СОДЕРЖАНИЕ

[ВВЕДЕНИЕ 2](#_Toc294170795)

[1. Этиология и патогенез 2](#_Toc294170796)

[2. Симптомы и течение 4](#_Toc294170797)

[3. Клинические проявления 7](#_Toc294170798)

[4. Лечение 12](#_Toc294170799)

[СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 17](#_Toc294170800)

# ВВЕДЕНИЕ

Вегето-сосудистая дистония (ВСД) ([синонимы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%BC): нейроциркуляторная дистония, нейроциркуляторная астения, психовегетативный синдром, вегетоневроз, синдром вегетативной дисфункции, [англ.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) Somatoform autonomic dysfunction) - [полиэтиологический](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) синдром, характеризующийся дисфункцией вегетативной (автономной) [нервной системы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0) (ВНС), и функциональными (то есть не органическими) нарушениями со стороны практически всех систем организма (в основном сердечно-сосудистой). Как правило, рассматривается как частный или, напротив, как общий случай синдрома Да Косты ([англ.](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%BB%D0%B8%D0%B9%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) Da Costa's syndrome).

Последние годы термин ВСД имеет хождение только на территории [СНГ](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%9D%D0%93). Данное заболевание ([синдром](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC)) отсутствует в современных классификациях болезней, однако его проявления в виде приступов классифицируются в [МКБ-10](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%9A%D0%91-10) как [Паническая атака](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BA%D0%B0).

# 1. Этиология и патогенез

В основе [патогенеза](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7) заболевания лежит низкая устойчивость к стрессовым ситуациям с расстройством [гомеостаза](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B7) и функциональными нарушениями. Имеются основания полагать, что психоэмоциональные нарушения при ВСД можно рассматривать как вторичные соматогенно обусловленные неврозоподобные состояния. Несколько о другой последовательности неврогенных и соматических изменений при ВСД говорят работы [А. М. Вейна](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B5%D0%B9%D0%BD,_%D0%90%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D1%80_%D0%9C%D0%BE%D0%B8%D1%81%D0%B5%D0%B5%D0%B2%D0%B8%D1%87) с соавторами и А. П. Мешкова. По их мнению, становление висцеральных функциональных расстройств в большинстве своём обусловлено дефектом нервно-вегетативного пути регулирования и графически ассоциируется с дисфункцией надсегментарных (подкорково-корковых) образований.

**Факторы предрасполагающие, способствующие возникновению ВСД (внутренние факторы):**

наследственно-конституциональная предрасположенность;

периоды [гормональной](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%BE%D0%BD) перестройки организма ([беременность](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), [роды](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B4%D1%8B), [пубертатный](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%B0%D1%82) период, дизвариальные расстройства);

особенности личности больного (тревожные, мнительные, акцентуированные личности);

[гиподинамия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D1%8F) с детских лет;

очаговая инфекция, шейный [остеохондроз](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%85%D0%BE%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B7).

заболевания внутренних органов ([панкреатит](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки)

эндокринные заболевания ([сахарный диабет](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D1%85%D0%B0%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%B4%D0%B8%D0%B0%D0%B1%D0%B5%D1%82), [тиреотоксикоз](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B8%D1%80%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B7))

аллергические заболевания

заболевания [нервной системы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0)

**Вызывающие факторы (внешние факторы)**

острые и хронические психоэмоциональные стрессы, [ятрогения](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F);

инфекции (тонзиллогенная, вирусная);

физические и химические воздействия (токи [СВЧ](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%92%D0%A7), [вибрация](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), [ионизирующее излучение](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%8E%D1%89%D0%B5%D0%B5_%D0%B8%D0%B7%D0%BB%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), травма [головного мозга](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%BC%D0%BE%D0%B7%D0%B3), [гиперинсоляция](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BE%D0%BB%D1%8F%D1%86%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), хронические [интоксикации](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F));

злоупотребление алкоголем;

табакокурение - является не главной, но всё же причиной вегетососудистой дистонии;

переутомление.

Взаимодействие внутренних и внешних факторов ведёт к нарушению на любом уровне сложной нейрогуморальной и метаболической регуляции сердечно-сосудистой системы, причём ведущим звеном патогенеза ВСД является поражение гипоталамических структур мозга, играющих координирующую и интегральную роль в организме. Ведущая роль в развитии ВСД отводится наследственно-конституциональным факторам, которые проявляются в виде: 1) функциональной недостаточности регулирующих структур мозга или чрезмерной их реактивности; 2) особенностей течения ряда метаболических процессов и 3) измененной чувствительности периферического рецепторного аппарата. Нарушения регуляции проявляются в виде дисфункции симпатоадреналовой и холинергических систем, гистамин-серотониновой и [калликреин-кининовой систем](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BB%D0%BB%D0%B8%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%B8%D0%BD-%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D0%B0), расстройств водно-солевого и кислотно-основного состояний, кислородного обеспечения физических нагрузок, снижения кислорода в тканях. Всё это ведёт к активации тканевых гормонов ([катехоламинов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%82%D0%B5%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD%D1%8B), [гистамина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BC%D0%B8%D0%BD), [серотонина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D0%BD) и др.) с последующими расстройствами метаболизма, микроциркуляции с развитием дистрофических процессов в миокарде.

# 2. Симптомы и течение

Больных беспокоят слабость, утомляемость, расстройства сна, раздражительность. В зависимости от реакции сердечно-сосудистой системы выделяют 3 типа НЦД: кардиальный, гипотензивный и гипертензивный. Кардиальный тип – жалобы на сердцебиение, перебои в области сердца, иногда ощущение нехватки воздуха, могут отмечаться изменения сердечного ритма (синусовая тахикардия, выраженная дыхательная аритмия, наджелудочковая экстрасистолия). На электрокардиограмме изменений нет или же иногда отмечаются изменения зубца Т. Гипотензивный тип – утомляемость, мышечная слабость, головная боль (нередко провоцируется голодом), зябкость кистей и стоп, склонность к обморочным состояниям. Кожа обычно бледная, кисти рук холодные, ладони влажные, отмечается снижение систолического АД ниже 100 мм рт.ст. Гипертензивный тип – характерно преходящее повышение артериального давления, которое почти у половины больных не сочетается с изменением самочувствия и впервые обнаруживается во время медицинского осмотра. На глазном дне в отличие от гипертонической болезни изменений нет. В некоторых случаях возможны жалобы на головную боль, сердцебиение, утомляемость.

Тахикардия при незначительной физической нагрузке, тенденция к повышению (гипертонический тип) или понижению (гипотонический тип) артериального давления, холодные кисти, стопы. Кроме того, может наблюдаться так называемый "респираторный синдром", который заключается в ощущении "дыхательного корсета", одышке, поверхностном дыхании с ограничением вдоха. Гипертонический тип ВСД характеризуется подъемом артериального давления до 140/90 – 170/95 мм. рт. ст, а гипотонический тип вегетативно – сосудистой (или нейроциркуляторной) дистонии – снижением артериального давления до 100/50 – 90/45 мм.рт.ст. Клиническую картину ВСД дополняют: быстрая утомляемость, снижение работоспособности, обморочные состояния

Считается более правомерным рассматривать ВСД в рамках не столько самостоятельной формы, сколько синдрома, а факторы, вызывающие это заболевание, группировать следующим образом: конституциональная природа, эндокринные перестройки организма, первичное поражение висцеральных органов, первичные заболевания периферических эндокринных желез, аллергия, органическое поражение большого мозга, неврозы.

 Синдром ВСД конституциональной природы – проявляется в раннем детском возрасте и характеризуется нестойкостью вегетативных параметров. Отмечается быстрая смена окраски кожи, потливость, колебания частоты сердечных сокращений, артериального давления, боли и дискинезии желудочно–кишечного тракта, склонность к субфебрилитету, тошнота, плохая переносимость физического и умственного напряжения, метеотропность. Нередко эти расстройства носят семейно-наследственный характер.

К синдрому ВСД, возникающему на фоне эндокринных перестроек организма в пубертатном периоде, относится недостаточное вегетативное обеспечение (типичные проявления синдрома – это вегетативные нарушения на фоне легких или выраженных эндокринных расстройств).

 Синдром ВСД  может возникнуть при органическом поражении головного мозга. Любую форму церебральной патологии сопровождают вегетативные нарушения. Наиболее выражены они при поражении глубинных структур: ствола, гипоталамуса и лимбического мозга. При заинтересованности каудальных отделов мозгового ствола час-то определяются вегетативно – вестибулярные кризы, которые начинаются с головокружения, и в самом пароксизме преобладают вагоинсулярные проявления. В случае патологии структур промежуточного мозга, которые находятся в топографической близости и в тесной функциональной связи с гипоталамусом, основные синдромы следующие: нейроэндокринные (исключая первичное поражение периферических желез внутренней секреции), мотивационные (голод, жажда, либидо), нарушение терморегуляции, патологическая сонливость пароксизмального характера, вегетативно-сосудистые кризы (чаще симпатоадреналовые). Поражение лимбического мозга (внутренний отдел височной доли) проявляется прежде всего синдром височной эпилепсии.

Однако нередко ВСД выступает не в качестве синдрома, а как самостоятельная нозологическая форма с разнообразными особенностями течения. В отличие от синдрома эта форма не имеет связи с этиотропными факторами и ее развитию в большей степени способствует врожденная неполноценность ВНС. Во многих случаях выявляется несколько факторов: одни из них – предрасполагающие, другие – реализующие болезнь. Клинические симптомы заболевания разнообразны, характеризуются преобладанием субъективных проявлений над объективными. Отсутствуют органические изменения со стороны всех систем организма: висцеральной, сердечной, нервной, эндокринной и т.д. Между тем явно определяются функциональные нарушения, особенно со стороны сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем, наиболее четко выраженные в период пароксизмов.

# 3. Клинические проявления

Основной клинической особенностью больных ВСД является наличие у больных многочисленных жалоб, многообразие различных симптомов и синдромов, что обусловлено особенностями патогенеза, вовлечением в процесс гипоталамических структур. Г. М. Покалев описывает у больных ВСД около 150 симптомов и 32 синдрома клинических нарушений. Наиболее частые симптомы ВСД: кардиалгии, астения, невротические расстройства, головная боль, нарушение сна, головокружения, дыхательные расстройства, сердцебиения, похолодание рук и ног, вегетативно-сосудистые пароксизмы, дрожание рук, внутренняя дрожь, кардиофобии, миалгии, боли в суставах, отёчность тканей, перебои сердца, ощущение жара в лице, субфебрилитет, обмороки.

Наиболее устойчивые признаки:

кардиалгии;

сердцебиения;

сосудистая дистония;

вегетативные дисфункции;

дыхательные расстройства;

системно-невротические нарушения.

Возможны [дизурические](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B8%D0%B7%D1%83%D1%80%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5&action=edit&redlink=1) явления, которые способствуют возникновению [мочекаменной болезни](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%BE%D1%87%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8&action=edit&redlink=1) подобно тому, как [дискинезия желчных путей](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F_%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%87%D0%BD%D1%8B%D1%85_%D0%BF%D1%83%D1%82%D0%B5%D0%B9&action=edit&redlink=1) является фактором риска [желчнокаменной болезни](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B9_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D0%B8&action=edit&redlink=1)

Синдром вегетативной дисфункции объединяет симпатические, парасимпатические и смешанные симптомокомплексы, имеющие генерализованный, системный или локальный характер, проявляющиеся перманентно или в виде пароксизмов (вегетативно-сосудистых кризов), с неинфекционным субфебрилитетом, склонностью к температурной асимметрии.

Для [симпатикотонии](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) характерны [тахикардия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%B0%D1%85%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F), побледнение кожных покровов, повышение [артериального давления](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D0%B4%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), ослабление перистальтики кишечника, [мидриаз](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%B4%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7), озноб, ощущение страха и тревоги. При [симпатоадреналовом кризе](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B0%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7) появляется или усиливается головная боль, возникает онемение и похолодание конечностей, бледности лица, артериальное давление повышается до 150/90-180/110 мм.рт.ст., пульс учащается до 110-140 уд/мин, отмечаются боли в области сердца, появляется возбуждение, двигательное беспокойство, иногда температура тела повышается до 38-39 °C

Для [ваготонии](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) характерны [брадикардия](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D1%8F), затруднение дыхания, покраснение кожи лица, потливость, [саливация](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F), понижение артериального давления, [желудочно-кишечные дискинезии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F). [Вагоинсулярный криз](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B8%D0%BD%D1%81%D1%83%D0%BB%D1%8F%D1%80%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7&action=edit&redlink=1) проявляется ощущением жара в голове и лице, удушья, тяжестью в голове, могут возникать тошнота, слабость, потливость, головокружение, позывы на [дефекацию](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%94%D0%B5%D1%84%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8E&action=edit&redlink=1), усиление [перистальтики](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0) кишечника, отмечается [миоз](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BE%D0%B7), урежение пульса до 45-50 уд/ми, снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст, возможны аллергические проявления в виде [крапивницы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B8%D1%86%D0%B0) или [отёка Квинке](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%82%D0%B5%D0%BA_%D0%9A%D0%B2%D0%B8%D0%BD%D0%BA%D0%B5)

Смешанные кризы характеризуются сочетанием симптомов, типичных для кризов, либо поочередным их проявлением. Так же могут быть: красный дермографизм, зоны гипералгезии в предсердечной области, «пятнистая» гиперемия верхней половины грудной клетки, гипергидроз и акроцианоз кистей рук, тремор кистей, неинфекционный субфебрилитет, склонность к [вегетативно-сосудистым кризам](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%BE-%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7&action=edit&redlink=1) и температурные асимметрии.

Синдром психических нарушений - поведенческие и мотивационные нарушения - эмоциональная [лабильность](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D0%B1%D0%B8%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C), плаксивость, нарушение сна, ощущение страха, кардиофобии. У больных ВСД более высокий уровень тревожности, они склонны к самообвинению, испытывают боязнь в принятии решений. Преобладают личностные ценности: большая забота о здоровье (ипохондрия), активность в период болезни снижается. При диагностике важно дифференцировать ВСД от [панического расстройства](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%82%D0%B0%D0%BA%D0%B0).

Синдром адаптационных нарушений, астенический синдром - быстрая утомляемость, слабость, непереносимость физических и психических нагрузок, метеозависимость. Получены данные, что в основе астенического синдрома лежат нарушения транскапиллярного обмена, снижение потребления кислорода тканями и нарушение диссоциации гемоглобина.

Гипервентиляционный (респираторный) синдром - это субъективные ощущения нехватки воздуха, сдавления грудной клетки, затруднение вдоха, потребность в глубоких вдохах. У ряда больных он протекает в виде криза, клиническая картина которого близка к удушью. Наиболее частыми причинами, провоцирующими развитие респираторного синдрома, являются физические нагрузки, психическое перенапряжение, пребывание в душном помещении, резкая смена холода и жары, плохая переносимость транспорта. Наряду с психическими факторами одышки большое значение имеет снижение компенсаторно-приспособительных возможностей функции дыхания к гипоксическим нагрузкам.

Нейрогастральный синдром - нейрогастральная аэрофагия, спазм пищевода, дуоденостаз и другие нарушения моторно-эвакуационной и секреторной функций желудка и кишечника. Больные жалуются на изжогу, метеоризм, запоры.

Кардиоваскулярный синдром - кардиалгии в левой половине грудной клетки возникающие при эмоциональной, а не при физической нагрузке, сопровождается ипохондрическими расстройствами и не купируется [короналитиками](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B8&action=edit&redlink=1). Колебания АД, лабильность пульса, тахикардия, функциональные шумы. На ЭКГ и при [велоэргометрии](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D1%8D%D1%80%D0%B3%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B8&action=edit&redlink=1) выявляются чаще всего синусовые и экстрасистолические [аритмии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%D0%B8%D0%B8), нет признаков ишемии миокарда.

Синдром цереброваскулярных нарушений - головные боли, головокружения, шум в голове и ушах, склонность к обморокам. В основе их развития лежат церебральные ангиодистонии, патогенетической основой которых является дисрегуляция тонуса сосудов мозга гипертонического, гипотонического или смешанного характера. У части больных с упорным цефалгическим синдромом имеет место нарушение тонуса не только артериальных, но и венозных сосудов так называемая функциональная венозная гипертензия.

Синдром обменно-тканевых и периферических сосудистых нарушений - тканевые отеки, миалгии, [ангиотрофоневроз](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BE%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1), [синдром Рейно](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BD%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%BC_%D0%A0%D0%B5%D0%B9%D0%BD%D0%BE). В основе их развития лежат изменения сосудистого тонуса и проницаемости сосудов, нарушения транскапиллярного обмена и микроциркуляции.

ВСД кардиального типа является наиболее распространённой формой. Именно она обусловливает гипердиагностику органической патологии сердца, что в свою очередь чревато серьёзными последствиями: отлучение от занятий физкультурой и спортом, освобождение от воинской службы, предостережение относительно беременности и родов, легкомысленное удаление миндалин, ненужное назначение тиреостатических, противовоспалительных, антиангинальных и других средств.

Среди ведущих кардиальных синдромов следует выделить: кардиалгический, тахикардиальный, брадикардический, аритмический, гиперкинетический.

Кардиалгический синдром встречается почти у 90 % больных. Кардиалгии связывают с повышенной восприимчивостью ЦНС к интероцептивным раздражителям, вегетологи расценивают их как симпаталгии. Раз возникнув, кардиалгия закрепляется с помощью механизма самовнушения либо условного рефлекса. Боли могут быть различного характера: постоянные ноющие или щемящие в области верхушки сердца, интенсивное продолжительное жжение в области сердца, приступообразная затяжная кардиалгия, приступообразная кратковременная боль или боль, возникающая в связи с физической нагрузкой, но не мешающая продолжению нагрузки. В постановке диагноза несомненна помощь нагрузочных и медикаментозных проб. При изменении конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ нагрузочный тест в случае функциональной кардиалгии приводит к временной реверсии зубца Т, а у больных ИБС он усугубляется. Медикаментозные пробы в первом случае также ведут к временной реверсии, во втором - нет. Помощь оказывают неинвазивные методы, динамика лактата во время предсердной стимуляции.

Тахикардический синдром характеризуется повышением автоматизма синоатриального узла (СА-узла) с увеличением числа сердечных сокращений до 90 и более в минуту. Чаще в основе синдрома лежит повышение тонуса симпатической нервной системы, реже - понижение тонуса блуждающего нерва.

Синусовая тахикардия существенно лимитирует физическую работоспособность больных, в чём убеждает проведение проб с дозированной физической нагрузкой. Частота сердечных сокращений достигает субмаксимальных для данного возраста величин уже при выполнении работ малой мощности - 50-75 Вт. При синусовой тахикардии число сердечных сокращений в покое редко превышает 140-150 ударов в минуту.

Брадикардический синдром предполагает замедление биений сердца до 60 в минуту и менее вследствие снижения автоматизма СА-узла, обусловленного увеличением тонуса блуждающего нерва. Критерием синусовой брадикардии следует считать урежение частоты сокращений до 45-50 ударов в минуту и менее. Брадикардический вариант встречается гораздо реже. При более выраженной брадикардии возможны жалобы на головные и прекардиальные боли, головокружение при быстром разгибании туловища или переходе в ортостаз, склонность к предобморочным и обморочным состояниям. Определяются и другие признаки вагоинсулярного преобладания: плохая переносимость холода, избыточная потливость, холодный гипергидроз ладоней и стоп, цианоз кистей рук с мраморным рисунком кожи, спонтанный дермографизм. На ЭКГ возможно появление «гигантских» («вагусных») зубцов Т в грудных отведениях, особенно в V2-V4.

Аритмический синдром. У больных с ВСД в рамках аритмического синдрома чаще встречается экстрасистолия, реже - наджелудочковые формы пароксизмальной тахикардии, крайне редко - пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий. Нарушения ритма при функциональных заболеваниях сердца чаще всего приходится дифференцировать с миокардитами легкого течения (ревматическими и неревматическими), миокардиодистрофиями, рефлекторными воздействиями на сердце (остеохондроз, патология желчного пузыря), гиперфункцией щитовидной железы.

Гиперкинетический кардиальный синдром представляет собой самостоятельную клиническую разновидность ВСД. Как и другие кардиальные синдромы, он относится к центрогенно обусловленным вегетативным расстройствам. Конечным звеном его патогенеза является повышение активности бета-1-[адренорецепторов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%80%D0%B5%D1%86%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B) миокарда на фоне и вследствие симпатадреналового преобладания. В итоге формируется гиперкинетический тип кровообращения с характерной гемодинамической триадой: 1) увеличение ударного и минутного объёмов сердца, намного превосходящих метаболические потребности тканей; 2) увеличение скорости изгнания крови из сердца и 3) компенсаторное падение общего периферического сосудистого сопротивления.

# 4. Лечение

Следует рассмотреть два подхода в лечении: лечение общих нарушений, которое проводится в рамках лечения ВСД, и индивидуальное лечение конкретных кардиальных синдромов.

Этиотропное лечение должно начаться в самые ранние сроки. В случае преобладания психогенных влияний на больного следует, по возможности, устранить воздействие психоэмоциональных и психосоциальных стрессовых ситуаций (нормализация семейно-бытовых отношений, профилактика и устранение неуставных взаимоотношений в войсках).

Психотропные препараты, в частности транквилизаторы, оказывают мощное влияние на сердечно-сосудистую систему и способны давать антиаритмический, гипотензивный, обезболивающий эффект, купировать перманентные вегетативные нарушения.

Другие направления этиотропной терапии: при инфекционно-токсической форме - [санация](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B0%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_(%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0)) полости рта, тонзилэктомия; при ВСД, связанной с физическими факторами, в том числе и военного труда (ионизирующая радиация, СВЧ-поле и др.) - исключение профвредностей, рациональное трудоустройство; при ВСД на фоне физического перенапряжения - исключение чрезмерных физических нагрузок, постепенное расширение физической активности.

Патогенетическая терапия состоит в нормализации нарушенных функциональных взаимоотношений лимбической зоны мозга, гипоталамуса и внутренних органов.

Прием трав валерианы, пустырника в течение 3–4 недель оказывает «стволовой эффект»; транквилизаторы (седуксен, реланиум, мебикар - дневной транквилизатор) снимают чувство тревоги, страха, эмоциональной и психической напряженности (длительность терапии - 2–3 недели); беллоид, белласпон - «вегетативные корректоры», нормализуют функцию обоих отделов вегетативной нервной системы: антидепрессанты (амитриптилин, азафен, коаксил) уменьшают чувство тревоги и депрессии; ноотропы, нейрометаболиты улучшают энергетические процессы и кровоснабжение мозга; цереброкорректоры (кавинтон, стугерон, курс лечения - 1­–2 месяцев) нормализуют мозговое кровообращение; b-адреноблокаторы снижают повышенную активность симпатоадреналовой системы.

Физиолечение, бальнеотерапия, массаж, иглорефлексотерапия - электросон, электрофорез с бромом, анаприлином, новокаином, седуксеном, водные процедуры (души, ванны), аэроионотерапия, точечный и общий массаж.

Общеукрепляющая и адаптационная терапия рекомендуется при лечении ВСД при среднем и тяжелом течении. Она включает здоровый образ жизни, устранение вредных привычек, умеренную физическую активность, эстетотерапию, лечебное питание (борьбу с ожирением, ограничение кофе, крепкого чая), ЛФК в сочетании с адаптогенами, дыхательной гимнастикой.

Особое значение при некоторых формах ВСД (астенизация, гипотонические формы, ортостатические нарушения) имеет прием адаптогенов, оказывающих тонизирующее действие на ЦНС и организм в целом, метаболические процессы и иммунную систему: жень-шень - 20 капель 3 раза в день, элеутерококк - 20 капель 3 раза, лимонник - 25 капель 3 раза, заманиха, аралия, [пантокрин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%BD) - 30 капель 3раза в день. Курс лечения - 3–4 недели, 4–5 курсов в год, особенно осенью, весной и после эпидемии гриппа.

Санаторно-курортное лечение имеет важное значение как фактор реабилитации больных ВСД среднетяжелого течения. Основные курортные факторы - климатотерапия, минеральные воды, морские купания, ЛФК, терренкур, бальнеолечение, физиолечение, природа. Индивидуальное лечение больных с ВСД заключается в лечении конкретных кардиальных синдромов. Кардиалгический синдром. Из психотропных средств наиболее эффективно применение [мезапама](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B7%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D0%BC), [грандаксина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BD) и особенно «мягких» нейролептиков - [френолона](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BD) или [сонапакса](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%BA%D1%81).

Вспомогательное значение имеют классические седативные средства, особенно «валериановый чай». Нельзя игнорировать успокаивающего и обезболивающего действия таких капель, как корвалол (валокардин) и др. Хорошо успокаивает боль [сублингвальное](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE) употребление [валидола](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BB), содержащего [ментол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BE%D0%BB). Облегчение приносит и местное воздействие: самомассаж прекардиальной области, горчичники, перцовый пластырь, аппликации с [меновазином](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D0%BD) при упорных болях, физические методы лечения - иглорефлексотерапия, электроаналгезия, лазерное лечение, дорсонвализация.

В случае присоединения вегетативных кризов следует добавить a-адреноблокатор пирроксан по 0,015–0,03 г 2–3 раза в день, [анаприлин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%BD) - 20–40 мг 2–3 раза в день. Для купирования самого криза используют [реланиум](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D1%83%D0%BC) - 2–4 мл 0,5 % раствора или [дроперидол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%BB) - 1–2 мл 0,5 % раствора внутривенно и [пирроксан](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B8%D1%80%D1%80%D0%BE%D0%BA%D1%81%D0%B0%D0%BD) - 2–3 мл 1 % раствора внутримышечно.

[[править](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%92%D0%B5%D0%B3%D0%B5%D1%82%D0%BE%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%8F&action=edit&section=13)] Тахикардиальный синдром

Вне конкуренции находятся [b-блокаторы](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=B-%D0%B1%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B&action=edit&redlink=1), они снижают повышенную активность симпатической нервной системы (один из методов патогенетического лечения ВСД). Назначаются 2 препарата средней продолжительности действия (6–8 ч) - [пропранолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB) ([анаприлин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D1%80%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%BD" \o "Анаприлин), обзидан) и [метопролол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB) (спесикор, беталок) и 2 препарата длительного (до 24 ч) действия - [атенолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB) (тенормин) и [надолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB) (коргард). Если лечение b-блокаторами затруднено, можно использовать настойку ландыша(строго соблюдать дозировку и продолжительность курса, для профилактики побочных эффектов принимать препараты калия, контролировать артериальное давление). Курсы лечения - 1–2 месяца, возможна поддерживающая терапия.

Имеет значение брадикардия менее 50 ударов в минуту, сопровождающаяся церебральной или кардиальной симптоматикой. Для восстановления вегетативного равновесия используют периферические М-холиноблокаторы - атропин и препараты красавки. Начальное количество атропина составляет 5–10 капель 3–4 раза в день. Если результат не достигнут, доза увеличивается. Доза настойки белладонны - такая же. Используются таблетки с сухим экстрактом белладонны - бекарбон. Хорошо зарекомендовал себя препарат итрол по 1/2 таблетки (0,01 г) 2–3 раза в день.

Благотворно действует при нейрогенной брадикардии тонизирующая бальнеотерапия: прохладные (22–30 °C) хвойные или соляные ванны, радоновые ванны с низкой концентрацией радона, углекислые и жемчужные ванны, веерный и особенно циркулярный холодный душ. Всем больным показана лечебная физкультура - от утренней гимнастики до бега, плавания и спортивных игр.

Для больных с функциональными заболеваниями сердца применение антиаритмических средств без психоседативной терапии бесперспективно. Особенно показаны: [мезапам](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B7%D0%B0%D0%BF%D0%B0%D0%BC), [грандаксин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BD), [нозепам](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%BE%D0%B7%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D0%BC), которые могут помочь и без противоаритмических препаратов. Основным показанием для лечения экстрасистолий является их плохая субъективная переносимость. При явном симпатоадреналовом преобладании, то есть при «экстрасистолах напряжения и эмоций», особенно на фоне учащенного ритма, вне конкуренции находятся b-блокаторы ([пропранолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB" \o "Пропранолол), [метопролол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB), [атенолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB), [надолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D0%B4%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB)).

При «вагусных» наджелудочковых экстрасистолах, особенно на фоне редкого ритма, на первом этапе целесообразно использовать средства антихолинергического действия: атропин, препараты красавки или итрол. При недостаточной эффективности холинолитики заменяются на b-блокаторы или комбинируются с ними. С тразикора и вискена целесообразно начать лечение желудочковой формы экстрасистолии покоя. При наджелудочковой форме экстрасистолии можно назначить веропамил (финоптин или кардил), при желудочковой форме заслуживают внимания 3 препарата: этмозин, этацизин и алапинин, а также кордарон.

Следует отметить, что основу в лечении ВСД должно составлять не симптоматическое лечение, а психотерапевтический подход, поэтому при симптомах ВСД необходимо обращаться к психотерапевту.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Леонович А. Л. "Актуальные вопросы невропатологии". М., 2002.

2. Луксон Л. М., М.Р.Дикс "Головокружение" М., 2004.

3. Епифанов " В. А. ЛФК: Справочник" М., 2005.

4. Полная медицинская энциклопедия. Сост. Е.Незлобина. М., 2006.

5. Кучанская А.В. "Вегетососудистая дистония" М., 2009.