

Нейроциркуляторная ДИСТОНИЯ

Вегетативно-сосудистая
ДИСТОНИЯ



Вегетативная нервная система

- Симпатическая
- Парасимпатическая
- Метасимпатическая (кишечная)

(А.Д.Ноздрачев 1983г)



Нейроциркуляторная дистония


- полиэтиологическое заболевание, основными признаками которого являются неустойчивость пульса, АД, кардиалгия, дыхательный дискомфорт, вегетативные и психоэмоциональные расстройства, нарушения сосудистого тонуса, низкая толерантность к физическим нагрузкам и стрессовым ситуациям при доброкачественном течении и хорошем прогнозе для жизни.
(С.А.Абакумов, В.И.Маколкин 1997год)



Нейроциркуляторная дистония

Этиология

Факторы вызывающие НЦД:

- Острые и хронические психоэмоциональные и социально-бытовые стрессовые ситуации;
 - Воздействие физических и химических факторов;
 - Носоглоточная инфекция;
 - Хр. алкогольная и табачная интоксикация;
 - Гиподинамия;
 - Дисгормональные расстройства;
 - Умственное и физическое переутомление;
 - Черепно-мозговая травма.
- 

Нейроциркуляторная дистония

Этиология

Предрасполагающие факторы к развитию НЦД:

- Наследственно-конституциональные особенности организма;
- Психологические особенности личности;
- Плохие социально-экономические условия;
- Образ жизни и отдыха.



Нейроциркуляторная дистония Патогенез

Этиологические факторы

Нарушение
нейрогуморально-
метаболической
регуляции

Раздражение

Кора головного
мозга

Гипоталаму
с

Лимбическа
я
зона

Патогенез

- **Гипоталамус** : нарушение ВНС, что обуславливает развитие основных синдромов: кардиального, респираторного и др.
- **Лимбическая система**: возбуждение «центров отрицательных эмоций», угнетение «центров положительных эмоций» неадекватность поведения. →
- **+ Нарушение гомеостаза**: расстройства гистамин-серотониновой, калликреин-кининовой, симпатоадреналовой систем, КЩР: нарушение микроциркуляции, синдром миокардиодистрофии. →



Классификация НЦД

В.И.Маколкин 1999, с изм.

1. Этиологические формы
2. Клинические синдромы
3. Вегетативные кризы
4. Фаза (период)
5. Степень тяжести



Этиологические формы НЦД

- Психогенная (невротическая);
- Инфекционно-токсическая;
- Связанная с физическим перенапряжением
- Смешанная
- Эссенциальная
- (наследственно-конституциональная)
- Обусловленная физическими и профессиональными факторами



Клинические синдромы:

- Кардиальные варианты:
 - Кардиалгический (психогенная кардиалгия)
 - Тахикардальный
 - Брадикардальный
 - Аритмический
 - Гиперкинетический
 - Смешанный
 - Миокардиодистрофия
- Вазомоторный
 - Церебральный
 - Периферический
- Астеноневротический
- Синдром нарушения терморегуляции
- Синдром респираторных расстройств
- Синдром желудочно-кишечных расстройств
- Синдром половых дисфункций

Вегетативные кризы:

- Вагоинсулярный
- Симпатоадреналовый
- Смешанный

Фаза (период):

- Обострение
- Ремиссия

Степени тяжести:

- легкая
- средняя
- тяжелая



Клиническая картина

- Нейроциркуляторной дистонией болеют преимущественно молодые люди — дети, подростки, молодые мужчины и женщины.

НЦД наиболее типична для молодых женщин конституционально «хрупкой» нервной системой, чья судьба столкнулась с жестокими реалиями быта, в разных случаях разными, но всегда высоко индивидуально значимыми». *Маколкин 1999г*



Клинические проявления:

1. психоэмоциональные нарушения

2. вегетативные расстройства:

- *Периферические вегетативные расстройства*
- *Висцеро-органные вегетативные нарушения*



Периферическая вегетативная дисфункция проявляется:

- выраженной потливостью, особенно в подмышечных впадинах, в области ладоней и стоп, их похолоданием;
- цианозом и «мраморностью» кожи кистей рук, голеней в виде сетчатости;
- ярко-красным дермографизмом («вазомоторные пятна») часто в виде «сосудистого ожерелья» (красные пятна в области шеи, особенно при волнении);
- болями в суставах (психогенные артралгии, психогенный ревматизм), костях, как правило в покое, мышцах.

Например: Синдром Рейно, трофоангионевроз.

Висцеро-органные вегетативные нарушения

Под перманентными висцеро-органными вегетативными нарушениями понимают многочисленные клинические проявления дисфункции внутренних органов (сердца, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, мочеполовой системы), обусловленные нарушением функции вегетативной нервной системы, иннервирующей эти органы.



1. Кардиальные синдромы

Кардиальные синдромы при НЦД отражают нарушение вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы, и многообразные проявления этих нарушений объединены В. Г. Воградиком и А. П. Мешковым (1987) термином «дисрегуляторная кардиопатия».



1.1 Кардиалгический синдром

встречается 90-100% больных

В. И. Маколкин и С. А. Аббакумов (1985) выделяют 5 типов болевых ощущений в области сердца при ИЦД.

Характерные особенности:

- Разнообразный характер и локализация боли**
- Различная интенсивность и продолжительность боли**
- Разнообразные условия возникновения (связь с физической нагрузкой, эмоциональный статус)**
- Отсутствие купирующего эффекта от нитратов**



1.2 Тахикардидальный синдром

наблюдается у 96% больных НЦД

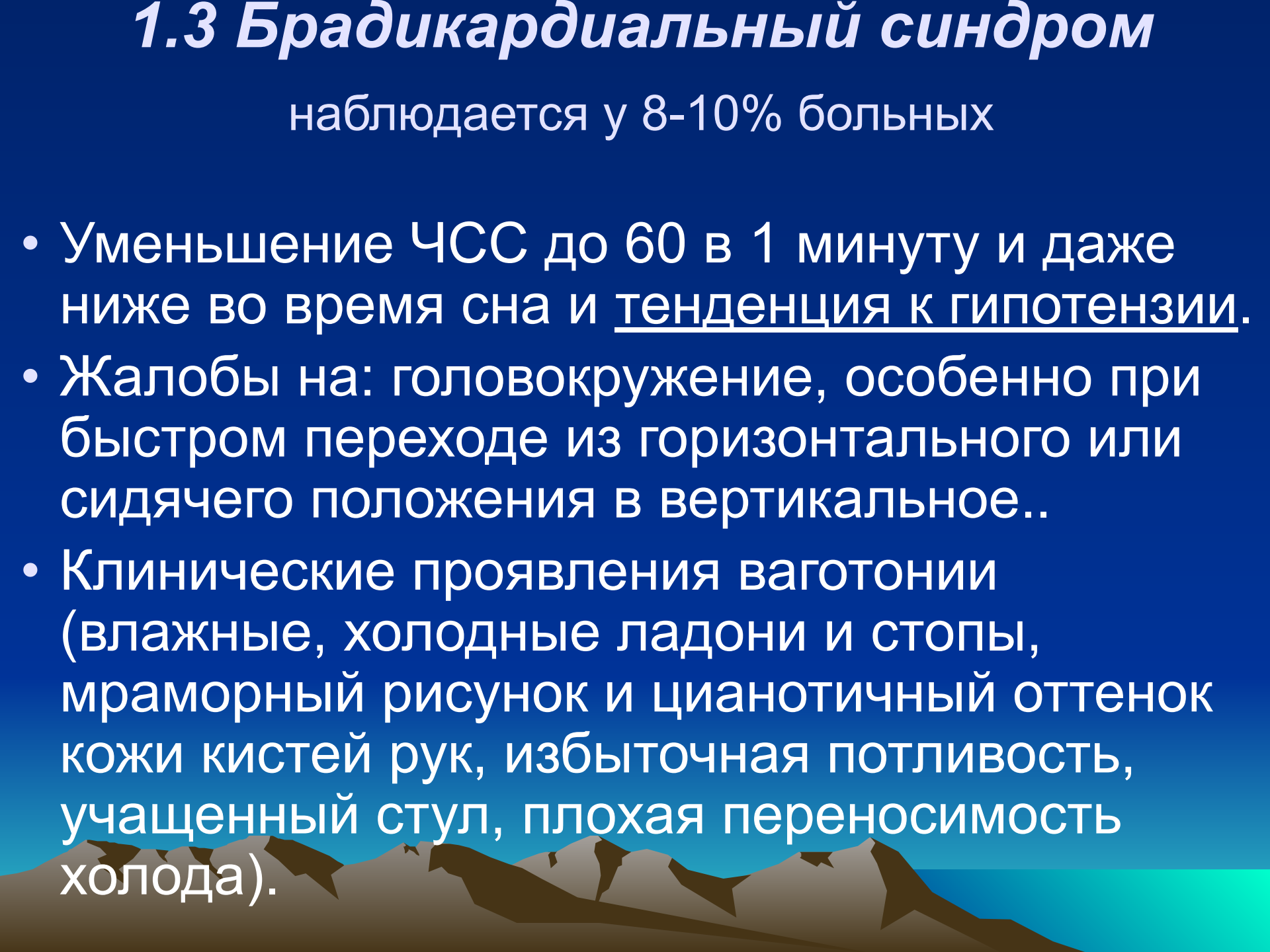
- Субъективные ощущения сердцебиений
- Объективно -увеличение числа СС больше 90 в 1 МИН.

Чаще при эмоциональной и физической нагрузках, переходе из горизонтального в вертикальное положение, но м.б и постоянно. Характерная особенность - нормализация числа СС во время сна.

- Эмоциональная лабильность, плохая переносимость жары, душных помещений, сауны, поездок в транспорте в жаркую погоду.

1.3 Брадикардальный синдром

наблюдается у 8-10% больных

- Уменьшение ЧСС до 60 в 1 минуту и даже ниже во время сна и тенденция к гипотензии.
 - Жалобы на: головокружение, особенно при быстром переходе из горизонтального или сидячего положения в вертикальное..
 - Клинические проявления ваготонии (влажные, холодные ладони и стопы, мраморный рисунок и цианотичный оттенок кожи кистей рук, избыточная потливость, учащенный стул, плохая переносимость холода).
- 

1.4 Аритмический синдром

Варианты нарушения сердечного ритма:

- экстрасистолическая аритмия
(обнаруживается у 50-75% здоровых подростков),
- пароксизмальная тахикардия,
- пароксизмы мерцания и трепетания предсердий.



1.5 Гиперкинетический кардиальный синдром

- Выраженная пульсация сонных артерий и нередко периферических артерий;
- Снижение диастолического артериального давления у всех пациентов до 50-30 мм рт. ст. и даже ниже.
- Тенденция к повышению систолического артериального давления, особенно во время эмоциональной нагрузки.
- Систолический шум.

1.6 Смешанный вариант кардиального синдрома

У большинства больных НЦД обычно наблюдается сочетание нескольких клинических вариантов кардиального синдрома

Чаще всего речь идет о сочетании кардиалгий и гиперкинетического синдрома, возможны сочетания двух названных вариантов и нарушений ритма сердца. Смешанный кардиальный синдром обычно сопровождается резко выраженными субъективными проявлениями, и большинство больных оценивает свое состояние как тяжелое или, по меньшей мере, как состояние средней тяжести.



1.7 Синдром миокардиодистрофии

Основными симптомами миокардиодистрофии при НЦД являются:

- более выраженная одышка при физической нагрузке;
- нередко появление или усиление (учащение) экстрасистолии;
- стойкое снижение амплитуды зубца Т в грудных отведениях, удлинение электрической систолы и увеличение систолического показателя более, чем на 5%



3. Астеноневротический синдром

наблюдается в 96-98% случаев

- Общая слабость, недомогание, снижение работоспособности, усталость, причем указанные жалобы нередко доминируют в клинической картине.
- Физическая слабость, усталость беспокоящая больных с самого утра. ↓ АД.
- Нарушения сна (плохой сон ночью способствует еще большей астенизации днем), тревожное, подавленное настроение, кардиофобия, непонятными, неопределенными болями в различных участках тела («все болит») и часто половой слабостью у мужчин.



4. Синдром нарушения терморегуляции


Характерные особенности:

- относительно удовлетворительная переносимость длительной и даже высокой температуры тела
- отсутствие чувства жара и ознобов руки и ноги у больных остаются холодными даже при повышении температуры тела;
- отсутствие циркадного ритма изменения температуры тела в течение суток, она остается монотонно повышенной и днем и вечером
- устойчивость субфебрилитета к антибиотикам, глюкокортикоидам, НПВС;
- нормализация температуры тела после применения седативных средств, гипнотерапии, во время сна
- отсутствие разницы между температурой в подмышечной впадине и под языком (в норме температура под языком превышает температуру в подмышечной области на $0.2\text{ }^{\circ}\text{C}$);
- отсутствие лабораторных признаков инфекционно-воспалительного процесса;
- наличие у многих больных связи повышения температуры тела с психоэмоциональными стрессовыми ситуациями и нормализация ее в благоприятной эмоциональной обстановке. Возможны температурные кризы.



5. Синдром респираторных расстройств

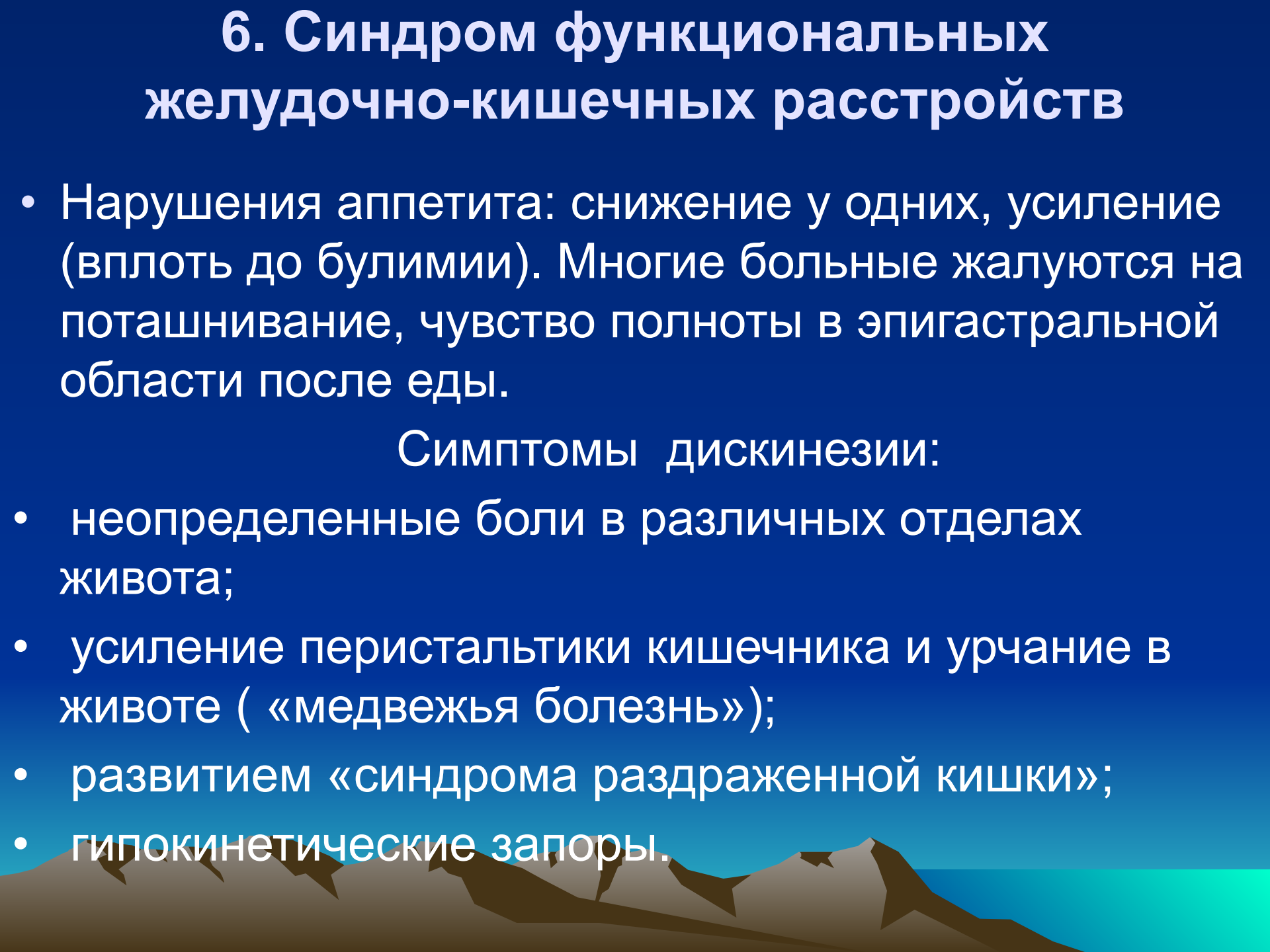
наблюдается у 80-90% больных

- Чувство «нехватки воздуха», «невозможность надышаться», «чувство комка в горле». Многие больные жалуются на одышку, удушье, хотя при внешнем осмотре больного врач не находит одышки и тем более удушья.
 - При осмотре: учащенное, поверхностное дыхание. Частота дыханий может достигать 40-50 в 1 минуту, что следует считать «невротической» («истерической») астмой или своеобразным дыхательным кризом.
 - Функциональный респираторный синдром при НЦД сопровождается головокружением, потемнением в глазах, ощущением тревоги, страхом смерти, причем, чем более учащено дыхание, тем более выражены эти ощущения.
- 

6. Синдром функциональных желудочно-кишечных расстройств

- Нарушения аппетита: снижение у одних, усиление (вплоть до булимии). Многие больные жалуются на поташнивание, чувство полноты в эпигастральной области после еды.

Симптомы дискинезии:

- неопределенные боли в различных отделах живота;
 - усиление перистальтики кишечника и урчание в животе («медвежья болезнь»);
 - развитием «синдрома раздраженной кишки»;
 - гипокинетические запоры.
- 

7. Синдром половых дисфункций

Нарушение половых функций наблюдается при НЦД довольно часто и наиболее характерно для мужчин. Половые дисфункции проявляются ускоренным семяизвержением и нарушением эрекции, а при выраженном ипохондрическом синдроме — ослаблением полового влечения.



2.1 Синдром церебральных вазомоторных нарушений

Церебральные вазомоторные нарушения могут протекать в виде:

- мигрени,
- обмороков,
- вестибулярных кризов,
- сосудистых головных болей.



Мигрень

О. А. Колосова (1991) «Мигрень — пароксизмальные состояния, проявляющиеся приступами головной боли, периодически повторяющимися, локализуясь чаще всего в одной половине головы, преимущественно в глазничнолобновисочной области. Головная боль чрезвычайно интенсивная, сопровождается тошнотой, часто рвотой, плохой переносимостью и гиперчувствительностью к яркому свету, громким звукам. Боль продолжается от 1-2 до нескольких часов, даже до суток, а после приступа больные чувствуют выраженную слабость, сонливость».

Мигрень протекает с различной частотой — от 1-2 раз в неделю до 1-2 раз в месяц или в год. А. М. Вейн (1971) предложил выделять три типа мигрени: простая (она описана в определении понятия «мигрень»); ассоциированная и особая.



Пароксизмальные вегетативные нарушения

- **Симпатоадреналовый криз**
- Обычно симпатоадреналовый криз развивается во второй половине дня, вечером или ночью и проявляется сильными головными болями, ощущением пульсации в голове, сильными сердцебиениями, перебоями в области сердца, онемением рук и ног, выраженным ознобоподобным тремором, общим возбуждением и беспокойством больного, ощущением нехватки воздуха, чувством тревоги, страха.

Заканчивается криз внезапно, после окончания криза может быть полиурия с выделением светлой мочи с низкой относительной плотностью. В послекризисовом периоде наблюдается выраженная астенизация.

Пароксизмальные вегетативные нарушения

- **Вагоинсулярный криз**
- Вагоинсулярный криз проявляется внезапным ощущением замирания и перебоев в области сердца и нехватки воздуха, резко выраженной слабостью, ощущением «проваливания в пропасть, бездну», головокружением, потливостью, чувством голода, гиперемией кожи, болями в животе, усилением кишечной перистальтики, метеоризмом, позывами на дефекацию, а иногда — поносом. Артериальное давление во время криза снижается, часто отмечается брадикардия, тоны сердца приглушены, нередко аритмичны.


В послекризисном периоде так же, как после симпатoadреналового криза, наблюдается выраженная слабость.

Л. С. Гиткина (1986) различает 3 степени тяжести вегетососудистых кризов.

- *Легко протекающие кризы* — являются преимущественно мало-симптомными с выраженными вегетативными дисфункциями, длительность кризов около 10-15 минут.
- *Кризы средней тяжести* — характеризуются полисимптомными проявлениями, выраженной вегетативной симптоматикой, длительность кризов от 15-20 минут до 1 ч, выраженность посткризовой астении до 24-36 часов.
- *Тяжело протекающие кризы* — являются полисимптомными кризами с тяжелыми вегетативными расстройствами, нередко с гиперкинезами, судорогами, длительность кризов всегда более 1 ч, послекризовая астения сохраняется несколько дней.



Программа обследования

1. Физикальное обследование.
 2. Общий анализ крови, мочи.
 3. Биохимический анализ крови: содержание общего белка, белковые фракции, серомукоид, сиаловые кислоты, аминотрансферазы, альдолаза, креатинфосфокиназа и ее фракции, лактатдегидрогеназа.
 4. ЭКГ с использованием диагностических проб при наличии изменений конечной части желудочкового комплекса (гипервентиляционной, калиевой проб и пробы с р-адреноблокаторами).
 5. Велоэргометрия.
 6. Эхокардиография.
 7. Реоэнцефалография (при наличии головной боли и другой церебральной симптоматики).
 8. При нарушении терморегуляции — одновременное измерение температуры тела в подмышечной впадине и под языком.
 9. Консультация оториноларинголога, невропатолога.
- 


Электрокардиография

У большинства больных ЭКГ нормальная.

По данным В. И. Маколкина (1985), у больных НЦД могут наблюдаться следующие изменения ЭКГ:

- нарушение функции автоматизма, синусовая брадикардия, синусовая тахикардия, синусовая аритмия, миграция водителя ритма — у 21.3%;
- экстрасистолия; пароксизмальная тахикардия; синдром ранней реполяризации желудочков ; отрицательный зубец Т в двух и более отведениях .
- Оценке отрицательного зубца Т при НЦД помогают следующие характерные его особенности:
 - форма отрицательного зубца Т неправильная, он асимметричен, с отлогим нисходящим и более крутым восходящим коленом, нередко он двухгорбый
 - выраженная лабильность зубца Т
 - выраженная зависимость отрицательного зубца Т от приема пищи, ортостаза, менструального цикла (указанные обстоятельства могут увеличить негативность зубца Т);
 - исчезновение негативности зубца Т под влиянием физической нагрузки

Основные признаки НЦД

1. Своеобразные кардиалгии.
 2. Характерные дыхательные расстройства.
 3. Чрезвычайная лабильность пульса и артериального давления.
 4. Характерные изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ .
 5. Характерная лабильность зубца Т и сегмента 5Т в процессе выполнения гипервентиляционной и ортостатической проб.
 6. Наличие лабораторных признаков воспалительного процесса.
- 
- A stylized, low-poly silhouette of a mountain range in shades of brown and tan, positioned at the bottom of the slide against a blue gradient background.

Дифференциальный диагноз

С заболеваниями :

- ССС : ИБС, неревматическим миокардитом, ревматизмом
- плевры,
- грудного отдела позвоночника,
- межреберных нервов,
- заболеваний желудочно-кишечного тракта: язва желудка, двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, дискинезии пищевода, эзофагит, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, синдром неязвенной диспепсии,
- поджелудочной железы,
- гепатобилиарной системы
- эндокринной системы: диффузный токсический зоб.

Лечение НЦД

- Этиологическое
- Патогенетическое
- Симптоматическое



Лечение НЦД

1. Устранение этиологического фактора
2. Психотерапия
3. Организация труда и отдыха
4. Алиментарная коррекция
5. Физиотерапия
6. Фитотерапия
7. Акупунктура, зональный массаж
8. Фармакотерапия



Фармакотерапия

1. При повышении активности симпатoadреналовой системы:

- альфа-адреноблокаторы(фентоламин – 0,025; пирроксан – 0,015)
- бета-адреноблокаторы(анаприлин по 10-20 мг.)

2. При повышении активности парасимпатической н.с.

- Холинолитики (амизил,циклодол по 0,001)



Фармакотерапия

3. Стимуляция симпатической НС:

- Препараты Са, аскорбиновой кислоты, жень-шеня, китайского лимонника.

4. Воздействие на периферические отделы ВНС:

- беллоид, беллатаминал

5. Антиоксиданты:

- Токоферола ацетат, аскорбиновая кислота, кверцетин.



Фармакотерапия

6. Седативная терапия: Валериана
пустырник, возможно транквилизаторы.
7. Для лечения мигрени – кофеин.

