

В. С. САДОЯН, Р. А. ЛЕНЧИК

## О КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ И МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Нейроциркуляторная дистония — часто встречаемое заболевание аппарата кровообращения. Она отмечается нередко у больных молодого возраста и, по данным терапевтического отделения, составляет по отношению ко всем болезням сердечно-сосудистой системы в среднем 32%.

Нейроциркуляторная дистония отмечается у больных, страдающих общим неврозом, и является одним из проявлений невротического состояния.

Исследованиями ряда ученых (И. Ф. Цион [5], И. Р. Тарханов [4], И. П. Павлов [3], В. Н. Черниговский и А. Я. Ярошевский [6], Л. Л. Васильев и В. А. Падерин [2] и др.) установлена важная роль сердечных нервов в регуляции ритма сердца. Этими же работами выяснено огромное значение психических импульсов, исходящих из коры головного мозга и действующих на функцию сердечно-сосудистой системы.

Ввиду существующей тесной взаимосвязи между центральной нервной системой и внутренними органами, в частности сердечно-сосудистой системой, психические реакции, отрицательные эмоции отражаются и на функции последней.

Заболевание возникает в связи с расстройством регулирующей функции высшей нервной деятельности, вследствие нарушения равновесия между возбуждательным и тормозным процессами в коре головного мозга. В результате нарушения функционального состояния коры головного мозга изменяется и взаимодействие вегетативных нервов на работу сердца. Эти больные, по классификации И. П. Павлова, относятся к слабым, неуравновешенным, подвижным типам, с преобладанием у них торможения. Они в большинстве случаев со слабой волей, склонны к сильным аффектам.

В условиях стационара мы наблюдали 430 больных с нейроциркуляторной дистонией в возрасте 20—25 лет. Давность заболевания: от 3 до 6 мес. была у 14% больных, от 6 мес. до 1 года — у 19%, от 1 года до 3-лет — у 67% больных. По характеру работы они занимались преимущественно физическим трудом. Из них работали в течение одного года 41% больных, двух лет — 36%, трех лет — 29% больных. Курящих табак было 86%.



Проявлению заболевания у больных способствовали различные факторы: перемена привычного образа жизни, физическое и умственное переутомление, иногда незначительные конфликты по службе, в семье, оставание в работе.

Указанные причины, возможно, не явились бы провоцирующими заболеванием факторами, тем более у лиц молодого возраста, если бы регуляторная функция центральной нервной системы у них не была бы столь лабильной. В результате этого незначительные причины способствовали появлению у этих лиц расстройства функции циркуляторного аппарата.

О важном значении нервной системы в деятельности всего организма, в частности сердечно-сосудистой системы, еще давно указывал С. П. Боткин. Он писал: «Изменения функции сердца сплошь и рядом находятся в зависимости от центральных нервных аппаратов... ни нарушения общего питания, ни усиленный труд, ни форсированные, утомительные переходы сами по себе не в состоянии вызвать расстройства компенсации, если регуляторные нервные аппараты работают хорошо, следовательно, в заболеваниях этих последних... лежит причина, а усиленный труд и т. д. — все это представляет только побочные, способствующие условия».

Действительно, вместе с заболевшими при физических тренировках, спортивных соревнованиях и т. д. была большая группа лиц одного возраста, находившаяся с ними в одинаковых условиях питания, труда и быта, и все они остались здоровыми и чувствовали себя хорошо, кроме единичных лиц, у которых индивидуальная нестойкость организма к упомянутым факторам способствовала появлению заболевания.

Симптоматология у больных нейроциркуляторной дистонией была весьма разнообразной. Они жаловались на общую слабость, быструю утомляемость, временами на головные боли, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, тяжесть во всем теле, особенно в висках, потливость и на плохой сон. Некоторые больные отмечали постоянные тупые боли в области сердца, передающиеся иногда в подложечную область, в спину, поясницу, на слабое дрожание рук, плохой аппетит и на нестойкий стул. Других беспокоило чувство замирания, перебои сердца или ноющие, приступообразные боли в области груди, которые бывали от слабых до выраженных, принуждающих больных временно находиться в неподвижности. Многих удручало чувство страха за болезнь сердца, за плохое состояние здоровья.

Среди 430 больных 56% имели астеническое телосложение, пониженное питание, бледные слизистые и кожные покровы. При неврологическом исследовании черепно-мозговые нервы были в норме, патологических рефлексов и оболочечных симптомов не было, сухожильные рефлексы оказались равномерно живыми. У 62% больных был выраженный дермографизм, тремор сомкнутых век и пальцев вытянутых рук; у 33% отмечалась потливость кистей рук и стоп. Со стороны психической сферы имелись явления астении, лабильность эмотивной сферы, нерешитель-



тельность в действиях, двойственность мыслей, переживания, вызванные второстепенными причинами.

Границы сердца у 96% больных были в норме, тоны ясные, чистые, у некоторых акцентуированы, у 6% на верхушке выслушивался нестойкий систолический шум, пульс среднего наполнения, у 4% больных был напряженный. Частота пульса от 42 до 70 ударов была у 16% больных, от 71 до 90 — у 69%, от 91 до 125 ударов у 15% больных. Артериальное давление от 80/40 до 110/80 мм отмечалось у 13% больных, от 110/80 до 140/90 — у 71%, от 140/90 до 150/95 мм — у 16% больных.

Величина артериального давления и частота пульса у многих больных в различные дни и часы бывали нестойкими. Частота пульса колебалась в течение дня иногда на 15—25 ударов, а артериальное давление изменялось на 10—20 мм. Лабильность пульса держалась у многих больных в течение ряда дней и недель. У 5% больных имелось нарушение ритма в виде экстрасистол. У некоторых больных аритмия пульса отмечалась в лежащем положении и исчезала при стоянии, ходьбе, у других — наоборот.

Функциональная проба сердечно-сосудистой системы (20 приседаний) оказалась нормальной у 66% больных, у других имелась задержка релаксации. Глазное дно у всех больных было в норме.

Электрокардиография, произведенная в первые дни после поступления, выявила нормальную картину у 35% больных, преобладание правого желудочка — у 9%, левого желудочка — у 7%, нарушение сократительной функции — у 6%, синусовую тахикардию — у 22%, синусовую брадикардию — у 3%, аритмию — у 2,0%, поражение миокарда желудочков — у 5,5%, поражение миокарда предсердий — у 1,9%, медиальное сердце — у 3,5%, горизонтальное сердце — у 5,2% больных.

Как видим, большая часть больных нейроциркуляторной дистонией имела нормальный тип электрокардиограммы, нарушение сократительной функции и ритма сердца с явлениями тахи-брадикардии.

Результаты исследований указывали на ряд изменений со стороны нервно-психической сферы и сердечно-сосудистого аппарата.

У больных имелись также изменения со стороны пищеварительного тракта: расстройство секреторной функции желудка (гиперсекреция и гиперацидитас) было у 62%, нарушение эвакуаторной деятельности кишечника (нестойкий стул, запоры) имелось у 8% больных. У 12% больных было также расстройство дыхательной функции. Они жаловались на одышку, затрудненный выдох, недостаток воздуха. Поэтому некоторые больные временами совершали глубокие вдохи. Это состояние у больных заметно бывало при волнении и легкой физической нагрузке.

Картина крови и функция почек у больных были в пределах нормы.

Несмотря на многообразие болезненных проявлений, у некоторых больных нейроциркуляторной дистонией доминировали определенные симптомы: у одних подавленность настроения, часто тахикардия, слабо выраженная стенокардия, у других раздражительность, головные боли, боли в области груди, сердца, которые, не имея строгой локализа-



ции, появлялись в различное время дня, ночи и не зависели от физической нагрузки. Третьи находились в состоянии тревоги, суетливости, много говорили, часто обращались за медицинской помощью. У четвертых отмечались: быстрая смена настроения, понижение работоспособности, скоропроходящие боли в области туловища, поясницы, в подреберьях.

По преобладающим симптомам заболевания всех больных распределили на 4 группы.

**1. Нейроциркуляторная дистония с нарушением ритма.** К этой группе отнесли 31% больных, у которых на фоне присущей им симптоматологии превалировала тахикардия. Последняя у некоторых больных наступала внезапно: во время разговора, ходьбы, иногда в палате в лежачем положении, продолжалась 2—4 часа или 1—2 дня и затем проходила. У других больных учащенное сердцебиение наблюдалось в течение 10—15 дней. Частота пульса доходила до 100—125 в минуту, отмечалось усиление тонов сердца. У некоторых сердечный толчок был выражен, артериальное давление повышалось до 125/90 мм и через 1—3 дня приходило к норме. К этой группе причисляли и больных с брадикардией. Частота пульса у них была от 42 до 60 ударов в минуту, артериальное давление было пониженным или находилось в норме. Экстрасистолия, отмечаемая у 2% больных, бывала нестойкой. Чаще она появлялась после физической нагрузки или перемены положения тела и исчезала через несколько часов.

**2. Нейроциркуляторная дистония с гипертонией.** К этой группе причислили 16% больных, у которых превалировали симптомы гипертензии. Больные жаловались на головные боли, быструю утомляемость, временами на головокружение, слабо выраженные боли в груди и на плохой сон. Артериальное давление у них было 130/90—145/95 мм. При этом оно подвергалось колебаниям. У ряда больных, которые соблюдали покой и спали хорошо, артериальное давление в первые же дни снижалось: максимальное на 15—25 мм, минимальное на 10—15 мм, уменьшалась и частота пульса — на 10—20 ударов в минуту. У других, при явлениях общей раздражительности, артериальный тонус оставался высоким.

**3. Нейроциркуляторная дистония с гипотонией.** К этой группе отнесли 13% больных, которые жаловались на общую слабость, пониженную работоспособность, головные боли. Больные этой группы отличались бледностью кожных покровов, пониженным питанием, вялостью мышечной системы. Артериальное давление равнялось 80/40 до 110/80 мм, пульс — от 42 до 70 ударов в минуту.

**4. Нейроциркуляторная дистония со стенокардией.** Эта группа среди больных была наибольшая (40%). Преобладающие жалобы были на боли в области сердца, которые имели ноющий характер и временами иррадиировали в левое плечо, лопатку, руку. Явления эти вскоре исчезали.

Среди этой группы было 5 больных, у которых боли в области гру-



ди бывали более продолжительными, имели приступообразный характер и имитировали ангинозное заболевание.

Лечение больных нейроциркуляторной дистонией начиналось с индивидуальной беседы, во время которой старались выяснить причины, способствовавшие появлению заболевания. Учитывая отрицательное влияние табака на нервную и сосудистую систему, мы в начале же лечения советовали больным прекратить курение.

Считая, что нейроциркуляторная дистония является проявлением невротического состояния, применяемые нами методы лечения имели цель урегулировать функцию центральной нервной системы, а через нее и работу органов кровообращения.

Для установления эффективности различных методов лечения больных распределили на три группы, каждая из которых получила один вид терапии.

Первая группа (36% больных) лечилась прерывистым сном. Больные находились в специально оборудованной палате, где был установлен охранительный режим. Назначали больным люминал по 0,2 два раза в день в течение 12—14 дней, с однодневным перерывом в каждый шестой день. Этим препаратом возможно было вызвать у больных сон, близкий к физиологическому, продолжительностью от 12 до 15 ч. Больные в период перерыва от сна в палате занимались гигиенической гимнастикой. После курса лечения сном больных в течение 3—5 дней подготавливали к выписке. За это время они занимались лечебной гимнастикой.

В результате сонной терапии наступило улучшение у 77% больных, не было эффекта у 23%.

Второй группе (42% больных) назначали хинин по 0,2×1, 2% раствор бромистого натрия по 25 мл и валериановые капли по 30 капель в день в течение 22—25 дней, делая перерыв на 2 дня через каждые 5 дней. После курса лечения было улучшение у 62% больных, не было эффекта у 38%.

Третья группа (22% больных) выполняла ежедневно лечебную физкультуру и через день принимала хвойные ванны. Лечение продолжалось в течение 18—24 дней. К концу терапии наступило улучшение у 66% больных, не было эффекта у 34%.

За период лечения у больных периодически измеряли артериальное давление, определяли частоту пульса, до и после лечения снимали электрокардиограмму.

Эффект лечения выражался в улучшении общего состояния больных, исчезновении одышки, болей в области груди, сердца, в урегулировании артериального давления, частоты пульса, ритма и в появлении нормальной электрокардиографической картины у тех, которые до лечения имели те или другие изменения. Среди выздоровевших наибольшее число составляли больные нейроциркуляторной дистонией с гипотонией и стенокардией. К группе больных, у которых не было улучшения, относились преимущественно лица с выраженными нарушениями функции



центральной нервной системы. Эти больные были раздражительны, вспыльчивы, весьма чувствительны; тахикардия, временами экстрасистолия или гипертензия отмечались у этих больных и после проведенного лечения. В указанную группу вошли также те, которые не смогли прекратить курение табака.

### В ы в о д ы

1. Симптоматология у больных нейроциркуляторной дистонией весьма многообразна. Она характеризуется различными болезненными проявлениями преимущественно со стороны нервно-психической сферы и сердечно-сосудистой системы.

2. По превалирующим симптомам болезни выделяются следующие клинические формы: I—нейроциркуляторная дистония с нарушением ритма, II—нейроциркуляторная дистония с гипертонией, III—нейроциркуляторная дистония с гипотонией, IV—нейроциркуляторная дистония со стенокардией.

3. При лечении больных нейроциркуляторной дистонией применяли три метода: одна группа подвергалась сонной терапии, другая — получала хинин, бромиды и валерьяну, третьей группе назначали лечебную физкультуру и хвойные ванны.

4. Сравнительные результаты лечения больных этими способами указывают, что наилучший эффект был в первой группе, подвергавшейся удлинённому сну, и в третьей, занимавшейся лечебной физкультурой и принимавшей хвойные ванны.

Ереванский военный  
госпиталь

Поступило 7.VIII 1961 г.

Վ. Ս. ՍԱԴՅԱՆ, Ռ. Ա. ԼԵՆՉԻԿ

### ՆԵՅՐՈՑԻՐԿՈՒԼՅԱՏՈՐ ԴԻՍՏՈՆԻԱՅԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՁԵՎԵՐԻ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵԹՈԴՆԵՐԻ ՄԱՍԻՆ

#### Ա մ փ ո փ ու մ

Նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիան պատահում է ընդհանուր ներող ունեցող հիվանդների մոտ, նրանով հաճախ տառապում են երիտասարդները:

Կլինիկական պայմաններում մեր դիտողության ներքո են եղել 430 հիվանդներ նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիայով՝ 20—25 տարեկան հասակում: Մինչև հիվանդանալը նրանք զբաղվել են գլխավորապես ֆիզիկական աշխատանքով: Հիվանդության երևան գալուն նպաստել են զանազան ազդակներ՝ սովորական ապրելակերպի փոխելը, ֆիզիկական և մտավոր գերհոգնածությունը, երբեմն շնչին անախորժություններ (աշխատանքի վայրում, ընտանիքում):

Նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիայով հիվանդների ախտանիշները բազմազան են: Նրանք գանգատվում են ընդհանուր թուլությունից, շուտ հոգնածությունից, երբեմն գլխացավերից, գլխապտույտներից, ականջների խշշոցից, արտի արագ բարախումից, քրտնաթորությունից և անհանգիստ քնից:



Որոշ հիվանդներ նշում են ցավեր սրտի շրջանում, որոնք տարածվում են սրտի գդալի տակ, մեջքը, գոտկամասը, եղել են դանդաղատներ վատ ախորժակից և աղիքների անկանոն աշխատանքից:

Գերակշռող ախտանիշների հիման վրա հնարավոր էր որոշել հիվանդության հետևյալ կլինիկական ձևերը՝ 1. նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիա ութմի խանգարումով, 2. նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիա հիպերտոնիայով, 3. նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիա հիպոտոնիայով և 4. նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիա ստենոկարդիայով:

Հիվանդները բուժվել են երեք մեթոդներով: Մեկ խումբը ենթարկվել է քնաբուժման, երկրորդը՝ ստացել է խինին, բրոմ, վալերիանա, երրորդ խմբին նշանակվել է բուժական մարզանք և փուշտերևի վաննաներ: Ելնելով կիրառված մեթոդների բուժական էֆեկտից, մենք նշեցինք, որ ամենալավ արդյունք նկատվեց առաջին և երրորդ խմբերի հիվանդների մոտ:

## Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Боткин С. П. Клинические лекции. 1887, в. II.
2. Васильев Л. Л. и Падерин В. А. Вопросы изучения и воспитания личности. 1930, в. 1—2, стр. 68.
3. Павлов И. В. Физиология и патология высшей нервной деятельности. М., 1930.
4. Тарханов И. Р. Случай производственного ускорения сердцебиения. Сб. работ Мед. хир. академии к 50-летнему юбилею И. П. Глебова. СПб., 1880.
5. Цион И. Ф. Курс физиологии. СПб., 1873.
6. Черниговский В. Н. и Ярошевский А. Я. Влияние функционального состояния коры больших полушарий головного мозга на кровяное давление и систему крови. Журн. высшей нервной деятельности имени И. П. Павлова, 1952, т. II, I.