

Вегетососудистая дистонія: міф или реальність?

По итогам Первой международной научно-практической конференции «Вейновские чтения в Украине»

Лечение вегетативных расстройств – одна из основных проблем практической неврологии в связи с широкой распространенностью различных по тяжести и клиническим проявлениям форм течения заболевания, сложностью их лечения и реабилитации в свете медицинских и социально-экономических аспектов. При этом недостаточно четкие диагностические критерии обуславливают значительное ограничение возможности лечения пациентов с функциональными вегетативными нарушениями.

В рамках Первой международной научно-практической конференции «Вейновские чтения в Украине», проходившей 17-18 февраля в г. Яремче, ученица выдающегося ученого-невролога А.М. Вейна, посвятившего много лет изучению особенностей вегетативной нервной системы, профессор кафедры нервных болезней факультета последипломного профессионального образования врачей ГОУ ВПО ПМГУ им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук Галина Михайловна Дюкова осветила возможности диагностики и лечения пациентов с наличием вегетативной дисфункции.

– Вегетососудистая дистония (ВСД) – понятие очень широкое, объединяющее, с одной стороны, вегетативные кризы, длительные субфебрилитеты, нейрогенные обмороки, с другой – сосудисто-трофические локальные синдромы, ортостатическую гипотензию, нейрогенный мочевого пузыря.

Чтобы разграничить эти виды нарушений, А.М. Вейн разработал классификацию вегетативных расстройств, актуальную и сегодня. Так, он выделял сегментарные (периферические) вегетативные нарушения, среди которых различают синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности и ангиотрофический синдром (вегетивно-сосудисто-трофические расстройства в конечностях).

К основным проявлениям синдрома прогрессирующей вегетативной недостаточности относятся обморочные состояния в картине ортостатической гипотензии, эректильная дисфункция, общая слабость, ангидроз, артериальная гипертензия в горизонтальном положении, симптом фиксированного пульса, изменение массы тела, недержание мочи, запор, дизартрия, заложенность носа, стенокардия. В основе этого синдрома лежит висцеральная вегетативная полинейропатия – патология периферической вегетативной системы, преимущественно иннервирующей висцеральные системы.

В основе ангиотрофического вегетативного синдрома лежит поражение смешанных нервов, сплетений и корешков, иннервирующих конечности. Эти виды поражений вегетативной нервной системы, как правило, не вызывают значительных затруднений в диагностике и не являются предметом данного доклада.

Третий вид вегетативных расстройств относится к надсегментарным (церебральным) и проявляется в основном психовегетативными и нейроэндокринными синдромами при остром и хроническом стрессе (психофизиологическая вегетативная дистония), гормональных перестройках (в пубертате, при климаксе), как реакция на соматические заболевания, при неврозах, органических заболеваниях головного мозга, профессиональных заболеваниях, а также как конституциональные проявления. Именно этот вид вегетативных нарушений чаще всего и является камнем преткновения для практических врачей. С одной стороны, есть пациент с разнообразной симптоматикой, указывающей на наличие определенных функциональных нарушений вегетативной системы; с другой – диагноз «вегетососудистая дистония» отсутствует в международной классификации болезней.

Каким же образом помочь пациенту, имеющему указанные нарушения, которые реально и достоверно ухудшают качество его жизни и могут стать причиной развития более тяжелых соматических нарушений? Одна из распространенных ошибок многих неврологов, терапевтов, кардиологов заключается в стремлении увидеть в ВСД не синдром, в который вовлечены несколько систем, а самостоятельное заболевание,

завершив необходимый в этой ситуации поиск причин, обусловивших его. Сам термин «ВСД» за последние десятилетия подвергался множественной критике не только в связи с отсутствием в международной классификации болезней различных пересмотров, но и по причине несостоятельности при анализе нозологической сущности патологии, что является крайне необходимым для правильной диагностики и лечения. В связи с этим в предыдущие годы во многих странах предпринимались попытки сформировать новое определение данной дисфункции вегетативной нервной системы. Так, в Великобритании до сих пор используют термин «медицинский, или физический, необъяснимый симптом»; в Германии в середине 50-х гг. прошлого века предложили к использованию термин «психовегетативный синдром» (ПВС), что, учитывая выраженную эмоциональную составляющую и множественные проявления симптоматики, указывающие на вовлеченность самых различных органов и систем, позволяет сформировать адекватное представление о характере патологии. Этот термин мы предпочитаем использовать и в настоящее время, считая его наиболее обоснованным и отражающим современные представления о характере и генезе патологии.

Принципы диагностики ПВС

В диагностике функциональных вегетативных расстройств необходимо уяснить, что ПВС – это диагноз исключения. Если к врачу обращается пациент с наличием множественной симптоматики, в первую очередь следует провести комплексное и полное обследование на наличие органической патологии или определение ее удельного веса в генезе предъявляемых жалоб. Последнее положение крайне важно, поскольку ПВС может быть выявлен не только у соматически здоровых лиц, но также у пациентов с наличием сердечно-сосудистой, легочной, неврологической и другой патологии. Поэтому даже при выявлении у пациента соматического заболевания всегда следует учитывать, насколько соотносятся предъявляемые жалобы с тяжестью болезни, характерны ли все симптомы для основного заболевания или часть из них может указывать на вовлеченность вегетативной нервной системы. Известно, что вегетативная система распространена практически во всех органах, что объясняет сочетание у всех пациентов с ПВС признаков функционального нарушения в нескольких различных системах (табл.). При этом наличие симптомов со стороны только одной системы, как правило, указывает на невыявленное органическое нарушение и требует проведения дополнительной диагностики.

В диагностике ПВС также необходимо обращать внимание на течение патологии, которое должно характеризоваться перманентностью и/или пароксизмальностью, а также наличием аффективных, эмоционально-волевых и психопатологических расстройств.

Таблица. Проявления вегетативных нарушений в различных системах

| Перманентные вегетативные расстройства | Клинические проявления |
|--|---|
| Сердечно-сосудистая система | Кардиалгии, нарушения ритма, колебания артериального давления и кризы |
| Дыхательная система | Гипервентиляционный синдром |
| Желудочно-кишечная система | Диспепсия, абдоминалгия (особенно в детском возрасте), дискинетические расстройства |
| Терморегуляция и потоотделение | Субфебрилитет, озноб, гипергидроз |
| Вазомоторная система | Дистальный акроцианоз, феномен Рейно, приливы жара и холода |
| Вестибулярная система | Головокружение, неустойчивость, зрительно-вестибулярные расстройства |

Таким образом, ПВС – это полисистемная патология, которая характеризуется значительной вовлеченностью психоэмоциональной сферы и включает как объективную, так и субъективную симптоматику. Что касается нозологии, то, учитывая характер указанных поражений вегетативной системы, наиболее целесообразным видится отнесение надсегментарных расстройств к рубрикам кода G90 (расстройства вегетативной нервной системы: G90.8 – другие расстройства вегетативной нервной системы, G90.9 – расстройство вегетативной нервной системы неуточненное), F3 (аффективные расстройства) и F4 (неврогические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства).

Пароксизмальные и непароксизмальные вегетативные расстройства

Одними из наиболее заметных проявлений ПВС являются пароксизмальные вегетативные расстройства, к которым относят:

- вегетососудистый криз;
- вегетативный криз (симптоадrenalный или вагоинсулярный);
- гипоталамический криз;
- диэнцефальный пароксизм;
- тревожную атаку;
- паническую атаку (ПА).

ПА – одно из самых выраженных проявлений пароксизмальных вегетативных расстройств, которое проявляется такими симптомами, как сердцебиение, боль или дискомфорт в груди; ощущение удушья или нехватки воздуха, диспноэ; тошнота, неприятные ощущения или боль в животе; повышенное потоотделение, волны жара или холода, ознобоподобный параксизм, парестезии; головокружение или покачивание, слабость, липотимия. При этом выделяют типичную ПА, которая проявляется страхом смерти, страхом потерять над собой контроль, наличием дереализации и деперсонализации, а также атипичную ПА, которая характеризуется отсутствием страха при наличии чрезмерно выраженных других эмоций (депрессии, апатии, раздражения, агрессии, чувства вины, стыда и др.), наличием болевых и психогенных неврологических синдромов (ощущения кома в горле, нарушения речи, зрения, слуха, походки, чувствительности, слабости в конечностях, судорог, спазмов и др.).

Непароксизмальные психовегетативные расстройства можно разделить на эмоциональные (агорафобия, депрессия, ипохондрия, истерия), мотивационные (нарушение сна, изменения аппетита, ухудшение либидо, астения) и перманентные вегетативные (вегетативные, вестибулярные).

Принципы лечения больных с ПВС

С учетом характера нарушений при ПВС патогенетическая терапия должна быть основана на психотерапии и психофармакотерапии. Симптоматическое лечение включает фармакотерапию с целью купирования основных проявлений ПВС и физиотерапию.

Психофармакотерапия при ПВС в настоящее время представляется наиболее приемлемой в качестве патогенетического

лечения, что связано с особенностью менталитета населения и отсутствием у большинства пациентов доступа к квалифицированным специалистам в области психотерапии, при этом наиболее часто используемыми для этих целей группами препаратов являются антидепрессанты, транквилизаторы, симпатоматические препараты.

При низком уровне тревоги пациентам зачастую бывает достаточно симптоматического лечения или даже назначения плацебо. При умеренно выраженной тревоге наиболее целесообразным представляется длительное (не менее 6 мес) лечение антидепрессантами. Однако при лечении вегетативных нарушений с наличием сильно выраженной тревоги в связи с некоторой отсроченностью действия антидепрессантов пациентам целесообразно кратковременное дополнительное назначение транквилизаторов с последующим переходом на монотерапию антидепрессантами длительно. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) сегодня являются наиболее распространенной группой антидепрессантов и характеризуются хорошей переносимостью, а также значительно меньшим количеством побочных эффектов по сравнению с трициклическими антидепрессантами. Пароксетин (Рексетин) был третьим СИОЗС, рекомендованным к применению для лечения депрессии в США, и первым препаратом, одобренным к применению при паническом расстройстве; при этом подтверждена высокая эффективность и безопасность пароксетина в лечении ПА. Так, в ходе исследования, проведенного W.F. Boueg и соавт. (1992), показано, что лечение пароксетином способствовало постепенному, однако явному уменьшению количества ПА в среднем с 10 и более в неделю до 1 в неделю через 42 дня терапии ($p < 0,001$); при этом у пациентов отмечалось одновременное уменьшение выраженности тревоги ожидания более чем в 2 раза (по данным визуально-аналоговой шкалы, $p < 0,001$). Среди наиболее частых побочных эффектов отмечали тошноту, головную боль, сонливость, сухость во рту, бессонницу, потливость, запор и головокружение, однако эти явления носили легкий характер и в большинстве случаев не требовали отмены лечения.

Выводы

ВСД, или ПВС, – полисистемное нарушение вегетативной функции, проявляющееся полиорганный симптоматикой и характеризующееся значительной вовлеченностью психоэмоциональной сферы. Диагностика ПВС должна быть направлена в первую очередь на исключение органической патологии и включать тщательный опрос и осмотр больного с выявлением predisposing фактора, аффективных и эмоционально-волевых расстройств, а также проведение лабораторно-инструментальных методов исследований. Целесообразным является назначение патогенетического лечения с использованием психотерапии (по возможности), а также психофармакологических методов течения. Пароксетин – представитель СИОЗС, показавший высокую эффективность и хороший профиль безопасности в лечении панических расстройств; он может выступать препаратом выбора в лечении пациентов с ПВС. При назначении антидепрессантов необходим индивидуальный подбор дозы с учетом психофизиологических особенностей и возраста пациента, тяжести течения и длительности заболевания, а также возможных факторов его возникновения. При этом пациентам следует предупреждать о некоторой отсроченности эффекта антидепрессантов, а также необходимости длительного их приема (не менее 6 мес) даже после нормализации симптоматики.

Подготовила Татьяна Канцидайло-Спринсян