

ОСНОВНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ АМБУЛАТОРНОГО ВРАЧА

Участковому терапевту ежедневно приходится иметь дело с пациентами, предъявляющими жалобы на боли «в области сердца», «перебои» и «замирания» в работе сердца, колебания артериального давления (АД), сопровождающиеся головокружениями, головными болями, ощущением внутреннего напряжения. При этом по данным статистики, более 30 % больных на приёме в поликлинике предъявляют жалобы на соматические симптомы, которые невозможно объяснить наличием какого-либо органического заболевания. Таким пациентам часто рекомендуют дорогостоящие исследования и лечение, консультации разных специалистов, что, как правило, не приводит к положительному результату, вызывая неудовлетворённость как пациентов, так и врачей.

Вопросы терминологии функциональных расстройств в практике внутренних болезней

Среди некоронарогенных болей в грудной клетке основная их причина обусловлена функциональной патологией сердца. Впервые симптомы так называемого «раздражённого сердца» описал в 1867 г. Meleen. В 1871 г. Da Costa подробно представил клиническую картину этого состояния и ввёл термин «возбудимое сердце». В начале прошлого века Oppenheimer предложил название «нейроциркуляторная астения».

В странах СНГ широко распространение получили термины «вегетососудистая дистония» (ВСД) и «нейроциркуляторная дистония» (НЦД), предложенные Н. Н. Савицким в 1948 г.

Термины ВСД и НЦД в МКБ X рекомендуют соотносить с понятием «*соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы*» под рубрикой F-45.3 в разделе психических болезней. Однако приходится учитывать исторически сложившееся в нашей стране (в отличие от США и ряда западноевропейских государств) предвзятое отношение больных к «психиатрическим» диагнозам. Дело в том, что при установлении диагноза «соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы» требуется консультация психиатра, т.к. предполагается вторичность соматических проявлений по отношению к наличию у пациента тревожно-мнительных, ипохондрических или депрессивных расстройств. Наличие же указаний на «психиатрический» диагноз нередко осложняет выбор профессии (поступление в военные учебные заведения, на службу в органы МВД, прокуратуры, МЧС, в учреждения железнодорожного и воздушного транспорта и т.д.). Поэтому многие пациенты отказываются от консультаций психиатра. Кроме того, и сами психиатры не склонны в полной мере рассматривать данных больных в качестве «своих» пациентов. В обоснование этого они приводят факт наличия у больных объективных расстройств функции внутренних органов (нарушения сердечного ритма, изменения на ЭКГ, колебания АД), а имеющиеся тревожно-мнительные и ипохондрические проявления склонны считать вторичными.

Исходя из вышеизложенного, в отечественной медицине подобные расстройства в настоящее время чаще всего обозначают как «*синдром вегетативной дистонии*», «*вегетососудистая дистония*» (ВСД) или «*синдром вегетативной дисфункции*» (СВД), используя для кодирования по МКБ X код G-90.9, соответствующий рубрике «Расстройства вегетативной нервной системы неуточнённые». В терапевтической практике продолжает использоваться равнозначный термин «нейроциркуляторная дистония» (НЦД).

Некоторые врачи выставляют таким пациентам диагноз «астено-невротические реакции» (R-53) или используют термин «психовегетативный синдром», предложенный в 60-е годы прошлого века немецкими врачами.

В зарубежной медицине, к опыту которой мы всё больше склонны обращаться в последнее время, также нет единой терминологии для обозначения этой группы расстройств. В практике западноевропейских, и тем более, американских врачей, диагнозы ВСД и НЦД не употребляются. Как правило, они предпочитают использовать термины, обозначающие конкретные клинические синдромы, например «некоронарные боли», «функциональная диспепсия», «синдром

раздражённого кишечника», «гипервентиляционный синдром», «головная боль напряжения», «синдром хронической усталости». Для обозначения всей этой категории заболеваний используются различные термины: «соматоформные расстройства», «соматизированные расстройства». В последние десятилетия врачи нередко используют термины «необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы» (medically unexplained symptoms) или «субъективные жалобы на здоровье» (subjective health complaints). В последнее время предлагается использовать термины «синдром телесного дистресса» (англ.: bodily distress syndrome) и «дисфункциональные синдромы» и обозначать нарушения в соматической сфере термином «функциональные соматические симптомы», а в неврологической – «функциональные неврологические симптомы».

Этиология синдрома вегетативной дистонии (дисфункции)

В основе ВСД, по мнению ряда авторов, лежит нарушение нейрогормональной регуляции различных систем организма, что проявляется нарушением адаптации к меняющимся условиям внешней и внутренней среды. С этих позиций можно говорить о данной патологии как о частном проявлении так называемой «болезни адаптации» (Г. Селье).

Можно выделить **основные факторы**, вызывающие синдром вегетативной дисфункции.

- Конституциональный фактор. Вегетативные расстройства обычно проявляются в раннем детском возрасте. О врождённом характере вегетативной дисфункции может говорить астеническая конституция пациента, личностные особенности (чрезмерная впечатлительность, робость, мнительность, повышенная истощаемость, проявления истеричности).
- Психофизиологические факторы – ВСД возникает у здоровых людей на фоне острого или хронического стресса.
- Гормональная перестройка – периоды пубертата и климакса.
- Некоторые профессиональные воздействия (вибрация, шум, электромагнитные волны радиочастот, температурные воздействия и др.).

Вегетативная дисфункция может быть одним из проявлений органических заболеваний, т.е. иметь **вторичный характер**. В таких случаях пациенту выставляется диагноз основного заболевания, а ВСД рассматривается лишь как один из синдромов:

- соматические заболевания, например гипертоническая болезнь (гиперадренергический её вариант), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, бронхиальная астма, пролапс митрального клапана, добавочная хорда в левом желудочке сердца, признаки дисплазии соединительной ткани; тиреотоксикоз или гипотиреоз и др.;
- органические заболевания нервной системы (большое значение в данном случае имеют указания в анамнезе на перенесённые черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, церебральный гипертензионный синдром);
- психические расстройства – неврозы – одна из частых причин, вызывающих вегетативные нарушения; различные формы эндогенной депрессии.

Патогенез синдрома вегетативной дистонии (дисфункции)

Функциональные расстройства реализуются в виде нарушений функции вегетативной нервной системы, которая оказывает регулирующее действие на системы кровообращения, дыхания, пищеварения, терморегуляции через симпатический и парасимпатический отделы вегетативной нервной системы.

В нормальных условиях в период активности преобладает тонус симпатического отдела вегетативной нервной системы, а в период отдыха – парасимпатического. Регуляция деятельности вегетативной нервной системы у здорового человека осуществляется по принципу баланса равновесия: чрезмерное повышение активности одного из отделов (гиперсимпатикотония или ваготония) приводит к стимулированию другого. В результате восстанавливается баланс (эутопия), что приводит к восстановлению основных параметров гомеостаза.

В условиях перенапряжения тонуса того или иного отдела вегетативной нервной системы усиление активности одного отдела не приводит к стимулированию другого. Развивается вегетативная дистония, что приводит к нарушению регуляции деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и других систем организма.

Под влиянием этиологических факторов происходит дезинтеграция нейрогормонально-метаболической регуляции на уровне коры головного мозга, лимбической зоны и гипоталамуса, что приводит к дисрегуляции функции вегетативной нервной системы в целом и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси в частности, изменению нейроэндокринной реактивности, системы микроциркуляции, что обуславливает развитие симптомов ВСД.

Важнейшие звенья патогенеза, приводящие к появлению основных симптомов ВСД:

- нарушение корково-гипоталамических и гипоталамо-висцеральных взаимоотношений;
- чрезмерная симпатoadреналовая стимуляция с клиническими эффектами гиперкатехоламинемии либо чрезмерное повышение тонуса парасимпатического отдела;
- повышенная реактивность периферических отделов вегетативной нервной системы, ответственных за функции внутренних органов;
- регуляторные нарушения функций внутренних органов, обусловленные их чрезмерной либо недостаточной стимуляцией или изменением нейроэндокринной регуляции.

Больные с НЦД представляют группу риска, поскольку у них впоследствии могут развиваться органические заболевания сердечно-сосудистой системы (АГ, некоторые формы ИБС (вазоспастическая стенокардия, нарушения сердечного ритма и проводимости)). Вдобавок к прямым физиологическим механизмам, отрицательные эмоции могут повлиять на ключевые факторы риска развития органической патологии, включая курение, обжорство («заедание стресса»), сниженную физическую активность, нарушение сна, злоупотребление алкоголем.

Клинические проявления синдрома вегетативной дистонии (дисфункции)

Симптомы вегетативной дистонии очень разнообразны, различны по степени выраженности и длительности проявлений. У разных пациентов может быть как всего несколько симптомов, так и значительный их набор. Кроме того, у одного и того же пациента выраженность и набор симптомов могут меняться во времени в весьма широких пределах в зависимости от обстоятельств, во многом определяемых влиянием факторов внешней среды.

Вегетативные расстройства могут иметь три типа течения: перманентного, пароксизмального или смешанного.

Под перманентными вегетативными расстройствами подразумевают субъективные и объективно регистрируемые нарушения вегетативных функций, которые носят постоянный характер или возникают эпизодически. Эти расстройства могут проявляться преимущественно в одной системе или, чаще, носить полисистемный характер.

Пароксизмальные вегетативные расстройства – вегетативные кризы или панические атаки (по американской терминологии) являются наиболее ярким и драматическим проявлением психовегетативного синдрома.

Возможно также сочетание перманентного течения с периодическими обострениями по типу вегетативных кризов.

На первичном уровне оказания медицинской помощи для верификации данного синдрома вполне достаточно выявления набора определённых симптомов вегетативной дисфункции, предъявляемых в жалобах и уточнённых при сборе анамнеза, физикальном обследовании пациента и проведении рутинных исследований.

Перечень наиболее часто встречающихся функциональных диагнозов, которые устанавливаются больным с симптомами ВСД при обращении на приём к врачам разных специальностей, выгладит следующим образом:

- кардиология и терапия – НЦД или конкретно – некоронарогенные боли в грудной клетке, лабильная артериальная гипертензия или гипотония, идиопатические нарушения сердечного ритма и проводимости;

- гастроэнтерология – синдром раздражённого кишечника, функциональная диспепсия; дискинезия желчевыводящих путей;
- пульмонология – гипервентиляционный синдром;
- инфекционные заболевания – неинфекционный субфебрилитет неясной этиологии;
- неврология – головные боли напряжения, функциональное головокружение, мигрень, синдром хронической усталости;
- стоматология – атипичные лицевые боли, не связанные с одонтогенной патологией;
- ЛОР-заболевания – ощущение «кома в горле»;
- аллергология – множественная химическая чувствительность (псевдоаллергия);
- урология и гинекология – психогенная поллакиурия, хронические тазовые боли, предменструальный синдром.

В таблице 1 представлены основные проявления вегетативных расстройств в различных системах организма.

Таблица 1. Основные проявления вегетативных расстройств

Система	Клинические синдромы
Сердечно-сосудистая	<ul style="list-style-type: none"> • нарушения сердечного ритма и проводимости, • кардиалгии, • кардиосенестопатические синдромы, • артериальная гипертензия, • артериальная гипотония
Дыхательная	<ul style="list-style-type: none"> • гипервентиляционные расстройства, • ощущение нехватки воздуха, • чувство затруднённого дыхания
Пищеварительная	<ul style="list-style-type: none"> • диспепсические расстройства (тошнота, рвота, отрыжка и т. д.), • абдоминальные боли, • метеоризм, урчание, • запоры, • поносы
Вестибулярная	<ul style="list-style-type: none"> • несистемные головокружения, • ощущения собственной неустойчивости и неустойчивости окружающего мира, • предобморочные и обморочные состояния
Терморегуляция и потоотделение	<ul style="list-style-type: none"> • субфебрилитет, • периодические «ознобы», • диффузный или локальный гипергидроз
Сосудистая регуляция	<ul style="list-style-type: none"> • дистальная гипотермия, • синдром Рейно, • приливы жара и холода
Урогенитальная	<ul style="list-style-type: none"> • поллакиурия, страх неудержания мочи, боязнь поездок и ситуаций, где нет возможности удовлетворения физиологической потребности; • боязнь общественных туалетов; • зуд в генитальной зоне, • предменструальный синдром

Основной характеристикой вегетативных расстройств является их полисистемность. Часто у одного пациента наблюдается сочетание симптомов, характерных для разных функциональных заболеваний, иногда одновременно, иногда последовательно. Так, пациенты с синдромом раздражённого кишечника или функциональной диспепсией, предъявляют жалобы не только гастроэнтерологического характера. При детальном расспросе у них выявляются жалобы на боли в груди некоронарогенного генеза, значительные колебания АД, аллергию неясной этиологии. Синдром хронической усталости часто сочетается с проявлениями предменструального напряжения и головной болью напряжения.

Для оценки клинических проявлений ВСД большое значение имеет определение состояния вегетативной нервной системы пациента. Для этого в неврологии и функциональной диагностике предусмотрено проведение ряда инструментальных исследований: изучение вариабель-

ности ритма сердца, кардиоинтервалография, исследование центральной гемодинамики. Участковому терапевту чаще приходится делать выводы о повышении тонуса симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, основываясь на клинических проявлениях (табл. 2).

Таблица 2. Клиническая характеристика функционального состояния вегетативной нервной системы

Показатели	Симпатикотония	Парасимпатикотония (ваготония)
Цвет кожи	Бледная	Склонность к гиперемии
Сосудистый рисунок	Не выражен	Усилен
Состояние кожи	Сухая	Сальная
Потоотделение	Уменьшено	Усилено, пот жидкий
Гипергидроз ладоней, стоп	Не характерен	Выражен
Дермографизм	Белый, розовый	Красный, возвышающийся
Температура кожи	Снижена	Повышена
Пигментация	Усилена	Снижена
Температура тела	Нередко субфебрильная	Снижена
Переносимость холода	Удовлетворительная	Плохая, повышенная зябкость
Переносимость жары	Плохая, особенно духоты	Удовлетворительная
Масса тела	Склонность к похуданию	Склонность к увеличению
Аппетит	Повышен	Снижен
Частота пульса	Лабильная тахикардия	Брадикардия
Систолическое АД	Наклонность к повышению	Нормальное или пониженное
Головокружения	Не характерно	Часто, особенно в ортостазе
Частота дыхания	Нормальная или учащённая	Дыхание медленное, глубокое
Слюноотделение	Уменьшено, слюна густая	Усилено, слюна жидкая
Тошнота	Не характерно	Характерно в стрессовой ситуации
Моторика кишечника	Атонические запоры	Дискинезия, поносы
Мочеиспускание	Редкое, обильное	Частые императивные позывы
Темперамент	Повышенная возбудимость	Вялость
Сон	Короткий, прерывистый	Сонливость, сон глубокий
Психическая сфера	Активность выше вечером	Активность выше утром
Сахар крови	Около верхней границы нормы	Ближе к нижней границе нормы

Поскольку чаще всего у пациентов одновременно имеются признаки как симпатикотонии, так и парасимпатикотонии, уточнить преобладание того или иного отдела вегетативной нервной системы можно с помощью вычисления вегетативного индекса по формуле:

$$ВИ = (1 - ДАД/ЧСС),$$

где ДАД – величина диастолического АД; ЧСС – частота сердечных сокращений в 1 мин.

Если значение ВИ положительное, имеет место гиперсимпатикотония, при отрицательном значении – гиперпарасимпатикотония. Нулевое значение указывает на равновесие симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы (эутонию).

Диагностика синдрома вегетативной дисфункции (дистонии)

Для выявления и оценки вегетативной дисфункции удобнее рассматривать симптомы, разделив их по основным функциональным системам организма. Перечень клинических проявлений выглядит следующим образом.

I. Сердечно-сосудистая система

- усиленное или учащённое сердцебиение;
- кардиосенестопатические симптомы – «ощущение работы сердца», «замирания», «переворачивания», «трепыхания» сердца;
- боли или дискомфорт в «области сердца»;
- лабильность артериального давления (значимые колебания систолического АД не менее 20 - 30 мм рт.ст.), лабильная артериальная гипертензия и гипотония;

- лабильность частоты сердечных сокращений (значимые колебания не менее 10 в мин).

II. Дыхательная система

- гипервентиляционный синдром – нарушение глубины и частоты дыхания, эквиваленты (частое зевание, «госкливые вздохи»);
- ощущения нехватки воздуха, «затруднения» вдоха и неудовлетворённость вдохом.

III. Желудочно-кишечный тракт

- дискомфорт в эпигастрии, тошнота или абдоминальные боли (например, жжение в желудке);
- нарушение функции желудочно-кишечного тракта (запоры, диарея, метеоризм, флатуленция);
- отрыжка воздухом;
- частая усиленная перистальтика, барбаригмы.

IV. Кожные покровы и слизистые

- потливость – локальная или генерализованная;
- сухость во рту (не обусловленная приёмом лекарственных препаратов или дегидратацией);
- онемение или ощущение покалывания;
- покраснение кожи, пятнистая гиперемия (сосудистое ожерелье), цианотичность или мраморность кожи пальцев рук и стоп.

V. Психическое состояние

- страх потери контроля, сумасшествия или наступающей смерти;
- тревога, раздражительность, обидчивость, неустойчивое настроение;
- пугливость – усиленное реагирование на небольшие происшествия в повседневной жизни;
- затруднения в сосредоточении внимания, "пустота в голове" из-за тревоги или беспокойства;
- постоянная раздражительность;
- затруднение при засыпании, поверхностный сон или постоянная сонливость.

VI. Симптомы мышечного напряжения

- мышечное напряжение или боли в мышцах;
- дрожание или тремор в стрессовых ситуациях;
- головная боль напряжения;
- двигательное беспокойство и неспособность к релаксации;
- ощущение комка в горле или затруднения при глотании в состоянии стресса;
- склонность к мышечным спазмам и судорогам.

VII. Урогенитальная система

- повышение частоты мочеиспусканий в период бодрствования;
- предменструальный синдром – недомогание, головные боли и другие симптомы.

VIII. Общие симптомы

- приливы жара или чувство озноба;
- изменения температуры – субфебрилитет при отсутствии соматических заболеваний;
- чувство головокружения, неустойчивости, «предобморочности».

IX. Другие неспецифические симптомы

- сильная утомляемость при выполнении нагрузок малой интенсивности;
- слабость, астенизация без причины.

При наличии вышеперечисленных симптомов возникают основания для установления диагноза вегетососудистой дистонии (вегетативной дисфункции).

Выявлена важная роль особенностей личности и наличия эмоциональных расстройств в генезе функциональных заболеваний, их течения и реакции на терапию. Ряд исследований с помощью стандартных личностных опросников показали существенное преобладание по сравнению с группами контроля таких черт личности, как нейротизм, интроверсия, замкнутость, тревожность, депрессивность, а также личностных расстройств обсессивно-компульсивного, паранояльного, шизоидного и избегательного типа у пациентов с синдромом хронической усталости, психогенным головокружением, синдромом раздражённого кишечника и функциональной диспепсией. У этих больных чаще обнаруживают личностные особенности (склонность к навязчивостям, перфекционизм, депрессивность, ипохондрия, склонность к катастро-

физации и пр.) и эмоциональные расстройства (хроническую тревогу, избыточную тревожность в отношении телесных функций, так называемую тревожную сенситивность, депрессивные расстройства, ипохондричность).

Больные с функциональными расстройствами обычно обращаются к врачу с конкретными соматическими жалобами, например кардиалгией, головной болью, головокружением, одышкой, «комом в горле», нарушением сна и др. Как правило, при этом они не жалуются на эмоциональные расстройства и не связывают с ними беспокоящие их симптомы. Более того, даже страх в структуре вегетативного криза по типу панической атаки они расценивают как вторичный по отношению к подъёму давления, удушью, приступу сердцебиения или головокружению. Нередко это служит причиной ошибочной диагностики и неадекватного лечения.

Выявление эмоциональных расстройств затруднено присущей таким больным алекситимией. Под алекситимией подразумевают трудности пациента в осознании, выражении и описании собственных чувств, душевного состояния и эмоций, переживаемых им самим или другими людьми, а также затруднений в различении эмоций и телесных ощущений. Для выявления эмоциональных расстройств и алекситимии психиатры используют обычно психометрические тесты. Тем не менее, участковый терапевт клинически также может получить представление о беспокоящих больного мыслях, угрозах, представлениях и связанных с этим эмоциях. Для этого достаточно целенаправленно расспросить больного:

- в какой ситуации появляется симптом,
- каким образом он ведёт себя в момент появления симптома,
- каким образом симптом влияет на его физическое и социальное функционирование,
- какие действия предпринимает больной, чтобы избежать представляемых им «последствий заболевания».

Нередко можно выявить отчётливое ограничительное поведение, повторные действия, приносящие облегчение на короткое время, навязчивые ритуалы (постоянное измерение артериального давления, частоты пульса, предупредительный приём обезболивающих препаратов) и пр.

Таким образом, в практике участкового терапевта многие пациенты испытывают разнообразные соматические, вегетативные, неврологические, мотивационные и поведенческие расстройства, при которых все доступные методы исследования не выявляют органической причины.

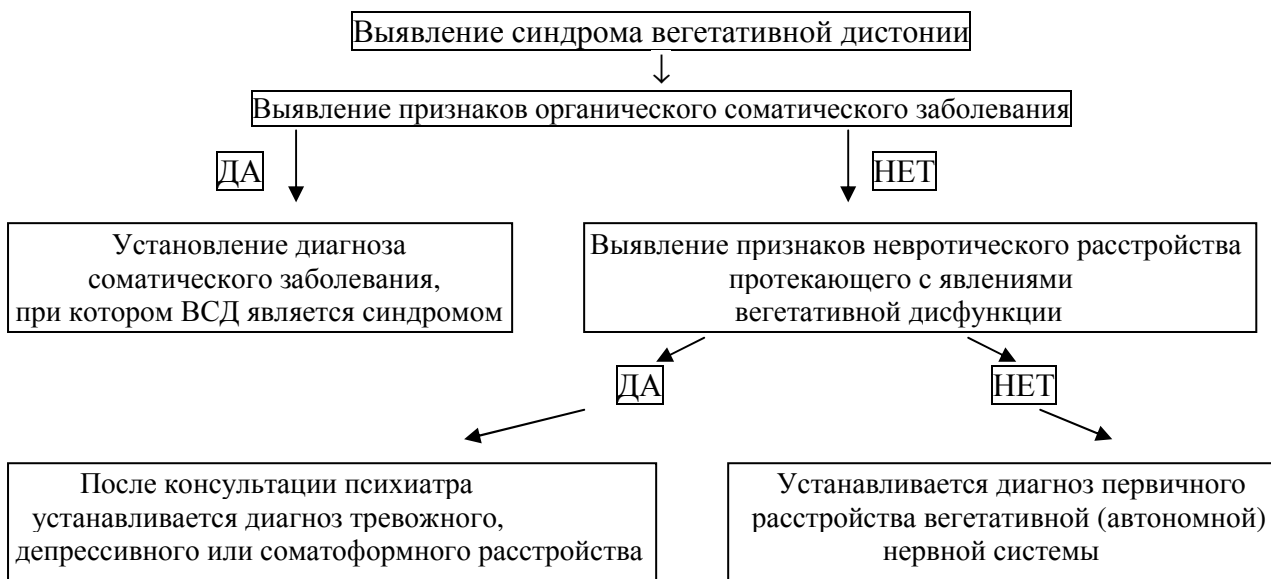
В настоящее время вышеперечисленные хронические синдромы разной локализации вместе с другими симптомами (психическими, вегетативными и нейроэндокринными) расценивают как функциональные на основании общих факторов, которые закономерно прослеживают при всех этих формах. К таковым относятся:

- исключение возможных соматических (органических) заболеваний, вызывающих появление перечисленных симптомов;
- частое сочетание разных синдромов у одного и того же больного как одновременно, так и последовательно;
- эмоциональные расстройства и анамнез детских психотравмирующих ситуаций, включая серьёзное заболевание родителей, семейный разлад, развод;
- терапевтическая эффективность транквилизаторов или антидепрессантов.

Таким образом, необходимо отметить, что диагноз функциональных расстройств является **диагнозом исключения**. Необходимо провести пациенту весь комплекс лабораторных и инструментальных исследований, необходимых для исключения органической патологии, при которой вышеописанные вегетативные нарушения могут являться лишь одним из синдромов (ИБС, гипертонической болезни, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, хронического холецистита, хронического панкреатита, неспецифического язвенного колита и т.д.).

Алгоритм установления диагноза вегетативной дистонии представлен на схеме 1.

Схема 1. Алгоритм установления диагноза вегетативной дистонии



Прогноз при синдроме вегетативной дистонии (дисфункции)

Синдром вегетативной дистонии не представляет угрозы для жизни, но существенно снижает её качество. При отсутствии лечения симптоматика может прогрессировать, что приводит к социальной дезадаптации больных. Важно систематически формировать позитивный взгляд на жизнь, поменять отношение к стрессовым ситуациям. Это позволит избежать рецидивов в будущем. При необходимости нужно своевременно обращаться за психологической помощью.

При достижении положительного эффекта пациент подлежит наблюдению у специалиста – психиатра, в случае отказа – у невролога и терапевта.

Вегетативные кризы

Общепринятое в отечественной медицине и большинстве стран СНГ название "вегетативный криз" подчёркивает, что преимущественное значение в его клинике имеют вегетативные симптомы.

В англоязычной литературе ведущую роль в вегетативном пароксизме придают эмоционально-аффективным расстройствам (страху, тревоге). Это находит своё отражение в используемых терминах – "тревожные атаки", "панические атаки".

Однако отождествлять эти два понятия не следует. «Паническая атака» является лишь частным вариантом вегетативного криза. Спектр эмоционально-аффективных расстройств при вегетативном кризе очень широк. Для панической атаки характерно чувство беспричинного страха, достигающего до степени паники, которое возникает обычно при первом приступе, а затем в менее выраженной форме повторяется и при последующих приступах. Иногда паника, возникающая во время первой панической атаки, в последующем трансформируется в конкретные страхи – страх инфаркта миокарда, инсульта, утраты сознания, падения, сумасшествия и т.д.

У некоторых больных интенсивность страха (даже при первых приступах) может быть минимально выражена. Но, тем не менее, они могут испытывать чувство внутреннего напряжения, тревоги, беспокойства.

Однако пациент может совсем не испытывать страха, тревоги. В англоязычной литературе такие «панические атаки» называют "паника без паники" или "нестраховые панические атаки". Чтобы избежать подобных парадоксальных наименований, мы предпочитаем использовать термин «вегетативный криз». Термин «паническая атака» уместен только в тех случаях, когда криз сопровождается паникой, страхом, тревогой.

По тяжести течения кризы подразделяют на:

- лёгкий – преимущественно моносимптомные, с вегетативными нарушениями продолжительностью 10 – 15 мин;
- средней тяжести – с полисимптоматикой, выраженными вегетативными нарушениями продолжительностью от 15 – 20 мин до 1 часа, с выраженной послекризисной астенией в течение 24 – 36 ч;
- тяжёлый – полисимптомный криз с тяжёлыми вегетативными расстройствами, продолжительностью более 1 часа, с послекризисной астенией на протяжении нескольких дней.

Симптоадреналовые кризы

Эти кризы развиваются преимущественно в ответ на стрессы. Длительность их от 10 – 20 минут (чаще) до 1 - 1,5 часов.

Для симптоадреналового криза характерно:

- ощущение тревоги, безотчётного страха (может быть выражен в разной степени или отсутствовать);
- ощущение сердцебиения, тахикардия, перебои в работе сердца;
- неприятные ощущения или боль в области сердца;
- сильная головная боль, ощущение пульсации в голове;
- повышение АД;
- дрожь в теле, тремор рук, озноб, гипертермия;
- мидриаз;
- бледность и сухость кожи, похолодание конечностей.

АД во время криза повышается до 150-180/80 - 89 мм рт. ст., пульс учащается до 110—140 уд/мин.

Криз заканчивается внезапно, сопровождается полиурией, выделением мочи с низким удельным весом, общей слабостью.

Для купирования кризов используются быстродействующие β-адреноблокаторы, например, пропранолол в дозе 20 – 40 мг под язык, а также седативные средства: корвалол по 40 – 60 капель, валериана или седуксен внутрь. Криз при использовании данной схемы, как правило, купируется в течение 10 – 20 минут.

Парасимпатотонические кризы

Они могут провоцироваться переутомлением, ездой в транспорте, испугом, изменениями погоды и другими причинами.

Для парасимпатического криза характерно:

- резкая слабость, головокружение, тошнота, ощущение "дурноты", "проваливания";
- артериальная гипотония;
- ощущение замирания и перебоев в работе сердца, брадикардия;
- синдром дыхательных расстройств, ощущение нехватки воздуха;
- влажность и гиперемия кожи, повышенная потливость;
- дисфункция пищеварительного тракта;
- выраженная послекризисная астения.

На высоте криза может развиваться обморок – кратковременная (1 – 3 минуты) потеря сознания. Отмечается брадикардия до 40 – 50 в мин., артериальная гипотония.

В случае потери сознания пациента надо уложить, опустив головной конец, обеспечить доступ свежего воздуха, освободить от тугих галстуков, шарфов, тесной одежды. Если сознание не восстанавливается, можно смочить лицо холодной водой, дать понюхать ватку, смоченную нашатырным спиртом. После восстановления сознания пациенту предлагают крепкий сладкий кофе или чай, кофеин, цитрамон. Если сознание не восстанавливается в течение 5 – 10 минут, требуется вызвать скорую помощь и доставить больного в лечебное учреждение для исключения кардиальных, церебральных или эндокринных причин обморока.

Для купирования парасимпатотонических кризов с выраженной брадикардией и артериальной гипотонией можно использовать адреномиметики, например, изопреналин (изадрин) (таб-

летки 5 мг) сублингвально по ½ - 1 таблетке или сальбутамол в таблетках. Возможные побочные эффекты: тахикардия, аритмия, тошнота, тремор рук, сухость во рту.

Можно использовать кофеина бензоат натрия (таблетки 100 мг) – психостимулирующее и analeptическое средство, производное метилксантина. Оказывает положительный ино-, хроно-, батмо- и дромотропный эффект. При артериальной гипотонии нормализует АД.

Смешанные вегетативные кризы сочетают симптомы симпатoadреналового и парасимпатотонического кризов.