

Клінічна практика

УДК 616.839-008.6

ВЕГЕТО-СОСУДИСТАЯ ДИСТОНИЯ ИЛИ СОМАТОФОРМНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА?

Ф. М. Абдуева¹, Э. П. Каменская²

¹ Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

² Центральная клиническая больница «Укрзалізниці», г. Харьков, Украина

Проблематика статьи связана с вопросом правомочности установления в Украине таких диагнозов, как нейроциркуляторная дистония и вегето-сосудистая дистония, учитывая существующее противоречие между МКБ-10 и отечественным медицинским законодательством. Также поднимается вопрос об неблагоприятных последствиях для профессионального прогноза рабочих-железнодорожников при установлении диагноза соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы сердца в сравнении с диагнозом вегето-сосудистой дистонии, при том, что они являются разными названиями одного и того же синдрома. Делается вывод о том, что в Украине необходимо выработать единый подход к номенклатуре и диагностике соматизированных проявлений дисфункции вегетативной нервной системы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: вегето-сосудистая дистония, соматоформная вегетативная дисфункция

ВЕГЕТО-СУДИННА ДИСТОНІЯ ЧИ СОМАТОФОРМНА ДИСФУНКЦІЯ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ СЕРЦЯ?

Ф. М. Абдуєва¹, Е. П. Каменська²

¹ Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, Україна

² Центральна клінічна лікарня «Укрзалізниці», м. Харків, Україна

Проблематика статті пов'язана з питанням правомірності встановлення в Україні таких діагнозів, як нейроциркуляторна дистонія та вегето-судинна дистонія, враховуючи існуючі суперечності між МКБ-10 та вітчизняним медичним законодавством. Також піднімається питання несприятливі наслідки для професійного прогнозу робітників-залізничників при встановленні діагнозу соматоформної дисфункції вегетативної нервової системи серця порівняно з діагнозом вегето-судинної дистонії, при тому, що вони є різними назвами одного й того ж синдрому. Робиться висновок про те, що в Україні необхідно встановити єдиний підхід до номенклатури та діагностики соматизованих проявів дисфункції вегетативної нервової системи.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вегето-судинна дистонія, соматоформна вегетативна дисфункція

VEGETATIVE-VASCULAR DYSTONIA OR SOMATOFORM AUTONOMIC DYSFUNCTION OF THE HEART?

F. M. Abduyeva¹, E. P. Kamenskaya²

¹ V. N. Karazin Kharkiv National University, Ukraine

² Central Clinical Hospital «Ukrzaliznytsya», Kharkov, Ukraine

The paper deals with the issue of the eligibility in Ukraine of such diagnoses as neurocirculatory dystonia and vegetative-vascular dystonia, taking into account the discrepancy between the ICD-10 and national health legislation. Also the issue is raised about negative impact on professional prognosis of railway-workers of the diagnosis of somatoform autonomic dysfunction of the heart, instead of vegetative-vascular dystonia, despite the fact that in practice they serve as different names of the same syndrome. The conclusion is made

© Абдуєва Ф. М., Каменська Е. П., 2012

about necessity to establish in Ukraine a common approach to nomenclature and diagnostics of somatic manifestations of autonomic nervous system dysfunction.

KEY WORDS: vegetative-vascular dystonia, somatoform autonomic dysfunction of the heart

Понятия соматоформной вегетативной дисфункции (СВД), как и нейроциркуляторной дистонии (НЦД), изначально возникли в связи с проблемами военной медицины. Предтечей СВД был «синдром раздраженного сердца» (синонимы «невроз сердца», «солдатское сердце», «нейроциркуляторная астения»), описанный в США в конце 19 века у молодых солдат. Термин НЦД ввел академик Н. Н.Савицкий в 1952 г., выполняя социальный заказ Центрального военно-медицинского Управления Министерства обороны СССР, так как после Великой Отечественной войны при медицинском освидетельствовании призывников врачи все чаще стали выявлять лиц с колебаниями артериального давления и болями в сердце и потребовалось отличать эти изменения от органических заболеваний сердечно-сосудистой системы, прежде всего от гипертонической болезни и ишемической болезни сердца [1].

В Украине по-прежнему параллельно выставляются диагнозы НЦД, вегето-сосудистой дистонии (ВСД) и СВД, несмотря на то, что они отражают одно и то же состояние. В связи с этим, в данной статье на примере клинического случая рассматривается вопрос правомочности постановки диагнозов НЦД и ВСД и отдельные причины, обуславливающие более редкую диагностику СВД по сравнению НЦД и ВСД.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Пациентка С., 49 лет, служащая на железной дороге, работа связана с обеспечением безопасности движения поездов, была направлена в отделение кардиологии после прохождения регулярного мед. осмотра в связи с впервые выявленной частой желудочковой экстрасистолией. При поступлении жалобы на першение в горле и сухой кашель, которые появились за неделю до госпитализации. При активном опросе по органам и системам пациентка рассказала о бессоннице в течение нескольких месяцев, которую она объясняет сильным эмоциональным стрессом, вызванным семейными обстоятельствами. Какие-либо жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы пациентка отрицает, что возможно является диссимуляцией, так как она очень беспокоилась о том, чтобы не потерять ра-

боту. Во время опроса и осмотра отмечались признаки беспокойства и эмоциональной лабильности. В анамнезе жизни отмечались частые обострения хронического тонзиллита (около 5 в год). Какие-либо сердечно-сосудистые и другие соматические заболевания, указания на аллергию и вредные привычки в анамнезе отсутствовали.

Объективно при поступлении: АД 110/80 мм рт. ст., ЧСС 74 уд./мин., частота дыхания 17 в мин., температура тела 36.6 °С. Щитовидная железа не увеличена. В легких дыхание везикулярное. Перкуторные границы сердечной тупости в норме. При аускультации сердца тоны ясные, аритмичные вследствие экстрасистолии; шумы не выслушивались. По данным лабораторного обследования анализы крови и мочи без отклонений. На ЭКГ на фоне синусового ритма с частотой 75 уд./мин. регистрировались монотопные, мономорфные желудочковые экстрасистолы. По результатам велоэргометрии клинических либо ЭКГ признаков ишемии не выявлено. По данным эхокардиографии не выявлено никаких органических и функциональных поражений миокарда и клапанного аппарата обоих желудочков. По данным холтеровского мониторирования выявлены частые мономорфные, монотопные желудочковые экстрасистолы — всего 1582 за весь период наблюдения и до 224 в час, а также 14 кратковременных эпизодов бигеминий.

Пациентка консультирована психиатром, установлен диагноз вегето-сосудистой дистонии, в качестве лечения назначена групповая психотерапия. Также больная консультирована отоларингологом, который диагностировал обострение острого тонзиллита, назначена санация горла раствором Givalex.

На основании жалоб, анамнеза и клинико-инструментальных данных был выставлен диагноз нейроциркуляторной дистонии по кардиальному типу, желудочковой экстрасистолии.

В качестве терапии были назначены релаксил 1 капс. 2 р./сут., диазепам (сибазон) в суточной дозе 7,5 мг per os (2,5 мг утром и 5 мг вечером). Изначально для подавления симпатикотонии был назначен кориол 3,125 2 р./сут., однако через 2 дня он был отменен из-за гипотензии и головной боли. Через 5 дней терапии самочувствие пациентки

значительно улучшилось, беспокойство и бессонница исчезли. Данные повторного холтеровского мониторирования выявили полную нормализацию сердечного ритма, было зарегистрировано всего 5 мономорфных монотопных желудочковых экстрасистол за весь период регистрации.

ОБСУЖДЕНИЕ

В Украине, как и в других бывших советских республиках, функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы, вызванные дисфункцией вегетативной нервной системы по-прежнему диагностируются как ВСД или НЦД, несмотря на отсутствие таких диагнозов в МКБ-10.

В Российской Федерации, однако, по этому поводу существует официальное разъяснение Минздрава по использованию МКБ-10 в практике медицины: «Диагнозы «Нейроциркуляторная дистония» и «Вегето-сосудистая дистония» не определены в МКБ-10 как самостоятельные нозологические единицы и, соответственно, не имеют в МКБ статистического кода. Вегетативные расстройства, проявляющиеся в нарушении регуляции сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма могут быть составной частью ряда болезненных состояний: гипертонической болезни, эндокринных нарушений, хронической ишемической болезни сердца и т. д. В этом случае статистическому учету подлежит основное заболевание, которое кодируется соответствующей рубрикой МКБ-10. В том случае, если диагнозы «Нейроциркуляторная дистония» и «Вегето-сосудистая дистония» ставятся пациентам на основе симптомокомплекса, характерного для соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3), необходима консультация психиатра (психоневролога) для постановки соответствующего уточненного диагноза. При невозможности такой консультации для кодирования вышеуказанного симптомокомплекса следует использовать код R45.8 «Другие симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию» (рубрика R45 «Симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию») [2].

Позиция главного психотерапевта МЗ Украины Б. В. Михайлова также созвучна вышеприведенным разъяснениям МОЗ РФ. Он указывает на проблему правомочности постановки данных диагнозов в современной клинической практике: «Чтобы избежать противоречий между продолжением существующей практики и необходимостью удержания медицинского пространства

Украины в рамках международных стандартов медицинской помощи, в общесоматической сети стала массовой практика обозначения диагнозов НЦД и ВСД шифром F 45.3, т. е. как «соматоформная вегетативная дисфункция», в главе V — «Расстройства психики и поведения». Ссылки на то, что НЦД входит в шифр F 45.3, свидетельствуют не о том, что «диагноз НЦД имеет право на жизнь», а о том, что с момента принятия МКБ-10 такой диагноз не существует. Следует также учитывать, что согласно Закону Украины «О психиатрической помощи» от 22.02.2000 г. № 1489-III диагноз психического расстройства может устанавливать только врач-психиатр» [3].

Однако, в Украине утвержден приказ МОЗ № 487 от 17.08.2007 г. «Надання медичної допомоги хворим на вегетосудинну дистонію». Согласно последнему, постановка диагноза ВСД правомочна и кодируется по МКБ 10 кодом G90. ВСД определяется как «полиэтиологическое заболевание с клиническими проявлениями, обусловленными несбалансированностью функций симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, которые проявляются разнообразной перманентной и пароксизмальной симптоматикой, особенно при физической и эмоциональной нагрузке, нестойкостью пульса, артериального давления, повышением температуры тела, цефалгиями, кардиалгиями, эмоциональной лабильностью, ортостатическими реакциями, паническими расстройствами» [4].

Несмотря на все противоречия, диагнозы НЦД и ВСД по-прежнему широко используются терапевтами, кардиологами и невропатологами, так как синдромальные диагнозы «удобны» с точки зрения минимального времени, затрачиваемого на диагностический поиск конкретных причин. Другими факторами служат медленная перестройка традиционно сложившегося клинического мышления в отношении данной патологии и отсутствие необходимости привлекать психиатра.

Последний фактор имеет существенное значение для отдельных категорий пациентов, например, тех, чья работа связана с обеспечением безопасности движения, как в данном случае. У пациентов с установленным «психиатрическим» диагнозом могут возникнуть проблемы с возвратом к столь ответственному труду. Так, согласно приказу № 240 от 29.04.2010 г. Министерства транспорта и связи Украины, регламентирующего перечень медицинских противопоказаний при приеме на работу и к

возвращению к труду работающих на железной дороге, диагноз СВД является противопоказанием к возвращению к труду всех групп работающих (I-VIII) и противопоказанием к приему на работу. В то время как «умеренно выраженные расстройства вегетативной нервной системы» являются противопоказанием для возвращения к труду только работников I-II групп. При этом прием на работу на железную дорогу или в метрополитен новых сотрудников с умеренно выраженным ВСД является противопоказанием [5].

В складывающейся ситуации очевидно, что диагнозы ВСД и НЦД будут гораздо чаще диагностироваться в профильных медицинских учреждениях железной дороги, чем диагноз соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы, так как являясь разными названиями одного и того же синдрома, они, тем не менее,

имеют разное значение для профессионального прогноза лиц, связанных с работой на железнодорожном транспорте и особенно отвечающих за безопасность движения поездов.

ВЫВОДЫ

1. В Украине необходимо выработать единый подход к номенклатуре и диагностике соматизированных проявлений дисфункции вегетативной нервной системы.

2. Необходимо рассмотреть возможность внесения изменений в приказы, регулирующие профессиональную пригодность, о допуске к труду при установлении диагноза СВД всех групп работающих.

3. Оптимальное сотрудничество между кардиологами и психиатрами имеет важное значение для диагностики и лечения соматоформных дисфункций вегетативной нервной системы сердца.

ЛИТЕРАТУРА

1. Куликов А. М. От невроза сердца к соматоформной вегетативной дисфункции: эволюция представления / А. М. Куликов // Российский семейный врач. — 1999. — № 4. — С. 23—28.
2. Информационно-методическое письмо: использование международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины. — Минздрав РФ, 2002.
3. Михайлов Б. В. Соматоформные расстройства / Б. В. Михайлов // Здоровье Украины. — 2007. — № 6/1. — С. 27, 54—55.
4. Наказ МОЗ України № 487 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Неврологія» від 17.08.2007 р.
5. Наказ Міністерства транспорту та зв'язку України № 240 «Про затвердження порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій залізничного транспорту, метрополітенів та підприємств міжгалузевого промислового залізничного транспорту України» від 29.04.2010 р.

УДК: 616.12-008.331.4/.1+616.13.002-004.6

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗОЛИРОВАННОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕР- И ГИПОТЕНЗИИ

В. А. Стрихар, А. Н. Фомич, Н. И. Яблунчанский

Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, Украина

На примере клинического случая рассматривается значимость правильного диагностирования и лечения изолированной диастолической артериальной гипер- и гипотензии на фоне симпатического дистресса и атеросклероза сосудов. В диагностике ведущими методами были исследование липидного спектра крови, вариабельности сердечного ритма (ВСР), холтеровское мониторирование артериального давления (АД) и электрокардиограммы (ЭКГ). В лечении значимую роль сыграл биофидбек с метрономизированным дыханием при параллельном использовании аторвастатина и циннаризина в качестве медикаментозной терапии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: изолированная диастолическая гипер- и гипотензия, симпатический дистресс, атеросклероз