

УДК 616.12—008.331.1—079.4

Г. Г. ТИОССА

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ГИПЕРТЕНЗИВНОГО ТИПА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I СТАДИИ

Изучена дифференциально-диагностическая ценность признаков нейроциркуляторной дистонии гипертензивного типа и гипертонической болезни I стадии. Выявлено, что в дифференциальной диагностике имеют значение особенности анамнеза, характер проявленной неврологической и кардиальной симптоматики, особенности состояния пульса, АД, функциональных проб сердечно-сосудистой системы, состояние глаз, особенности ЭКГ и рентгенологические данные.

Большие трудности нередко представляет дифференциальная диагностика нейроциркуляторной дистонии (НЦД) гипертензивного типа и ранних стадий гипертонической болезни, так как эти нозологические формы заболеваний сходны по этиопатогенезу и клиническим проявлениям. Кроме того, если учесть переход НЦД гипертензивного типа в гипертоническую болезнь, то становится ясной актуальность дифференциальной диагностики этих пограничных состояний.

Дифференциально-диагностические признаки заболевания разграничены нами на основании данных обследования 402 больных НЦД гипертензивного типа и 101 больного гипертонической болезнью. Все больные были мужчины в возрасте 19—39 лет, находившиеся на стационарном лечении.

Проведенный анализ показывает, что определенную роль в дифференциальной диагностике НЦД гипертензивного типа и гипертонической болезни I стадии играет анамнез. При изучении анамнеза установлено, что для больных НЦД гипертензивного типа характерны относительно малые сроки заболевания. У 75% больных заболевание было с давностью до двух лет, у 25%—до трех лет и более. В возникновении заболевания играли роль острые нервно-психические травмы или же длительная нервно-психическая нагрузка, изменение стереотипа жизни, перемена климатической зоны и пр. Замечено также, что длительность страдания накладывает свой отпечаток на клиническую картину: с увеличением срока заболевания уменьшается симптоматика НЦД и становится выраженнее картина начальной стадии гипертонической болезни.

Для больных гипертонической болезнью I стадии характерен более длительный анамнез (более двух-трех лет) возникновения и течения

заболевания. Заболевание имело, как правило, медленно прогрессирующее течение, нередко предшествовало НЦД гипертензивного типа.

Типичным в клинической картине НЦД гипертензивного типа следует считать несоответствие субъективных данных и скудной объективной симптоматики болезни. Для больных НЦД гипертензивного типа было характерным обилие жалоб и ощущений неврастенического характера, в основном жалобы на головную боль (87,5%), которая зачастую имела постоянный характер, локализовалась в различных областях, часто носила разлитой характер, усиливалась при физической нагрузке, в жаркую погоду, при волнениях и сосредоточенности. Больные тяжело переносили работу и дежурства в ночное время. Головная боль часто сопровождалась головокружением (55,9%), быстрой утомляемостью, повышенной раздражительностью, вспыльчивостью. Больные отмечали тяжесть в голове после подъема с постели и уменьшение ее после начала трудовой деятельности. Сон у больных также был поверхностный с кошмарными сновидениями.

У больных начальной стадией гипертонической болезни жалобы неврастенического характера меньше выражены. Головная боль наблюдалась также часто (92%), но имела тенденцию к локализации в лобной или затылочной области, напоминая аналогичную боль у больных с выраженной стадией гипертонической болезни. Нередко головная боль являлась единственной жалобой больного, причем часто усиливалась во второй половине дня. Шум в голове, головокружение зарегистрированы у 52% обследованных. Значительно реже отмечались общевротические жалобы (раздражительность, вспыльчивость, нарушение сна и др.).

При НЦД гипертензивного типа часто (72,8%) отмечались жалобы на боли в области сердца. В одних случаях их появление больные связывали с физической нагрузкой, в других — с волнениями, конфликтными ситуациями, в третьих — с курением. Боли в области сердца носили ноющий, реже колющий характер или ощущались как чувство тяжести и давления в области сердца, были длительными (от нескольких часов до нескольких дней), часто имели постоянный характер, иррадиировали в левую руку и лопатку, в части случаев сопровождалась гипералгезией области вершины левого плеча. Валидол и нитроглицерин не помогали, последний даже плохо переносился больными. Сердцебиение отмечено у 55% больных.

У больных гипертонической болезнью I стадии в большей части случаев (78%) боли в области сердца носили тупой, ноющий характер или ощущались в виде отдельных покалываний, были кратковременными и чаще всего локализовались в области вершины сердца. Сердцебиение отмечено лишь в 10% случаев.

Важное место в дифференциальной диагностике мы отводили состоянию пульса и АД. По нашим данным, у 45% больных НЦД гипертензивного типа наблюдалась тахикардия, сочетавшаяся с выраженной дыхательной аритмией. Характерным являлась лабильность пульса.

Пульс неустойчив, на протяжении нескольких часов учащался на 16—30 ударов в минуту даже при постельном режиме. Наблюдалась неадекватность реакции (по длительности) на внешние раздражители, например, на эмоциональную пробу, курение и пр. Вышеизложенное свидетельствует о лабильности нервной регуляции сердца, зависящей от функционального нарушения центральной нервной системы.

При гипертонической болезни I стадии тахикардия встречалась реже (18%), наблюдалась брадикардия (40%), нехарактерным для этих больных являлась лабильность пульса.

Максимальное АД у больных НЦД гипертензивного типа находилось в пределах 140—150 мм рт. ст., а минимально—на низких цифрах (60—80). Характерным для АД являлась его лабильность, склонность к систолическим гипертензиям в связи с эмоциональными и физическими нагрузками. Наблюдения за АД в первые дни помещения больных в стационар выявили его лабильность, нередко снижение максимального давления до нормального уровня (даже без применения лечебных мероприятий). В ряде случаев (13,9%) наблюдалась асимметрия АД.

Для больных гипертонической болезнью I стадии характерно повышение максимального АД свыше 150 мм рт. ст., а минимального—до верхней границы нормы (90 мм рт. ст.), а нередко и выше. АД при многократных исследованиях более стабильно, менее реагирует на покой в первые дни нахождения в стационаре.

В дифференциальной диагностике НЦД гипертензивного типа и гипертонической болезни I стадии мы отводили важное место функциональным пробам сердечно-сосудистой системы. Проведение проб Мартинэ (20 приседаний за 30 сек) показало, что у большей части больных НЦД гипертензивного типа возвращение пульса и АД к исходным цифрам (позже 3 мин) реже, а показатели пробы Штанге и Генчи значительно ниже, чем соответствующие показатели при начальной стадии гипертонической болезни. При проведении пробы с задержкой дыхания у больных НЦД гипертензивного типа наблюдались учащение пульса до 40—50% и повышение максимального АД до 30—40 мм рт. ст., в то время как у больных начальной стадией гипертонической болезни на 15—20% и 15—25 мм рт. ст. соответственно. Показатели ортоклиностагической и клиноортостагической проб были также более выражены при НЦД гипертензивного типа по сравнению с гипертонической болезнью I стадии. Все эти пробы указывают на более выраженную лабильность сосудодвигательного центра при НЦД гипертензивного типа по сравнению с гипертонической болезнью I стадии.

Исследование крови при НЦД гипертензивного типа у обследованных больных не выявило отклонений от нормы, в то время как у части больных гипертонической болезнью наблюдалась склонность к гиперхолестеринемии и эритроцитозу. Ряд авторов указывает, что при НЦД гипертензивного типа адреналин крови положительный, а дегидроадреналин отрицательный, в то время как при гипертонической болезни

наблюдается положительный дегидроадреналин в крови и отрицательный адреналин [8].

Важное место в дифференциальной диагностике мы отводили состоянию глаз. Исследования глазного дна у больных НЦД гипертензивного типа показали, что сосуды глазного дна не изменены, лишь в небольшом количестве случаев (10%) наблюдался кратковременный преходящий спазм артерий сетчатки, в то время как у больных гипертонической болезнью спазм артерий сетчатки наблюдался чаще и носил более стойкий характер.

При гипертонической болезни наблюдаются следующие изменения глаз: сужение височных полей зрения, расстройство темновой адаптации, появление ретинального отека вплоть до сосудистых нарушений глазного дна, изменения цветного поля зрения. У больных НЦД гипертензивного типа мы не наблюдали вышеуказанных изменений. Эти признаки, по нашему мнению, могут быть использованы в дифференциальной диагностике указанных заболеваний.

В дифференциальной диагностике НЦД гипертензивного типа и гипертонической болезни мы использовали электрокардиографическое исследование. Электрокардиографическая картина у больных НЦД гипертензивного типа была следующей. Дыхательная аритмия отмечена нами в 34% случаев, синусовая брадикардия—в 8%, экстрасистолия—в 2%, уменьшение и деформация зубца «Р» в стандартных отведениях—в 2%. Эти признаки указывали на усиление блуждающим нервом экстракардиальной иннервации. Наоборот, синусовая тахикардия (27,5%), снижение или инверсия зубца «Р» в стандартных отведениях (3,6%), смещение «ST» в одном или нескольких отведениях до 1 мм (4,8%), увеличение зубца «Р» указывали на адренергическую реакцию, связанную с повышенным выбросом катехоламинов. Изучение ЭКГ показывает, что эти показатели чаще нормальные, признаков перегрузки левого желудочка, нарушения коронарного кровообращения и дистрофических изменений в миокарде не выявлено. При гипертонической болезни ЭКГ картина характеризовалась левым типом ЭКГ в правых грудных отведениях, проявляющимся в отчетливом снижении «R» и углублении «S» в CR1—CR2 при нормальной ЭКГ картине в стандартных и левых грудных отведениях. Наблюдался высокий зубец «Т» (15—20 мм) при левом типе QRS в CR1 и CR2 и малый положительный зубец «Т» (1—2 мм) в одном или нескольких стандартных отведениях. Значительно реже наблюдалась синусовая тахикардия (5%), чаще—синусовая брадикардия (40%); увеличение систолического показателя на 5% и более имело место у 35% больных.

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки границы сердца у больных НЦД гипертензивного типа не были изменены, лишь у 5% больных наблюдалось увеличение границы сердца влево. При гипертонической болезни I стадии увеличение границы сердца встречалось у 30% больных и выражалось расширением левого

желудочка, изменением конфигурации сердца в виде закругления вер-хушки.

Описанные нами дифференциально-диагностические признаки во многом аналогичны данным ряда авторов [3—8].

В заключение надо сказать, что для правильной дифференциальной диагностики НЦД гипертензивного типа и гипертонической болезни I стадии важное место необходимо уделять анамнезу, характеру проявления неврологической и кардиальной симптоматики, состоянию пульса и АД, состоянию глаз, данным функциональных проб сердечно-сосудистой системы, ЭКГ и рентгенологическим исследованиям. Лишь комплексное обследование больных позволяет провести дифференциальную диагностику этих пограничных заболеваний.

Поступила 2/X 1975 г.

Գ. Գ. ՏԻՈՍՍԱ

Հիպերտենզիվ ՏԻՊԻ ՆԵՅՐՈՑԻՐԿՈՒԼՅԱՏՈՐ ԴԻՍՏՈՆԻԱՆ
ԵՎ ՀԻՊԵՐՏՈՆԻԱ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԻՆ ԱՍՏԻՃԱՆԻ
ԴԻՖԵՐԵՆՑԻԱԼ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա մ փ ո փ ո լ մ

Միևնույն պայմաններում ստացիոնար բուժման մեջ գտնվող 19—30 տարեկան հասակի նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիայով 402 հիվանդների և հիպերտոնիկ հիվանդության առաջին աստիճանի 101 հիվանդների հետազոտումների հիման վրա հեղինակը եկել է հետևյալ եզրակացությունների:

Նեյրոցիրկուլյատոր դիստոնիայի հիպերտենզիվ տիպի և հիպերտոնիկ հիվանդության առաջին աստիճանի դիֆերենցիալ ախտորոշման ժամանակ կարևոր նշանակություն ունի անամնեզը:

Կարևոր է հաշվի առնել ներոլոգիկ և սրտանոթային համակարգի հատկանիշները:

Այս սահմանային հիվանդությունների դիֆերենցիալ ախտորոշման մեջ կարևոր տեղ են հատկացվում հատուկ հետազոտությունների անցկացմանը. էլեկտրոկարդիոգրամմա, տեսողության օրգանների վիճակի պարզումը, սրտանոթային համակարգի ֆունկցիոնալ փորձերը, սրտի ռենտգենոլոգիական հետազոտությունը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Атанов Д. И., Величенко И. А. Клинич. мед., 1970, 9, стр. 53.
2. Буянов П. В. Военно-медицинский журнал, 9, 1959, стр. 29.
3. Буянов П. В. Военно-медицинский журнал, 1960, 5, стр. 81.
4. Волюнский З. И., Соловьева В. С. В кн.: Гипертоническая болезнь у молодых людей. М., 1965, стр. 198.
5. Григорян С. С. Военно-медицинский журнал, 1969, 5, стр. 29.
6. Никитин В. П. Военно-медицинский журнал, 1963, 9, стр. 21.
7. Русанов В. Н. Военно-медицинский журнал, 1969, 3, стр. 33.
8. Чернышенко В. П., Лазаретник А. Ш., Иванюхин О. Я., Синцова Л. А. Военно-медицинский журнал, 1964, 1, стр. 52.