

УДК 376.23

## К ПРОБЛЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

© Юрий Юрьевич МЕЛИХОВ

Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов,  
Российская Федерация, аспирант, кафедра адаптивной физической культуры,  
e-mail: melikhov-yuri@mail.ru

Производится литературный анализ симптоматики, возникновения и методов реабилитации при нейроциркуляторной дистонии. Нейроциркуляторная дистония – хроническая патология, относящаяся к группе функционально-структурных заболеваний с многочисленными клиническими проявлениями. Рассматриваются клинические формы и типы заболевания, мнения и научные концепции различных исследователей. Актуальность изучения данной проблемы связана с увеличением численности детей с данной патологией, а также с ростом факторов, увеличивающих риск возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы, в т. ч. и нейроциркуляторной дистонии.

*Ключевые слова:* нейроциркуляторная дистония; физическая реабилитация; сердечно-сосудистая система; методика.

В свете общего снижения здоровья населения растет количество факторов, негативно влияющих на здоровье человека, таких как ухудшение экологической обстановки, снижение двигательной активности современного человека, увеличение нагрузки на организм ребенка в учебных заведениях. По этой причине увеличивается риск заболеваний в самой быстрореагирующей и уязвимой системе – сердечно-сосудистой. Одними из самых распространенных нарушений сердечно-сосудистой системы являются нарушения, связанные с функциональной природой такого заболевания, как нейроциркуляторная дистония (НЦД).

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) – хроническая патология, относящаяся к группе функционально-структурных заболеваний, с многочисленными клиническими проявлениями, среди которых наиболее стойкими и частыми являются сердечно-сосудистые, респираторные и вегетативные расстройства, астенизация, плохая переносимость стрессовых ситуаций и физических нагрузок [1; 2].

Актуальность изучения проблемы лечения и физической реабилитации при нейроциркуляторной дистонии (НЦД) продиктована такими основными факторами, как высокий удельный вес больных НЦД среди всех больных с патологией сердечно-сосудистой системы, неуклонный рост данной патологии в последние годы, все большее «омоложение» НЦД, недостаточная эффективность

всех видов лечения и восстановления этой категории больных. Особо подчеркивается при этом тот факт, что многие вопросы, касающиеся патогенеза, клинических проявлений, диагностики и лечения, нуждаются в уточнении [1; 2].

Научная и практическая значимость выделения функциональных расстройств в отдельную нозологическую единицу признаны многими исследованиями (Н.Н. Савицкий, Т.А. Сорокина, Г.М. Покалев, С.Т. Керцман, С.Е. Цуркан). При этом профилактике заболеваний уделяется особое внимание (Г.Ф. Ланг, И.В. Давыдовский, А.А. Мясников, Ж.Л. Сухих, М.М. Хомич).

Корни изучения функциональных патологий уходят в конец XIX столетия и связаны с именами J.M. Da Costa (1871) и H. Hartshorn (1864). В литературных данных часто фигурирует одноименный «синдром Da Costa», согласно которому появлению симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы предшествовали тяжелые физические нагрузки и нервные перенапряжения.

Интерес к «синдрому Da Costa» вновь проявился во время Первой мировой войны (J. MacKenzie, S.T. Lewis, F. Fraser, W. Hume). Ученые отмечали плохую работоспособность солдат и неспособность противостоять нервному перенапряжению. Они называли это состояние «Soldier's Heart» («сердце солдата») или «Effort syndrome» («синдром усилия, напряжения»). Причем большой процент обследуемых имели тот или иной дефект физи-

ческого развития (искривление позвоночника, нарушение осанки, недостаток веса) и вели малоподвижный образ жизни. Описывая «синдром напряжения», авторы считали, что эти симптомы являются ответной реакцией организма на нагрузку, а не заболеванием сердца. В настоящее время изученный синдром в спорте известен как состояние «перетренированности» (С.П. Летунов, В.Л. Карпман, А.Г. Дембо).

Г.Ф. Лангом (1913) впервые озвучена идея о том, что функциональные изменения могут привести к органическим нарушениям.

В 1918 г. B.S. Oppenheimer и M.A. Rothschild предложили понятие «нейроциркуляторная астения». По их мнению, около половины случаев заболевания имело наследственную предрасположенность в виде неврозов, психосоматических расстройств, немалую роль сыграли инфекционные заболевания, истощение организма и др.

L. Kessell, K. Hуman (1923), сравнивая больных с проявлением заболевания щитовидной железы, нашли много общего с «синдромом Da Costa». Причину этого они видели в расстройстве вегетативной регуляции.

Теория наследственности в данном вопросе подтверждается в работе P.O. White et. al. (1942), когда ученые наблюдали одинаковый набор симптомов у всех членов семьи, страдающих «нейроциркуляторной астенией».

В зарубежных научных работах середины XX в. P. Wood (1962) отмечено, что «синдром Da Costa» является результатом воздействия эмоционального стресса на психопатическую личность.

В 1947 г. M. Friedman дал другое понятие «синдрому Da Costa» – «функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы» и связал его проявление с нарушением согласованности между центральной нервной системой и гипоталамусом.

Позднее и другие исследователи (K. Graf, G. Storm, A. Holmgren et. al.) обнаружили у пациентов с похожими признаками нейроциркуляторной астении в покое высокие показатели ЧСС, систолического артериального давления, минутного объема крови, низкие показатели артериовенозной разницы по кислороду. Такое состояние они назвали «вазо-регуляторной астенией».

Отечественная медицина тоже использовала различные названия функциональных

расстройств сердечно-сосудистой системы – «гиперкинетический синдром» (В.Ф. Зеленин), «невроз сердца» (В.Ф. Зеленин, И.В. Левенков, Е.Я. Северова, Л.А. Забрянская), «кардиоваскулярный невроз» (В.Г. Остроглазов, Д.Ф. Лавров), «функциональные и дисрегуляторные кардиопатии» (В.Г. Вогралик, С.Б. Ханина, Г.И. Жиринская, В.И. Маколкин, С.А. Аббакумов), «вегетососудистая дистония» (А.М. Вейн).

В настоящее время чаще употребляется термин «нейроциркуляторная дистония» (НЦД), введенный Г.Ф. Лангом (1950). Этот термин утвердился благодаря Н.Н. Савицкому (1964), предложившему сначала гипер- и гипотонический типы нейроциркуляторной дистонии, а в последствии – кардиальный тип. Его также придерживаются большее число клиницистов нашей страны (И.Н. Бухловский, П.В. Буянов, Г.И. Сидоренко, Г.М. Покалев, В.Д. Трошин, А.И. Иванов, В.Ф. Виноградов с соавт., Г.А. Почечуева). В МКБ 9-го пересмотра (1980) НЦД соответствовал термин «нейроциркуляторная астения».

В Международной классификации болезней (МКБ) IX и X пересмотров применяется термин «нейроциркуляторная астения» (НЦА). Нейроциркуляторная астения помещена в разделе «Класс V. Психические расстройства и расстройства поведения» (F 00-F 99), рубрика F 45 – соматоморфные (соматизированные) расстройства, подрубрика F 45.30. Под соматоморфными расстройствами (F 45) понимается повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования. Подрубрика F 45.30 – это соматоформная вегетативная дисфункция с проявлениями со стороны сердечно-сосудистой системы.

В настоящее время у большинства кардиологов сложилось следующее отношение к терминологии заболевания:

- предпочтение отдается термину «нейроциркуляторная астения», тем более, что такое заболевание имеется в МКБ-X;

- нейроциркуляторная дистония гипертонического типа рассматривается как пограничная артериальная гипертензия, а гипотоническая форма НЦД – как первичная (эссенциальная) артериальная гипотензия [3].

Долгие годы нейроциркуляторную дистонию рассматривали как функциональное заболевание. Однако в настоящее время сформировалась другая точка зрения. Большинство исследователей полагают, что при функциональной патологии имеется морфологический субстрат болезни, который первоначально развивается только на молекулярном, субклеточном или клеточном уровне. Выявить такие морфологические изменения очень сложно [3].

По мнению А.Н. Огорокова и Н.П. Базеко, нейроциркуляторная дистония является болезнью, а конкретнее – это структурно-функциональное заболевание сердечно-сосудистой системы.

Принято различать две группы нейроциркуляторных дистоний:

1) первичные нейроциркуляторные дистонии, вызываемые различными причинами (этиологическими факторами), в механизмах развития которых (патогенезе) основную роль играют расстройства регуляторных механизмов (нервных и эндокринных);

2) вторичные (симптоматические) нейроциркуляторные дистонии, обусловленные различными заболеваниями органов и систем, являющихся ведущими [3].

*Первичные нейроциркуляторные дистонии.* Этиология: инфекции, психические травмы, нервные перегрузки, физические факторы (профессиональные вредности, механизмы развития: нарушения нервной и эндокринной регуляции функций внутренних органов, расстройства адаптационных механизмов).

Клинические варианты: гипертензивный, гипотензивный, кардиальный и смешанный. Принято различать фазы течения – обострение и ремиссия.

*Вторичные нейроциркуляторные дистонии* связаны с заболеваниями центральной и периферической нервной системы, эндокринных желез, внутренних органов и наличием хронической очаговой инфекции (хронический тонзиллит и др.).

В зависимости от типа реакции сердечно-сосудистой системы выделяются *кардиальный, гипотензивный и гипертензивный* типы нейроциркуляторной дистонии.

**Кардиальный тип.** Клиническая картина характеризуется разнообразными неприятными ощущениями в области сердца,

сердцебиением, чувством замирания и остановки сердца. Нередко отмечаются нарушения ритма и глубины дыхания. Возможны приступообразные боли в области сердца, сопровождающиеся пароксизмальной тахикардией (учащение сердцебиения или пульс более 200 уд./мин.), экстрасистолией (внеочередные сердечные сокращения), полиурией (частое обильное мочеиспускание) или реже брадикардией (редкие сердечные сокращения или пульс менее 60 уд./мин.), гипотонией. В отличие от ишемической болезни сердца, боли при этом типе нейроциркуляторной дистонии нередко длительные, постоянного характера, не связаны с физическим напряжением, не купируются коронаролитиками (валидолом, нитроглицерином и др.). Часто наблюдаются акроцианоз, гипергидроз, стойкий дермографизм, субфебрильная температура. Электрокардиограмма соответствует норме. Несмотря на длительное течение заболевания, прогноз благоприятный. Однако следует иметь в виду возможность эволюции в атеросклероз, ишемическую болезнь сердца, дистрофические изменения миокарда [1, с. 28].

**Гипертензивный тип.** Для этого типа характерно повышение артериального давления (систолическое свыше 140 мм рт. ст.), однако оно быстро проходит и почти у 50 % больных никак не отражается на самочувствии, хотя в некоторых случаях возникают жалобы на головную боль, сердцебиение, повышенную утомляемость. Повышение АД может обнаруживаться у таких больных только при медицинском осмотре. Основные жалобы больного: головные боли, головокружение, быстрая утомляемость, плохой сон, неприятные ощущения в области сердца. Отмечаются акроцианоз (синюшность губ), гипергидроз (повышенная влажность кожи), лабильный пульс с тенденцией к тахикардии. Основным симптом – умеренное повышение систолического давления (до 140–160 мм рт. ст.) при нормальном или слегка повышенном диастолическом давлении (не выше 90 мм рт. ст.) и выраженная лабильность артериального давления в целом. Часто обнаруживается асимметрия артериального давления, в связи с чем рекомендуется измерять артериальное давление на правой и левой руках.

**Гипотензивный тип.** Для этого типа характерны, прежде всего, снижение систоли-

ческого показателя АД – ниже 100 мм рт. ст., утомляемость, мышечная слабость, головная боль (нередко возникающая вследствие голода), бледная кожа, зябкость и похолодание конечностей (кистей и стоп), частые обмороки. Основные жалобы больных: головные боли, головокружения, общая слабость, неприятные ощущения в области сердца, раздражительность, эмоциональная неустойчивость. Главными признаками заболевания являются: снижение артериального давления до 100/60 мм рт. ст. у мужчин и 95/60 мм рт. ст. у женщин, лабильность артериального давления и пульса с тенденцией к брадикардии (урежение пульса). Электрокардиограмма не отличается от нормы. Следует помнить о вторичных симптоматических гипотониях, обусловленных рядом заболеваний, являющихся ведущими: туберкулез, инфекционные болезни, недостаточность функции коркового слоя надпочечников, злокачественные опухоли.

Кроме того, возможно развитие смешанных вариантов ВСД: кардиально-гипертензивный и кардиально-гипотензивный, в которых объединяются симптомы 1–2-го и 1–3-го типов соответственно. Для всех типов ВСД характерны следующие симптомы: боли в левой половине грудной клетки, головные боли, головокружение [4].

Особое внимание исследователи уделяют возникновению НЦД у детей и подростков. По разным данным от 12 до 29 % детей и подростков страдают вегетативной дисфункцией. Этому способствует гипоксия (кислородное голодание) плода во время беременности и родов, различные родовые травмы, болезни младенческого возраста. Дети постарше порой жалуются на «ком в горле», тяжесть в груди.

Когда ребенок вступает в период полового созревания, то вегетативная дисфункция усугубляется. Происходит рассогласование между бурным развитием внутренних органов, ростом всего организма и отставанием становления и созревания нервной и эндокринной регуляции. В это время может повышаться или понижаться артериальное давление, отмечаться учащенное сердцебиение. Школьник становится конфликтным, вспыльчивым, капризным, быстро утомляется, жалуется на снижение памяти. В некоторых случаях дело доходит до нервных рас-

стройств: девочки могут постоянно плакать или закатывать настоящие истерики по малейшему поводу, испытывать приступы необъяснимого страха или тревоги. Кроме того, у ребенка возникают проблемы не только с усвоением материала, но и с физическими нагрузками [5].

Как отмечают А.Н. Окорочков и Н.П. Базеко, больные НЦД в силу многочисленных отрицательных субъективных проявлений заболевания избегают физических нагрузок (часто потому, что считают себя тяжело больными) и фактически являются лицами значительно детренированными со сниженной толерантностью к физическим нагрузкам. Появляется все больше исследований, посвященных различным аспектам «дефицита физической активности». Дефицит физической активности ведет к развитию заболеваний, связанных с малоподвижным образом жизни, к преждевременному старению организма и к другим малоприятным проблемам – ухудшению памяти, снижению интеллекта, ухудшению настроения [3].

В основе действия физических упражнений на организм являются нервно-рефлекторный и гуморальный механизмы. Даже мысленное представление о выполнении физического упражнения вызывает изменения ряда системных функций организма – частоты сердечных сокращений, скорости кровотока, артериального и венозного артериального давления, газообмена, мышечного тонуса, моторной хронаксии, электрической чувствительности зрительных центров и др. (А.Н. Крестовников, В.С. Баранов, З.М. Атаев). В работах представленных авторов психический компонент рассматривается как «пусковой» механизм, перестраивающий функции организма еще до действия самого физического упражнения и ставит организм в условия активного функционирования, подготавливая его к выполнению мышечной работы. Сущность действия физических упражнений на функции ССС рассматривается в свете теории моторно-висцеральных рефлексов (М.Р. Могендович). Эта теория, а также основные факторы лечебного действия физических упражнений, складывающиеся из тонизирующего влияния, воздействия на трофические процессы, формирования компенсаций и нормализации функций организма, подтверждаются в работах В.К. Добро-

вольского, В.Н. Мошкова, И.Б. Темкина, Т.А. Евдокимовой, В.А. Епифанова, Н.Я. Прокöpfeва. Влияние физических упражнений на гемодинамику характеризуется активизацией основных и вспомогательных факторов – кардиального, экстракардиального и сосудистого. Сердечно-сосудистая система одной из первых реагирует на мышечную работу (А.В. Васильева).

Лечебное действие ЛФК при ВСД обусловлено парадоксальной реакцией сердечно-сосудистой и нервной систем на физическую нагрузку у больных ВСД людей. Заключается эта парадоксальная реакция в том, что после физических нагрузок у пациентов с ВСД нормализуется артериальное давление и работа сердца, исчезают болезненные ощущения и нормализуется эмоциональный фон. Лечебная физкультура в комплексе с водными процедурами, коррекцией образа жизни и физиотерапией составляет «золотой квартет» лечения ВСД.

#### Выводы

Анализ литературных источников показал, что нейроциркуляторная дистония и ее различные проявления изучались и исследовались на протяжении длительного времени. Особенностью данной патологии является то, что человек снижает или теряет трудоспособность в наиболее молодом, творческом возрасте. В связи с этим особое внима-

ние следует уделить проявлениям НЦД в детском и подростковом возрасте, т. к. именно в этот период негативные проявления НЦД особенно остро оказывают влияние. Для решения данной проблемы необходимо постоянно улучшать средства реабилитации при данной патологии. Как утверждают многие исследователи, среди существующего многообразия методов реабилитации НЦД одним из самых эффективных и действенных методов является правильно организованная физическая активность.

1. Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония: особенности клинической симптоматики, диагностика и лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1987.
2. Сидоренко Г.И. Нейроциркуляторная дистония // Международный медицинский журнал. 2003. № 1. С. 22-27.
3. Окороков А.Н., Базеко Н.П. Нейроциркуляторная дистония. М., 2004.
4. Васильева А.В. Вегетососудистая дистония: симптомы и эффективное лечение. СПб., 2008.
5. Амосов В.Н. Вегетососудистая дистония. Лучшие методы лечения. СПб., 2011.

Поступила в редакцию 6.10.2012 г.

UDC 376.23

#### ON PROBLEM OF REHABILITATION OF NEURO-CIRCULATORY DYSTONIA

Yuri Yuryevich MELIKHOV, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Post-graduate Student, Adaptive Physical Culture Department, e-mail: melikhov-yuri@mail.ru

The analysis of literary source which includes symptoms, genesis and methods of rehabilitation of the neuro-circulatory dystonia is considered. Neuro-circulatory dystonia is a chronic pathology of the cardiovascular system, classified as group of functional and structural disorders with multiple clinical symptoms. The clinical forms, types and views of different research workers of this disease are reviewed. The relevance of this problem is connected with children's sickness and also with the risk factors increasing the risk of cardiovascular diseases including neuro-circulatory dystonia.

*Key words:* neuro-circulatory dystonia; physical rehabilitation; cardiovascular system; technique.