

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ АСТЕНИЯ – ЗАБОЛЕВАНИЕ ДЛЯ ТЕРАПЕВТА ИЛИ ПСИХИАТРА?

ГУ «223 центр авиационной медицины Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны»

В военной медицине в основном сохранены принципиальные подходы к диагностике невротических расстройств, отраженные в МКБ-10. Однако наиболее часто встречающееся в наших медицинских отчетах невротическое расстройство, так называемая нейроциркуляторная астения, выделено в Расписании болезней в отдельную статью и помещено в раздел «Заболевания органов кровообращения». Лечение и диагностикой этого заболевания занимаются исключительно терапевты. В статье рассматривается психогенная природа данного заболевания и подходы к его диагностике, профилактике и лечению с точки зрения психиатра, как к соматоформному невротическому расстройству.

Как врачу, проработавшему в военной медицине значительное время, мне часто приходится иметь дело с пациентами, имеющими значительный стаж общения с медициной и обращения к врачам различных специальностей. У них, как правило, имеется толстая медицинская книжка, огромная стопка анализов, ЭКГ, исследований головного мозга и позвоночника, УЗИ внутренних органов. Настойчивый поиск болезней часто заканчивается тем, что у человека действительно находят небольшие изменения ЭКГ и данных биохимических исследований, признаки остеохондроза, простатиты, гастриты и тому подобную патологию. Некоторым из этой категории пациентов со временем ставятся диагнозы артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Однако при тщательном изучении истории болезни и истории пациента наводит на мысль о психогенной природе данных расстройств.

Но парадокс ситуации заключается в том, что ни пациенты, ни большинство врачей не желают принимать тот факт, что имеющиеся у них расстройства обусловлены неврозом, неадекватной реакцией на различные жизненные обстоятельства, нарушением коммуникативной функции, неумением общаться с людьми и жить в обществе.

Сложившаяся ситуация связана с тем, что узкому специалисту проще признать пациента «своим» и поставить соответствующий диагноз. В ряде случаев, особенно в медицине войскового звена, молодые врачи не имеют достаточной подготовки по психиатрии, профессионального и жизненного опыта, в связи с чем, психогенная, невротическая природа жалоб пациентов ими не рассматривается вообще.

Пациент, в свою очередь настроен на то, что имеющиеся у него симптомы носят соматический характер и могут быть устранены приемом лекарств и физиотерапией. Очень часто в условиях военной службы, которая сама по себе является, в определенном смысле, психотравмирующим фактором, больные не стремятся к излечению. Их больше интересует факт установления у них какого-либо соматического заболевания, что бы иметь возможность получить послабления по службе, или иметь возможность уволиться по болезни. Многие невротики не желают менять свой образ жизни, он их устраивает, и они даже извлекают определенную пользу из-за того, что им уступают, угождают, освобождают от тех или иных обязанностей. Признать себя больным неврозом страшно еще и потому, что в обществе бытует мнение о неполноценности, несостоятельности людей с таким диагнозом, а их регистрация в государственных структурах психиатрического профиля чревата проблемами при устройстве на работу или получении прав на вождение автомобиля.

Описания различных странных и непонятных синдромов с их причудливой изменчивостью встречались в медицинской литературе независимо от истории. Лишь в 1776 году шотландец Келен объединил эти состояния, придав им общее название неврозов.

Современное определение неврозов дано Б.Д. Карзасарским в 1960 г. Он определяет невроз как «психогенное (как правило, конфликтное) нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляющееся в специфических клинических феноменах (при отсутствии психотических расстройств)». Белорус-

ский психоневролог В.Ф. Кузнецов считает невроз «вынужденным способом существования человека в сложной для него травмирующей психике обстановке, характеризующейся наличием стойких психоэмоциональных, неврологических, вегетативно-эндокринных нарушений в качестве болезненной компенсации отрицательного аффекта на острый или хронический стресс, препятствующий реализации важных телесных или духовных потребностей личности».

Неврозы относятся к так называемым пограничным состояниям между нормальной жизнью и болезнью, с одной стороны, и между патологией нервной системы и заболеваниями психиатрического профиля, с другой. Действительно, люди с невротическими нарушениями чаще всего вообще не обращаются к психиатрам и психотерапевтам. Невроз для них своеобразный образ жизни, протест против существующих обстоятельств, а в некоторых случаях – способ преодоления их, выхода на более высокий уровень самореализации, поиск прогресса в жизни.

Классическая классификация неврозов включает неврастению, психастению (невроз навязчивых состояний) и истерию. С.Н. Давиденков (1963) предположил взаимосвязь между видом невроза и типом нервной системы в отношении уравновешенности сигнальных систем: при срыве нервной системы с преобладанием первой сигнальной системы возникает невроз типа истерии, при срыве нервной системы с преобладанием второй сигнальной системы – невроз навязчивых состояний (обсессивно-компульсивный, психастения), при срыве же нервной системы, уравновешенной в этом отношении невроз лишен характерных истерических или психастенических черт и подходит под общее определение – неврастения.

Современный взгляд на классификацию невротических расстройств представлен в Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10) в разделе Психические расстройства (F), в рубрике «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4).

Данная классификация принята во всем мире и при ее составлении использовался синдромальный, феноменологический (описательный) подход, в отличие от МКБ-8,9 в которых использовались нозологические подходы. Кроме того, при составлении МКБ-10 использовался гуманистический принцип, согласно которому из наименования диагноза исключены принижающие, обвинительные определения (например, слово «болезнь» заменено на «расстройство»). Так же отсутствуют такие определения как «истерия», «навязчивость» и т.д. Согласно этой классификации неврастения классифицируется как другие невротические расстройства (F48), невроз навязчивых состояний – как обсессивно-компульсивные расстройства (F42), в отдельные группы выделены различные фобические расстройства (F40-41) и реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43).

Сложнее ситуация с истерическими неврозами и реакциями. Истерический невроз в МКБ-10 распался на диссоциативные конверсионные расстройства (F44), и соматоформные расстройства (F45). В то же время истерия является одной из сложнейших диагностических проблем в современной медицине. Неврологи, терапевты и другие «соматические» специалисты не обладают навы-

ками и не располагают временем для сбора психологического анамнеза и его анализа, а психиатры имеют уклон в «большие» психозы, привержены химиотерапии и не всегда могут отличить органические неврологические симптомы от функциональных. Больные, находясь между двух огней, остаются без адекватной помощи.

В военной медицине в основном сохранены принципиальные подходы к диагностике невротических расстройств, отраженные в МКБ-10. Статья 18 Расписания болезней описывает Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, острые и транзиторные психотические расстройства, связанные с физиологическими нарушениями, легкие и умеренные (аффективные) расстройства настроения. Статья предусматривает тревожно-фобические, тревожные, обсессивно-компульсивные, диссоциативные (конверсионные) и соматоформные (выделено авт.) расстройства, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации и другие невротические расстройства. Данные заболевания отнесены в раздел «Психические болезни». Лечение и экспертиза данной патологии производится психиатрами.

Однако наиболее часто встречающееся в наших медицинских отчетах невротическое расстройство по каким-то причинам выделено в отдельную статью и помещено в раздел «Заболевания органов кровообращения». Речь идет о, так называемой, нейроциркуляторной астении (НЦА). НЦА в военной медицине является прямой наследницей, существовавшей ранее нейроциркуляторной дистонии (НЦД).

Диагноз НЦА широко ставится врачами-терапевтами призывных комиссий, врачами воинских частей и даже фельдшерами. В отдельных случаях установление такого диагноза позволяет не затруднять себя дальнейшими поисками причин и природы патологических проявлений, в результате чего больные неделями и месяцами курсируют между медицинскими пунктами, медицинскими центрами без какой-либо положительной динамики.

Происходит это, в первую очередь, из-за того, что подходы к диагностике НЦА-НЦД за последние десятилетия практически не изменились.

Сравните определение НЦД, данное в «Справочнике войскового врача» Советской армии и одном из вариантов справочника Вооруженных Сил Республики Беларусь.

Как видим, вся разница только в том, что терапевты договорились все случаи повышения артериального давления рассматривать как артериальную гипертензию. Сохранились, как определяющие, те нозологические факторы, которые могут способствовать возникновению НЦА, НЦД, но не являются главной причиной.

В то же время данное заболевание однозначно определено МКБ-10 как невроз и отнесено к соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (МКБ-10. Краткий вариант, Минск «Асар» 2001, стр. 350: «Нейроциркуляторная дистония, астения F45.3»).

В ст. 47 Расписания болезней указано, что для нейроциркуляторной астении характерен синдром вегетативно-сосудистых расстройств с неадекватной реакцией артериального давления на какие либо раздражители.

К нейроциркуляторной астении со стойкими значительно выраженными вегетативно-сосудистыми нарушениями относится НЦА с гипотензивными реакциями и стойкой фиксацией артериального давления ниже

<p>Справочник войскового врача, часть П. Лечебно-диагностическая работа в воинской части, под ред. акад., генерал-полковника м/с Ф.И.Комарова, Москва, Воениздат 1983 г.</p>	<p>Справочник войскового врача, Лечебно-диагностическая работа в соединении и воинской части, под ред. полковника м/с Н.Н. Позняка, Минск, 2003 г.</p>
<p>Нейроциркуляторная дистония <i>Общая характеристика.</i> В основе заболевания лежит нарушение нормальной функции центральных вегетативных центров — гипоталамуса, ствола мозга, лимбических образований коры. К этим нарушениям приводят: висцеральные поражения, острые и хронические инфекции, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, отрицательные эмоции, конфликтные ситуации, психические травмы, гормональные дисфункции, хронические интоксикации. В зависимости от клинической картины различают следующие формы нейроциркуляторной дистонии: гипер- и гипотензивную, кардиальную и смешанную.</p>	<p>Нейроциркуляторная дистония <i>Общая характеристика.</i> В основе заболевания лежит нарушение нормальной функции центральных вегетативных центров — гипоталамуса, ствола мозга, лимбических образований коры. К этим нарушениям приводят: висцеральные поражения, острые и хронические инфекции, нейроинфекции, черепно-мозговые травмы, отрицательные эмоции, конфликтные ситуации, психические травмы, гормональные дисфункции, хронические интоксикации. В зависимости от клинической картины различают следующие формы нейроциркуляторной дистонии: гипотензивную, кардиальную и смешанную. Выделявшуюся ранее гипертензивную форму НЦД в настоящее время в соответствии с классификацией артериальной гипертензии, принятой в Республике Беларусь в 2001 году рассматривают в качестве одного из вариантов артериальной гипертензии.</p>

100/60 мм рт. ст. при наличии постоянных жалоб, стойких резко выраженных вегетативно-сосудистых расстройств, стойкого нарушения сердечного ритма, не поддающихся лечению и значительно снижающих трудоспособность. Но для правомерного установления диагноза соматоформной вегетативной дисфункции, к которой относится НЦА необходимо, чтобы указанные нарушения имелись в связи с психотравмой (острой или хронической) при отсутствии или минимальном наличии органических поражений (если они имеются, то это уже другой «соматический диагноз»). Стойкое понижение артериального давления не вполне корректный критерий, так как для него в МКБ-10, в разделе «Заболевания системы кровообращения» имеется вполне четкое определение: «гипотония».

Психологические проблемы могут вызвать нарушения ритма по типу синусовых аритмий различной формы, но сомнительно, что бы атриовентрикулярная или желудочковая аритмия появилась только психогенным путем без наличия дополнительного очага возбуждения, имеющего вполне определенную морфологическую основу.

Проблема диагностики НЦА не стояла бы так остро (само заболевание в 90% случаев имеет нетяжелое течение), если бы военным врачам не нужно было кроме диагностики заниматься и лечением таких больных.

Трудно найти врача, который без тени сомнения может сказать: «Я вылечил НЦА!». Причина данной ситуации в том, что если рассмотреть НЦА как стертую форму истерического невроза (истерический сурдомутизм, параличи и классический status isthericus в современных условиях мы, наверное никогда не увидим), то становится ясно, что назначение любого фармакологического или физиотерапевтического лечения только усугубит ситуацию. Установление диагноза и назначение лечения подтверждает у пациента уверенность в том, что он действительно болен. Активные симптомы становятся для больного «условно желательными», так как позволяют разрешить или ослабить психотравмирующую ситуацию, оправдать свою несостоятельность («а я болен...»), дают возможность манипулировать окружающими людьми, извлекать выгоду из статуса больного, а нередко и «наказывать прови-

нившихся» путем жалоб больного и родителей во все мыслимые и немыслимые инстанции.

Среди военнослужащих я бы выделил две наиболее часто встречающиеся формы НЦА. В первом случае это НЦА у призывников и молодых солдат срочной службы. Психотравмирующей ситуацией является военная служба, вернее представление о ней, а пусковым механизмом могут быть случай освобождения от службы по болезни знакомого или родственника, или неосторожное замечание врача на призывной комиссии о том, что имеются какие-то шумы в сердце. Вариантов может быть множество. В подсознании пациента выстраивается псевдологическая цепочка: «больных не берут в армию — у меня болит сердце, значит я больной — меня не возьмут армию, а если возьмут, освободят от наиболее тяжелых работ и физподготовки». Через подсознание оказывается воздействие на вегетативную нервную систему и вызываются соответствующие симптомы. Обычно такая форма НЦА у 90% пациентов исчезает после 6 месяцев службы (психотравмирующая ситуация дезактуализируется), но есть ряд военнослужащих с низкими адаптационными способностями, которые могут месяцами, а то и до конца службы перемещаться между медицинским пунктом, медротой и военным медицинским центром. Они становятся постоянным источником жалоб, а в отдельных случаях, после неоднократного переосвидетельствования, добиваются признания их негодными к службе.

Второй вариант развития НЦА наблюдается у офицеров, имеющих проблемы со службой. Это могут быть выпускники военных вузов, которые не имеют право увольтись до окончания первого контракта иначе как по болезни. Аналогичная психотравмирующая ситуация возникает у офицеров 37-40 лет, занимающих достаточно высокие должности и осознающих свою несостоятельность. Уволтиться по окончании контракта для них, значит остаться без пенсии до достижения предельного возраста, а переводится на должности с меньшим объемом работы добровольно, большинство не решается по материальным соображениям. В этой ситуации сознание определяет задачу: «уволтятся по болезни», а подсознание на-

чинает работать на ее выполнение. В этом случае прогноз более пессимистический – если офицер не увольняется НЦА переход в настоящее психогенное заболевание: АГ, ИБС, ЯБ и т.д. Кроме НЦА у них могут иметь место и другие соматоформные вегетативные расстройства: сердечный невроз, психогенная аэрофагия, покашливания, желудочный невроз, синдром психогенного беспокойства кишок, психогенный понос и метеоризм, гипервентиляция, психогенная дизурия. Обычно такие расстройства рассматриваются как соматические симптомы и могут безуспешно лечиться годами.

Выводы

1. НЦА является психическим заболеванием – неврозом, протекающим по типу соматоформной вегетативной дисфункции, главной причиной возникновения и развития которой является психотравмирующая ситуация (чаще хроническая).

2. Диагноз НЦА может быть выставлен только при участии психиатра (психотерапевта), при этом терапевтом, неврологом и т.п. должно быть четко установлено отсутствие существенных органических поражений, которые могут определить клиническую картину болезни.

3. Основной метод лечения НЦА (и других соматоформных расстройств) – психотерапия. Непродуманное назначение фармакологического лечения, предоставление всякого рода освобождений, послаблений, льгот приводит к утяжелению и хронизации состояния.

4. Профилактикой НЦА для призывников и солдат срочной службы может служить тщательный отбор молодого пополнения, особенно в допризывной период и информационно-просветительская работа среди населения. В

отношении офицеров особенно важна правильная кадровая политика, а так же строгая система контроля за их состоянием здоровья (диспансеризация).

Литература

1. Давиденков, С. Н. Неврозы. МедГИЗ, 1963.
2. Кузнецов, В. Ф. Невроз. Эффективное лечение. Минск: ИООО «Современное слово» – 2005.
3. Пери, К. Авиационно-космическая психиатрия, Предотвращение летных происшествий. М.: Воениздат. – 1977.
4. Смулевич, А. Б., Психосоматические расстройства, Социальная клиническая психиатрия. №1. – 1997.
5. Тизул, А. Я., Воронков, Ю. И. Здоровье здорового человека. М.: Изд. «Советский спорт». – 2004.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятый пересмотр. Краткий вариант. Минск: «Асар» – 2001.
7. Требования к состоянию здоровья граждан при приписке к призывным участкам, призыве на срочную военную службу, службу в резерве, военную службу офицеров запаса, военные и специальные сборы, поступлении на военную службу по контракту, в учреждение образования «Минское суворовское военное училище» и военные учебные заведения, военнослужащих, граждан, состоящих в запасе Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденные постановлением Министерства обороны и Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 апреля 2006 г. № 10/30.
8. Справочник войскового врача. часть 2. Лечебно-диагностическая работа в воинской части / под ред. Ф.И. Комарова, М.: Воениздат. 1983.
9. Справочник войскового врача. Лечебно-диагностическая работа в соединении и воинской части / под ред. Н. Н. Позняка, Минск, – 2003.