

Вегетативная дистония – что скрывается за диагнозом?

О.В.Воробьева

Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова,
Москва

Рассматриваются особенности клинической картины вегетативной дисфункции у больных психовегетативным синдромом, трудности постановки диагноза, подходы к его лечению.

Ключевые слова: вегетативная дистония, психовегетативный синдром, терапия, этилметилгидроксипиридина сукцинат.

Vegetative dystonia – what is hidden by diagnosis?

O.V.Vorobiova

First Moscow Medical State University named
by I.M.Sechenov, Moscow

Special features of clinical picture of vegetative dysfunction in patients with psychovegetative syndrome, diagnostic difficulties and approaches to treatment are discussed.

Key words: vegetative dystonia, psychovegetative syndrome, therapy, ethylmethylhydroxypyridine succinate.

Вегетативная (автономная) нервная система регулирует основные физиологические процессы организма, такие как кровяное давление, частота дыхания и др. Эта система работает автоматически (автономно) без персонального осознанного усилия. Для практического врача самым распространенным заболеванием вегетативной нервной системы является вегетативная дистония, под которым понимаются психогеннообусловленные полисистемные вегетативные нарушения. Между тем, термин вегетативная дистония – очень широкое понятие, которое включает в себя любое патологическое изменение деятельности вегетативной нервной системы, возникающее при поражении любой анатомической структуры вегетативной нервной системы (ВНС). С позиций анатомо-функционального строения ВНС вегетативные нарушения могут быть разделены на три отдельных клинических синдрома:

- Синдром периферической (прогрессирующей) вегетативной недостаточности (ПВН) возникает при поражении вегетативных нейронов боковых рогов спинного мозга, вегетативных ганглиев, периферических вегетативных волокон (вегетативная нейро-

патия). Клинически ПВН проявляется патологией со стороны внутренних органов, чаще всего наблюдаются: ортостатическая гипотензия, кардиоритмические нарушения, гастропарез, импотенция, гипогидроз и другие. ПВН развивается при дегенеративных заболеваниях нервной системы, при наследственных полинейропатиях, при соматических заболеваниях (диабет, амилоидоз, уремия, системные заболевания, порфирия, алкоголизм) и др.

- Ангио-трофоалгический синдром возникает в основном при поражении вегетативных волокон в составе соматических нервов и клинически проявляется локальными вегетативными расстройствами на конечностях (изменение цвета кожных покровов, отеки, трофические расстройства чаще всего в виде истончения кожи, атрофии подкожной клетчатки, пигментации и депигментации кожи, разнообразные болевые проявления). Этот синдром развивается при различных (травматических, компрессионных и других) поражениях периферических нервов или при нарушениях регуляции тонуса периферических сосудов (заболевания соединительной ткани, гематологические заболевания, болезнь Рейно и др.).
- Психовегетативный синдром (ПВС) – полисистемные вегетативные расстройства, возникшие в результате нарушения деятельности структур ЦНС (верхние отделы ствола мозга, гипоталамус, лимбическая система) под воздействием стрессорных факторов. Чаще всего встречается при психогенных заболеваниях: психо-физиологическая реакция на стресс, расстройство адаптации, психосоматические заболевания, посттравматическое стрессорное расстройство, невротические заболевания, но может развиваться при органических заболеваниях нервной системы, соматических болезнях, физиологических гормональных перестройках и т.д.

ПВС – термин более точно, чем синдром вегетативной дистонии, отражает клиническую картину психогенных полисистемных вегетативных расстройств, поскольку подчеркивает облигатность и приоритет психических нарушений. Допустимо использовать этот термин при формулировке синдромального диагноза, на этапе уточнения категории психопатологического синдрома, сопряженного с вегетативными нарушениями.

Особенности клинической картины вегетативной дисфункции у больных психовегетативным синдромом. Большинство больных, имеющих психогеннообусловленную вегетативную дисфункцию, предъявляют исключительно соматические жалобы. Приблизительно треть больных наряду с массивными соматическими жалобами активно сообщает о симптомах психического неблагополучия (чувство беспокойства, подавленность, раздражительность, плаксивость). Обычно эти симптомы больные склонны трактовать как вторичные по отношению к «тяжелому» соматическому недугу (реакция на заболевание).

Поскольку вегетативная дисфункция часто имитирует органную патологию необходимо провести тщательное соматическое обследование пациента. В тоже время при обследовании этой категории больных целесообразно избегать малоинформативных, многочисленных исследований, поскольку как проводимые исследования, так и неизбежные инстру-

Сведения об авторах:

Воробьева Ольга Владимировна – д.м.н., проф. Кафедры нервных болезней факультета послевузовского профессионального образования врачей ПМГМУ им. И.М.Сеченова

НЕЙРОКС

Этилметилгидроксипиридина сукцинат

250 мг/5 мл № 5
100 мг/2 мл № 10

КИСЛОРОДНЫЙ КОКТЕЙЛЬ ДЛЯ МОЗГА И СЕРДЦА

- Антиоксидант
- Антигипоксант



Регистрационное удостоверение №: ЛСР-007439/09
Отпускается по рецепту врача. Имеются противопоказания,
перед применением ознакомьтесь с инструкцией.

 **cotekc**

ментальные находки могут поддерживать искаженные представления пациента о своем заболевании.

Собственно вегетативные расстройства у этой категории больных имеют полисистемные проявления. Однако конкретный пациент активно может акцентировать внимание врача на наиболее значимых жалобах, например в кардиоваскулярной системе и игнорировать при этом симптомы со стороны других систем. Поэтому практическому врачу необходимы знания типичных симптомов для активного выявления вегетативной дисфункции в различных системах. Наиболее узнаваемыми являются симптомы, связанные с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы. Вегетативная дисфункция чаще всего наблюдается в кардиоваскулярной системе: тахикардия, экстрасистолия, неприятные ощущения в груди, кардиалгия, артериальная гипер- и гипотония, дистальный акроцианоз, волны жара и холода. Расстройства в респираторной системе могут быть представлены отдельными симптомами (затрудненное дыхание, «ком» в горле) или представлять собой яркий гипервентиляционный синдром. Гипервентиляционный синдром включает: различные дыхательные нарушения (ощущение нехватки воздуха, одышка, чувство удушья, ощущение потери автоматизма дыхания, ощущение кома в горле, сухость во рту, аэрофагия и др.) и/или гипервентиляционные эквиваленты (вдохи, кашель, зевота); мышечно-тонические и моторные расстройства (болезненное напряжение мышц, мышечные спазмы, судорожные мышечно-тонические феномены); парестезии (чувство онемения, покалывания, «ползания мурашек», зудение, жжение) конечностей и/или носогубного треугольника. У некоторых больных возникают связанные с гипервентиляцией феномены измененного сознания (липотимии, чувство «пустоты» в голове, головокружение, неясность зрения, «туман», «сетка» перед глазами, снижение слуха, шум в ушах). Гастроинтестинальные вегетативные расстройства представлены

такими неспецифическими симптомами, как тошнота, рвота, отрыжка, метеоризм, урчание, запоры, поносы, абдоминальные боли.

Важным диагностическим маркером психовегетативного синдрома является зависимость интенсивности вегетативной дисфункции от динамики актуальной психогенной ситуации. Как правило, появление или усугубление интенсивности жалоб пациентов связано с конфликтной ситуацией или стрессовым событием. Закономерным для вегетативной дисфункции является замена одних симптомов на другие. «Подвижность» симптомов – одна из характернейших черт вегетативной дистонии. В тоже время появление нового «непонятного» для больного симптома является для него дополнительным стрессом и может привести к утяжелению заболевания.

Вегетативные симптомы сопряжены с нарушениями сна (трудности засыпания, чуткий поверхностный сон, ночные пробуждения), астеническим симптомокомплексом, раздражительностью по отношению к привычным жизненным событиям, нейроэндокринными нарушениями. Выявление характерного синдромального окружения вегетативных жалоб помогает в диагностике психовегетативного синдрома.

Как поставить нозологический диагноз? Психические нарушения obligatно сопровождают вегетативную дисфункцию. Однако тип психического расстройства и степень его выраженности широко варьируют у различных больных. Чаще всего вегетативная дисфункция сопряжена с эмоционально-аффективными расстройствами: тревога, депрессия, смешанное тревожно-депрессивное расстройство, фобии, истерия, ипохондрия. Лидером среди психопатологических синдромов, ассоциированных с вегетативной дисфункцией, является тревога. Вегетативные симптомы являются неспецифическими и obligatно наблюдаются при любом типе тревоги. Психические симптомы тревоги, касающиеся типа формирования и течения тревоги, определяют кон-

Информация о препарате

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

Этилметилгидроксипиридина сукцинат является ингибитором свободно-радикальных процессов, мембранопротектором, обладающим антигипоксическим, стрессопротективным, ноотропным, противосудорожным и анксиолитическим действием. Механизм действия обусловлен антиоксидантным и мембранопротекторным свойствами. Подавляет перекисное окисление липидов, повышает активность супероксиддисмутазы, повышает соотношение липид-белок, улучшает структуру и функцию мембраны клеток. Модулирует активность мембраносвязанных ферментов, рецепторных комплексов, что способствует их связыванию с лигандами, сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи. Повышает концентрацию в головном мозге дофамина. Усиливает компенсаторную активацию аэробного гликолиза и снижает степень угнетения окислительных процессов в цикле Кребса в условиях гипоксии с увеличением аденозинтрифосфорной кислоты и креатинфосфата, активирует энергосинтезирующую функцию митохондрий. Повышает резистентность организма к воздействию различных повреждающих факторов при патологических состояниях (шок, гипоксия и ишемия, нарушения мозгового кровообращения, интоксикация этанолом и антипсихотическими лекарственными средствами). Улучшает метаболизм и кровоснабжение головного мозга, микроциркуляцию и реологические свойства крови, уменьшает агрегацию тромбоцитов. Стабилизирует мембраны клеток крови (эритроцитов и тромбоцитов), снижая вероятность развития гемолиза. Обладает гиполлипидемическим действием, уменьшает содержание общего холестерина и липопротеинов низкой плотности. Нормализует метаболические процессы в ишемизированном миокарде, уменьшает зону некроза, восстанавливает и/или улучшает электриче-

НЕЙРОКС (Сотекс Фармфирма, Россия)

Этилметилгидроксипиридина сукцинат

Раствор для в/в и в/м введения, 50 мг/мл

скую активность и сократимость миокарда, а также увеличивает коронарный кровоток в зоне ишемии, повышает антиангинальную активность нитропрепаратов, уменьшает последствия реперфузионного синдрома при острой коронарной недостаточности.

Стрессопротекторное действие проявляется в нормализации постстрессового поведения, соматовегетативных нарушений, восстановлении циклов «сон-бодрствование», нарушенных процессов обучения и памяти, снижении дистрофических изменений в различных структурах головного мозга. Обладает выраженным антиоксидантическим действием при абстинентном синдроме, устраняет неврологические и нейротоксические проявления острой алкогольной интоксикации, корректирует поведенческие и когнитивные нарушения. Под влиянием этилметилгидроксипиридина сукцината усиливается действие транквилизирующих, нейролептических, антидепрессивных, снотворных и противосудорожных средств, что позволяет снизить их дозы и уменьшить побочные эффекты.

ПОКАЗАНИЯ

Острые нарушения мозгового кровообращения (в составе комплексной терапии); дисциркуляторная энцефалопатия; нейроциркуляторная дистония; легкие когнитивные расстройства атеросклеротического генеза; тревожные состояния при невротических и неврозоподобных состояниях; абстинентный синдром при алкоголизме с преобладанием неврозоподобных и вегетативно-сосудистых расстройств; острая интоксикация антипсихотическими лекарственными средствами.

Разделы: Противопоказания, Способ применения и дозы, Побочные действия, Передозировка, Взаимодействие, Особые указания – см. в инструкции по применению препарата.

кретный тип тревожного расстройства. Поскольку тревожные расстройства отличаются друг от друга в первую очередь факторами, вызывающими тревогу и эволюцией симптомов во времени, то ситуационные факторы и когнитивное содержание тревоги должны быть аккуратно оценены клиницистом.

Наиболее часто в поле зрения врачей общей практики попадают пациенты, страдающие генерализованным тревожным расстройством (ГТР), паническим расстройством (ПР), расстройством адаптации. ГТР обычно возникает, как правило, до 40 лет (наиболее типичное начало между подростковым возрастом и третьим десятилетием жизни), течет хронически годами с выраженной флуктуацией симптомов. Пациенты предъявляют жалобы на вегетативные симптомы (головокружение, тахикардия, эпигастральный дискомфорт, сухость во рту, потливость и др.), симптомы моторного напряжения (двигательное беспокойство, суетливость, невозможность расслабиться, головные боли напряжения, озноб). При расспросе важно выяснить, что является основным предметом беспокойства пациента. Основным проявлением ГТР является чрезмерная тревога или беспокойство по поводу обыденных событий. Содержание тревожных опасений обычно касается темы собственного здоровья и здоровья близких. При этом больные стремятся установить для себя и семьи особые правила поведения, чтобы свести риски нарушения здоровья к минимуму. Любые отклонения от привычного жизненного стереотипа вызывают усиление тревожных опасений. Повышенное внимание к своему здоровью постепенно формирует ипохондрический стиль жизни.

Паническое расстройство (ПР) – крайне распространенное, склонное к хронизации заболевание, манифестирующее в молодом, социально активном возрасте. Основным проявлением ПР являются повторяющиеся пароксизмы тревоги (панические атаки). Паническая атака (ПА) представляет собой необъяснимый мучительный для больного приступ страха или тревоги в сочетании с различными вегетативными (соматическими) симптомами. Первые атаки оставляют неизгладимый след в памяти больного, что ведет к появлению синдрома тревоги «ожидания» приступа, который в свою очередь закрепляет повторяемость атак. Повторение атак в сходных ситуациях (в транспорте, пребывании в толпе и т.д.) способствует формированию ограничительного поведения, т.е. избегания потенциально опасных для развития ПА мест и ситуаций. С течением времени периоды между приступами «обрастают» различными симптомами. Пациента начинают постоянно беспокоить ощущение перебоев в сердце, головокружение, неустойчивость, тошнота или другие проявления вегетативной дисфункции. В этот период болезни некоторым пациентам бывает трудно вычленить приступы паники среди постоянно беспокоящих их вегетативных симптомов. Только тщательный целенаправленный расспрос позволяет вычленить пароксизмальную тревогу и коморбидное ей генерализованное тревожное или депрессивное расстройство.

У некоторых лиц с чрезвычайно низкой стрессоустойчивостью в ответ на стрессовое событие, не выходящего за рамки обычного или повседневного психического стресса, может развиваться болезненное состояние. Более или менее очевидные для больного стрессорные события вызывают болезненные симптомы, нарушающие привычное функционирование пациента (может нарушаться профессиональная деятельность, социальные функции). Эти болезнен-

ные состояния получили названия расстройства адаптации. Обычно пациент сам связывает появление болезненных симптомов с пережитым стрессорным состоянием. Иногда таким стрессорным фактором служат медицинские находки, подозрение на тяжелое заболевание.

Клинические проявления адаптивного расстройства крайне вариабельны. Тем не менее, обычно можно выделить психопатологические симптомы и сопряженные с ними вегетативные расстройства. Именно вегетативные симптомы заставляют пациента искать помощи у врача. Чаще всего дезадаптация характеризуется тревожным настроением, ощущением неспособности справиться с ситуацией и даже снижением способности функционировать в повседневной жизни. Тревожность проявляется диффузным, крайне неприятным, часто неопределенным ощущением опасения чего-то, ощущением угрозы, чувством напряжения, повышенной раздражительностью, плаксивостью. В то же время тревога у этой категории пациентов может проявляться конкретными страхами, в первую очередь опасениями по поводу собственного здоровья. Пациенты испытывают страх перед возможным развитием инсульта, инфаркта, онкологического процесса и другими тяжелыми заболеваниями. Эта категория пациентов характеризуется частым посещением врача, проведением многочисленных повторных инструментальных исследований, тщательным изучением медицинской литературы.

Психовегетативный синдром может быть связан с соматической патологией. Тревога особенно часто ассоциирована со следующими хроническими заболеваниями: гипертоническая болезнь, ИБС, хронические бронхолегочные заболевания, язвенная болезнь, эпилепсия, инсульт, хронические болевые синдромы, мигрень. Необходимость дифференцировать многие соматические симптомы тревоги от симптомов соматического заболевания в некоторых случаях становится значительной проблемой. Тревожные симптомы могут быть ошибочно расценены как признаки основного заболевания, что часто влечет за собой необоснованную терапию.

Тревожное расстройство у пациентов с коморбидным соматическим заболеванием может проявляться различными вегетативными и психическими симптомами, которые описаны при первичной патологической тревоге. Клиническая манифестация тревожных симптомов часто не удовлетворяет критериям очерченного тревожного расстройства и представляет собой рекуррентную грушу симптомов с меньшей длительностью и выраженностью, чем это требуется для синдромальной классификации. Эти субсиндромально выраженные тревожные нарушения наиболее трудны для диагностики. Кроме того, эпидемиологические исследования показывают, что у пациентов, страдающих хроническими соматическими заболеваниями, имеется высокое превалирование сочетания симптомов тревоги или тревожных расстройств с депрессией. Однако вычленение тревожных и депрессивных симптомов по большей части оказывается весьма сложной задачей, поскольку многие симптомы не обладают специфичностью. Не только общие симптомы, но и некоторые общие психобиологические звенья патогенеза позволяют обсуждать некий континуум: тревога–депрессия.

Многие лекарственные препараты и другие химические субстанции могут стать причиной тревожных симптомов, в том числе вегетативной дисфункции. Чрезмерное употребление кофеина или резкое прекращение его употребления вызывает значимые тревожные симптомы. Различные рецепторные медика-

менты вызывают манифестацию тревоги, что трактуется как побочный эффект препарата. Способностью вызывать тревогу обладают: адренергические агонисты, бронходилататоры, кортикостероиды, препараты, влияющие на функцию щитовидной железы, антигипертензивные препараты, кардиоваскулярные препараты, особенно дериваты дегиталиса.

Подходы к терапии психовегетативного синдрома. Несмотря на облигатность вегетативной дисфункции и часто маскированный характер эмоциональных расстройств, базовым методом лечения тревоги является психофармакологическое лечение. Спектр противотревожных препаратов чрезвычайно широк: транквилизаторы (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые), антигистаминные препараты, α_2 - δ -лиганды (прегабалин), малые нейрорептикти, седативные растительные сборы и, наконец, антидепрессанты. Антидепрессанты успешно использовались для лечения пароксизмальной тревоги (панических атак) с 60-х годов двадцатого столетия. Но уже в 90-е годы стало понятно, что независимо от типа хронической тревоги антидепрессанты эффективно купируют тревогу. В настоящее время селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) большинством исследователей и врачей-практиков признаны препаратами первой очереди выбора для лечения хронических тревожных расстройств. Это положение базируется на несомненной антитревожной эффективности и хорошей переносимости препаратов этой группы. Кроме того, при длительном применении СИОЗС не утрачивают своей эффективности. У большинства людей побочные эффекты СИОЗС выражены незначительно, обычно проявляются в период первой недели лечения, а затем исчезают. Иногда побочные эффекты можно нивелировать коррекцией дозы или изменением времени приема лекарства. Регулярный прием лекарства обуславливает наилучшие результаты СИОЗС. Обычно тревожные симптомы начинают купироваться спустя одну или две недели от начала приема лекарства, после чего антитревожный эффект препарата нарастает градуировано.

Бензодиазепиновые транквилизаторы в основном используются для купирования острых симптомов тревоги и не должны применяться более 4-х недель из-за угрозы формирования синдрома зависимости. Достаточно быстрое достижение противотревожного, в первую очередь, седативного эффекта, отсутствие очевидных неблагоприятных влияний на функциональные системы организма оправдывают известные ожидания врачей и пациентов, по меньшей мере, в начале лечения. Комбинация СИОЗС с БЗ или малыми нейрорептиктиками широко используется в терапии тревоги.

Отдельные вегетативные симптомы могут быть показанием для назначения комбинированного лечения. Например, бета-блокаторы уменьшают тремор и купируют тахикардию, препараты с антихолинергическим эффектом уменьшают потливость, а малые нейрорептикти воздействуют на желудочно-кишечный дистресс.

При кратковременных субсиндромальном или мягком тревожном расстройстве используются растительные успокаивающие сборы или препараты на их основе, антигистаминные препараты (гидроксизин).

В качестве дополнительной терапии психовегетативного синдрома могут быть использованы препараты, потенцирующие эффекты транквилизирующих, нейрорептиктических, снотворных, противосудорожных и анальгезирующих средств, что позволяет снизить их дозы и уменьшить побочные эффекты.

Потенцирующими эффектами обладают ноотропы, антиоксиданты, в частности этилметилгидроксипиридина сукцинат. Этилметилгидроксипиридина сукцинат – структурный аналог витамина B₆, действует как антиоксидант, а также благодаря входящей в его состав янтарной кислоте обладает антигипоксическими свойствами, улучшает энергетический обмен в клетке. Важно, что помимо мембраностабилизирующего эффекта этилметилгидроксипиридина сукцинат модулирует рецепторные комплексы мембран мозга, в частности, бензодиазепиновые, ГАМКергические, ацетилхолиновые рецепторы. Именно этим эффектом обусловлено его антистрессовое действие препаратов на основе этилметилгидроксипиридина сукцината. Антистрессорное действие выражается в нормализации поведения, сомато-вегетативных показателей, восстановлении циклов сон-бодрствование.

В комплексном лечении психовегетативного синдрома эти препараты могут быть использованы при плохой переносимости психотропной терапии и для усиления позитивных эффектов анксиолитиков. При субсиндромальных тревожных синдромах, мягком расстройстве адаптации они могут применяться в монотерапии. В настоящее время на Российском рынке активно применяется препарат этилметилгидроксипиридина сукцината – Нейрокс (ФармФирма Сотекс). Рекомендательный курс использования Нейрокса у пациентов, страдающих психовегетативным синдромом, составляет две-три недели. У этой категории больных препарат вводится в/м в дозе 100–400 мг/сут, один-три раза в сутки. Исходя из спектра эффектов Нейрокса, наиболее предпочтительно использовать Нейрокс в инициальном периоде лечения. В период первых двух-трех недель совместно назначать антидепрессант или анксиолитик с Нейроксом, а затем продолжать анксиолитическую терапию в монорежиме. Не существует четких рекомендаций по длительности терапии психовегетативного синдрома. Тем не менее, большинством исследований доказана польза длительных курсов терапии. Считается, что после редукции всех симптомов должно пройти не менее четырех недель лекарственной ремиссии, после чего делается попытка отмены препарата. Слишком ранняя отмена лекарства может привести к обострению заболевания. Остаточные симптомы (чаще всего симптомы вегетативной дисфункции) свидетельствуют о неполной ремиссии и должны рассматриваться как маркер продления терапии и переход на альтернативную терапию. В среднем лечение составляет 2–6 мес.

Рекомендуемая литература

1. Вегетативные расстройства (клиника диагностика лечение) / Под редакцией А.М.Вейна. Медицинское информационное агентство. М.: 1998; 752.
2. Воробьева О.В. Психовегетативный синдром, ассоциированный с тревогой (вопросы диагностики и терапии). РМЖ. 2006; 14: 23 (275): 1696–1699.
3. Воробьева О.В. Панические атаки (клиника, диагностика, принципы лечения) (брошюра). М.: ООО «АМА-ПРЕСС», 2009; 46.
4. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В., Данилов А.Б. Панические атаки. Руководство для врачей. Эйдос Медиа. 2004; 403.
5. Barlow D. Anxiety and Its Disorders. Guilford Press, New York London, 2002; 704.
6. Blazer D.G., Hughes D., George L.K. et al. Generalized anxiety disorder. In: Robins LN, Regier DA, eds. Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, NY: The Free Press; 1991: 180–203.
7. Sartorius N., Ustun T.B., Lecrubier Y., Wittchen H.U. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. Br J Psychiatry. 1996; 168: 38–43.