

Функціональні порушення серцево-судинної системи: номенклатура, термінологія та напрямки розробки класифікації

В.М. Коваленко, О.Г. Несукай

Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска АМН України, м. Київ

КЛЮЧОВІ СЛОВА: функціональні порушення серцево-судинної системи, класифікація

Питання функціональних розладів серцево-судинної системи, їх термінологія і номенклатура залишаються найбільш невизначеними на міжнародному рівні порівняно з іншими патологіями системи кровообігу (атеросклероз, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія тощо). В Україні існують різні підходи до вивчення цієї проблеми, але і досі не сформульована загальна концепція її реалізації. Вкотре це питання вирішували під час диспуту робочих груп Українського товариства кардіологів з проблеми функціональних розладів серцево-судинної системи, що відбувся у рамках науково-практичної конференції «Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії в Україні в рамках реалізації національної програми», яка проходила з 15 по 17 квітня 2002 року в Києві. У диспуті брали участь модератори В.М. Коваленко, Є.П. Свіщенко, О.С. Сичов, а також К.М. Амосова, Л.Ф. Богмат, М.І. Лутай, Ю.М. Сіренко та інші.

Важливість розробки номенклатури і термінології функціональних порушень діяльності серцево-судинної системи зумовлена тим, що вони надзвичайно розповсюджені, особливо серед осіб молодого і середнього віку: в загальній структурі серцево-судинних хвороб їх частка становить 32–50% (В.І. Маколкін, 1985), але останніми роками цій проблемі приділялося недостатньо уваги.

Функціональні порушення серцево-судинної системи можуть виникати внаслідок різних причин – стресу, інфекції, гормональних порушень, спадково-конституціональних чинників, фізичних і хімічних впливів тощо. Сильний психоемоційний стрес має особливе значення, оскільки у нинішній ситуації людина постійно перебуває в умовах великого навантаження на роботі і відчуває невпевненість у завтрашньому дні.

В основі функціональних уражень серцево-судинної системи лежать зміни вищої нервової діяльності, що відбуваються з порушенням тону вегетативної нервової системи (ВНС).

Важливо підкреслити, що ВНС виконує в організмі дві глобальні функції: збереження і підтримання гомеостазу (утримання в межах фізіологічної норми температури тіла, потовиділення, артеріального тиску (АТ), частоти скорочень серця (ЧСС), біохімічних показників тощо), а також відповідає за мобілізацію функціональних систем організму для адаптації до умов навколишнього середовища, що змінюється, тобто функцію пристосування (А.М. Вейн, 2002).

З анатомо-морфологічного погляду в будові ВНС виділяють сегментарний (локальний характер синдромів) та надсегментарний (інтегративний характер синдромів) відділи. Надсегментарний рівень відповідає за інтеграцію вегетативних функцій з емоційними, моторними, ендокринними функціями для забезпечення цілісного поведінкового акту. Функціональні розлади виникають при порушенні динамічної рівноваги між корою головного мозку і центрами гіпоталамусу.

Симптоматика, що проявляється у пацієнта, подібна до тої, що виникає при ураженні органу або системи органів (серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкового тракту), які переважно або повністю інервуються і контролюються ВНС. Симптоми бувають двох типів, жоден з яких не вказує на порушення конкретного органу або системи. Перший тип симптомів – прояви вегетативного подразнення (серцебиття, пітливість, почервоніння, тремор, страх і занепокоєння можливим порушенням здоров'я). Другий тип симптомів – неспецифічного або мінливого характеру: швидкоплинний біль у всьому тілі, відчуття жару, тяжкості, втоми або здуття живота, які пацієнт асоціює з будь-яким органом або системою органів.

А тому хворі з вегетативними розладами звертаються до лікарів різних спеціальностей, і як наслідок цього функціональні порушення позначаються різними термінами, що нерідко ускладнює їх розу-

Таблиця 1
Класифікація хвороб серця відповідно до МКХ-10

Клас	Нозологічна форма	Шифр
V (розлади психіки і поведінки)	Соматоформна вегетативна дисфункція – Кардіогенний невроз – Нейроциркуляторна астенія	F 45.3

міння. Так, один і той самий стан терапевти визнають як нейро-циркуляторну дистонію (НЦД), неврологи – вегето-судинну дистонію, а психіатри – як невротичні розлади. Це ускладнює визначення нозологічного діагнозу і подальше формування статистичної звітності. В Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) такі стани описані в рубриці психічних розладів і об'єднані під соматоформною вегетативною дисфункцією (табл. 1).

Вегетативні розлади, що проявляються переважно в серцево-судинній системі, можуть проявлятися такими синдромами: кардіалгічним, кардіоритмічним, артеріальною гіпер- і гіпотонією. Оскільки звичайно хворі скаржаться на соматичні прояви – серцебиття, задишку, підвищений АТ, головний біль, запаморочення, то в першу чергу постає питання диференційної діагностики і виключення всіх хвороб, що можуть бути причиною симптомів функціональних порушень.

Для цих станів характерна виражена невідповідність тяжкості суб'єктивного відчуття даним об'єктивним і спеціальним дослідженням.

Згідно зі стандартами та критеріями для функціональних уражень серця характерні такі клінічні прояви: зміни стану ВНС і вегетативного тону, наявність кардіалгії, респіраторного синдрому, порушення ритму серця; відсутність патологічних змін з боку серця при фізикальному обстеженні, електрокардіографії, рентгенологічному обстеженні; відсутність змін клапанного апарату і морфофункціонального стану серця при ехокардіографії (В.М. Коваленко, 2000).

Критеріями виключення є наявність вогнищевої інфекції і її персистенція, ознаки загального і локального запалення за даними лабораторних клінічних, біохімічних, специфічних бактеріологічних та імунологічних показників, наявність збільшення розмірів серця, морфологічних змін клапанного апарату і окремих камер серця за даними рентгенологічного дослідження та ехокардіографії, застійна недостатність кровообігу (В.М. Коваленко, 2000).

Кінцевий етап діагностики повинен включати уточнення характеру вегетативних розладів, моно- і полісистемності, перманентності і пароксизмальності їх проявів, наявності афективних, емоційних і мотиваційних розладів (А.М. Вейн, 2002).

Таблиця 2
Функціональні ураження серцево-судинної системи

Соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (F45.3)	
Варіанти перебігу:	кардіальний: кардіалгічний тип, кардіаритмічний тип тощо гіпертензивний гіпотензивний змішаний

Незважаючи на тривалий перебіг, функціональні розлади відрізняються доброякісним перебігом, сприятливим прогнозом, не призводять до органічного незворотного ураження серцево-судинної системи – серцевої недостатності і кардіомегалії. При цьому вони можуть призводити до зниження, а іноді – до повної втрати працездатності, що зумовлює необхідність затвердження їх єдиної класифікації.

Пропонується клінічна систематизація функціональних хвороб серця на основі термінології і нomenклатури МКХ-10 як методологічна база для подальшої розробки і впровадження класифікації окремих захворювань (табл. 2).

Кардіальний варіант НЦД відповідає кардіальному неврозу за МКХ-10. Хворі фіксовані на своїх больових відчуттях – кардіалгіях і звичайно сприймають їх як захворювання серця. Для кардіалгій характерне посилення внаслідок стресів, загострення конфліктних ситуацій, погіршення емоційного стану (А.М. Вейн, 1998). У таких хворих часто відзначають порушення ритму серця, які можуть з'являтися в момент фізичного навантаження або хвилювання, при вживанні кави, міцного чаю, алкоголю, під час паління, а іноді і у стані спокою або вночі. Найчастіше реєструють синусову тахікардію і екстрасистолічну аритмію.

Гіпертензивний і гіпотензивний варіанти НЦД відповідають нейроциркуляторній астенії за МКХ-10. Ці стани характеризуються змінами АТ у бік підвищення або зниження внаслідок стресового перевантаження, метеозалежності тощо. Нормальний АТ відновлюється без медикаментозного або немедикаментозного втручання.

Прикладом гіпертензивного варіанту є феномен хибнопозитивних значень АТ при амбулаторному вимірюванні, який добре відомий під назвою «амбулаторна гіпертонія» або «гіпертонія білого халату» – хворий реагує на присутність медичного персоналу достатньо вираженим підвищенням АТ (Е. О'Бrien, 1988). Підвищення активності симпатичної нервової системи, найчастіше як наслідок психоемоційного стресу, поряд з прямою гіпертензивною дією, призводить до актива-

ції ренін-ангіотензинової системи, підвищення периферичного опору і до цілого спектра метаболічних і електролітних змін. Тривала активація симпатичної нервової системи призводить до пригнічення барорецепторного рефлексу з настройкою АТ на більш високому рівні. Тонус вагуса знижується, АТ і ЧСС підвищуються. У хворих з «амбулаторною гіпертонією» не відзначають уражень органів-мішеней, тому за сучасними науковими уявленнями вони не потребують медикаментозного лікування (P. Gosse, 1993).

НЦД за гіпотензивним типом (есенціальна гіпотензія) – це функціональне неврогенне захворю-

вання системи кровообігу, важливою клінічною і патогенетичною особливістю якого є лабільність і зниження АТ.

Слід зазначити, що виділення змішаного варіанту перебігу НЦД зумовлено тим, що часто кардіальний невроз поєднується з істотними коливаннями судинного тону – гіпотонією або транзитною, переважно систолічною, гіпертензією.

Таким чином, розробка питань номенклатури і класифікації функціональних уражень серця має певне соціально-економічне значення, оскільки від них залежать питання експертизи, працевлаштування, фахової придатності хворих.

УКРАЇНСЬКИЙ КАРДІОЛОГІЧНИЙ ЖУРНАЛ

Єдине в Україні рецензоване науково-практичне видання з кардіології

- ◆ проблемні статті провідних фахівців
- ◆ оригінальні дослідження
- ◆ огляди літератури та лекції
- ◆ практичні рекомендації для лікарів
- ◆ інформація Українського та Європейського товариств кардіологів
- ◆ тематичні додатки

Читайте в наступних випусках журналу:

- Стандарти лікування кардіологічних захворювань Українського товариства кардіологів

**Передплата на 2002 рік здійснюється у всіх відділеннях зв'язку України.
Передплатний індекс журналу 74520**

Вимоги до статей опубліковані у № 1 за 2002 рік

Журнал запрошує фармацевтичні фірми і підприємства для реклами медикаментів і медтехніки та участі у виданні тематичних додатків

Адреса редколегії: 03151, Київ-151, вул. Народного ополчення 5
Тел.: (044) 249-70-20 (випуск. редактор), 249-70-05 (відповід. секретар)
Факс: (044) 277-42-09 E-mail: uic@mbox.com.ua
Електронна версія журналу: www.rql.kiev.ua/cardio_j