарканням при відсутності органічних уражень дихальної системи. Рідким проявом геморагічних порушень є синдром “кривавого поту”.

У хворих із симпатикотонічною напруженістю виявляють блідість і сухість шкіри, холодні кінцівки, блиск очей і легкий екзофтальм, нестійку температуру, нахильність до тахікардії, тахіпное, тенденцію до підвищення АТ, запори. Характерні велика працездатність, ініціативність, фізична витривалість і добра працездатність ввечері при зниженій здатності до запам'ятовування і зосереджування, тривожність. Знижена переносимість сонця, тепла, шуму, яскравого світла, кофе. Сон неспокійний. Відмічаються м'язове тремтіння, парестезії, мерзлякуватість, неприємні відчуття в ділянці серця.

Для ваготонії характерні холодна, волога, бліда шкіра, гіпергідроз і гіперсалівація, яскравий червоний дермографізм, брадикардія, тенденція до артеріальної гіпотензії, дихальна аритмія, нахильність до запаморочень і збільшення ваги. Спостерігаються апатичність, астения, мала витривалість, низька ініціатива, нерішучість, полохливість, чутливість, нахильність до депресії, краща продуктивна діяльність у ранкові години.

На фоні перманентних вегетативних розладів часто виникають вегетативно-судинні кризи (пароксизми). Виникнення кризів у ряді випадків провокується емоційним або фізичним перенапруженням, зміною погоди, порою року (частіше весна, осінь); у жінок можна простежити зв'язок з менструальним циклом, больовим фактором тощо. Приступи можуть виникати у будь-який час на протязі доби, але частіше у другу половину дня, а інколи і вночі.

Кризи виникають раптово, але інколи спостерігаються легкі провісники у вигляді змін настрою, головних болів, неприємних відчуттів в ділянці серця, млявості тощо. Частота нападів від 1-2 разів на місяць до щоденних. Тривалість від 15-20 хв. до 2-3 год.

По характеру кризи в залежності від вегетативних проявів бувають 3 типів.

Симпатико-адреналові кризи характеризуються раптово виникаючим головним болем, неприємним відчуттям у ділянці серця, тахікардією, підвищенням АТ, мідріазом, ознобopodobним гіперкінезом, спонтанною пілоерекцією, онімінням і похолоданням кінцівок, різкою блідістю, збудженням, вітальним страхом; у деяких хворих – підвищенням температури до 38-39 С⁰. Завершується напад поліурією (сеча світла).

Парасимпатичні (вагоінсулярні) кризи супроводжуються важкістю в голові, головокружінням, “приливом жару до обличчя”, зниженням АТ, брадикардією, відчуттям завмирання серця, екстрасистолією, розладами дихання (відчуттям задухи, утрудненого глибокого вдиху), шлунково-кишковими дискінезіями (нудота, неприємні відчуття в епігастрії, посилення перистальтики кишківника, інколи профузні проноси). У деяких хворих під час кризи спостерігаються алергічні прояви у вигляді кропивниці або набряку Квінке. Відчуття страху відсутнє, лише у ряді випадків відмічається тривога.

Нерідко кризи носять *змішаний характер*, коли ознаки симпатичної та вагальної активації виникають одночасно або фазно змінюють одна одну. При цьому відмічається більш виражений діапазон коливань як різноманітних вегетативно-судинних проявів, так і порушень терморегуляції (підвищення або різке падіння температури тіла). Вісцеральні розлади представлені ширше і супроводжуються одночасними змінами із боку дихання, серцево-судинної системи і травного каналу.

Період виходу із пароксизму не залежить від його структури і продовжується інколи декілька годин або навіть днів, проявляючись слабкістю, адинамією, загальною розбитістю, пригніченим настроєм, неприємним відчуттям в ділянці серця, поліурією. Тривало утримується почуття страху смерті. По виході із нападу у деяких випадках з’являється спрага, підвищений апетит, інколи сонливість.

4. Синдром диспепсичний (нейрогастральної дистонії).

У частини хворих може спостерігатись підвищена саливація, спазм м’язів стравоходу з утрудненням проходження їжі і яскравими суб’єктивними відчуттями, аерофагія – відрижка повітрям, нудота, блювота, больові відчуття в животі різноманітної локалізації і інтенсивності.

Порушення з боку кишківника проявляються у вигляді діареї, проносів, зміни перистальтики.

У деяких хворих розвивається анорексія, вони худнуть.

5. Синдром терморегуляторних порушень.

Хворі на НЦД погано переносять перепади температури. Вони погано відчувають себе у холодних приміщеннях, мерзнуть. Жару переносять також

погано, вона викликає загострення багатьох синдромів. У частини хворих відмічаються періоди (від декількох днів до багатьох місяців) субфебрилітету. Частіше це буває після перенесеного інфекційного захворювання (ГРВІ, грипу) і співпадає із загостренням основних скарг. На тлі субфебрилітету можуть виникати фебрильні кризи (підвищення температури до 38-40°C). Частіше порушення терморегуляції зустрічаються при гіпоталамічному синдромі в дитячому та юнацькому віці і мають певні особливості: відносно добра переносимість високої температури, лише інколи вона може супроводжуватися почуттям загальної розбитості. Температура підвищується, як правило, у ранкові години, а ввечері знижується. Відсутні зміни з боку крові, сечі та біохімічних аналізів. При проведенні аналгінової проби температура не знижується.

В частині випадків терморегуляторні порушення знаходяться в залежності від емоційних і фізичних навантажень, виникають частіше у дітей під час занять у школі та зникають під час канікул. Підвищення температури не поєднується з наявністю в статусі ендокринно-обмінних порушень, немає змін в клінічних аналізах. У цих випадках порушення терморегуляції трактується як неврогенний симптом, а не як гіпоталамічна недостатність.

6. Астенічний синдром.

Для хворих на НЦД характерні підвищена стомлюваність, виснажливність, послаблення або втрата здатності до великого фізичного або психічного напруження. Для них характерні афективна лабільність, підвищена збуджуваність, яка змінюється безсиллям (дратівлива слабкість), гіперестезія – загострена чутливість до звукових, світлових та тактильних подразників. Часто спостерігаються головні болі та порушення сну (підвищена сонливість вдень та безсоння вночі).

Клінічні маски НЦД при психічних розладах.

Під маскою НЦД можуть перебігати, на деяких етапах, психічні розлади, з якими, перш за все, буде зустрічатися сімейний лікар. Тому дуже важливо, щоб він умів розпізнати психічну патологію, яка найбільш часто зустрічається. Сімейний лікар повинен бути готовим приділити необхідний час для інтерв'ю пацієнта і провести його адекватно, вміти оцінити отримані анамнестичні дані, виявити фактори ризику і ресурси пацієнта, співставити їх із об'єктивними даними, встановити синдромальний діагноз психічного розладу і, виходячи із професійних, правових і етичних позицій, прийняти рішення про втручання, в тому числі і про направлення в психіатричну службу.

До найбільш розповсюджених психічних розладів, які можуть перебігати під маскою НЦД, належать:

1. Невростенія.

Відноситься до розповсюджених легких розладів. До цієї групи розладів відносять у першу чергу стани, у розвитку яких ведуча роль відводиться виробничому нервовому стресу, обумовленому тріадою факторів: об'ємом підлягаючої засвоєнню значущої інформації, дефіциту часу і висока мотивація діяльності. При цьому підкреслюється патогенетична роль психічного і фізичного перевтомлення, хронічного недосипання, емоційних перевантажень.

При неврастенії спостерігається будь-яке із слідуєчих явищ:

- Наполегливі скарги на відчуття втоми після незначного розумового навантаження (наприклад, після виконання – або спроби виконання – щоденних задач, які не потребують особливого розумового напруження).
- Наполегливі скарги на відчуття сильної втоми і загальної слабкості після незначного фізичного навантаження.

При цьому наявний хоч один із слідуєчих симптомів:

- відчуття тупої або гострої болі у м'язах;
- головокружіння;
- головні болі напруження;
- порушення сну;
- нездатність розслаблюватися;
- дратівливість.

Невротичні прояви не розладнують поведінку пацієнта в такому ступені, як при психозах. На відмінність від психозів, неврози не призводять до порушення суспільних форм поведінки, до різкого і довготривалого зниження соціальної адаптації.

Періоди стомлюваності і виснажування розповсюджені і звичайно мають часовий характер. Лікування у таких випадках можливе і звичайно приносить хороші результати.

2. Соматоформні розлади.

Їх головна ознака – повторне пред'явлення соматичних симптомів поруч із постійною вимогою провести медичне обстеження – всупереч багаторазовому отриманню негативних результатів і запевненням лікарів про відсутність фізичної основи для симптоматики. У пацієнтів часто спостерігається (у тій чи іншій ступені) орієнтована на пошук уваги (демонстративна) поведінка, особливо якщо вони переживають фрустрацію у зв'язку з невдалою спробою запевнити лікарів у переважно соматичній природі свого захворювання і необхідності подальших оглядів і обстежень.

2.1 Соматизований розлад.

Основною ознакою є множинні, то зникаючі, то знову виникаючі, часто видозмінені соматичні симптоми, які спостерігаються щонайменше на протязі

двох років. Ці симптоми не можуть бути пояснені ніякими піддаючимися виявленню соматичними розладами (наявні у пацієнта встановлені соматичні захворювання не дозволяють пояснити ступінь важкості, численність, варіабельність і сталість соматичних скарг або рівень супутньої їм соціальної неспроможності). Якщо присутні деякі симптоми, які чітко обумовлені збудженням вегетативної нервової системи, то вони не домінують в загальній картині, не будучи особливо стійкими або не спричиняють серйозного хвилювання хворому.

Наявні симптоми, які відносяться щонайменше до двох різних з нижче наведених груп (причому загальна кількість симптомів досягає 6 і більше):

А. Шлунково-кишкові симптоми:

1. болі у животі;
2. нудота;
3. відчуття розпирання і переповнення газами;
4. неприємний присмак у роті або обкладений язик;
5. блювота або відрижка їжею;
6. скарги на посилену перистальтику кишківника і часте відходження газів;

Б. Серцево-судинні симптоми:

7. задишка при відсутності фізичного навантаження;
8. болі у грудях;

В. Урогенітальні симптоми:

9. дізурія або скарги на часте сечовиділення;
10. неприємні відчуття в ділянці статевих органів;
11. скарги на незвичні або рясні виділення із піхви;

Г. Шкірні та больові симптоми:

12. скарги на плямистість або депігментацію шкіри;
13. болі в кінцівках або суглобах;
14. неприємні відчуття оніміння і поколювання.

2.2 Іпохондричні розлади.

Основна ознака – стійке занепокоєння можливістю наявності тяжкого соматичного захворювання (одного і більше) з прогресуючим перебігом. Хворий постійно пред'являє соматичні скарги і виражає занепокоєння з приводу свого соматичного стану. Цілком нормальні або заурядні, звичайні відчуття і явища часто розцінюються їм як патологічні і неприємні, причому увага фокусується звичайно на одному-двох органах або системах організму. В багатьох випадках присутні виражені депресія і тривога.

Наявні будь-які із проявів:

- Затята упевненість – щонайменше на протязі 6 місяців – у наявності одного або двох (але не більше) серйозних соматичних захворювань (причому хоча б один із припущених діагнозів конкретно сформульований самим пацієнтом).

- Постійна заклопотаність припущеною вадою або деформацією (тілісний дизморфічний розлад).

Заклопотаність пов'язана із впевненістю в наявності хвороби і з супутніми симптомами, викликає постійний дискомфорт або чинить перепони до нормального функціонування у повсякденному житті і змушує хворого шукати медичної допомоги.

2.3 Соматоформна вегетативна дисфункція.

Хворий пред'являє скарги таким чином, ніби вони обумовлені фізичним розладом системи або органа, який регулюється – повністю або головним чином – вегетативною нервовою системою (здається ніби мова іде про захворювання серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної або сечостатевої систем). Звичайно пред'являються симптоми двох типів, ні один із яких не свідчить про соматичний розлад відповідного органа або системи. Присутні:

Симптоми вегетативного збудження, які пацієнт приписує соматичному розладу в одній або декількох із слідуючих систем (або органів):

- серце і серцево-судинна система;
- верхні відділи шлунково-кишкового тракту (стравохід, шлунок);
- нижній відділ шлунково-кишкового тракту;
- дихальна система;
- сечостатева система.

Пред'являються скарги на два і більше із слідуючих вегетативних симптомів:

- серцебиття;
- пітливість (холодний або гарячий піт);
- сухість у роті;
- почервоніння обличчя;
- дискомфорт в епігастральній ділянці або печія у шлунку.

Присутній один або більше із слідуючих симптомів:

- болі в грудях або відчуття дискомфорту в прекардіальній ділянці;
- задишка або гіпервентиляція;
- сильна втомлюваність після легкого навантаження;
- аерофагія, гикання або печія в грудях або в епігастральній ділянці;
- скарги на посилену перистальтику кишківника;
- підвищена частота сечовипускання або дизурія;
- відчуття важкості, роздуття або розтягування в тому чи іншому органі та системі.

При всьому вищезазначеному відсутні об'єктивні ознаки порушення структури або функцій органів і систем, які викликають хвилювання у хворого.

3. Депресивний синдром.

На перший план виступає знижений емоційний настрій, в поєднанні з окремими неврастенічними симптомами. Зустрічається у людей невпевнених у собі, нерішучих, несамотійних, яким важко пристосуватись до життєвих ситуацій, або у осіб категоричних, формально розуміючих відчуття обов'язків, які мають глибокі і стійкі емоційні зв'язки, але не демонструють їх.

Основні симптоми: подавленість, відчуття туги, "швидкі сльози", критичне відношення до хвороби збережено і хворі намагаються з нею боротися. Характерні ідеї несправедливого відношення до себе, скарги на свою долю, швидка стомлюваність, порушення сну, знижений апетит, болі в серці зранку.

4. Істеричний синдром.

В його патогенезі відіграють роль умовна бажаність і вигідність хворобливих симптомів. В основі лежить слабкість кори головного мозку, домінування підкоркових структур. При істерії симптоми вражають своєю раціональністю. Цим людям властиві театральність, брехливість, бажання бути в центрі уваги і здаватися в усьому більш значущими ніж насправді, характерні істеричні напади і розлади вегетативних функцій.

Особливості перебігу НЦД

Слід зазначити, що перебіг НЦД може бути різним в залежності від чинників, які її викликають.

• НЦД конституційної природи.

Має сімейно-спадковий природжений характер. Існує багато факторів ризику, які призводять до її розвитку. Цей синдром швидше за все розвивається в дитячому віці. Серед практично здорових дітей (14-16 років) НЦД зустрічається в 20% випадків, переважно у дівчаток. Він може бути нестійким, з мінливим перебігом. Такі діти скаржаться на гіпергідроз, серцебиття, похолодання кінцівок (стоп, кистей). У них змінюється колір шкіри (бліда або червона), коливається АТ. Можуть виникати біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, субфебрилітет. Хворі погано переносять фізичні та психічні перенапруження, метеорологічні зміни. З віком ці симптоми зменшуються, зникають, але в разі несприятливих умов знову з'являються. У деяких хворих ці вегетативні зміни можуть прогресувати.

• Синдром НЦД, який виникає на тлі ендокринних перебудов організму.

До нього відносять періоди пубертату та клімаксу. Типовими проявами в пубертатному віці є вегетативні розлади на тлі м'яких і виражених ендокринних розладів, коливання АТ, ортостатичні синдроми з преморбідними станами і непритомністю, емоційна нестабільність, порушення терморегуляції. У період клімаксу з'являються приливи жару, пітливість, серцебиття, млість. АТ має

тенденцію до підвищення, можуть спостерігатися кризи симпатоадреналового або змішаного характеру.

• НЦД зумовлений різними стресовими ситуаціями.

НЦД психофізіологічної природи, або точніше – психопатологічної (емоційно-вегетативно-ендокринний синдром). Він може бути викликаний гострим і, особливо, хронічним стресом, які призводять до дезадаптивного синдрому, зриву компенсаторно-приспосувальних механізмів. Скарги хворих бувають найрізноманітніші, але найбільше турбують головний біль, серцебиття, зниження працездатності, біль в епігастральній ділянці, зниження апетиту, лібідо та потенції. Головний біль – локалізований чи розлитий, стріляючий або тупий. Пацієнти скаржаться на “важкість у голові” та млість. У цієї категорії хворих головний біль може нагадувати такий за інших патологічних станів. Пацієнти погано переносять фізичні навантаження, їзду в транспорті, метеорологічні коливання, перебування в задушливих приміщеннях. Спостерігаються виражена пітливість, тремор витягнутих рук, акроціаноз і холодні кінцівки. Встановлено, що у таких хворих існує дисбаланс вазоактивних нейрогуморальних речовин (серотоніну, нейрокінінів, простагландинів, нейропептидів), а також виражені порушення мікроциркуляції.

• НЦД в результаті дії малих доз іонізуючих випромінювань.

У осіб, які брали участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС, здебільшого відбулося формування психоорганічного синдрому з особливою вираженістю астеновегетативних розладів.

Причому з часом, що минає після аварії, спостерігається зростання вегетативно-судинних порушень як за частотою, так і за важкістю. Сприяють цьому психотравмуючі чинники та соматичні захворювання: хронічні захворювання нирок, дифузні захворювання сполучної тканини, бронхіальна астма, алергічні захворювання, хронічна патологія травної системи, ендокринні розлади тощо.

• НЦД на тлі соматичних хвороб.

Переважає більшість соматичних хвороб також викликають вегетосудинні розлади. Частіше вони спостерігаються у хворих на гіпертонічну хворобу, ішемічну хворобу серця, бронхіальну астму, пептичну виразку, жовчокам'яну хворобу, хронічний панкреатит, коліт, нефрит. Окрім того, НЦД спостерігається при цукровому діабеті, амілоїдозі, склеродермії, порфірії, захворюваннях щитовидної та надниркової залоз, яєчників. Усе це призводить до виникнення ендокринно-вегетативних розладів. Зниження секреції біологічно активних речовин, які тісно пов'язані з вегетативними системами, призводить до виникнення вегетативних зрушень генералізованого характеру. НЦД у разі цих захворювань проявляється насамперед психовегетативним синдромом.

Вилікування основного захворювання часто супроводжується і покращенням і зникненням вегетативної дисфункції.

- Вегетативні зрушення часто супроводять алергію, що викликається різними чинниками (медичними препаратами, продуктами харчування, хімічними сполуками тощо). З одного боку, вегетативна нервова система при алергії бере участь у патогенезі формування вегетативних порушень, особливо при недостатності симпатoadреналових впливів. З іншого боку, сама алергія супроводжується вираженими вегетативними розладами і зокрема – симпатoadреналовими кризами.

- НЦД при органічних захворюваннях нервової системи.

Практично немає відділів головного мозку, які не приймали б участь у вегетативній регуляції. Найбільше значення має лімбікоретикулярний комплекс (інтегральна система мозку), який забезпечує цілісність поведінки людини та можливість її адекватної адаптації. Крім того, вегетативна регуляція забезпечується гіпоталамічною ділянкою, стовбуровими структурами, риненцефальними утвореннями, мозочком, корою головного мозку.

- НЦД при захворюваннях периферичної нервової системи (периферичні синдроми, такі, як радикулопатії, плексопатії, нейропатії, симпаталгії, гангліоніти, тунельні синдроми). Як правило, вони супроводжуються вегетативно-судинно-трофічними порушеннями. У разі таких захворювань, як міастенія, синдром Гійєна-Барре-Штроля, розсіяний склероз частіше зустрічається синдром прогресуючої вегетативної недостатності. Виражені вегетативно-судинні порушення розвиваються при невротіях спадкового чи набутого характеру. Вони супроводжуються високим судинним тонусом, розладом венозного кровотоку, які спричиняють венозний застій, зменшують кровонаповнення в різних судинних басейнах, особливо периферичних і дрібних судинах. Ці вегетативно-судинні розлади звичайно відповідають ступеню вираженості патологічного процесу.

- НЦД при остеохондрозі.

Має складний вертебро-та психогенний генез. У процес залучаються не лише центральні регуляторні механізми, але й вегетативні утворення сегментарного рівня, периферичні відділи нервової системи. Велике значення в процесі виникнення НЦД при остеохондрозі має стрес внаслідок хронічного болювого синдрому.

- Надсегментарні вегетативні розлади займають провідне місце у формуванні резидуального періоду при черепно-мозковій травмі (ЧМТ). Основою цих розладів є порушення регуляції функції серцево-судинної системи, а також емоційні розлади у вигляді тривожно-депресивних проявів (психовегетативний синдром). НЦД при ЧМТ значно виражена, що зумовлено

ураженням гіпоталамусу, ретикулярної формації мозкового стовбура, неспецифічних структур лобно- і скронево-медіобазальних відділів мозку – тобто різних ланок лімбічної системи. У хворих здебільшого спостерігаються вегетовісцеральні пароксизми змішаного характеру, рідше – симптоадреналового або вагоінсулярного характеру. У більш пізні терміни (1-2 роки після ЧМТ) спостерігаються стабільні цереброваскулярні порушення – вегетотрофічні зрушення, мігрень, регіонарна гіпертензія, ліквородисциркуляторні прояви.

• Вегетативні розлади при гострих порушеннях мозкового кровообігу (ГПМК).

Існують дані про те, що вегетативна нервова система відіграє велику роль у патогенезі порушень мозкового кровообігу, особливо на початкових стадіях. При ГПМК вегетативні розлади, з одного боку, спрямовані на розвиток компенсаторних механізмів, а з іншого – вони є патологічними проявами у відповідь на ГПМК.

• Вегетативні розлади при локалізації порушень у стовбурі головного мозку.

Спостерігаються перманентні вегетативні розлади, які є складовими частинами НЦД. Стовбурові перманентні вегетативні розлади дуже лабільні і представлені кардіоваскулярними симптомами, порушеннями дихання, вазомоторними розладами, явищами ангіотрофоневрозу тощо. Вегетативно-судинні симптоми часто поєднуються із змінами тону м'язів (м'язова гіпертонія, гіпотонія, дистонія). У частини хворих є зміни в емоційній сфері (астеноневротичний та депресивний синдроми), часто відмічаються зміни в системі “гіпоталамус-гіпофіз-кора надниркових залоз” і у водно-солевому обміні (гіпонатріємія та гіпохлоремія). Пароксизмальні розлади мають перебіг у вигляді кризів, частіше парасимпатичного характеру.

• Якщо уражені верхні відділи стовбура, НЦД за своїми клінічними проявами збігається з гіпоталамічним синдромом (частіше це симпатикотонічні перманентні або пароксизмальні вегетативні розлади з легкими нейроендокринними зрушеннями). Кризи зустрічаються у вигляді симпатикоадреналових або змішаних порушень. Завжди визначаються емоційно-особистісні, мотиваційні розлади – поліморфні, але скоріш іпохондричні, тривожно-депресивні і астеноіпохондричні. Вони є результатом дезінтеграції діяльності лімбіко-ретикулярного комплексу.

НЦД у разі ураження гіпоталамусу чітко виражений і супроводжується симптоадреналовими або змішаними кризами. Кризи часто мають передвісники та емоційно-мотивовані прояви, при цьому може спостерігатися депресія. Характерними для гіпоталамічного рівня є зміни діяльності серцево-судинної, дихальної та травної систем. При ураженні риненцифально-

гіпоталамічних структур НЦД проявляється в сукупності з нейрообмінно-ендокринними розладами, інколи з епілептичними нападами.

У разі патологічного процесу в *лобних і медіобазальних відділах головного мозку* НЦД супроводжується значно вираженими емоційно-особистісними розладами тривожно-депресивного характеру, іноді – ейфоричними. Кризи при цьому короткі, стереотипні з негативними проявами з боку дихальної і серцево-судинної систем.

• Паркінсонізм також супроводжується досить різноманітними вегетативними розладами, які проявляються порушеннями різних систем і насамперед серцево-судинної: ортостатична гіпотензія, постуральне запаморочення, пароксизм серцебиття або “феномен фіксованого пульсу”. Тут одночасно мають місце симпатична і парасимпатична недостатність.

НЦД буває у хворих з *неврозами* різного генезу. При цьому провідне місце займають емоційні порушення. А за розвиток таких розладів здебільшого відповідають структури лімбіко-ретикулярного комплексу.

• НЦД на тлі деяких захворювань вегетативної нервової системи і насамперед, мігрень, синкопальних станів, ортостатичної гіпотонії, хвороби Рейно та ін.

У хворих на *мігрень* у міжприступний період виявляють НЦД різної інтенсивності: чіткий червоний дермографізм (особливо в ділянці болю), гіпрегідроз, тахікардія, коливання АТ у напрямку його підвищення або стійка артеріальна гіпотензія, прояви алергічних реакцій, вестибулопатії. Спостерігаються значні зміни тону судин головного мозку, екстракраніальних та периферичних судин (за даними реоенцефало- та раовазографії). В основі їх лежать не лише фактори порушення нейрогенної регуляції судинного тону як церебральних, так і периферичних судин, але й зміни гуморальних механізмів, які регулюють судинний тонус. Поряд з простою, класичною, асоціативною формами мігрень виділяють вегетативну, коли на фоні нападу розвертається інтенсивний вегетативно-судинний генералізований криз, здебільшого симпатоадреналового характеру.

Діагностика та особливості обстеження

Анамнез: будь-яке медичне обстеження базується на повному опитуванні. При НЦД необхідно врахувати сімейний анамнез, особистий анамнез, недавні симптоми, спосіб життя і проведені раніше лікування.

Фізикальне обстеження: проводять повне фізикальне обстеження хворих. Його здійснюють із метою виявлення можливих ушкоджень органів – мішеней, факторів ризику, супутніх захворювань. Особливу увагу звертають на фізикальне обстеження серцево-судинної системи.

При огляді ділянки серця і великих судин у хворих на НЦД виявляється посилена пульсація сонних артерій, як прояв гіперкінетичного стану кровообігу.

При пальпації у хворих на НЦД, особливо у період загострення, в прекардіальній ділянці серця, частіше в III-IV міжребір'ї по середньо-ключичній лінії, виявляються ділянки болючості міжреберних м'язів, що обумовлено реперкусійними впливами, які виходять із роздражнених вегетативних утворень серця.

При перкусії серця визначають межі відносної і абсолютної тупості (правої, верхньої, лівої) і ширину судинного пучку у другому міжребір'ї. Розміри серця у хворих на НЦД не змінені.

Аускультацию серця проводять на верхівці, у основи мечовидного відростку, у другому міжребір'ї справа та зліва від грудини, в точці Боткіна. Відмічають ритм, характеристику I та II тонів, наявність шумів, роздвоєнь тонів і додаткові тони. Проводять аускультацию судин шиї, точок проекції ниркових артерій. У хворих на НЦД при аускультации серця у лівого краю грудини і на основі його вислуховується додатковий тон у систолі (на початку її тон вигнання, а в кінці – систолічне клацання). Найбільш частою аускультативною ознакою є функціональний систолічний шум (спостерігається приблизно у 70% хворих). Цей шум слабкий або помірний з максимумом звучання в III-IV міжребір'ї у лівого краю грудини; часто шум розповсюджується на судини шиї. Основні причини шуму – гіперкінетичний кровообіг із прискоренням току крові.

Лабораторно-інструментальне обстеження:

- вимірювання АТ на обох руках;
- вимірювання АТ на ногах;
- холтерівське моніторування АТ. При цьому аналізуються середні значення САТ та ДАТ за добу, день та ніч, індекс періоду гіпертензії (відсоток показників АТ, що перевищують норму) та площу під кривою денного та нічного АТ, що перевищує нормальні значення. Визначають також варіабельність тиску в зазначені періоди доби (за стандартним відхиленням), добовий індекс (ступінь зниження нічного АТ по відношенню до денного), величину та швидкість ранішнього підвищення АТ. Денним АТ вважають тиск в період зранку до нічного сну (з 7.00 до 22.00), нічним - в період нічного сну (з 22.00 до 7.00). Вдень тиск вимірювають кожні 15 хв, вночі - кожні 30 хв.;
- аналіз крові загальний (зміни відсутні);
- аналіз сечі загальний (зміни відсутні);
- аналіз сечі за методом Нечипоренко (зміни відсутні);
- рівень креатиніну в плазмі крові (у межах норми);
- рівень калію в плазмі крові (у межах норми);
- рівень цукру в плазмі крові (у межах норми);

- рівень холестерину в плазмі крові (у межах норми);
- реєстрацію ЕКГ;
- велоергометрію;
- ехокардіографія: відсутні порушення клапанного апарату та морфофункціонального стану серця, можливий пролапс мітрального клапану;
- рентгенологічне обстеження: відсутність змін з боку серця;
- офтальмоскопія очного дна (зміни відсутні);
- визначення вихідного вегетативного тону.

Електрокардіографічне дослідження

Аналіз даних ЕКГ при нейроциркуляторній дистонії демонструє дуже різноманітні зміни, в більшості своїй неспецифічні:

негативний зубець Т на ЕКГ; розлади автоматизму; синдром ранньої реполяризації шлуночків; “синдром тотальної негативності Т”; екстрасистолія; зниження ST; високоамплітудні Т в грудних відведеннях; пароксизмальна тахікардія, фібриляція передсердь, тріпотіння передсердь.

Для диференційного діагнозу вказаних змін на ЕКГ хворим з НЦД показано проведення функціональних проб.

Класифікація функціональних проб:

I. Проби з фізичним навантаженням (динамічні, статичні, змішані і комбіновані) збільшують потребу в кисні міокарду і організму в цілому.

II. Електрична стимуляція передсердь (пряма, черезстравохідна) збільшує потребу в кисні тільки міокарду.

III. Психоемоційні проби (запам'ятовування чисел, комп'ютерні завдання) підвищують тонус симпатичного відділу вегетативної системи.

IV. Моделювання зменшеного венозного притоку крові до серця.

Ортостатична проба:

а) активна;

б) пасивна.

V. Локальний вплив на нервові закінчення (холодова проба).

VI. Вплив на функцію зовнішнього дихання (проба Вальсальви, гіпервентиляційна проба).

VII. Фармакологічні проби: ергометринова, дипіридамолова, ізадринова, нітрогліцеринова, реджитинова, індералова, калієва, атропінова, фуросемідова.

Визначення вихідного вегетативного тону:

| № п/п | Симптоми | Ознаки переважання симпатичного відділу в.н.с. |
|-------|---------------|--|
| 1. | Ширина зіниць | Розширені |
| 2. | Екзофтальм | Характерний |

| | | |
|-----|------------------------------|--|
| 3. | Колір шкіри | Блідий |
| 4. | Дермографізм | Рожевий, білий |
| 5. | Температура кінцівок | Холодні |
| 6. | Пігментація | Посилена |
| 7. | Переносимість холоду | Задовільна |
| 8. | Переносимість тепла | Непереносимість спеки, душних приміщень |
| 9. | Температура при інфекціях | Лихоманка |
| 10. | Скарги, суб'єктивні відчуття | Серцебиття, відчуття стискання в ділянці серця |
| 11. | Частота дихання | Нормальна, часте дихання |
| 12. | Особливості особистості | Темпераментні, легко захоплюються, часті зміни настрою, занадто чутливі до болю |
| 13. | Психічна активність | Нездатність зосередитись, швидка зміна думок, швидко відволікаються, активність вища увечері |
| 14. | Сон | Пізнє засипання, раннє пробудження, сон короткий неспокійний, багато сновидінь |
| 15. | Маса тіла | Худі |
| 16. | Апетит | Підвищений |
| 17. | Пульс | Тахікардія, лабільний |
| 18. | АТ | Підвищений |

Визначення вихідного вегетативного тону (продовження):

| № п/п | Симптоми | Ознаки переважання парасимпатичного відділу в.н.с. |
|-------|----------------------|--|
| 1. | Ширина зіниць | Нормальні, звужені |
| 2. | Екзофтальм | Відсутній |
| 3. | Колір шкіри | Схильність до почервоніння |
| 4. | Дермографізм | Інтенсивно червоний, підвищений |
| 5. | Температура кінцівок | Теплі |
| 6. | Пігментація | Слабка |
| 7. | Переносимість холоду | Погана |
| 8. | Переносимість тепла | Задовільна, підвищена чутливість до сухого нагрітого повітря |

| | | |
|-----|------------------------------|---|
| 9. | Температура при інфекціях | Відносно низька, субфебрильна |
| 10. | Скарги, суб'єктивні відчуття | Відчуття стискання в ділянці серця в поєднанні з аритмією вночі |
| 11. | Дихання | Глибоке, повільне |
| 12. | Особливості особистості | Апатичні, лякливі, пригнічені, неемоційні, маса неврастенічних скарг і проявів |
| 13. | Психічна активність | Здатність до зосередження добра, увага задовільна, найбільша активність зранку або довготривала, але в сповільненому темпі, бідність ідей |
| 14. | Сон | Глибокий, тривалий, сповільнений перехід до активної діяльності, зранку підвищена сонливість |
| 15. | Маса тіла | Підвищена |
| 16. | Апетит | Знижений |
| 17. | Пульс | Брадикардія, дихальна аритмія |
| 18. | АТ | Знижений або нормальний |

Для діагностики НЦД в практиці сімейного лікаря можуть бути використані прості та доступні критерії, які складаються із 5 груп основних та 5 груп додаткових ознак (С.А. Аббакумов, В.И. Маколкин, 1996).

Основні ознаки: 1) своєрідні кардіалгії, притаманні тільки НЦД або невротичним станам; 2) характерні розлади дихання у вигляді почуття "кисневого голоду", "позіхання", тахіпноє, зниження максимальної легеневої вентиляції і збільшення залишкового об'єму; 3) надмірна лабільність пульсу і артеріального тиску, яка проявляється спонтанно або у вигляді неадекватної реакції на емоційні стимули, фізичне навантаження, в ортостазі або при форсованому диханні; 4) характерні зміни кінцевої частини шлуночкового комплексу на ЕКГ у вигляді неспецифічних слабковід'ємних зубців Т переважно у правих грудних відведеннях, деформація зубця Т, накладання на зубець Т хвилі U, а також синдрому ранньої реполяризації шлуночків; 5) характерна лабільність зубця Т і сегменту ST у процесі проведення гіпервентиляційної і ортостатичної проб, що виражається, в основному, тимчасовою інверсією зубця Т і зниженням сегменту ST, при наявності первинновід'ємних зубців Т, характерна тимчасова нормалізація їх у процесі проведення велоергометрії,

ізадрінового тесту, проб із хлоридом калію і (β-адреноблокаторами. Чутливість цього комплексу ЕКГ- тестів становить 95%, а специфічність - 85%.

Додаткові ознаки: 1) кардіальні скарги і симптоми — тахікардія, ознаки гіперкінетичного стану кровообігу, брадикардія, екстрасистолічна аритмія; 2) вегетативно-судинні симптоми - вегетативно-судинні кризи, запаморочення, головні болі, субфебрилітет, температурні асиметрії, міалгії, гіпералгезії; 3) психоемоційні розлади - тривога, неспокій, почуття внутрішнього тремтіння, роздратованість, порушення сну, кардіофобія; 4) астеничний синдром - слабкість, стомлюваність, низька толерантність до фізичних навантажень, низьке максимальне споживання кисню; 5) доброякісний анамнез без ознак формування грубої органічної патології серцево-судинної системи, неврологічних і психічних розладів.

Достовірним діагноз НЦД можна рахувати при наявності двох і більше основних ознак, і не менше ніж двох додаткових.

Згідно класифікації НЦД, запропонованій В.І.Маколкіним та С.О.Аббакумовим ще в 1980 р. і модифікованій в 1996 р. виділяють три ступені вираженості функціональних розладів:

- I ступінь (легкий перебіг НЦД) передбачає невелику кількість (3-6) скарг і симптомів (звичайно кардіалгії, цефалгії, рідкі епізоди підвищення АТ). Відсутні кризові стани і невротичні симптоми. Задовільна або добра переносимість фізичних навантажень. Хворі працездатні і не мають потреби в медикаментозній терапії.

- II ступінь функціональних розладів (середньоважкий перебіг НЦД): хворі із розгорнутою клінічною симптоматикою, множинними скаргами і симптомами (8-16). Характерні наявність дихальних розладів, тенденція до тахікардії, особливо при емоційному або фізичному напруженні (частота серцевих скорочень більше 120 уд/хв. після 10 присідань або 30-секундної гіпервентиляції), значна лабільність артеріального тиску, виникнення вегетативно-судинних кризів, наявність невротичних симптомів, погана переносимість фізичних та інтелектуальних навантажень, наявність електрокардіографічних аномалій у вигляді неспецифічних порушень фази реполяризації або порушень ритму та автоматизму. Фізична працездатність за даними велоергометрії суттєво знижена: виконана робота при навантаженні до відмови – 70-110 кгм на 1 кг маси тіла у чоловіків і 50-90 кгм на 1 кг маси тіла у жінок. Хворі НЦД середньоважкого перебігу, як правило, потребують медикаментозного лікування.

- III ступінь функціональних розладів (важкий перебіг НЦД) характеризується множинністю та постійністю клінічних проявів (кількість скарг та симптомів перевищує 17). Практично в усіх випадках спостерігаються тахікардіальний синдром, вегетативно-судинні кризи, стійкий

астеноневротичний синдром. Наявна тахікардія у спокої. При незначному фізичному навантаженні (10 присідань), гіпервентиляції, в ортостазі частота серцевих скорочень більше 140 уд/хв.. Практично у всіх хворих спостерігаються неспецифічні зміни фази реполяризації ЕКГ та розлади ритму і автоматизму. Різко знижена фізична працездатність за даними велоергометрії: виконана робота при навантаженні “до відмови” у чоловіків складає 50-70 кгм на 1 кг маси тіла, у жінок – 35-50 кгм на 1 кг маси тіла. Працездатність суттєво знижена або тимчасово втрачена. Хворі потребують постійної медикаментозної терапії. Вищезазначені критерії придатні для діагностики і проведення експертизи працездатності в амбулаторії сімейного лікаря.

Експертиза працездатності у хворих на НЦД повинна також враховувати характеристику вегетативного гомеостазу:

| № п/п | Трудові рекомендації | При переважанні симпатичного відділу в.н.с. | При переважанні парасимпатичного відділу в.н.с. |
|-------|--|---|---|
| 1. | Протипоказання щодо умов і видів трудової діяльності | Робота, пов'язана із значним фізичним і нервово-психічним навантаженням, в несприятливих метеорологічних умовах, робота в нічні зміни | Робота, пов'язана з повною нерухомістю |
| 2. | Прийнятні умови і види трудової діяльності | Робота, пов'язана з помірним фізичним і нервово-психічним навантаженням, в ранкові зміни, в сприятливих метеорологічних умовах. Всі види інтелектуальної праці. | Доступні всі види професійної праці |
| 3. | Висновок про працездатність | В зв'язку із звуженням обсягу доступних професій іноді виникає необхідність в зміні роботи, що може бути підставою для признання хворих обмежено працездатними. | Працездатні |

Принципи терапії.

Усі лікувальні заходи при НЦД передбачають вплив на етіологічні фактори і на ланки патогенезу (в основному на активність симпатoadреналової системи), загальнозміцнюючу терапію і деякі симптоматичні впливи. Враховуючи різну важкість перебігу хвороби, доцільно лікування НЦД проводити у вигляді послідовних етапів, які передбачають поступове включення у лікувальний процес різноманітних впливів і лікарських засобів.

На I етапі лікування (як правило, на початкових стадіях хвороби) проводять етіотропні заходи які включають:

- при чіткому інфекційному факторі – лікування вогнищ хронічної інфекції, проведення загальнозміцнюючої терапії (передбачає призначення полівітамінів, адаптогенів рослинного походження – екстракт елеутерококу, настойки аралії, ехінацеї, женшеню тощо);

- при гормональних розладах у жінок показане лікування (сумісно із гінекологом – ендокринологом) статевими гормонами;

-при наявності професійних шкідливостей та інтоксикації необхідне повне їх виключення, в деяких випадках необхідне раціональне працевлаштування;

-при нервово-психічних перевантаженнях слід проводити немедикаментозну терапію спрямовану на:

- підтримуючу психотерапію:
 - керування стресом/життєвими проблемами;
 - лікування депресії, тривоги;
 - навчання релаксації;
 - виключення звичок до негативного мишлення;
 - збільшення кількості приємних занять, які приносять радість.
- повільне дихання для зменшення фізичних симптомів, наприклад, м'язового напруження, прилинів жару або холоду, головних болів, стиснення у грудях тощо:
 - вдихати на протязі 3 секунд, видихати на протязі 3 секунд і робити паузу на протязі 3 секунд перед слідуєчим вдихом;
 - практикуватись 10 хвилин вранці або ввечері (5 хвилин краще, ніж нічного);
 - використовувати перед і під час ситуацій, які викликають неспокій;
 - регулярно перевіряти та сповільнювати дихання на протязі дня.
- зменшення ваги тіла за наявності ожиріння;
- зменшення вживання алкоголю;
- регулярне виконання динамічних фізичних вправ;
- обмеження вживання кухонної солі до 6,0 г на добу;
- достатнє вживання калію, кальцію та магнію;

- відмова від паління;
- зменшення вживання насичених жирів та холестерину.

Немедикаментозну терапію називають також модифікацією стилю життя, тому що його основа - це усунення шкідливих звичок (паління, надмірного вживання алкоголю), збільшення фізичної активності, обмеження солі в їжі тощо.

Збільшення ваги тіла корелює з підвищенням артеріального тиску (АТ), а її зменшення у хворих на ожиріння має значний антигіпертензивний ефект. Так, зменшення ваги на 1 кг супроводжується зниженням САТ на 3 мм.рт.ст., ДАТ - на 1,2 мм.рт.ст.

Надмірне вживання алкоголю сприяє підвищенню АТ та викликає резистентність до антигіпертензивної терапії. Вживання алкоголю не повинно перевищувати 30 мл етанолу на добу для чоловіків і 15 мл- для жінок.

Фізична активність сприяє зменшенню АТ. Для досягнення гіпотензивного ефекту достатньо швидкої ходьби протягом 30-45 хвилин щодня або хоча б 3-5 разів на тиждень.

Обмеження вживання солі сприяє зниженню АТ. Доведено, що зменшення натрію у дієті до 100 ммоль на добу, яке відповідає 6,0 г солі (стільки солі містить ½ чайної ложки), асоціюється із зниженням САТ на 10 мм.рт.ст. та ДАТ - на 2,2 мм.рт.ст. Їжа повинна містити достатню кількість магнію (фрукти, овочі, рис) та кальцію (молочні продукти).

Зміна стилю життя - це те, що є найбільш важкою задачею заходів, що плануються. Серед хворих на НЦД переважають особи молодого віку, які часто легковажно ставляться до захворювання, до стану власного здоров'я, до рекомендацій лікаря. Традиційні рекомендації, які пропонуються : "не переїдати, не пити, не палати, запобігати стресових ситуацій, дотримуватися режиму праці та відпочинку" носять, в основному, декларативний характер. Здавалося б, неважко оволодіти елементарними істинами. Але ж це потребує зміни життєвих звичок, долаємих із труднощами, які можливо порівняти з відмовою від наркотичної залежності.

Подальші лікувальні заходи багато в чому залежать від важкості перебігу хвороби, вираженості та стійкості синдромів.

На II етапі лікування при недостатньому ефекті етіотропної терапії та модифікації стилю життя додають легкі седативні засоби. Так, широке застосування в лікуванні НЦД отримала фітотерапія. При цьому використовують екстракт кореню валеріани, собачу кропиву, глід колючий, звіробій звичайний, калину звичайну, липу серцелисту, м'яту перцеву, омелу білу, петрушку городню, деревій звичайний та багато інших. Ці засоби діють заспокійливо на ЦНС, нормалізують сон, послаблюють спазм гладеньких м'язів, тощо.

Зручними у використанні і ефективними є готові лікарські форми седативних засобів рослинного походження: екстракт валеріани, валокормід, дорміплант, корвалол, нервофлукс, ново-пассіт, персен та інші.

Слід відмітити появу на вітчизняному ринку нових комплексних і натуропатичних препаратів, серед яких можна відмітити "Хомвіотензин" компанії "Хомвіора-Арцнайміттель" (м.Мюнхен, Баварія).

"Хомвіотензин" поєднує в собі безпеку натуропатичних ліків та силу фармакологічного препарату. Це комплексний гіпотензивний препарат рослинного походження до складу якого входять: резерпін - 0,032 мг, раувольфія - 0,032мг, омела біла - 0,32 мг, глід - 0,64мг. Йому властиві дії:

1. Гіпотензивна: притаманна усім рослинним компонентам "Хомвіотензину" і зумовлена наступними механізмами:

- дією на кардіоваскулярний центр в продовгуватому мозку (омела біла);
- зниженням загального периферійного судинного опору і пригніченням пресорного центру (раувольфія);
- зниженням концентрації біогенних амінів (катехоламінів, дофаміну) в ЦНС, що, в свою чергу, послаблює вплив на ефекторні системи периферійних органів, у тому числі і адренорецептори кровоносних судин (резерпін, раувольфія);
- спазмолітичним ефектом і розширенням судин, зменшенням венозного тиску, покращенням еластичності судинної стінки (глід).

2. Сечогінний ефект реалізує підвищення діурезу і виділення азотистих шлаків (омела біла, глід).

3. Антиаритмічний ефект пов'язаний, перш за все, з алкалоїдом раувольфії - аймаліном та глодом. Здійснюється за рахунок зниження збудливості міокарду, подовження рефрактерного періоду, гальмування атріовентрикулярної провідності. Властивостями раувольфії та глоду є : пригнічення автоматизму синусового вузла, пригнічення утворення ектопічних вогнищ збудження в міокарді.

4. Антисклеротична та мембраностабілізуюча дія "Хомвіотензину" (омела біла, глід) призводять до гіполіпідемічного ефекту. Окрім цього усі рослинні компоненти є відомими антиоксидантами.

5. М'який седативний ефект "Хомвіотензину" зменшує почуття страху, депресії, емоційної напруги, а також нормалізують сон за рахунок безпосередньої дії на ЦНС (усі рослинні компоненти препарату).

6. Нівелює метеозалежність за рахунок алкалоїдів раувольфії.

Таким чином, використання у складі "Хомвіотензину" фіксованої комбінації декількох інгредієнтів дозволяє вплинути на різні ланки патогенезу і полісиндромність НЦД, у зв'язку з чим покращується "якість життя" пацієнтів.

Достатньо уваги при лікуванні НЦД сімейний лікар повинен надавати і таким методам як ароматерапія та продуктам бджільництва. Ефект лікування функціональних розладів нервової системи значно підвищується при поєднанні продуктів бджільництва з одночасним застосуванням фітотерапії.

Доцільно призначити на цьому етапі фізіотерапевтичне лікування та голкорексфлексотерапію.

При середньоважкому і важкому перебігу хвороби до всього вищеперерахованого додають (β-адреноблокатори та транквілізатори (психотропні препарати), проводять корекцію периферичних судинних розладів, дихальних порушень, кардіальних симптомів.

III етап лікування здійснюється при різко виражених ведучих симптомах хвороби (звичайно при важкому перебігу, рідше при середньоважкому). При переважаючому синдромі артеріальної гіпертензії та схильності до тахікардії показано призначення (β-адреноблокаторів (селективних або неселективних) у середніх і малих дозах (30-60 мг пропранололу або 25-50 мг атенололу) курсами на протязі 3-5 тижнів із послідуною поступовою відміною препарату.

При вегетативно-судинних (симптоадреналоподібних) кризах показано призначення (β-адреноблокаторів (80-100 мг пропранолу на добу). В зв'язку з тим, що у хворих симптоадреналиновими кризами спостерігаються виражені емоційні розлади, призначають засоби, які безпосередньо впливають на емоційний синдром (роз'яснення причини і симптомів пароксизму, аутогенна треніровка, гіпнотерапія). Поряд з цим призначають транквілізатори. Класичними психосоматичними розладами, у лікуванні яких показано призначення транквілізаторів є:

- кардіалгії;
- психогенні розлади серцевого ритму;
- ІХС при незмінених коронарних судинах;
- артеріальна гіпертензія;
- артеріальна гіпотензія;
- психогенна задишка;
- цукровий діабет;
- виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;
- запаморочення;
- психогенна дизурія;
- синдром передменструальної напруги;
- інші соматичні захворювання, що супроводжуються непсихотичними розладами (емоційне порушення і афективна насиченість переживань, підвищена дратівливість, психостенічний синдром, депресії, переживання, синестопатії, іпохондричні стани.)

Найбільш розповсюджене застосування в сімейній практиці мають транквілізатори бензодіазепінового ряду. Усі вони відносяться до препаратів, до яких формується залежність, а тому контролюються Правилами Організації по нагляду за ліками. Бензодіазепіни, крім бажаних ефектів, викликають ряд негативних феноменів: виражена сонливість (часто), атаксія, м'язова слабкість, зниження розумової і фізичної працездатності, зниження швидкості реакції, емоційна байдужість, часті звикання і індивідуальна непереносимість.

Можуть застосовуватись наступні бензодіазепіни: алпразолам, лоразепам, оксазепам, хлордіазепоксид, клоназепам та інші. Ці препарати призначаються на протязі 1,5-2 місяців. При порідшанні кризів можна зменшувати дозу до підтримуючої. Звичайно у ті періоди хвороби, коли ведучими в клінічній картині є кризи, повністю відмінити β -адреноблокатори і транквілізатори не вдається.

При переважаючих у клінічній картині болях в області серця, окрім β -адреноблокаторів (Особливо при позитивній ЕКГ-пробі із β -адреноблокаторами) позитивний ефект дають блокатори кальцієвих каналів (верапаміл в добовій дозі 80-120 мг). Якщо кардіологічний синдром поєднується із психічними розладами, слід комбінувати антагоністи кальцію із транквілізаторами у невеликих дозах. Високу ефективність при кардіологічному синдромі відмічають також при застосуванні голкорексфлексотерапії, д"Арсонвалю в проекції больових відчуттів, лазеромагнітної рефлексотерапії.

При респіраторному синдромі ефективні дихильні вправи, орієнтовані на формування правильного грудочеревного дихання, повноцінного видиху і зняття синдрому гіпервентиляції. При недостатній ефективності дихальних вправ додають короткі курси транквілізаторів.

Великі труднощі являє собою проблема лікування психічних розладів. Для цього сімейний лікар повинен застосовувати поряд із транквілізаторами антидепресанти із послідуною поступовою їх відміною. Трициклічні антидепресанти, бензодіазепіни і інгібітори зворотнього захоплення серотоніну виявили високу ефективність при лікуванні панічного синдрому. Для лікування генералізованого синдрому тривожності частіше застосовують трициклічні антидепресанти (дезіпрамін, нортриптилін), бензодіазепіни та седативні препарати. У випадку застосування антидепресантів дотримання терапевтичних доз і досягнення клінічного ефекту є більш важливою задачею, ніж вибір конкретного медикаменту. При призначенні антидепресантів сімейний лікар повинен проконсультуватись із психіатром, однак постійне спостереження за пацієнтом проводить саме він.

Таким чином, якихось специфічних принципів симптоматичної терапії НЦД не існує. Лікування має бути комплексним і спрямованим на ті чи інші вегетативні симптоми. У процесі лікування сімейний лікар повинен постійно

звертати увагу хворого на позитивні зміни у стані його здоров'я. Лікування НЦД- це довготривалий процес, ефективність якого досягветься при поєднанні зусиль сімейного лікаря та хворого.

Література.

1. Аббакумов С.А., Маколкин В.И. Проблемы нейроциркуляторной дистонии и экспертизы трудоспособности. /Тер.арх.-1996-№4-с.19-21/.
2. Волков В.С., Поздняков Ю.М. О патогенезе сердечно-болевого синдрома у больных нейроциркуляторной дистонией. /Кардиология-1997-№6-с.84-86/.
3. Заболевания вегетативной нервной системы //А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская и др./ Под ред. А.М.Вейна.-М.:Медицина, 1991.-624 с.
4. Коваленко В.М. Систематизація та класифікація некоронарогенних хвороб серця, уніфіковані стандарти та критерії діагностики./ Укр.ревматол.журн.-2000.-№2.-С.3-6.
5. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония. /Тер.арх.-1995-№6-с.66-70/.
6. Насинник О.А., Юдин Ю.Б.Клиническое руководство по психической помощи в практике семейного врача: информационно-скрининговый пакет.- Киев: АМЦЗ-2000.-242с.
7. Отева Э.А., Николаева А.А., Николаев К.Ю., и др. Синдром вегетососудистой дисфункции как интегральный показатель высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста с отягощенной наследственностью. /Тер.арх.-2000-№4-с 31-34/.
8. Рекомендації українського товариства кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії. /Посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. /Київ-1999-51с./.
9. Свищенко Е.Н., Коваленко В.Н. Артериальная гипертензия. – Киев: "Морион". – 2001. – 160 с.