

Галинова И. В.

Нейроциркуляторная или вегетососудистая дистония и беременность

ФГБОУ ВО «Пермский государственный университет имени академика Е. А. Вагнера» Минздрава России, г. Пермь

Galina I. V.

Neurocirculatory or vegetative dystonia and pregnancy

Резюме

Введение: остаётся спорным вопрос о нозологической принадлежности вегетососудистой дистонии (ВСД). По литературным данным ВСД оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и родов, несмотря на отсутствие чётких критериев постановки диагноза. **Цель:** определить частоту встречаемости ВСД у беременных женщин, связь с осложненным течением беременности и родов. **Материалы и методы:** проанализировано 178 обменных карт и историй родов. **Результаты:** Диагноз ВСД установлен терапевтами в 47 случаях (26 %): в 21 – по гипотоническому типу (в соответствии с критериями у 17), в 9 – по гипертоническому типу (у 5 имелись различные варианты артериальной гипертензии, требующие дообследования), в 6 – по смешанному типу и в 11 тип ВСД не указан. **Выводы:** не получено доказательств, что ВСД имеет достоверное влияние на течение беременности и родов. Отсутствие критериев для постановки данного диагноза позволяет нам говорить о необходимости исключения этого термина (диагноза) из практики врача-терапевта и врача-акушера-гинеколога.

Ключевые слова: вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, осложнения беременности и родов

Summary

Introduction: the question of the nosological affiliation of vegetative dystonia (VD) remains controversial. According to the literature, the VD has an adverse effect on the course of pregnancy and childbirth, despite the lack of clear criteria for diagnosis. **Aim:** to determine the frequency of occurrence of the VD in pregnant women, the relationship with complicated pregnancy and childbirth. **Materials and methods:** analyzed 178 exchange cards and birth histories. **Results:** The diagnosis of the VD was made by therapists in 47 cases (26%): in 21 - according to the hypotonic type (according to the criteria in 17), in 9 - according to the hypertonic type (in 5 there were various options for arterial hypertension requiring additional examination), in 6 - by mixed type and in 11, the type of VVD is not specified. **Conclusions:** there is no evidence that the VD has a significant effect on the course of pregnancy and childbirth. The absence of criteria for making this diagnosis allows us to talk about the need to exclude this term (diagnosis) from the practice of the general practitioner and obstetrician-gynecologist.

Keywords: vascular dystonia, neurocirculatory dystonia, complications of pregnancy and childbirth

Введение

Дискуссионным остается вопрос о нозологической принадлежности такого расстройства нервной системы как нейроциркуляторная дистония (НЦД) – одни авторы склонны рассматривать ее как самостоятельную клиническую единицу, другие же – как неспецифический синдром, а третьи относят НЦД к психическим расстройствам. Также у данного заболевания существует несколько определенных синонимов: «вегетососудистая дистония» (ВСД), «нейроциркуляторная астения» (НЦА), «соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы» (СДВНС), соматоформные вегетативные дисфункции (СВД), «вегетативный невроз», «вегетоз» и др. [1, 2].

Следует отметить, что в ходе литературного поиска в зарубежных изданиях с помощью баз данных ClinicalKey, PubMed не найдено публикаций за последние 5 лет по запросам «vegetative dystonia», «vascular dystonia», «vegetovascular dystonia», «neurocirculatory asthenia», «somatoform dysfunction of vegetative nervous system», что говорит об отсутствии данных терминов в международных классификациях.

В отечественной терапевтической школе была разработана концепция нозологической самостоятельности НЦД наряду с признанием возможности трактовки этого расстройства на синдромальном уровне. Однако в современной классификации МКБ-10 диагноза «нейро-

циркуляторная» и «вегетососудистая дистония» не определены как самостоятельные нозологические единицы, а относятся к кластеру невротических и соматоформных расстройств. В наибольшей степени нейроастения подпадает под подраздел F45.3 (Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы), G90.8 (Другие расстройства вегетативной нервной системы) [2, 3, 4].

Отсутствие единого термина, единых критериев постановки диагноза и тактики ведения затрудняет оценку влияния НЦД или ВСД на течение беременности и родов, хотя среди различных экстрагенитальных заболеваний у беременных НЦД встречается с частотой от 10 до 50% и по данным различных авторов может быть причиной осложнений беременности и родов таких как ранний токсикоз (37%), угроза прерывания беременности в различные сроки (56%), преждевременные роды (10%), внутриутробная гипоксия плода (12-33%), задержка роста плода в результате сниженного маточно-плацентарного кровотока (9%), преждевременное излитие вод (ПВ) (25%), преэклампсия средней и тяжелой степени (7%), аномалии родовой деятельности (17%), осложнения периода ранней адаптации (44%) [5, 6, 7, 8].

Серьезной проблемой в определении тактики ведения беременности у такой группы пациенток является фактическое отсутствие четкого морфологического субстрата данной патологии [5].

В настоящее время большинство исследователей рассматривают НЦД как полиэтиологическое заболевание, в формировании которого принимают участие генетические и приобретенные факторы, имеющие как предрасполагающее, так и пусковое значение. Среди них: хронические и острые психогенные перегрузки, физическое перенапряжение, техногенные факторы, хронические и острые инфекции, сенсбилизация и др.

Ещё одна точка зрения на патогенез НЦД связана с участием эндокринных расстройств. К развитию НЦД предрасполагают эндокринные перестройки организма, возникающие в период полового созревания, беременности, менопаузы, а вегетативные изменения могут рассматриваться как критерий стрессовой ситуации организма, доказательством чего может являться смещение баланса вегетативной нервной системы с увеличением гестационного срока в сторону симпатической регуляции. Вегетативная нервная система выступает основным регуляторным механизмом, влияющим на функциональное состояние органов и систем. При этом в состоянии покоя преобладает вагусная регуляция, а стрессовая ситуация приводит к активации симпатической нервной системы, что активирует энергетические процессы. Ведущим звеном НЦД является, по-видимому, поражение гипоталамических структур. Нарушение регуляции проявляется, прежде всего, в виде дисфункции симпатико-адреналовой и холинергических структур. Изменяется и чувствительность соответствующих периферических рецепторов, появляются нарушения гистамин-серотониновой и калликреин-кининовой систем, водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния, углеводного обмена, кислородного обеспечения физической работоспособности.

В тканях активизируются гистамин, серотонин, которые приводят к расстройству метаболизма и развитию дистрофических процессов [7, 9, 10].

В генезе артериальной гипотонии беременных играет роль снижение концентрации серотонина, снижение периферического сосудистого сопротивления; наличие дополнительного депо крови (маточно-плацентарное русло); изменения гормональной и нейротрансмиттерной систем с превалированием вазодилататорных эффектов над вазоконстриктивными [8].

В клинической картине при данной патологии мало специфических симптомов, описываются более 150 симптомов и 30 синдромов, но чаще выделяют следующие основные синдромы: кардиалгический, тахикардальный, респираторный, астенический, которые характеризуются миокардиодистрофическими, периферическими сосудистыми нарушениями, в том числе вегетативными кризами и паническими атаками. Вегетативные расстройства могут быть составной частью других патологических состояний и маскировать, например, нарушения ритма и проводимости сердца, артериальную гипертензию и т. д., которые требуют дополнительного обследования и наблюдения [4, 7].

Цель исследования - определить частоту встречаемости НЦД у беременных женщин, связь с осложненным течением беременности и родов.

Материалы и методы

Проанализировано 178 обменных карт (учётная форма №113) и историй родов (форма № 096/у).

Из проанализированных 178 случаев осмотрены терапевтом 175 женщин (98,3 %). На основании заключений терапевтов все пациентки были разделены на 5 групп: 1 - беременные без ВСД (n = 128), 2 - беременные с ВСД или НЦД по гипотоническому типу (n = 21), 3 - беременные с ВСД или НЦД по гипертоническому типу (n = 9), 4 - беременные с ВСД или НЦД по смешанному типу (n = 6), 5 - беременные с неуточнённой ВСД или НЦД (n = 11).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов параметрического анализа. При расчете показателей в группах наблюдений с количеством пациенток менее 30 использовалась поправка Ван дер Вардена [11].

Результаты и обсуждение

Средний возраст пациенток составил $29,9 \pm 5,71$ лет (от 16 до 46 лет). Среди них первобеременных 48 (26,9 %), первородящих 80 (44,9 %).

На учёт по беременности до 12 недель встали 165 человек (92,7 %), в сроке 12-20 недель – 12 (6,7 %), в сроке более 20 недель – 1 (0,6 %).

Согласно порядку наблюдения за беременными женщинами осмотр терапевта должен быть проведён не менее 2 раз, и первый осмотр должен быть выполнен через 7-10 дней после первичного обращения в женскую консультацию для того, чтобы заключение о возможности вынашивания беременности было сделано до 12 не-

дель [12]. Поздний же осмотр терапевта приводит к несвоевременному выявлению патологических состояний и к запоздалому началу лечения, что повышает риск возникновения осложнений у матери и плода.

Из проанализированных 178 случаев осмотрены терапевтом 175 женщин (98,3%), из них первый раз в сроке до 12 недель 72 (40,5%), от 12 до 20 недель – 74 (41,6%), в сроке более 20 недель – 29 (16,3%), повторно осмотрены терапевтом 146 женщин (82%).

Диагноз ВСД установлен терапевтами в 47 случаях (26%): в 21 – по гипотоническому типу (группа 2), в 9 – по гипертоническому типу (группа 3), в 6 – по смешанному типу (группа 4) и в 11 тип ВСД не указан (группа 5).

Диагноз «ВСД по гипотоническому типу» присутствовал у 21 женщины (11,8%) с уровнем АД менее 110/70, с жалобами на головные боли или при отсутствии жалоб. В тоже время артериальная гипотония – это снижение АД <100/60 мм рт. ст. (для женщин в возрасте до 25 лет) и <105/65 мм рт. ст. (в возрасте более 30 лет). Среди беременных женщин артериальную гипотонию отмечают в 10-12% случаев [8]. Критериям постановки диагноза "артериальная гипотония" в соответствии с возрастом соответствовали только 17 пациенток (80,9%).

В настоящее время четко определены клинические варианты артериальной гипертензии при беременности и критерии постановки диагноза. В отличие от диагноза ВСД и НЦД по гипертоническому типу, при которых, нет четко обозначенных критериев.

Артериальная гипертензия (АГ) — состояние, при котором у беременных регистрируется САД ≥ 140 мм рт. ст. и/или ДАД ≥ 90 мм рт. ст. О наличии АГ при самостоятельном измерении АД беременной в домашних условиях или при проведении суточного мониторинга АД (СМАД) свидетельствует уровень АД $\geq 135/85$ мм рт. ст.

Выделяют следующие клинические варианты АГ при беременности:

- АГ, имевшаяся до беременности — хроническая АГ (ХАГ) — гипертоническая болезнь (ГБ) или симптоматическая АГ;

- гестационная артериальная гипертензия (ГАГ);
- ХАГ, осложненная преэклампсией (ПЭ);
- ПЭ/эклампсия.

ХАГ — повышение уровня АД $\geq 140/90$ мм рт. ст., определяемое до наступления беременности или до 20 недель ее развития.

В группу ХАГ, помимо ГБ и симптоматической АГ, входят:

- гипертензия «белого халата» — повышение АД при офисных измерениях (АД $\geq 140/90$ мм рт. ст.), и АД <140/90 мм рт. ст. при самостоятельном (домашнем) измерении или при СМАД (среднесуточное АД <135/85 мм рт. ст.);

- маскированная артериальная гипертензия — АД <140/90 мм рт. ст. при офисном измерении и АД $\geq 140/90$ мм рт. ст. при самостоятельном (домашнем) измерении или при СМАД (среднесуточное АД $\geq 135/85$ мм рт. ст.) [13].

Мы проанализировали данные пациенток с диагно-

зом «ВСД по гипертоническому типу», который присутствовал у 9 женщин (5,1%). Диагноз установлен при первичном осмотре терапевта при сроке беременности до 14 недель в 4 случаях (у 1 при этом имелись критерии гипертонии «белого халата» и в сроке 36 недель беременность осложнилась преэклампсией тяжелой степени), при повторном осмотре – в 5 случаях при сроке более 22 недель. У 1 пациентки присутствовали критерии для постановки диагноза «гипертония «белого халата», у 4 – «маскированная гипертензия», что, согласно национальным рекомендациям [13], являлось показанием для проведения СМАД. До установления диагноза СМАД не было проведено ни в одном случае, для уточнения диагноза СМАД было рекомендовано только 1 пациентке.

Следует отметить, что у 2 беременных с диагностированной ВСД по гипертоническому типу (не соответствовавших ни одному из вариантов артериальной гипертонии) беременность осложнилась гестационной артериальной гипертензией (при гестационном сроке 35 и 39 недель). В двух случаях (недиагностированная гипертензия «белого халата» и «маскированная гипертензия») беременность осложнилась преэклампсией тяжелой степени и, как следствие, преждевременными родами.

Обращает на себя внимание, что при постановке диагноза «ВСД по гипертоническому типу» в 4 случаях назначен препарат «Допегит» в дозировке от 250 до 750 мг в сутки: 1 пациентке с недиагностированной гипертензией «белого халата», 2 – с неустановленной маскированной гипертензией и 1 пациентке, у которой отсутствовали критерии какого-либо варианта артериальной гипертонии.

Нами проведен анализ осложнений в течение беременности и родов у пациенток с различными типами ВСД (табл.). Проведена оценка достоверности различий между группами беременных с ВСД и без ВСД. Достоверных различий выявлено не было.

У всех женщин с диагнозом «ВСД» различных типов присутствовали те или иные осложнения беременности и родов: преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), преждевременное излитие вод (ПИВ), слабость родовой деятельности, быстрые роды, дискоординация родовой деятельности, плотное прикрепление последа, преэклампсия умеренная и тяжелая, гестационная артериальная гипертензия умеренная, многоводие, крупный плод, синдром задержки развития плода (СЗРП), дистресс плода.

Выводы

1. Понятия «вегетососудистая дистония» и «нейроциркуляторная дистония» являются широко используемыми в практической деятельности на сегодняшний день, несмотря на, отсутствие данных нозологий в современной международной классификации болезней, клинических рекомендациях и нормативных документах.

2. Отсутствие критериев для постановки данного диагноза позволяет нам говорить о необходимости исключения данного термина (диагноза) из практики врача-терапевта и врача-акушера-гинеколога.

Таблица. Структура осложнений беременности и родов в зависимости от типа ВСД

Осложнения	Группа 1 (n = 128)		Группа 2 (n = 21)		Группа 3 (n = 9)		Группа 4 (n = 6)		Группа 5 (n = 11)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
ПИВ	29	22,7	7	33,3	5	55,6	2	33,3	3	27,3
Слабость родовой деятельности	16	12,5	6	28,6	0	0	0	0	2	18,2
Преждевременные роды	20	15,6	1	4,8	3	33,3	0	0	2	18,2
ПОНРП	6	4,7	1	4,8	0	0	0	0	1	9,1
Гестационная АГ	17	13,3	0	0	2	22,2	1	16,7	1	9,1
Преэклампсия	7	5,5	1	4,8	2	22,2	0	0	0	0
Быстрые роды	4	3,1	1	4,8	1	11,1	0	0	0	0
Дискоординация родовой деятельности	1	0,8	0	0	1	11,1	0	0	0	0
Плотное прикрепление плаценты	1	0,8	1	4,8	0	0	0	0	0	0
Многоводие	2	1,5	1	4,8	0	0	1	16,7	0	0
Крупный плод	14	10,9	1	4,8	0	0	1	16,7	0	0
СЗРП	8	6,3	1	4,8	0	0	0	0	1	9,1
Дистресс плода	9	7,0	1	4,8	0	0	0	0	1	9,1

3. НЦД или ВСД по гипертоническому типу часто маскирует различные варианты АГ. Применение несуществующих диагнозов ведет к ошибочной диагностической и лечебной тактике, как следствие, к осложнениям в течение беременности и родов, которые могут стать причиной материнской и младенческой смертности.

4. Использование несуществующего диагноза, в ряде случаев, ведет к необоснованному применению антигипертензивных препаратов.

5. Не получено доказательств, что ВСД и НЦД имеют достоверное влияние на течение беременности и родов ■

Галинова Ирина Витальевна, аспирант кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е. А. Вагнера, г. Пермь, 614000, ул. Петропавловская, 26, mishlanova1@mail.ru, 89082435863

Литература:

- Чутко Л. С. Соматоформные расстройства. Медицинский совет. 2011; 1(2) 2011: 84-87;
- Олейникова М.М. Нейроциркуляторная дистония как психосоматическая патология. Вестник новых медицинских технологий. 2006;1 (13): 60;
- Сарапульцев А.П. Нейроциркуляторная дистония или синдром ДаКосты. История изучения. Уральский медицинский журнал. 2014; 4: 73-79;
- Коломацкая О.Е., Чесникова А.И. Анализ сердечно-сосудистой патологии у беременных: фокус на нарушения ритма сердца. Проблемы женского здоровья. 2015; 4: 27-34;
- Рождественская Т. А. Факторы риска развития осложнений беременности у женщин с артериальной гипертензией и соматоформной дисфункцией вегетативной нервной системы. Охрана материнства и детства. 2012; 2 (20): 51-54;
- Вальц И.А., Абужеримова А.К., Братова О.В., Павлова Р.В. Соматоформная дисфункция как коморбидный предиктор, осложняющий течение беременности, родов и послеродового периода. Современные научные исследования и разработки. 2018; 3 (20): 153-157;
- Кулавский В.А., Кулавский Е.В., Беглов В.И., Зиганшин А.М. Влияние вегето-сосудистой дистонии на течение беременности и исход родов. Мать и дитя в Кузбассе. 2015; 2: 59-62;
- Савельева Г. М., Сухих Г. Т., Серова В. Н., Радзинский В. Е., ред. Акушерство: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2018:680-683;
- Захарьян Е.А., Кубышкин В.Ф., Ионов В.А. Нейроциркуляторная дистония – патология соединительнотканного матрикса? Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. 2011; 2 (2): 116-122;
- Шилова Н. В. Состояние вегетативной нервной системы у беременных с нейроциркуляторной дистонией при физической реабилитации. Вестник Авиценны. 2015; 1 (62): 85-88;
- Медицинская статистика. Доступно по: <http://www.medstatistic.ru/>;
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.10.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)». [J Доступно по: http://disuria.ru/_ld/1/167_Pr572nMZ011112.pdf Ссылка активна на

21.05.2018;

13. Российское кардиологическое общество. Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний

при беременности. Национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2018; 3 (155): 97-98.