

ОГЛАВЛЕНИЕ

Кардиалгии. Климакс. Определение понятий	8
Рефлекторные вертеброгенные болевые синдромы	9
Кардиалгии мышечного происхождения	12
Вегетативная иннервация внутренних органов	15
Роль вегетативной системы в реализации кардиалгий	16
Кардиалгии при сегментарном поражении вегетативной системы	22
Участие солнечного сплетения в развитии кардиалгий	27
Нейроциркуляторная дистония в структуре соматоформных расстройств и кардиалгического синдрома	34
Методы альгодиагностики	38
Тепловизионная диагностика болевых синдромов	56
Основные мероприятия терапии кардиалгий	58
Ноофен как эффективное средство терапии кардиалгий климактерия	67
Список сокращений	75



СТОЯНОВ АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ

Доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии Одесского национального медицинского университета. Воспитанник научной школы Г.И.Маркелова-Ю.Л.Курако.

Автор 446 научных работ, в том числе 16 учебных пособий, монографий, 31 патентов и авторских свидетельств на изобретения, 146 рацпредложений, большого количества информационных писем и нововведений МОЗ Украины. Ответственный за последипломное образование, международные связи кафедры.

Член Правления Украинского научного общества неврологов, психиатров и наркологов; Европейской Федерации неврологических обществ; Международной ассоциации «Лазер и Здоровье»; Рабочей группы по организации учебных курсов EFNS. Ученый секретарь Одесского научного общества неврологов, психиатров и наркологов. Ответственный исполнитель научно-исследовательской работы кафедры.

Лауреат конкурсов им. академика М.Б.Маньковского (2003, 2004, 2006 гг.), награжден дипломами и серебряной медалью ВДНХ Украины, дипломами Международной выставки-форума «Мир высоких технологий Hi Tech» (2001, 2002 гг.), лауреат конкурса «Лучшее изобретение года, 2005», награжден дипломом «Европейского качества» Европейской научно-промышленной палаты и золотой медалью (2013 г.).

Основные направления научных исследований: нейровегетология, физиотерапия, реабилитация в неврологии, морфофункциональные аспекты вегетативной патологии, нейронауки.

Одесский национальный медицинский университет

А.Н. Стоянов

НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ АСПЕКТЫ КАРДИАЛГИЙ КЛИМАКТЕРИЯ

Киев
2016

УДК: 617.546-618.173
ББК 57.125.9-7я73

А.Н.Стоянов Нейровегетативные аспекты кардиалгий климактерия –
Учебное пособие. – Киев.: ООО «ОЛФА», 2015.- 76 с.

Рецензенты:
д.мед.н., профессор О.Г.Морозова
д.мед.н., профессор В.А.Ежова

© А.Н.Стоянов

ПРЕДИСЛОВИЕ

Кардиалгии – боли в области сердца некоронарогенного происхождения – один из наиболее частых симптомов при ряде нейроэндокринных дисфункций и заболеваний организма.

Зачастую они усугубляют клиническое течение инволютивных процессов, особенно в структуре климактерического синдрома, проявления которого регистрируются у трети женщин старше 45 лет.

Причем, в этом периоде жизни, помимо уменьшающегося защитного действия эстрогенов на миокард и сосуды ярко проявляются кардиалгии, связанные с дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночнике, характерные для климакса, в т.ч. болевые вертеброгенные и миофасциального происхождения синдромы; при вовлечении в патологический процесс крупных вегетативных образований грудной, брюшной полости и малого таза; поражением периферической нервной системы в т.ч. инфекционного генеза, развивающегося на фоне метаболических изменений, сниженного иммунитета в пре- и постменопаузальный периоды.

Особенности клинического течения болей в области сердца во многом объясняются функционированием вегетативной нервной системы на всех ее уровнях.

Описанные в учебном пособии симптомы и синдромы, своеобразность клинического течения, возможности дополнительной диагностики и тестирования позволят врачам интернистам, неврологам, семейным врачам, кардиологам и другим специалистам избежать ряда диагностических ошибок при наличии нетипичных для стенокардии и других заболеваний сердца алгических феноменов.

КАРДИАЛГИИ. КЛИМАКС. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЙ.

«В ЦЕЛОМ БОЛЬ ПЕЧАЛЬНАЯ ПРИВИЛЕГИЯ ЖЕНЩИН...»

А.М.Вейн (1999)

Каждая вторая женщина нашей страны находится в переходном или постменопаузальном периоде, треть жизни проходит в климактерии.

Патологический климакс составляет 65-80 % в популяции (К.В.Андрущенко, 2003; А.А.Зелинский, 2003; Т.Ф.Татарчук, 2004; В.В.Поровознюк, 2004; С.Р.Галич, 2009).

Известна тесная связь алгических синдромов и климактерия. Именно в этот период жизни женщины становятся более чувствительными к боли – базиса группы жалоб, формирующихся с участием всех отделов и уровней нервной системы: вегетативной, анимальной и центральной. При этом, боль не всегда сокращает жизнь, но значительно снижает ее качество.

Наиболее значительными и многообразными по этиологии, клинической картине являются боли в области сердца, которые могут приобретать ведущее значение в клинике климактерического синдрома (КС).

В.В.Слоницкий даже выделяет кардиальную форму КС. М.Г.Арсеньева и А.М.Раскин относят их к типичным проявлениям КС, которые развиваются в перименопаузальном периоде.

На основании изучения кардиалгий различного генеза, в т.ч. возникающих в период менопаузы В.С.Волков и др. (1978) разделили их на три степени по интенсивности проявлений:

I степень – жалобы на редкие, слабые, колющие, ноющие боли в области сердца без иррадиации;

II степень – ноющие, колющие, давящие боли в области сердца иррадиирующие в лопатку и плечо, продолжающиеся от нескольких минут до 3-4 часов и часто сопровождающиеся вегетативными кризами и другими признаками вегето-сосудистой дистонии (ВСД);

III степень – постоянные, периодически усиливающиеся боли в области сердца на фоне ярко выраженного невротического состояния.

Несомненно, что интенсивность, частота и другие характеристики болей в области сердца во многом зависят от тяжести КС, которую определяют при помощи шкалы Е.М.Вихляевой, учитывающую количество приливов в сутки (легкая форма – до 10 в сутки; средняя от 10 до 20; тяжелая – более 20) или вычисляя «менопаузальный индекс» Х.Купермана.

РЕФЛЕКТОРНЫЕ ВЕРТЕБРОГЕННЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ

Помимо климактерических кардиопатий, истинных стенокардий и других заболеваний сердца, часто в период менопаузы встречаются кардиалгии обусловленные внекардиальными причинами.

Болевой синдром может возникать вследствие шейного и грудного остеохондроза, частота которого значительно увеличивается с возрастом, особенно в климактерическом периоде.

Многообразие клинических проявлений кардиалгий вертеброгенного генеза обусловлено комбинацией различных патофизиологических компонентов: вегетативных (сегментарных, надсегментарных), нейроэндокринных, коронарных, аффективных, психологических.

В основе вертеброгенных кардиалгий часто лежат дегенеративно-дистрофические процессы в позвоночнике, остеохондроз, остеопороз.

Значение в формировании вертеброгенных кардиалгий также имеют нервнорефлекторные связи между опорно-двигательным аппаратом шейно-грудного отдела позвоночника, мягкими тканями, органами грудной клетки.

На возникновение таких явлений в позвоночнике при инволюционной гормональной перестройке влияют: короткий репродуктивный период, раннее наступление менопаузы, индекс массы тела, рост, алиментарный дефицит кальция, мышечная сила, иммобилизация, использование заместительной гормональной терапии (ЗГТ), наличие трех и более хронических заболеваний (болезнь Кушинга, гипертиреоз, гипогонадизм, гиперпаратиреоз, акромегалия, сахарный диабет; желудочно-кишечная патология, заболевания гепато-биллиарной системы; болезни почек, онкологический процесс; ятрогении – пролонгированное лечение кортикоидами, гепарином, противосудорожными средствами; парезы и параличи и др), переломы костей в анамнезе, наследственные проявления остеопороза, уровень образования.

Патогенетические механизмы вертеброгенного болевого синдрома сводятся к повышению возбудимости периферических ноцицепторов в т.ч. дорсальных ветвей спинномозговых нервов, переднего и заднего сплетений образованных пограничным симпатическим стволом (ПСС) и синуввертебральными нервами.

Выброс медиаторов воспаления активизирует ноцицепторы, которые реагируют на слабые механические стимулы.

Боль может возникать вследствие повреждения нервов, корешков или спинальных ганглиев вследствие чего сенсорные нейроны возбуждаются, формируя эктопический источник патологической импульсации.

Возможно увеличение функциональных цепей в ЦНС вследствие ноцицептивной стимуляции, эту т.н. центральную сенситизацию можно трактовать как полезную адаптацию, предохраняющую ставшую чувствительной поврежденную область, если этот процесс не длителен.

Вертеброгенные кардиалгии часто называют атипичными, они редко бывают за грудиной локализации, тесно связаны с движением позвоночника, с мышечными напряжениями. Усиливаются при натуживании, чихании, кашле. Чувствительные расстройства определяются по сегментарному типу. Возможно рефлекторное напряжение мышц грудной клетки. Проведение ортопедических мероприятий приводит к снижению боли.

В диагностическом плане необходимо собрать детальный анамнез – последовательность появления отдельных симптомов, связь с динамикой других клинических проявлений.

При перкуссии возникает местная болезненность остистых отростков, при пальпации - в точках Эрба, надэрибовских точках, преимущественно слева.

Используются рентгенологические методы диагностики – шейного и грудного отделов позвоночника в двух проекциях (прямой и боковой), в некоторых случаях производят функциональную спондилографию и спондилографию в косой проекции (3/4). Деструктивные изменения чаще локализуются в сегментах от С5-С6 до Д4-Д5, проявляются снижением высоты межпозвонковой щели, регистрируются краевые костные разрастания, очаги остеопороза и др.

Применяются методы нейровизуализации (МРТ, КТ), ультразвуковую денситометрию. ЭМГ помогает определить функциональное состояние больших грудных мышц.

Наиболее часто имитировать кардиальную патологию могут рефлекторные вертеброгенные синдромы.

Например, синдром передней грудной стенки (пекталгии) на который, могут влиять заболевания миокарда, коронарных сосудов, мозга.

Целесообразно его рассматривать вместе с дорсалгиями и цервикалгиями. При этом, болевые, дистрофические, рефлекторные мышечно-тонические и нейроваскулярные изменения происходят в большой грудной мышце. Боль усиливается при физических нагрузках на мышцы грудной клетки, поворотах туловища. Боль локализуется между парастеральной и передней аксиллярной линиями, преимущественно слева и носит

ноющий продолжительный характер. Курковые зоны сконцентрированы в местах прикрепления мышц, особенно по среднеключичной линии на уровне 3-4 костохондрального сочленения и по свободному краю большой грудной мышцы.

При синдроме болезненной грудины боль локализуется в подключичной области и проекции мечевидного отростка с иррадиацией в руку, усиливается при отведении плечевого пояса назад и вниз. Подключичная мышца оказывает компрессию на подключичную артерию и часть плечевого сплетения. Мышца болезненна при пальпации. На рентгенограмме регистрируется сужение реберно-ключичной щели.

Рефлекторный синдром болезненного мечевидного отростка (ксифоидалгия) возникает при его поражении или при патологии внутренних органов грудной клетки, желудка, желчного пузыря. Алгии локализируются за мечевидным отростком, т.е. в пресердечной области, могут носить различный характер – приступообразные или длительные ноющие. Усиливаются при движении и не проходят в покое. Мечевидный отросток при пальпации и поколачивании болезненный.

Синдром болезненного скользящего реберного хряща возникает при врожденных синдесмозах VII – X ребер, скольжение хряща травмирует рецепторные образования сухожилий, связок, анимальных и вегетативных нервов. Возникает упорная местная боль с иррадиацией в плечевой сустав симулируя приступ стенокардии. Для диагностики необходимо определить повышенную подвижность и болезненность ложных ребер.

КАРДИАЛГИИ МЫШЕЧНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Рефлекторные боли в области сердца возникают при синдроме передней лестничной мышцы (скаленус-синдром Наффцигера) при сдавлении нижнего левого нервного ствола плечевого сплетения между передней лестничной мышцей и костью. При патологическом процессе в области шеи эта мышца легко подвергается рефлекторному напряжению с выраженным болевым синдромом, который усиливается при повороте головы и наклонах в правую сторону. При пальпации болезненна реберно-лестничная точка под ключицей. Важным диагностическим критерием является исчезновение симптоматики при новокаинизации.

При истинных кардиалгиях связанных с ишемическими проявления в миокарде (стенокардия, острая коронарная недостаточность) характерна загрудинная локализация, иррадиация в левую руку, их возникновению предшествует физическое перенапряжение, частым эквивалентом является одышка.

С целью исключения ИБС необходимо провести функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой (диагностическая велоэргометрическая проба с записью ЭЭК), коронарографию, УЗИ сердца.

В менопаузальный период вертеброгенные кардиалгии могут сочетаться со стенокардией; провоцировать ее (спондилогенно-коронарный синдром) при вставании, когда кончается ночная иммобилизация позвоночника; предшествовать или возникать на фоне стенокардии, что значительно затрудняет диагностику.

Кардиалгии миофасциального происхождения в период менопаузы также могут быть обусловлены костно-дистрофическими изменениями, перенапряжением, растяжением мышц, механической перегрузкой опорно-двигательного аппарата. Сама по себе эстрогенная недостаточность может явиться их причиной.

Миофасциальный болевой синдром (МФБС) характеризуется мышечными болями, сопровождающимися скованностью, спазмом мышц и наличием специфических триггерных точек. Несмотря на генерализованность миалгий, существуют акценты в определенных мышцах грудной клетки, которые клинически сложно отличить от кардиалгий.

Формирование триггерных точек связано с вторичной генерализацией процесса на фоне центральной сенситизации, возможно из-за повреждения периферических нервов.

Вегетативные дисфункции часто предшествуют МФБС – наряду с генерализованной вегетативной дистонией формируются регионарные проявления: изменение мышечного тонуса; ирритативные синдромы при надавливании на болезненные и напряженные участки мышц (Манкопфа-Румпфа – ускорение пульса; Мюллера с ощущением прилива крови к коже, в т.ч. на лице; Паро – расширение зрачков).

Миофасциальные триггерные точки могут активироваться от других триггерных точек при соматической патологии (чаще инфаркт миокарда, пептическая язва желудка, желчекаменная болезнь и др.), что значительно затрудняет диагностику.

Специфическая диагностика (ключевой феномен) – выявление триггерных точек при глубокой скользящей пальпации заинтересованных мышц.

Важным является то, как возникла боль: резко после физической нагрузки; нарастала постепенно; выявление слабости мышц и степени ограничения движения при растяжении; наличие плотного тяжа при пальпации мышцы, острой болезненности при надавливании на уплотненные мышечные волокна.

Фибромиалгия (ФМ) – диффузная симметричная хроническая мышечная боль сопровождающаяся скованностью, депрессией, нарушением сна и локальной болью в характерных точках (“Tender Point”). В плане определения этой патологии существует большое многообразие терминов, большинство которых до настоящего времени входило в структуру ревматологических заболеваний – мышечный ревматизм, ревматизм мягких тканей, миалгия, миофиброзит, миофибриллоз, нейроостеофиброз, миофасцит, вегетомиозит и т.д.

Заболевание возникает на третьем десятилетии жизни, диагностируется через 8-10 лет. Частота встречаемости в общей популяции достигает 2-4%.

Механизмы патогенеза во многом схожи с МФБС.

Боль имеет вегетативный оттенок – ноющая, изнуряющая, но умеренная по интенсивности, связана с изменениями метеофакторов, эмоциональным и физическим напряжением. Болезненные точки локализуются в местах прикрепления сухожилий и мышц преимущественно в шейном и грудном отделах позвоночника.

Наличие сутулости, в некоторых случаях является важным патогенетическим фактором (коррекция уменьшает боль).

Постоянными жалобами можно считать «невосстанавливающийся сон», утреннюю скованность, депрессивные переживания.

Вегетативные расстройства нередко проявляются симпатoadрена-

ловыми кризами, кардиалгиями, головными болями, абдоминалгиями.

Следует помнить, что количество триггерных точек в несколько раз больше у женщин, чем у мужчин, их может быть свыше 70, располагаются в строго определенных местах (например – затылочная область, трапецивидная мышца (середина верхнего края), надостная мышца (начало *m. supraspinatus*), грудино-реберное сочленение на уровне 2-го ребра, латеральный надмыщелок плеча и др.

Учитывая клиническую схожесть ФМ и МФБС необходимо дифференцировать эти два синдрома:

- при ФМ – значительное преобладание женщин, при МФБС соотношение между мужчинами и женщинами равно;
- боль при ФМ диффузная, при МФБС - локальная;
- депрессивные переживания характерны при ФМ;
- интенсивность алгий выше при МФБС;
- полисистемные пароксизмальные вегетативные проявления чаще при ФМ, локальные – при МФБС;
- болевой феномен при ФМ носит симметричный характер, при МФБС – односторонний;
- при МФБС характерно наличие болезненных мышечных уплотнений;
- при ФМ усиление боли связано с психоэмоциональным состоянием, качеством сна, изменением метеоусловий, при МФБС – усиливается при позиционном напряжении.

Разнообразие болевых синдромов в клинике климактерия во многом зависят от вовлечения в патологический процесс различных систем и органов, начиная с полового аппарата и кончая ЦНС.

ВЕГЕТАТИВНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Часто трудно дифференцировать приоритет анимальной и вегетативной нервных систем.

Чувствительная иннервация органов малого таза женщин соответствует общепринятым положениям, что внутренние органы имеют свою многообразную рецепцию, связанную с ПСС и через соединительные ветви попадающую в задние корешки. Аортальное сплетение совместно с ПСС также участвует в афферентации нервных импульсов.

Иннервация яичников, несмотря на значительное смещение их в эмбриогенезе от места закладки сохраняет свою тесную связь с вышележащими нервными образованиями: спинным мозгом посредством чревных нервов, асимметричные (больше слева) контакты с шейным отделом (сегменты С4,С5) спинного мозга через СС и диафрагмальный нерв.

Яичники иннервируются из сплетений яичниковой артерии, которые образуются из почечного сплетения (pl. intermesentericus). Вегетативные волокна контактируют с маткой, фаллопиевыми трубами. У правого яичника более тесные связи с печенью, желчным пузырем, головкой поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишкой, правой почкой; у левого – с желудком, селезенкой, телом и хвостом поджелудочной железы, аортой, левой почкой.

Парасимпатическая иннервация женских половых органов осуществляется сакральными парасимпатическими ветвями из смешанных нижнебрыжеечного и подчревного сплетений, и что очень важно - блуждающих нервов.

Таким образом, особенности вегетативной иннервации подразумевают сложный динамический процесс реагирования ВНС, который при определенных патологических состояниях замыкается в единый порочный круг.

РОЛЬ ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ В РЕАЛИЗАЦИИ КАРДИАЛГИЙ

Значение репродуктивной системы, особенности ее вегетативной иннервации женских половых органов, опутаны необычно большим количеством нервных волокон, которые соединены практически со всеми сплетениями, ганглиями и другими образованиями ВНС) и функционирования (взаимодействие в сети периферических и центральных вегетативных структур, анимальной нервной системы, ЦНС, эндокринной и др.) во многом предопределяет наблюдаемую клиницистами разнообразную, на первый взгляд трудно объяснимую, в т.ч. и кардиалгическую симптоматику при патологии органов малого таза.

Например анатоμο-функциональное взаимодействие возникающее между маткой и мочевым пузырем позволяют им синхронно сокращаться, что используется при ликвидации гипотонических кровотечений путем катетеризации мочевого пузыря.

В монографии «Рефлекторная физиотерапия» А.Р.Киричинский (1956) напомнил об известных издревле взаимовлияниях «стопа-женские половые органы», основанных на общности их вегетативной иннервации сакральными сегментами. Тепловые процедуры и раздражающие вещества на голени и стопы стимулируют улучшение кровообращения, менструальный цикл, могут вызвать маточные кровотечения, изменяют характеристики и интенсивность болевых феноменов, мышечный тонус женских половых органов, одновременно ответные реакции на раздражение регистрируются в мочевом пузыре и прямой кишке.

На нормализацию менструального цикла, помимо состояния рецепторного и нейро-мышечного аппарата, несомненно, влияет ЦНС, особенно кора головного мозга. Примером может служить подавление такого безусловного рефлекса как менструальный цикл (аменорея, возникающая при мощном психоэмоциональном потрясении).

Известно, что обоняние также тесно связано с центральными аппаратами регулирования половой функции. Запахи по-разному воздействуют на сосудистую систему мозга. При раздражении слизистой носа можно вызвать сокращение матки у собак.

При воспалительных заболеваниях женской половой сферы отечественными вегетологами были описаны боли по межреберным нервам irradiирующие в левую лопатку и руку, вовлекающие СС, реперкуссивные явления в верхнюю половину тела, особенно в шею и

верхнегрудной отдел. При периметрите алгические феномены могут возникать в области грудной железы слева. У мужчин сходные симптомы могут наблюдаться при воспалительных процессах простаты, М.Н.Лапинский (1913, 1915) наблюдал боли в сердце по поводу опухоли левого яичника.

П.Г.Гафт, А.В.Ревенко (1970) регистрировали значительную заинтересованность ПНС при воспалении женских половых органов в т.ч. и на шейно-грудном уровне, на что указывают разнообразные неврологические симптомы (дисфункции двигательных, координаторных, чувствительных сфер, черепно-мозговых нервов и др.). Вторичные периферические поражения ВНС по восходящему типу (СС, ПСС), в конечном счете, достигают надсегментарных образований (гипоталамус, РФ, ствол головного мозга). Это во многом зависит от длительности вовлечения в патологический процесс периферических структур ВНС, т.е. происходит, описанное Г.И.Маркеловым (1948) «взаимодействие» между периферией и центром.

Хронический тазовые ганглиониты приводят к соматическим расстройствам. Спаечный процесс в малом тазу сказывается на функциональном и морфологическом состоянии вегетативных сплетений и узлов, дистрофических изменениях в нервных клетках СС, эндокринных перестройках. При этом особой интенсивности достигают боли. В свою очередь повреждение полулунных ганглиев СС или большого чревного нерва приводят к структурным изменениям в органах репродуктивной сферы (семенные и предстательная железы в экспериментах на собак).

Известны тесные контакты периферических образований ВНС с лимфатической системой (особенно левосторонние) при воспалительных процессах женской половой сферы, что может легко привести к генерализации воспаления.

Характерна быстрота развития патологии вегетативного аппарата женских половых органов на фоне СВД, невротических, психовегетативных нарушений и наоборот. Вегето-сосудистые, вегето-невротические синдромы, по данным Л.М.Третьяковой, развиваются в 55% случаев после удаления матки с яичниками. Могут возникать и другие тяжелые вегетативные расстройства после хирургического лечения репродуктивной сферы (эпилептические пароксизмы и психические нарушения, другие экстрагенитальные заболевания).

Вовлечение в патологический процесс гипоталамо-мезенцефальных отделов является составной частью патогенеза и клиники нарушений

мозгового кровообращения. Гипоталамо-гипофизарные нарушения и изменения церебральной гемодинамики могут играть определенную роль в формировании миомы матки с развитием раннего климакса.

В.Н.Миртовской, О.В.Валюк (1990) изучалось состояние центральных и периферических отделов ВНС при сальпингоофорите, заинтересованность диэнцефальных структур с формированием гиперкомпенсаторных состояний «напряженности» психоvegetативных функций и гормонального гомеостаза.

В регуляции деятельности половых органов особое внимание отводят продолговатому мозгу, гипоталамусу, зрительному бугру, стрипаллидарной системе, мозжечку, передней центральной извилине, парацентральной дольке коры.

Васкулярные дисфункции (ангиоспазм, атония, изменение сосудистой стенки) несомненно один из ведущих симптомов поражения вегетативных ганглиев. При шейно-грудных симпатических трунцитах, помимо вегетативно-трофических, рефлекторных феноменов возникают васкулярные нарушения в артериях разных калибров и бассейнов в т.ч. в органах грудной клетки.

По данным Ю.С.Мартынова и др. ВНС наиболее часто вовлекается в патологический процесс при воспалительных заболеваниях женской половой сферы (хронические аднекситы, периаднекситы, сальпинго- и перисальпингоофориты, пери- и параметриты, пельвеоперитониты либо их остаточные явления в виде спаечного процесса).

Помимо выраженного вегетативного болевого синдрома в различных участках тела в т.ч. за грудиной локализации, значительное место в клинической картине занимают т.н. «приливы». Характерны жалобы на ощущения «онемения» в кистях и стопах; повышенную чувствительность к холоду. Жалобы со стороны сердца – «учащение сердцебиения, «замирания сердечной деятельности».

По данным Д.Н.Вайсфельда в 57 % наблюдений отмечались неприятные ощущения со стороны глотки (чувство першения, саднения, разнобразные парестезии). Жалобы со стороны полового аппарата – нарушение овариально-менструального цикла, снижение либидо, бели, зуд в области наружных женских половых органов.

Объективно – возможно повышение сухожильных рефлексов конечностей, усиление отдельных рефлексов (в зависимости от близости той или иной рефлекторной дуги к зоне действия ирритативного очага. Брюшные рефлексы чаще угнетены, реже повышены на стороне алгического вегетативного синдрома.

Чувствительные расстройства превалируют на левой половине туловища, лица; границы этих нарушений обычно неустойчивы.

Рентгенографически выявлялись костные изменения в виде деформирующего спондилеза в нижнегрудном и поясничном отделах позвоночника, степень изменений находится в прямой зависимости от давности заболевания женской половой сферы и патологии ВНС.

Таким образом, локальность, сегментарность процесса объясняется рефлекторно-трофическими влияниями. Возможно сочетание тазово-брюшного, грудного и шейно-лицевого вегетативных синдромов.

Вышеперечисленные особенности строения и функционирования нервной системы, в частности вегетативного ее отдела во многом поясняют «неопределенность» болевых синдромов с кардиалгическим акцентом. В этом плане становится понятна роль энтероптоза у женщин с климактерическим синдромом, развивающегося вследствие ослабления мышечной стенки живота, связочного аппарата, снижения общего тургора тканей, трофических расстройств. Происходящее при этом растяжение и травмирование нервных стволов и сплетений ВНС, в свою очередь провоцирует рефлекторные, ирритативные и вазомоторные боли. В этих случаях солнечное сплетение является наиболее важным источником таких «неопределенных» болей.

Вазомоторные расстройства, помимо рефлекторного характера, дополнительно провоцируют болевой вегетативный синдром с широкой иррадиацией. Кардиалгии легко возникают на фоне имеющейся патологии гениталий, особенно в момент «прилива», когда изменяется уровень норадреналина, способствующего расширению сосудов и увеличению кровенаполнения при средней и тяжелой форме климактерического синдрома (частые вегетативные кризы согласно «менопаузальному индексу» Х.Купермана).

Помимо уже имеющих хронических воспалительных заболеваний женской половой сферы, ряд характерных урогенитальных нарушений (которые связаны с развитием атрофических и дистрофических изменений в эстрогензависимых структурах мочепоолового аппарата) приводят к присоединению вторичной инфекции. Снижение половых стероидов влияет на пролиферацию эпителиальных клеток, продукцию гликогена, количество лактобацилл, изменение рН влагалищного секрета, что также ведет к развитию инфекционных процессов урогенитальной сферы. Вышеперечисленная патология способствует возникновению застойных явлений в сосудах малого таза, что также является источником восходящих вегеталгий или увеличивает их интенсивность.

Возникновение болей в области сердца при патологии женской половой сферы связаны с клиническим значением эмбриональных преформированных связей половых органов с шейным и верхнегрудным отделами спинного мозга, особенно в левом симпатикусе.

Особенности клинического течения болевых синдромов в климактерии во многом объясняются функционированием ВНС.

Лишенные миелина постганглионарные волокна медленнее проводят возбуждение, это проявляется в замедлении рефлекторных реакций ВНС. Скорость проведения импульса уменьшается и вследствие меньшего диаметра вегетативного волокна. Помимо этого, она изменяется из-за количества взаимодействий преганглионарного проводника с другими нейронами. При контакте с одним – высокая скорость проведения импульса; с несколькими – она замедляется (плюрицеллюлярная иннервация). Единичные межнейрональные связи встречаются редко.

Основной функцией вегетативных проводников является трофическая, в то время, как анимальная иннервация обеспечивает по мнению А.Г.Кнорре и Д.И.Лев преимущественно “пусковые” влияния.

Наличие широких межганглионарных симпатических связей в различных направлениях (восходящие, в симметричные участки) позволяют нервному возбуждению распространяться далеко за пределы очага раздражения.

Соприкосновение безмиелиновых вегетативных волокон в нервном стволе приводит к диффузной генерализации такого раздражения.

Дисперсия и мультипликация связаны с особенностями соединений пре- и постганглионарных волокон. Пространственная суммация импульсов возникает в результате отдельных синхронных раздражений преганглионарных волокон, которые легко возбуждаются постганглионарными, а их количество значительно больше, что приводит к диффузному распространению симпатических импульсов.

Феномен окклюзии (подавления) дает противоположный эффект. А.М.Вейн (2001) отмечал, что при частом раздражении преганглионарных волокон (более 15 Гц) возникает “трансформация” ритма; более 100 Гц – наступает полное прекращение импульсации через ганглий.

Физиологической особенностью ВНС является и высокий порог возбудимости висцеральных болевых рецепторов, в то время, как анимальные легко передают в ЦНС даже незначительное раздражение.

Схематические дуги анимальных и вегетативных рефлексов схожи между собой. Причем, вегетативное волокно к эффектору идет преи-

мощественно в составе периферического анимального нерва.

Необходимо отметить, что замедленная импульсация и суммация раздражений ВНС при определенных условиях приводит к пароксизмальности течения патологических процессов.

Симпатические и парасимпатические отделы ВНС тесно связаны между собой, пересмотрены представления об их антагонизме, работе по принципу “весов”. Они дополняют друг друга: при усилении действия одного отдела возникает компенсаторное возбуждение в другом; регуляция функций внутренних органов возможна только при согласованном их действии.

Влияния симпатической нервной системы диффузны и генерализованны, практически все органы и ткани включены в ее иннервацию, причем в реакцию вовлекаются сразу несколько органов и систем; парасимпатическая – дает мощное локальное действие, нейроны близко расположены к внутренним органам и непосредственно связаны с их работой. Организация и строение отделов ВНС схожи, основное различие заключается в расположении нейронов в ЦНС.

Важным функциональным звеном симпатического отдела ВНС являются аксон-рефлексы, отличающиеся от истинных спинномозговых тем, что осуществляются без влияний ЦНС, иначе их называют “ложными”. Возбуждение передается в системе одного аксона. Импульс вначале проводится в антидромном направлении по преганглионарным волокнам, после чего через ответвления того же аксона в ортодромном - к ганглионарным нейронам.

Короткие пути иннервации составляют морфологическую основу аксон-рефлекса и связывают местные вегетативные образования между собой.

Некоторая независимость периферических вегетативных образований объясняет механизм висцеро-висцеральных рефлексов. В крупных висцеральных сплетениях замыкаются их дуги. По сути это также аксон рефлексы.

КАРДИАЛГИИ ПРИ СЕГМЕНТАРНОМ ПОРАЖЕНИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Сегментарное поражение ВНС проявляющееся болями в области сердца могут возникать при патологии шейно-грудного отдела ПСС и солнечного сплетения. Этому способствуют, нейроэндокринные перестройки климактерического характера, дегенеративные изменения в позвоночнике, интоксикации, травмы, последствия накопленных в процессе жизни нейроинфекций, хронических заболеваний внутренних органов и др. В среднем и пожилом возрасте дегенеративно-дистрофические процессы в шейно-грудном отделе позвоночника могут сочетаться с вышеперечисленными этиологическими факторами.

В патологический процесс, обычно вовлекается не один, а несколько ганглиев ПСС, их межганглионарные и комиссуральные волокна.

Кардиалгии при сегментарном поражении левого ПСС сопровождаются нарушением чувствительности, вазомоторными, потоотделительными и другими секреторными расстройствами в соответствующих сегментарных кожных зонах. Характерны трофические нарушения. Боли – без очерченной локализации ощущаются в коже, глубоких тканях с парастезиями, сенестопатиями, имеют эмоциональную окраску. Могут усиливаться в вечернее и ночное время, а также при физическом, психоэмоциональном напряжении, изменении метеоусловий.

Возможно возникновение гипо- или гиперестезии, участки этих расстройств чувствительности могут чередоваться. При соответствующей стимуляции сегментарных кожных зон, вегеталгии могут приобретать гиперпатические черты.

Двигательные как и чувствительные нарушения возникают вследствие дисфункции сегментарных висцеро-адаптационных структур, проявляются атрофиями, гипотонией мышц.

При сегментарном поражении ВНС чаще встречаются симптомы раздражения (ирритативные формы) или смешанные (ирритативно-дефицитные), что проявляется симпаталгиями, спазмами артерий, капилляров, снижением кожной температуры, усилением пилomotorных и потоотделительных реакций.

Вследствие иррадиации и реперкуссии вегеталгии легко распространяются на соседние узлы и на весь ПСС, а также на противоположные узлы.

Длительность клинического течения данного поражения ВНС приводит к вовлечению в патологический процесс надсегментарных ве-

гетативных образований, снижению качества жизни, возникают астенические и ипохондрические симптомы. Нарушения в психической сфере в значительной мере связаны с сосудистыми церебральными дисциркуляциями, вследствие снижения сосудистого тонуса, а при выраженных алгиях – возможно его повышение (по данным РЭГ).

Особое значение для диагностики имеют выявляемые болевые точки, особенно когда заболевание клинически протекает латентно. Длительные ангиноподобные боли в области сердца, как левосторонние, так и правосторонние часто споровождаются синусовой тахикардией, брадикардией, аритмией.

В период менопаузы указанные симпаталгии на фоне коронарокардиосклероза могут провоцировать приступы истинной стенокардии. При термодиагностике возможно снижение кожной температуры верхнего отдела грудной клетки.

Выявляются болевые реакции при пальпации проекции звездчатого узла, паравerteбральных точек (Д2-Д4), во 2-3 межреберьях и по срединноключичной линии.

Характерные симптомы поражения ПСС шейно-грудного отдела:

- симптом Горнера;
- разница глазных щелей, непостоянная анизокория;
- гиппус зрачка;
- анизопсия;
- нарушение болевой чувствительности на лице, шее, грудной клетке, руке;
- болезненность при пальпации в точках проекции верхнего шейного и звездчатого симпатических узлов;
- болезненность сосудов (височной, сонной, лучевой) с иррадиацией при скользящей пальпации;
- симптом «щипка» и «кожной складки» с гиперпатическим оттенком;
- болезненность при поколачивании по шейным и грудным остистым отросткам с гиперпатическим оттенком;
- изменения уровня АД (височного, ретинального, плечевого);
- изменение (снижение) пульсации височной, сонной, лучевой артерий;
- изменение дермографизма;
- изменение кожной температуры лица, шеи, груди, руки;
- изменение пилomotorных реакций, потоотделения;
- трофические нарушения кожи, мышц, сухожилий, костей, пигментации;
- изменение мышечного тонуса на лице, шее, грудной клетке, руке;

- изменение сухожилий и периостальных рефлексов, корнеального, конъюнктивального, глоточного.

Е.Л.Пучковская и Г.Д.Перцев (1980) выделили основные критерии дифференциальной диагностики левосторонних вегеталгий при поражении ПСС и стенокардии:

- Характер болей - сдавливающие, сжимающие, режущие, сопровождаются страхом смерти; своеобразные, часто каузалгии.
- Локализация - загрудинные, реже – область сердца; нечетко ограниченные, соответствуют зоне иннервации пораженных узлов.
- Иррадиация - левое плечо, рука, лопатка, шея и нижняя челюсть слева по ходу ПСС вдоль левой половины тела.
- Изменения ЭКГ - смещение линии S-T в I и II отведении во время приступа стенокардии.
- Длительность приступа - короткие, от нескольких до 30 минут, купируются нитроглицерином для стенокардии.

Определенная локализация вегеталгии и сопровождающих их сенсорных, моторных, сосудистых и трофических расстройств позволяет дифференцировать сегментарные шейно-грудные поражения ВНС от надсегментарных. Однако, в период пароксизмов на высоте их „развертывания“, когда идет широкая иррадиация боли, преобладают генерализованные вегетативные дисфункции, диагностика затруднена.

В некоторых случаях, диагностическую трудность могут представлять постгерпетические боли грудной локализации у женщин после 50 лет.

При ганглионевритах, ганглиорадикулитах герпетической этиологии появление кожных высыпаний значительно облегчает диагностику. Боли в зоне высыпаний носят выраженный вегетативный характер – жгучие, приступообразные, усиливаются ночью. В настоящее время количество заболевших опоясывающим лишаем значительно увеличилось, что объясняется „иммунологической усталостью“ населения, особенно у женщин, т.к. иммунная защита организма снижается в период климактерия.

Большую диагностическую трудность представляют постгерпетические боли грудной локализации. Частота постгерпетических невралгий увеличивается с возрастом (до 50 лет практически не возникают, в 60 лет развиваются в 50 % случаев заболевших опоясывающим лишаем, в 70 лет наблюдаются у 75 %), при этом быстро развиваются фиброзные изменения в ганглиях и периферических нервах; происходят дегенеративные изменения в нейронах задних рогов, что делает их более

чувствительными к последующей импульсации, в конечном итоге, они сами приобретают спонтанную активность, т.е. боль поддерживается в отсутствие поражения мягких тканей.

В отличие от интернистов, дерматологов, инфекционистов, которые чаще наблюдают пациенток с герпетической инфекцией в период высыпания и считают, что постгерпетические невралгии наступают после исчезновения высыпаний или длятся более 30 дней, неврологи, указывают на более длительные сроки – 3-6 месяцев и более после завершения инкрустации (отпадения последней корочки). Риск развития постгерпетических невралгий возрастает при распространенном герпетическом поражении. При левосторонней постгерпетической невралгии грудной локализации характерна пекущая приступообразная, усиливающаяся в ночное время боль с гиперпатическим оттенком.

Нередко отмечаются гипер- и гипестезии изменчивые по форме и интенсивности. Изредка гиперестезии протекают по типу каузалгий.

При постгерпетических невралгиях с преимущественной нижней и верхнегрудной локализации, наряду с вышеописанной симптоматикой может наблюдаться синдром Стенброккера с симпатическими алгиями возникающими в руке, но первоначально в кисти, постепенно нарастает отечность кисти, которая распространяется на всю руку, присоединяются трофические расстройства, движения пальцев ограничиваются из-за болезненности.

Известно, что сахарный диабет относят к возрастзависимой патологии. У лиц старше 65 лет частота встречаемости сахарного диабета достигает 10 % в популяции. Возможность продления жизни данному контингенту пациентов в современных условиях приводит к формированию осложнений со стороны нервной системы. При длительности заболевания более 20 лет признаки невропатии регистрируются у 40-80 % больных.

Одним из ведущих симптомов диабетической невропатии является мучительная и трудно поддающаяся терапии боль.

Дифференциальную диагностику при грудной локализации алгий необходимо проводить с асимметричными невропатиями без поражения длинных волокон – тораколумбальная радикулоневропатия („туловищная радикулопатия“, „мононевропатия межреберных нервов“). В этих случаях регистрируется локальная боль, которая может имитировать сердечную патологию. Чаще наблюдается опоясывающая боль в средней части грудной клетки, гипо- или гиперестезия в соответствующих дерматомах.

Менее выражен болевой синдром при диабетической автономной невропатии сердца (кардио-васкулярная невропатия), при которой на первый план выступает ортостатическая гипотензия, которая может усугубляться введением инсулина. При падении АД компенсаторной тахикардии (фиксированный пульс) не возникает. Описанная патология наблюдается у 8-19 % больных, при этом в 5 раз повышается риск летального исхода, возможна внезапная смерть. Комбинация с патологией венечных артерий возможная в период климактерия утяжеляет прогноз при инфаркте миокарда. Поражаются оба отдела ВНС, иннервирующих миокард и коронарные сосуды.

УЧАСТИЕ СОЛНЕЧНОГО СПЛЕТЕНИЯ В РАЗВИТИИ КАРДИАЛГИЙ

Многогранные связи солнечного сплетения (СС) с другими вегетативными образованиями органов брюшной полости, грудной клетки, малого таза способствуют возникновению вегеталгий в области сердца, при солярном синдроме.

Существует мнение, что в климактерии возможно вовлечение СС в патологический процесс рефлекторным путем, вследствие вазомоторных расстройств, заболеваний гениталий. При этом важную роль играют короткие нервные связи между органами, большое количество аксон-рефлексов, когда восприятие раздражения и ответ на него происходит в пределах одного аксона, иннервирующего несколько органов.

Некоторая независимость периферических вегетативных аппаратов объясняет механизм висцеро-висцеральных рефлексов, а СС является крупнейшим центром где замыкаются их рефлекторные дуги. Сердечно-сосудистые нарушения при солярном синдроме определяются в виде болей в области сердца, изменением АД, брадикардией, головокружением, «приливами» и являются характерным признаком патологии СС.

Болевые ощущения – ключевой симптом в клинике солярного синдрома, наиболее частая локализация – эпигастральная область (как локальная по типу «солярного гвоздя», так и диффузная захватывающая весь живот, грудную клетку. Боли могут быть постоянными (континуальные) без связи с приемом пищи, изменением положения тела, усиливающимися в положении стоя или лежа на спине.

Чаще вегеталгии имеют приступообразный (пароксизмальный) характер. Возможно клиническое течение, когда на фоне постоянного болевого синдрома возникает невыносимая боль (континуально-пароксизмальное течение).

Характерна склонность иррадиации алгий в отдаленные участки: по ходу межреберных нервов, в поясничную область и др., причем места иррадиации могут быть более болезненные, чем сам основной очаг.

Пароксизмальные боли иначе можно трактовать как солярные кризы, которые, нередко, развиваются в ночное время, учащаются в осенний и весенний периоды года. Провоцирующим моментом являются метеофакторы (изменение барометрического давления, магнитное поле земли, солнечная радиация и ее дефицит, низкие температуры), психоэмоциональное перенапряжение, обострение хронической висцеральной патологии.

Важным симптомом солярного пароксизма является вынужденное положение тела. Длительность 20-40 мин, иногда до одних суток. Частота – от 1-2 раза в месяц до ежедневных.

Боли в области груди могут возникать самостоятельно или в период криза реперкуссивным путем, обычно пульсирующего характера.

В наших наблюдениях в 32,1 % случаев отмечены неприятные ощущения и/или боли в области сердца, которые были периодическими и преходящими. В период солярного пароксизма возникали или усиливались вслед за появлением абдоминалгий, т.е. были тесно связаны с болевыми феноменами в брюшной полости, выраженными вегетативными и аффективными проявлениями. У двух женщин при солярном пароксизме кардиалгии составляли предмет основных жалоб, симулировали острую коронарную недостаточность. Электрокардиографические исследования грубой патологии миокарда не выявили. Иррадиация алгий от «основного очага» в грудной отдел спины в 14 наблюдениях; в межлопаточную область – 8, в грудь – 18, причем 13 – с левосторонней локализацией, в шею и левое плечо – 11, по ходу ребер – 5.

Боли сопровождалась дискинезиями желудочно-кишечного тракта в виде тяжести в верхнем отделе живота, тошнотой, рвотой, отрыжкой, спазмами желудка и кишечника, усиленной перистальтикой, «урчанием», метеоризмом, ложными позывами на стул и мочеиспусканием (с последующей полиурией). Эмоционально-психические расстройства проявлялись чувством страха смерти, тревоги во время приступа. Со стороны ВНС возможно возникновение цефалгий, секреторные, чувствительные и другие нарушения вегетативной иннервации.

В межприступный период чаще отмечаются неприятные ощущения в области грудной и брюшной полостей, общая слабость, снижение настроения, аппетита, тошнота, запоры, изменение формулы сна, тревога ожидания следующего пароксизма, ипохондрическая направленность психической деятельности.

При длительном течении солярного синдрома реализация вегетативных дисфункций идет на уровне надсегментарных образований ВНС, с вовлечением симпатических ганглиев и других вышележащих вегетативных структурных единиц.

Трофические нарушения обычно сопровождают тяжелые формы солярного синдрома. Кожно-трофические изменения наблюдаются на передней брюшной стенке, спине с преимущественно срединной локализацией и проявляются истончением, шелушением, пигментацией кожи, зудом, очагами ан- или гипергидроза. Регистрируется повышенная чув-

ствительность кожи к ультрафиолетовому облучению и усиленная проницаемость капилляров.

Дистрофические висцеральные феномены могут проявляться в виде деструктивных изменений паренхимы печени, язвы желудка, миокардиодистрофии; обменных, секреторных и функциональных нарушений органов брюшной полости.

В патологический процесс вовлекаются нижнегрудной и поясничные отделы позвоночника с проявлениями остеопороза, остеохондроза, деформирующего спондилеза. Нарушается строение тел, хрящевой ткани позвонков, более или менее точно совпадающих с уровнем иннервационно связанных периферических структур ВНС.

Этиологически важным является наличие хронических инфекций и интоксикаций, эндокринных, обменных нарушений. Необходимо уточнить информацию об оперативных вмешательствах, которые являются значительным травмирующим фактором вегетативных структур приводящих к рубцеванию и спаечному процессу.

Необходима консультация кардиолога, т.к. боли в груди могут имитировать коронарную недостаточность.

Исследование болевых точек СС при солярном синдроме имеет ведущее диагностическое значение. Определяется болезненность трех главных точек сплетения расположенных по средней линии живота:

- под мечевидным отростком;
- между средней и верхней третью линии от пупка до мечевидного отростка (проекция периферии сплетения);
- соединение средней и нижней трети этой линии (центр сплетения).

При смещении сплетения вследствие различных механических причин (спланхноптоз) солярные точки также смещаются преимущественно к пупку.

Солярный синдром приводит к снижению порога глубокой болевой чувствительности и резкой болезненности этих точек. Их пальпация производится в положении «стоя», и «лежа» при расслабленных и напряженных мышцах брюшной полости. Кроме этого, исследуется проекция ПСС, т.к. боль может иррадиировать из пораженных симпатических узлов в солнечное сплетение. Для этого пальпация проекции симпатического ствола проводится на спине и боку.

В практической работе невролога удобным тестом диагностики поражений ВНС в результате патологии внутренних органов является методика скользящего или фиксирующего пальпаторного исследования вегетативных алгических пунктов предложенная Г.И.Маркеловым и

Л.Б.Бирбраиром. Эти точки не являются предметом жалоб больных, т.е. объективно оцениваются врачом. Интенсивность ощущений боли оценивается в данных точках по пятибалльной системе, при этом внимание пациентки на исследовании не фиксируют. Тестом оценки интенсивности болевого феномена может служить непроизвольная мимико-соматическая реакция при пальпации точек. Исследуются следующие алгические пункты.

1. Височные артерии.
2. Лицевые точки.
3. Глазные яблоки.
4. Сонные артерии.
5. Диафрагмальные точки.
6. Точки надплечья.
7. Двуглавые мышцы.
8. Лучевые артерии.
9. Ладонные.
10. Межреберные (мамиллярные; аксиллярные).
11. Точки второго межреберья.
12. Позвоночные.
13. Точки солнечного плетения.
14. Гипогастральная точка.
15. Точки Лапинского.
16. Тыльные стоп.
17. Плантарные.

На ранних этапах развития солярного синдрома тип алгической кривой носит преимущественно односторонний регионарный характер, т.е. болевой акцент наблюдается на стороне и месте локализации очага ирритации. По мере распространения и развития солярной патологии в патологический процесс вовлекаются вегетативные образования, дающие вторичные очаги импульсации, в.ч. в области сердца и изменяется алгическая кривая.

В таких случаях отмечаются высокоинтенсивные (4-5 баллов) двусторонние (симметричные или асимметричные) алгические кривые с болевым акцентом в области точек солнечного, гипогастрального сплетений. Это не исключает наличие высокоинтенсивных точек в значительном отдалении от очага поражения (диафрагмальные, второго межреберья, точки сонных артерий, надплечья, височных артерий, остистых отростков 2-9 грудных позвонков).

При солярном синдроме характерна суммация раздражения – пер-

куссия по остистым отросткам вызывает болезненность только после нескольких ударов неврологического молоточка.

Среди висцеро-вегетативных рефлексов диагностическое значение имеют висцеро-кожные, т.к. они дают возможность определить зоны измененной (преимущественно болевой, температурной и тактильной) чувствительности в кожных участках, эмбриологически связанных с определенными сегментами тела, иннервирующих те или иные внутренние органы, т.е. представляют его кожную проекцию (зоны Захарьина-Геда).

Кроме этого, динамика нарушений чувствительности дает информацию о течении патологического процесса. Зоны определяются путем легкого проведения по коже тупым концом иглы, щекотанием, собиранием кожи в складку.

Изменения поверхностной чувствительности при солярном синдроме обычно определяются в сегментах D7-D12 на передней поверхности тела в виде гипо-, гиперестезий. Чаще преобладает мозаичный тип распределения кожной чувствительности. При солярных пароксизмах определяется расширенная зона гиперестезии.

Как в межприступный, так и в пароксизмальный периоды кожный дермографизм имеет тенденцию к симметричной разлитой пятнистой реакции кожи с коротким латентным периодом в ответ на раздражение. При соляралгии, которая ассоциируется с болевыми очагами в области сердца, преобладает розовый и белый дермографизм на передней поверхности тела. Для более точной его регистрации используется дозированный дермографизм (с помощью дермографа В.П.Кузнецова). Величина порога кожной реакции увеличивается в направлении вниз и на периферию (на ногах больше, чем на руках).

Солярный (эпигастральный) рефлекс Тома-Ру исследуется лежа на спине с расслабленными мышцами живота. Определяют изменение частоты сердечных сокращений и АД после надавливания на солнечное сплетение до ощущения пульсации аорты в течение 20-30 сек. При солярном синдроме, особенно в начальных стадиях рефлекс положительный (пульс замедляется более, чем на 12 ударов в 1 мин, снижается АД). Преобладание симптомов выпадения функций ВНС приводит к извращению (вегетативной реактивности) или отсутствию рефлекса.

Брюшные рефлекс при солярном синдроме равномерно снижаются или отсутствуют. В некоторых случаях (при соляралгиях) могут быть оживлены из-за потока ирритативных импульсов, поступающих из ганглиев в пояснично-крестцовые отделы спинного мозга и в зави-

симости от силы раздражения оказывающих тормозящее или возбуждающее влияние на функциональное состояние рефлекторных спинномозговых центров. Возможно повышение сухожильных рефлексов ног, причем коленных чаще, чем ахилловых.

Аппаратные методы диагностики не являются специфическими. Только их комплексное применение и сопоставление с данными клинической картины позволяет достоверно оценить состояние периферических вегетативных образований брюшной полости. Преобладание ирритативного процесса с вовлечением ПСС может приводить к асимметриям реографических волн, снижению сосудистого тонуса в виде увеличения амплитуды пульсовой волны РЭГ. Выявляемые изменения эластикотонических свойств мозговых сосудов зачастую связаны с длительностью болезни и возрастом. Резко выраженный болевой процесс повышает тонус церебральных сосудов, аналогичные вазомоторные нарушения возникают при кризовых состояниях. Холодовые и нитроглицериновые пробы могут выявить извращение сосудистых реакций.

Реовазография (РВГ). Возможны периферические гемодинамические изменения в связи с рефлекторным перераспределением крови в депо брюшной полости и отлива ее от головы и конечностей.

ЭЭГ в некоторых случаях помогают определить тяжесть солярного синдрома, т.к. изменения на ЭЭГ возникают при частых интенсивных длительно текущих болевых пароксизмах. В типичных случаях межполушарная асимметрия, патологические формы биоэлектрической активности не наблюдаются.

Вовлечение в патологический процесс гипоталамических структур находит свое отражение в снижении α -ритма (вегето-сосудистые кризы), его гиперсинхронизации. Отсутствие пиков, острых волн и других форм пароксизмальной активности подтверждает неэпилептический характер кризовых состояний, β -активность проявляется при выраженных влияниях на надсегментарный отдел ВНС.

Капилляроскопия ногтевого ложа. При прогрессировании синдрома преобладают спастическое или спастикотоническое состояние капиллярного кровотока. При соляропатиях фон капилляров бледно-розовый, иногда цианотичный, определяется спазм артериальных ветвей и нередко расширение венозных, уменьшение количества функционирующих капилляров, замедление в них кровотока. Капиллярокопическая картина в пароксизмальном периоде может диаметрально изменяться – от спазма и исчезновения капилляров из поля зрения до полной дилатации

с расширением и увеличением их количества.

Рентгенография грудного и поясничного отделов позвоночника регистрирует изменения типа заострения передних и боковых краев, клиновидных разрастаний позвонков. Их изменение – на уровне Д6-Д11. Локальность костных изменений указывает в пользу рефлекторно-трофических нарушений вследствие поражения сегментарно связанных периферических образований ВНС с позвоночником. В некоторых случаях рентгенография органов брюшной полости позволяет выявить патологию внутренних органов, требующих лечения гастроэнтеролога, гепатолога, хирурга и др.

Многообразие индивидуальных особенностей топографии органов брюшной полости, их кровоснабжения и иннервации приводит к тому, что структура тепловизионного изображения передней брюшной стенки даже у здоровых людей характеризуется значительным полиморфизмом, затрудняющим интерпретацию термограмм. Следует отметить, что регистрируемое инфракрасное излучение на экране не является отображением прямой передачи тепла от органов брюшной полости, а в значительной мере объясняется нервно-рефлекторной взаимосвязью их с кожными покровами. Помехами при тепловизионном изображении могут быть значительные жировые отложения в брюшной полости.

Соляренный синдром, в большинстве случаев диагностируется за счет повышения инфракрасного излучения на 0,5-2,0 °С в эпигастральной области в виде пятна овальной или округлой формы, преимущественно по средней линии живота. Выраженный алгический синдром при раздражении сплетения, а также при солярных кризах повышает достоверность тепловизионного изображения, т.к. увеличивается разница температур в области проекции солнечного сплетения и окружающих кожных покровов. При соляропатиях температурный градиент между ними незначителен (0,2-0,6 °С) или может быть отрицательным. Интенсивные очаги ирритации, выявляемые тепловизионным изображением, в т.ч. в область грудной клетки, имеют различную форму и размеры (3-6 см), температурный градиент 0,5-1,5 °С.

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ В СТРУКТУРЕ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ И КАРДИАЛГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

При патологическом течении климакса с ярко выраженными вегетативными расстройствами (до 50 % женщин) значительные трудности для диагностики могут возникать при наличии нетипичных (для стенокардии) болях в области сердца (т.н. функциональные кардиалгии), которые трактуются в рамках нейроциркуляторной дистонии (НЦД), нейроциркуляторной астении (НЦА) или вегето-сосудистой дистонии (ВСД). При формировании этого клинического понятия на более ранних этапах, всегда учитывались ведущие симптомы («раздраженное сердце», «болезненная грудь», «беспорядочная деятельность сердца», «солдатское сердце») и т.д.

Н.Савицкий выделил кардиальный вариант НЦД. Л.С.Гиткинс с соавторами в классификации НЦД описал кардиальный; кардиалгии и кардиосенестопатический синдромы.

В МКБ-10 НЦА относится к рубрике соматоформные расстройства. Кардиалгический синдром встречается у 95 % больных НЦД. По мнению С.А. Абакумова (1997) – отличаются от болей при остеохондрозе, миалгиях, невралгиях и др., и могут являться основным критерием диагностики.

В основе НЦД – «болезни дизрегуляции» нарушение баланса между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС, изменение тонуса сосудов и их реактивности.

На фоне патологического климакса преобладает симпатикотония (70 %), особенно при наличии сосудистых ишемических изменений мозга.

Такие надсегментарные вегетативные дисфункции легко возникают при наличии конституциональной неполноценности, эндокринных перестроек, в т.ч. инволюционного характера, первичных (особенно множественных) поражениях внутренних органов, эндокринных нарушениях, патологии сегментарного отдела ВНС, неврозах и др.

Боль обычно умеренная, нередко это лишь ощущение неудобства или дискомфорта – «чувство сердца». Интенсивность значительно возрастает в период вегетативного пароксизма (чаще симпато-адреналового – т.н. «панические атаки») – колющие, жгучие, пульсирующие и др. Локализация: зона проекции на кожу верхушки сердца; область левого соска и прекардиальная область. Характерны миграция боли, сенестопатии. Длительность – достаточно продолжительная. Широкая иррадиация: левое

подреберье, рука, подмышечная, пояснично-крестцовая области, правая половина груди.

Характерна для таких кардиалгий разнообразная вегетативная симптоматика, в т.ч. гипервентиляционный синдром (нехватка воздуха, неудовлетворительный вдох и др., что можно расценить как проявления сердечной недостаточности).

Несмотря на длительность течения и наличия вегетативных кризов, в сравнении с органической симптоматикой сердца, заболевание не прогрессирует.

Таким образом, необходимо использовать результаты длительного наблюдения за такими пациентками и данные характеризующие различные методы лечения.

При менопаузе в момент разворачивания «панической атаки», психофизического перенапряжения и других дезадаптирующих состояний ухудшается питание сердца, снижается коронарный резерв. Таким образом, вегетативные дисфункции и гуморальные влияния, несомненно оказывают неблагоприятное влияние на миокард, особенно, при наличии коронаросклероза. В основе дисметаболической стенокардии находятся не изменения миокарда, а дистрофия дисгормонального характера (вегетативно-эндокринная) – климактерическая миокардиодистрофия. Клинико-электрокардиографический синдром, при этом складывается из симптомов климакса и ЭКГ изменений в конечной части желудочкового комплекса.

Известны случаи развития при коронарной патологии нейродистрофического, нейромышечного, гипоталамо-мезенцефального судорожного синдрома.

В случаях выраженных кардиоваскулярных пароксизмов (некоронарогенной стенокардии) можно зарегистрировать гипералгезию в кожных покровах перикардиальной области, систолический шум у верхушки сердца. Изменение на ЭКГ интервала S-T и зубца T. Их можно ошибочно расценить как признаки ИБС, ревматизма и др. При этом ятрогении усугубляют сопутствующие кардиофобический и психовегетативный синдромы. Коронарорасширяющие средства не эффективны.

На ЭЭГ, оценивающей активность вегетативных центров, может определяться дезорганизация ритма глубинных структур мозга.

Ряд неврологов считают, что НЦД нельзя отождествлять с неврозами, поскольку она может протекать без невротической симптоматики. В тоже время НЦД является неотъемлемым компонентом клинической картины неврозов, которые, в свою очередь могут быть причиной надсегментарных вегетативных дизрегуляций.

На современном этапе развития медицины неврозы, с вегетативным сопровождением рассматриваются в более широком круге патологии – в т.н. психосоматических расстройствах.

Основным законом психосоматической медицины есть принцип «конверсии на орган» с формированием не только функциональных нарушений со стороны внутренних органов.

Рубрика соматоформных расстройств в МКБ-10 содержит три основных компонента:

1. Истерические расстройства;
2. Органные неврозы;
3. Вегетативно-сосудистые дистонии.

Известно мнение, что невротические проявления формируются на базе соматических, однако, в рамках органических неврозов описаны психопатологические расстройства, которые возникают без участия соматической патологии.



CAPICOR®

КАПІКОР®

180 мг мельдонію дигідрату
60 мг γ -бутиробетаїну дигідрату
капсули №20, №60

**Комбінований антишемічний
цереброкардіоваскулярний препарат,
що відновлює функцію ендотелію**



Базисна вазодилатація – активація біосинтезу оксиду азоту



Ангіопротекція – відновлення функції ендотелію



Оптимізація енергозабезпечення – зменшення споживання кисню, активація виробництва АТФ

**КАПІКОР® – швидкий і стійкий
антишемічний ефект
з впливом на основні ланки
відновлення функції
ендотелію**



OlanFarm

Р.С. №UA\12399\01\01 від 16.11.12
Виробник АТ "Олайнфарм".

Матеріал призначений для спеціалістів. Підлягає розповсюдженню на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику.

OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ
ТА ДИСТРИБ'ЮШНІ
ТОЧКИ
www.olfa.ua

МЕТОДЫ АЛЬГОДИАГНОСТИКИ

Невротические боли в области сердца изменчивы, возникают в связи с эмоциональным напряжением. Страх возможной сердечной катастрофы (инфарктофобия) может привести к резкому ограничению двигательной активности, вплоть до полной обездвиженности, которая проходит к приходу врача. С другой стороны возможны проявления двигательного беспокойства, ажитация. Зачастую диссимилируются психопатологические феномены, из-за мнения, что фобии связаны с предварительным возникновением кардиалгий.

Трудности для врача возникают не столько в диагностике, сколько в выборе ее тактики: многочисленные исследования, помещение в палату с тяжелобольными, ограничительный режим способствуют ятрогенной ипохондризации. Постоянный контроль над работой сердца изменяет поведение больной, отвлечение внимания приводит на время к исчезновению ощущения боли.

В последствие появляются вторичные страхи за действия, которые могут отразиться на функционировании сердца, пациентки контролируют возможность немедленного оказания медицинской помощи (наличие при себе аптечки с кардиотропными, транквилизирующими препаратами, находиться среди людей).

Истерические кардиалгии протекают с множеством парестезий, вегетативные кризы расцениваются пациентками как эквивалент судорожного пароксизма. При вегетососудистых реакциях по гипотоническому типу возможны полубморочные состояния, что под маской сердечных или церебральных приступов используется для достижения определенных привилегий.

При неврозе навязчивых состояний кардиалгии протекают с яркими фобическими и ипохондрическими симптомами. Рано возникают вторичные страхи. При стационарном лечении симптоматика нивелируется, стараются максимально долго находиться на лечении, требуют полного обследования.

Выражены астенические симптомы.

Основными признаками в дифференциальной диагностике психогенных кардиалгий и типичной стенокардии являются:

1. Условия возникновения болей:

- психоэмоциональное перенапряжение, конфликтные ситуации, без причины на фоне тревожно-депрессивного состояния;
- физические нагрузки или состояние покоя, после еды, во время сна.

2. Темп развития болей, характер болей:

- постепенное нарастание и ослабление (чаще тупая, ноющая, нередко усиливающаяся на вдохе);

- внезапное начало и окончание, сжимающая, давящая, не связана с актом дыхания боль.

3. Локализация болей: обычно в области верхушки сердца, как правило, за грудиной, реже – эпигастрий.

4. Продолжительность боли:

- часы;

- несколько минут.

5. Цикличность болей:

- интенсивнее утром, соответствует суточным колебаниям аффективного статуса;

- отсутствует, может развиваться в любое время суток.

6. Поведение во время болей:

- чаще психомоторное возбуждение неадекватное соматическому состоянию;

- заторможенность, неподвижность, адинамия.

7. Влияние физической нагрузки:

- часто уменьшает или купирует боли;

- провоцирует приступ.

8. Толерантность к физической нагрузке:

- обычно высокая;

- разная степень снижения.

9. Условие купирования болей:

- проходят спонтанно, после приема успокаивающих препаратов, нитроглицерин не эффективен;

- быстрый эффект при приеме нитроглицерина или прекращении физической нагрузки.

В качестве диагностики психогенных болей могут служить сформулированные в DSM IV следующие критерии:

Основные

Преобладание множественных и пролонгированных болей.

Отсутствие органической причины или несоответствие ее с предъявляемыми жалобами.

Дополнительные

Связь между психогенным фактором и изменениями болевого синдрома.

Возможность изменить свою деятельность за счет болезни.

Возможность достичь определенных льгот.

Известно, что распространенность депрессивных расстройств у женщин превышает таковую у мужчин в 5-8 раз и наиболее часто наблюдаются в возрасте 36-50 лет, т.е. захватывает временной промежуток наступления климактерия. Депрессивные расстройства сопровождаются различными соматовегетативными симптомами, с другой стороны наличие соматической отягощенности утяжеляет клиническое течение депрессии.

При скрытой депрессии на первое место выступают сердечно-сосудистые расстройства. Кардиалгии имеют выраженный и продолжительный характер со множеством парестезий и сенестопатий. Вегетативные кризы, в отличие от пароксизмов психовегетативного генеза возникают внезапно. Обычно ночью и под утро. Терапевтический эффект оказывают антидепрессанты.

Хронические кардиалгии в менопаузальный период и депрессия взаимосвязаны и могут провоцировать и/или поддерживать друг друга, что во многом объясняется общностью их нейрохимических механизмов. Так при хронических болях в 40 % диагностируется депрессия; длительно текущая депрессия обязательно вызовет болевой синдром («депрессия-боль»), т.е. она является важнейшим фактором хронизации эпизодических болей (М.Самуэльс, 1997).

Для диагностики важно выявить пациенток из т.н. «болевого семей», в которых на протяжении десятилетий формировалась определенная модель реагирования на боль (вербальное и невербальное).

В качестве скрининговой и быстрой диагностики этого патологического состояния, имеется большое количество шкал и опросников для выявления депрессии, особенно удобна для неврологов Шкала депрессии:

ШКАЛА ДЕПРЕССИИ DUODECIM

В течение последнего месяца Вы:	Вовсе нет	Немного	Достаточно сильно	Очень сильно
Страдали от бессоницы	0	1	2	3
Чувствовали печаль	0	1	2	3
Ощущали, что всё делаете через силу	0	1	2	3
Чувствовали снижение энергии	0	1	2	3
Испытывали чувство одиночества	0	1	2	3
Воспринимали будущее безнадёжным	0	1	2	3
Не получали удовольствия от жизни	0	1	2	3
Ощущали бессмысленность существования	0	1	2	3
Чувствовали, что всё радостное исчезло из жизни	0	1	2	3
Чувствовали себя подавленным, даже находясь в семье и с друзьями	0	1	2	3
Количество баллов				

Общая сумма баллов:

(9 баллов и более соответствует состоянию депрессии)

Prof Raimo K.R. Salokangas DEPS –

Новая действующая шкала депрессии

DUODECIM 11061141-1148

Удобной для скрининга депрессии и тревоги, на наш взгляд является
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)

	A	Я испытываю напряжение, мне не по себе
	3	Все время
	2	Часто
	1	Время от времени
	0	Иногда
D		То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство
	0	Определенно это так
	1	Наверное, это так
	2	Лишь в очень малой степени это так
	3	Это совсем не так
	A	Я испытываю страх, кажется будто что-то ужасное может вот-вот случиться
	3	Определенно это так, страх очень сильный
	2	Да это так, но страх не очень сильный
	1	Иногда, но это меня не беспокоит
	0	Совсем не испытываю
D		Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное
	0	Определенно это так
	1	Наверное это так
	2	Лишь в очень малой степени это так
	3	Совсем не способен
	A	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове
	3	Постоянно
	2	Большую часть времени
	1	Время от времени
	0	Только иногда

D 0 1 2 3		Я испытываю бодрость Совсем не испытываю Очень редко Иногда Практически все время
	A 3 2 1 0	Я легко могу сесть и расслабиться Определенно это так Наверное это так Лишь изредка это так Совсем не могу
D 0 1 2 3		Мне кажется, что я делаю все очень медленно Практически все время Часто Иногда Совсем нет
	A 3 2 1 0	Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь Совсем не испытываю Иногда Часто Очень часто
D 0 1 2 3		Я не слежу за своей внешностью Определенно это так Я не уделяю этому столько времени, сколько нужно Может быть я уделяю этому меньше внимания Я слежу за собой также как и раньше
	A 3 2 1 0	Я испытываю неусидчивость словно мне постоянно нужно двигаться Определенно это так Наверное это так Лишь в некоторой степени это так Совсем не испытываю

D		Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения
0		Точно также как и обычно
1		Да, но не в той степени, как раньше
2		Значительно меньше, чем обычно
3		Совсем не считаю
	A	У меня бывает внезапное чувство паники
	3	Действительно очень часто
	2	Довольно часто
	1	Не так уж часто
	0	Совсем не бывает
D		Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы
0		Часто
1		Иногда
2		Редко
3		Очень редко

Учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (**A** – тревога; **D** – депрессия)

При баллах:

от 0 до 7 – норма;

от 8 до 10 – субклинически выражены тревога и депрессия;

от 11 и выше – клинически выраженная тревога и депрессия.

С целью постановки предварительного диагноза при болях в области сердца, сокращения времени на опрос в поликлинических условиях и т.д. кардиологами разработана анкета-опросник (И.Г.Аллилуев, В.И.Маколкин, С.А.Аббакумов, 1985):

КАРТА – ОПРОСА БОЛЬНЫХ С КАРДИАЛГИЯМИ

	сжимающая	давящая	ноющая	колющая	прокалывающая	жгучая	Чувство стеснения в груди	изменяющая свой характер
1. частота боли: -Р-редкие -Е-еженедельные -Д-ежедневные -М-несколько раз в день								
2. длительность: (А -сек., В-мин., С-часы)								
3. локализация: - за грудиной - слева от грудины - левая лопаточная область - область соска - подключичная область - надключичная область - левая рука - левая половина шеи - челюсть - прочие локализации								
4. интенсивность: - нестерпимые - сильные - умеренные - слабые								

	сжимающая	давящая	ноющая	колющая	прокалывающая	жгучая	Чувство стеснения в груди	изменяющая свой характер
<p>5. куда иррадируют:</p> <ul style="list-style-type: none"> - в левую руку - в левую лопатку - в челюсть - в ключицу - в шею - в правую руку - в другие места 								
<p>6. условия возникновения:</p> <ul style="list-style-type: none"> - во время небольшой физической нагрузки - нервные факторы - беспричинно - после обильной пищи - употребление алкоголя - курение - ночами - подъём тяжести (левой рукой) - поднятие левой руки вверх - сердцебиение - резкое движение туловища (поворот, наклон) 								

	сжимающая	давящая	ноющая	колющая	прокалывающая	жгучая	Чувство стеснения в груди	изменяющая свой характер
<p>7. отчего проходит или уменьшается боль:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нитроглицерин: как скоро? сколько таблеток в сутки? - капли Вотчала - остановка при ходьбе (быстро, медленно) - валидол (быстро, медленно) - самостоятельно - перемена положения тела - физическая нагрузка - эмоциональная нагрузка - (отвлечение, разговор) - требовался вызов скорой медицинской помощи, делали инъекции обезболивающих средств (сколько раз?) 								
<p>8. сопутствующие явления:</p> <ul style="list-style-type: none"> - страх смерти - перебои - удушье - резкая слабость - дрожь, судороги - обильное мочеиспускание 								
<p>9. когда впервые возникли боли при ходьбе?</p>								
<p>10. когда впервые появились боли в покое?</p>								

АНКЕТА – ВОПРОСНИК ИЗУЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

1. Когда появилась настоящая боль

2. На фоне чего (инфекции, интоксикации, изменения положения сегментов тела, травмы, нарушения обмена, заболеваний внутренних органов, приема пищевых продуктов, половой близости, дефекации и др.) они возникли

3. Какие лекарства или мероприятия снижают интенсивность боли

4. Течение болевого синдрома: стабильное, прогрессирующее, приступообразное, постоянное, острая боль на фоне хронической (подчеркнуть)

5. Локализация

6. Интенсивность боли (указать на шкале):



отсутствует

сильная

непереносимая

7. Отдает ли в другие участки тела (вписать):

8. Характер боли: жгучая, колющая, режущая, давящая, многообразная (подчеркнуть):

9. Факторы, провоцирующие боль: день-ночь, эмоциональное или физическое перенапряжение, обострение висцеральной патологии (подчеркнуть):

10. Чем сопровождается боль: озноб, страхи, головокружение, потеря сознания, рвота, изменение артериального давления, кардиальные изменения, расстройство функции желудочно-кишечного тракта, мочеиспускание, дефекация (подчеркнуть)

11. Влияет ли боль на настроение, повседневную деятельность, профессиональные навыки (подчеркнуть):

12. Трофические изменения цвета кожи, выпадение волос, шелушение, костно-хрящевые изменения (подчеркнуть):

13. Состояние сна: боль мешает заснуть, просыпается из-за нее, дневная сонливость (подчеркнуть)

14. Связь с менструацией: усиливается, уменьшается (подчеркнуть):

Психологические методы альгологической диагностики основаны на субъективной оценке пациентов своих болевых ощущений. Наиболее популярной и надежной среди проективных методов альгодиagnostики является визуальная аналоговая шкала (ВАШ), которая имеет графическое изображение в виде линии (обычно длиной 10 см) с нанесенными на ней делениями через каждый сантиметр – от 0 до 10 или в процентах от 0 до 100. Интенсивность боли оценивается на шкале, при условии, что 0 – это отсутствие, а конечная цифра определяет невыносимую боль. ВАШ или шкала вербальных аналогов (ШВА) дает возможность статистически обрабатывать полученные результаты.

Существуют различные модификации визуальных аналогов – т.н. ранговые шкалы: ряд цифр выстроенных по возрастающей (числовая ранговая шкала), используют дроби, полярные знаки.

Возможно использование т.н. индивидуального альгометра для субъективной оценки боли (в баллах от 0 до 10) – по оси Y, в зависимости от времени (в течение 10 дней) – по оси X. Оценивают динамику ВАШ в покое и при движении (до и через 1,6,12,18,24,36,48,72 часа).

Вербальная ранговая шкала (ВРШ) или метод описательных определений содержит вместо цифр 10 слов дескрипторов, определяющих интенсивность боли (от «слабой» до «нестерпимой»). Возможно использование дескрипторов в случайной последовательности.

Возможно определять интенсивность алгий через выбор доминантного цвета – тестовая шкала «цветового отображения» (Steward) – включающую в себя монохромно окрашенные семь карточек. В.С.Шухов (2000) предлагает совершенствовать данную методику на подсознательном выборе «позитивных» и «негативных» цветов. Разработан многомерный способ – «кубик-рубика» с базовой окраской сторон по Steward. Оценивается выбор доминантного цвета вначале сборки, ее скорость и другие показатели указывающие на состояние аффективных и моторно-мотивационных компонентов боли.

Недостатками этих психологических методов тестирования боли являются те обстоятельства, что ВАШ подвержена поведенческим и ситуационным влияниям, а ВРШ более устойчива в этом отношении. В тоже время, ряд исследователей считают, что ВАШ способна отразить минимальные изменения интенсивности боли, хотя, в ряде работ указывается, что легче словесно описать интенсивность, оценить ее в баллах, чем указать место боли на прямой линии.

Не всегда возможно использовать вышеперечисленные методы для тестирования детей. Боль оценивается только количественно. Условно

предполагается, что каждый ранг является равной психологической единицей. В различных регионах интенсивность боли оценивается по разному (например, наиболее высокие показатели ВАШ зарегистрировали в Москве, минимальные в Токио). Сравнение их в разных странах несколько затруднительно еще и потому, что при использовании вербальных шкал, наиболее точные дескрипторы изменяют свою смысловую нагрузку. Вышеописанные методы сравнительно малоинформативны при хронических болевых синдромах.

Наиболее эффективно использовать комбинацию шкал или других психологических методов тестирования интенсивности боли. Оптимальной считается комбинация ВАШ и ВРШ, когда слова-дескрипторы расположены на градуировочной шкале ВАШ, сохраняются их преимущества, легче определить исходную интенсивность боли, оценить ее динамику в процессе лечения. Комбинация шкал визуальных и вербальных аналогов можно использовать для взаимоконтроля.

Создан опросник включающий в себя две группы вербальных дескрипторов (в первой – характеризующие интенсивность, во второй – аффективно-интенсивные дескрипторы). Положительной является возможность взаимокорреляции общеинтенсивных и аффективно-интенсивных определений.

Естественно, что даже различные комбинации ранговых шкал дают обобщенную оценку, не учитывается интенсивность аффективно-эмоциональных переживаний, болевое поведение, нет информации о локализации, объеме болевого очага.

По меткому выражению Р.Мелзак (1987): «Описывать боль по интенсивности все равно, что описывать зрительные восприятия окружающего мира только с точки зрения потока света».

Известно оригинальное тестирование в педиатрии, которое связано с выбором цветных карточек на которых изображены популярные герои мультипликационных фильмов ассоциированные с различными аффективными состояниями. Хотя, в этом случае, отсутствует точность в ранжировании эмоциональных переживаний и сохраняется ряд вышеописанных проблем.

Многомерная семантическая дескрипция боли позволяет регистрировать характеристики ее компонентов: сенсорных, аффективных, моторно-мотивационных. На этом принципе построен Мак-Гилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire – MPQ). Несмотря на появившиеся его модификации, опросник является «золотым стандартом» вербального тестирования качества боли. Дополненный опросник содержит 102 дес-

криптора боли, которые образуют три основные группы, оценивающие: характер ощущения, интенсивность и продолжительность боли. При обработке данных вычисляются несколько индексов: рангового индекса боли (Pain Rating index - PRI), числа выбранных слов (Number of words chosen - NWC), интенсивности боли в момент исследования (Present pain intensity - PPI). У эмоционально лабильных все показатели в аффективном классе выше, у женщин выше, чем у мужчин, у больных с хронической болью выше, чем с острой.

Отечественные ученые, на основе Мак-Гилловского разработали опросник на русском языке с несколько измененной методикой анализа данных. По мнению В.В.Кузьменко и др. (1986), он имеет ряд недостатков, в т.ч. невозможно определить характеристики вегетативных болей, возникают затруднения при сопоставлении данных исследований с общепринятым Мак-Гилловским опросником.

Создан опросник, учитывающий семантику русского языка с сохранением структуры оригинального, причем порядок работы не отличается.

Многомерный характер боли отражается в модели Loeser – «Яйцо Loeser», которая состоит из 4 кругов, отражающих обменные взаимодействия между ноцицепцией (органический компонент боли), ощущением (регистрация в ЦНС), переживанием (страдание от боли) и болевым поведением.

К многокомпонентной методике, использующей визуальные и вербальные аналоги относится «Профиль перцепции боли». На основе вербальных дескрипторов пациент самостоятельно создает графический профиль своих переживаний, поддающийся математической обработке. По длине радиальных отрезков можно проводить дифференцированную оценку различных компонентов боли, а по площади всего профиля – ее интегральную оценку. При необходимости, можно менять количество и вид шкал. Например вводить шкалы выраженности вегетативных и других проявлений боли. Построение пациентами собственных болевых профилей, способствует обучению и самостоятельному контролю боли (психотерапевтический эффект).

В «Контрольном диагностическом опроснике» В.С.Шухов предлагает соотнести дескрипторы интенсивности, аффективности, показатели ВАШ для выработки интегрального показателя боли. Дополнительные тесты позволяют выявить признаки соматизации тревоги, депрессии, что особенно важно при хронических вегетативных болях.

А.И.Карпович (1991) динамику болевого синдрома оценивал по: шкале суточного типа боли; ВАШ; Шкале сенсорных различий боли; аффектив-

но-оценочной шкале. Впоследствии эти данные интегрировались в суточный болевой профиль.

Болевое ощущение, в т.ч. в области сердца особенно хроническое, может приводить к формированию т.н. «Болевого поведения», которое, в первую очередь модулируется социально-психологическими факторами. При этом, тестирование болевого поведения позволяет прогнозировать развитие психосоматического симптомокомплекса и его влияния на качество жизни.

В этом плане популярны «Висконсинский краткий опросник боли» и «Дартмутский опросник боли», которые на основе субъективных описаний хронической боли оценивают ее влияние на жизнедеятельность пациента. В русскоязычном варианте в пяти разделах опросника затрагиваются вопросы анамнеза; локализации, динамики, субъективных ощущений; анализ вербальных эквивалентов; болевое поведение и влияние хронической боли на жизнедеятельность больного. При помощи специальной математической обработки регистрируют специальные показатели по вышеперечисленным разделам.

Опросники качества жизни позволяют косвенно судить о выраженности болевых ощущений.

Шкала реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера (1970), адаптированная Ю.Л.Ханиным (1978) позволяет изучить эмоционально-волевою сферу; тревожность – как черту личности. Производится количественный и качественный анализ динамики тревожности при изменениях функционального состояния пациента.

Вопросник-анкета Освестри (рекомендованный экспертами ВОЗ) предназначен для получения информации о степени снижения качества жизни при болях в спине, что также имеет значение при кардиалгиях вертеброгенного происхождения.

Обязательно при изучении хронических болевых синдромов необходимо объективизировать степень депрессивных переживаний. Среди большого многообразия тестирования депрессивного синдрома наиболее информативны тест Бэка, шкалы Гамильтона, Монтгомери-Асберга (MADRS).

Для неврологов для экспресс-диагностики депрессии приемлема шкала, предложенная в 1994 г. Raimo K.R. (см. 43) Шкала содержит 10 вопросов, каждый из которых оценивается пациентом по трехбалльной системе. Эксперты ВОЗ для выявления сопутствующих хроническим болям в спине депрессивных расстройств использовали модифицированный опросник Цунга включающий в свою структуру 23 вопроса, которые оцениваются по степени значимости (от 0 до 3 баллов).

Альгометрия позволяет количественно измерить субъективный отчет о боли при предъявлении нарастающих по интенсивности стимулов. Методики исследования болевой чувствительности постоянно совершенствуются: царапание кожи наклонной иглой по Кеда, исследование методом Ферстер-Леви. Отраженную боль оценивают специальными вибраторами – виброметр «Somedic AB» (используется феномен вибрационной отдачи). Применяются различные устройства, снабженные цифровой шкалой или индикатором. Наиболее распространенные среди них – механические. Весовой анальгезиметр конструкции П.Г.Рязанова, содержащий иглу (ее вес – 0,2 г) с 10 гирьками-шайбами (по 0,1 г каждая). При последовательном увеличении веса раздражителей можно сравнить полученные пороговые кривые. При этом, И.И.Шогам выделяет несколько феноменов: «инертности» - монотонный тип кривой; «парадоксального спада» - снижение болевой чувствительности несмотря на то, что к концу исследования нарастает сила раздражения; «лабильности порогов».

Нами, в качестве механического анальгезиметра с пружинным индикатором использован дермограф конструкции В.П.Кузнецова.

К механическим устройствам можно отнести портативный инструмент на ребре колеса которого закреплены иглы, что позволяет охватывать обширные кожные поверхности.

Для поиска и оценки зоны максимальной болезненности используется анальгезиметр в виде стержня с пружиной и датчиком. Пациент нажатием кнопки фиксирует значение силы давления.

Известен контактный кожный электротермоэстезиометр конструкции Е.А.Досычева. А К.Сангайло использовал сенсографию для изучения порога боли и выносливости к ней. Аналогичные эффекты были достигнуты долориметрическим методом Харди-Вольфа-Гуделя, при воздействии тепловых потоков на поверхность кожи, возможно воздействие дозированным ультразвуком.

В качестве адекватного способа измерения порога болевой чувствительности при абдоминалгическом синдроме использован метод границ или «едва заметных различий». Получение оценочно-измерительной характеристики болевого ощущения проводилось с помощью прибора «Стимул-1». Оценивались уровневые показатели болевых порогов и показатели вариативности (устойчивости порогов). Кроме величины порогов появления и исчезновения болевого ощущения регистрировалось время задержки ответа после исчезновения стимула и в «пустой» пробе – вид исхода пробы (наличие или отсутствие ложной тревоги).

АДАПТОЛ®

таблетки 300 мг, 500 мг
капсули 300 мг



СТРЕС..?

РОЗДРАТОВАНІСТЬ..?

ТРИВОГА..?

**АДАПТОЛ® –
СИЛА СПОКОЮ!**



Матеріал призначений для спеціалістів. Підлягає розповсюдженню на семінарах, конференціях, симпозиумах на медичну тематику.
PIL №04/2785/01/02 від 20.08.2015 р. до 20.08.2020 р.; PIL №04/2785/02/01 від 20.08.2015 р. до 20.08.2020 р.; PIL №04/2785/01/01 від 15.01.2015 р. до 15.01.2020 р.
Версія 4.1 "OlainFarm"

OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ
ТА ДИСТРИБ'ЮЦІЯ
тел.: (044) 503 89 20
www.olfa.ua

ТЕПЛОВИЗИОННАЯ ДИАГНОСТИКА БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ

Тепловизионное изображение мы относим к объективным методам исследования боли, регистрируя ее независимо от сознания больного. Преимущество термодиагностики болевого синдрома заключается в том, что она, в отличие от исследования кожно-гальваническая реакция (КГР), вызванные кожно-симпатические потенциалы (ВКСП), определения содержания некоторых метаболитов, регистрации Н-рефлекса и др., не является трудоемкой.

Известно, что болевая афферентация осуществляемая симпатическим отделом ВНС должна изменять кровоток, а следовательно и тепловизионное изображение заинтересованного участка тела. При помощи термографии можно визуализировать боли - висцеральные, различных отделов ВНС, корешковые, компрессионно-ишемические, токсические и другие поражения ПНС, спинного мозга и др.

Необходимо отметить, что тепловизионное изображение болевой зоны может меняться в зависимости от состояния ВНС, при этом, вначале тонус симпатического отдела может быть снижен – вазодилатация с повышением кожной температуры; впоследствии возможно включение механизма автономной регуляции сосудистого тонуса – возникает вазоконстрикция с повышением инфракрасное излучения.

Разница температур более 1 °С на симметричных участках конечностей можно расценивать как симпатическую дисфункцию, которая регулирует регионарный кровоток. При КРБС нарушение терморегуляции в подавляющем большинстве наблюдений между здоровой и больной конечностью составили 0,8 до 3,0 °С. До 6 мес от начала заболевания температура на пораженной конечности значительно выше, после 6 мес она снижается.

Hobbins W. считает, что все висцеральные боли являются отраженными, проецируются в определенных дерматомах, которые часто соответствуют зонам Захарьина-Геда. При этом, тепловой ответ кожи на висцеральную боль обусловлен расширением сосудов и усилением очагов гипертермии в этих зонах.

Совпадения измененной термограммы и боли возникают по типу висцеро-сосудистых и висцеро-сенсорных рефлексов, реализуемых симпатическими отделом ВНС.

При краниовертебральной патологии зоны совпадения гипертермии и боли подробно описаны в шейной области, кроме этого, часто совпадают с рентгенологической проекцией патологически измененных кост-

ных структур, причем при длительном болевом анамнезе (более 2 лет) эти совпадения регистрируются реже (гипертермия спускалась ниже, вследствие компенсаторного процесса включавшего нижележащие от гипотрофии мышечные отделы. При активизации болевого синдрома гипертермия в шейном отделе усиливалась. Возможно боль играет роль адаптирующего компонента, который включает механизмы активации микроциркуляции мягких тканей.

Е.О.Шкроб (2001) при неврогенном абдоминалгическом синдроме обнаружила генерализованный характер терморегуляционных расстройств. Изменения кожной температуры были представлены следующими типами распределения.

1. Гипотермия дистальных отделов конечностей (феномен «термоампутации»).
2. Гипотермия конечностей.
3. Гипотермия передней поверхности туловища, в т.ч. передней брюшной стенки.
4. Гипертермия передней поверхности туловища, в т.ч. передней брюшной стенки.
5. Наличие термоасимметрий.

Изменения поверхностной температуры по типу двусторонней термоампутации были характерны для психовегетативного синдрома. На передней брюшной стенке возможен мозаичный тип распределения температуры.

При интенсивных болях вследствие герпетического радикуло-ганглионита зоны гомогенной гипертермии имели четкие края и занимали всю площадь пораженного сегмента. Термоасимметрии составляли 1,5 – 3,0 °С. Умеренные боли проявлялись термоаномальными зонами, контуры которых лишь отдаленно напоминали проекцию пораженного дерматомы. Интенсивность тепловизионного изображения – 1,4 – 2,0 °С в зоне проекции пораженного ганглия и высыпаний. В остальных участках заинтересованного дерматомы – термоасимметрии – 0,8 – 1,2 °С.

Рефлекторные вертеброгенные боли в острой стадии остеохондроза позвоночника давали повышение температуры в паравerteбральных точках в зоне локализации боли на 0,6 – 1,5 °С. На уровне соответствующих веточек ПСС гипертермия составила 1,4 – 1,9 °С с одновременной гипотермией в дистальных отделах конечностей.

Таким образом, постоянство кожной температуры обусловлено рядом процессов в организме – иннервацией, кровообращением, обменом веществ, теплопроводностью тканей. Возникновение патологиче-

ского очага нарушает один или несколько этих факторов. Несомненно, что решающая роль в регуляции эндогенного тепла отводится ВНС, которая нервно-рефлекторными механизмами обеспечивает связь органов и периферической сосудистой сети в пределах одной рефлексогенной зоны.

Контактная передача тепла от органов к коже затруднена из-за ряда анатомических особенностей (слои забрюшинной и подкожно-жировой клетчатки, мышечные ткани) рассеивающие тепло.

Необходимо учитывать тепловизионные изменения, связанные с функционированием внутренних органов, индивидуальными особенностями топографии органов. Полученные нами термотопографические характеристики болей при СС описаны выше.

ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ТЕРАПИИ КАРДИАЛГИЙ

Падение уровня эстрогенов ухудшает качество жизни, затрудняет биологическую и социальную адаптацию женщин (И.Д.Евтушенко и др., 2006). Дефицит женских гормонов снижает антиатерогенный, антиоксидантный эффекты и повышает вазоконстрикцию, нарушает тромбоцитарный гомеостаз.

Возникла и быстро прогрессировала артериальная гипертензия вследствие наличия эстрогеновых рецепторных поверхностей кардиомиоцитов и гладкомышечных клеток сосудов (Овчинников А.Г., 2004; А.Н.Беловол и др., 2011).

Депривируются благоприятные эффекты женских гормонов на липидный и углеводный обмен, ренин-ангиотензиновую систему (В.П.Сметник, 2002; Е.М.Вихляев, 2006).

Вышеперечисленное приводит к риску развития сердечно-сосудистых заболеваний. Вазомоторные дисфункции провоцируют или усугубляют развитие кардиалгий.

Прогрессирует остеопороз усугубляющий клиническое течение вертеброгенной и другой костно-суставной патологии. Нарушение ремоделирования костной ткани напрямую зависит от количества ионизированной формы кальция, концентрация которого регулируется нейроэндокринной системой (В.П.Сметник, 2006; В.В.Поровознюк, 2010).

Характерны нарушения трофических влияний ВНС. Нарастает гиперактивность симпатического отдела. На этом фоне легко реализуются вегетативные кризы (А.Н.Стоянов, 2010).

Коморбидны климактерическому синдрому психоэмоциональные нарушения и другие проявления нейроэндокринного дисбаланса. Вышеперечисленное является важным пусковым фактором развития кардиалгий (А.Н.Стоянов, А.С.Сон, 2005).

Для предупреждения и «смягчения» симптомов возникающих в инволюционный период важны режимные мероприятия – изменения образа жизни, отказ от вредных привычек, повышение физической активности, рациональный режим труда, отдыха, адекватное питание (И.Д.Евтушенко и др., 2006; В.П.Сметник, 2006), психологическая ориентация на здоровье как важную жизненную ценность (И.И.Кухтевич, 2006).

Контроль артериального давления, колебания которого иногда расцениваются как «приливы», вегетативные пароксизмы и др.

Специальная заместительная гормональная терапия климактерического синдрома, заключается в использовании активных эстрогенов (Татарчук Т.Ф., 2011; Галич С.Р., 2012).

При наличии противопоказаний к назначению гормональной терапии назначают растительные и гомеопатические препараты: фемитон, эстровэл, феминол, фемикапс, фемивелл, ци-крим, ледис формула «Менопауза», менопейс, ременс.

Для нормализации вегето-сосудистых осложнений, в т.ч. кардиалгий используются экстракты гинкго-билоба, плоды боярышника, женьшень, лимонник комплексные растительные препараты – релаксил и др.

Витаминные комплексы с включением А, С, Е, нейротропные - нейровитан (В1, В6, В12).

Биостимуляторы (тканевая терапия): алое, стекловидное тело, ФиБС, торфот, румалон, лидаза.

Климатотерапия является адекватным раздражителем нормализующим регуляторно-приспособительные механизмы ВНС, повышает уровень адаптационных процессов (В.А.Ежова, 2009).

Бальнеотерапия. В зависимости от преобладающего синдрома в структуре климактерия используют: хвойные, скипидарные, сероводородные, йодобромные, кислородные, радоновые и другие ванны выполняющие адаптирующую роль.

Показано озокерито-, грязелечение, грязевые аппликации; биологически активные вещества (пелоидин, пелоидодистиллят, гумизоль, ФиБС, торфот).

Тепловые процедуры, соллюкс; инфракрасное и ультрафиолетовое излучение. лазеротерапия; УВЧ и др. (В.В.Ежов, 2008, 2012).

Электротерапия – электросон, различные виды электрофореза с седативными, ганглиоплегическими, сосудистыми, ноотропными средствами.

Нами разработаны и внедрены ряд способов комплексной физио-фармакотерапии.

Способ лечения вегетативных дисфункций – соляропатий с ведущим болевым синдромом торако-абдоминального уровня (Патент Украины № 10193). Воздействие на центральные и периферические образования ВНС, участвующие в реализации вегетативных дисфункций и алгических феноменов. Комбинация транквилизаторов и низкоэнергетического лазерного излучения позволяет блокировать патологическую афферентацию в ЦНС, предотвращать развитие генерализованных вегетативных паркозисмов. Помимо этого эффективно использование венотоников (нормовен), а также сосудистого препарата с вегетотропным эффектом – плестазол.

Способ лечения хронической боли (Патенты Украины № 3547; 81753). Проводят ректальную инфузию озono-кислородной смеси в комбинации с НПВС, миорелаксантами (тизалуд), антидепрессантами. Реализуются реакции по типу аксон-рефлексов. Активируются спинальные механизмы контроля боли, повышается болевой порог рецепторного аппарата. Улучшается кровообращение в спазмированной мускулатуре, ликвидируются коморбидные проявления депрессивных наслоений.

Способ лечения висцеральной вегетативной патологии и вторичных церебральных сосудистых дисгемий (Патент Украины № 64088). Осуществляется электрофорез раствора оксибутирата натрия на боковые шейные проекции симпатических стволов, а также раствора фенозепама на проекции крупных вегетативных образований синусоидальными модулированными токами. Эффект за счет симпатического блокирования сенсорно-вегетативного порочного круга. Выражены транквилизирующий, миорелаксирующий, противосудорожный, в т.ч. противокризозный эффекты.

Способ лечения конверсионных расстройств (Патент Украины № 3548) путем использования транквилизаторов, антидепрессантов, психотерапевтической коррекции.

Способ лечения вегетативно-сосудистых заболеваний (Патент Украины № 41763). Используют трансцеребральный электрофорез с инстенонем с последующим облучением сино-каротидных зон низкоэнергетическим лазерным излучением, что оказывает нормализующее влияние на надсегментарные структуры ВНС, улучшает гемодинамику, предупреждает развитие кардио-церебрального синдрома.

Способ лечения хронических ишемий головного мозга (Патент Украины № 43632). Используются сосудорасширяющие средства, энергетические, метаболические препараты, токоферола ацетат, а также фотонная энергия.

Тракторный стол (Патент Украины № 5276) снижает вертеброгенные патологические влияния на периферическую и вегетативную нервную системы, участвующие в реализации кардиалгий.

Способ лечения вегетативных дисфункций (Патент Украины № 28164). Осуществляется эндоназальный электрофорез нейропептидов (с катода) и раствор Нейромидина с анода на область проекции солнечного сплетения.

Способ лечения полинейропатии (Патенты № 24453, 86098). На фоне метаболической терапии (неовитам), сосудистой (ницерголин, сермион), инфузий антиоксиданта и ремиелинизатора - альфа-липона использован электрофорез нейромидина и никотиновой кислоты. При выраженных алгиях: прегабалин, лирика.

Рефлекторная терапия – седативное воздействие на сегментарные точки акупунктуры (ТА) передней грудной клетки, шейно-воротниковой и межлопаточной областей. Рекомендуемые точки: V 10; 11; 14; 43; 60; TR 14; 15; IG 14; 15; VB 20; 21; VC 14; 17, а также дистальные ТА: TR 5; E 36; MC 7; GI 10; 11 и другие (О.Г.Морозова, 2011).

Нами разработана игла для акупунктуры – акупрессуры (Патент Украины 12424), ряд методик лазеропунктуры, скользящего, эндоназального, на рефлексогенные зоны фотонного облучения (Ю.Л.Курако, А.Н.Стоянов, 1994-2006; А.Н.Стоянов, А.С.Сон, 2007-2012). Для купирования висцеральных алгий нами используются ТА: I 15, J 11, R 23, R 24, R 25, GI 4, E 36, R 8, V 21, V 30, E 23, R 1, RP 9, V 40, T 9, T 6, T 20. Первые сеансы начинают с отдаленных и общеукрепляющих ТА по второму тормозного метода.

Медикаментозное лечение

Для терапии основных проявлений климактерического синдрома, помимо специфической заместительной гормональной терапии (В.П.Сметник, 2006; Т.Ф.Татарчук, 2011; С.Р.Галич, 2012) проводят коррекцию развивающихся нарушений липидного метаболизма. Назначают мягкие липотропные препараты: липостабил, пробукол, производные никотиновой кислоты. Внедрение статинов является наиболее важным достижением медицины за последнее десятилетие. Снижают уровень холестерина и триглицеридов сыворотки крови, последнее поколение розувастатин тормозит и вызывает обратное развитие атеросклероза.

Коррекция артериальной гипертензии – ингибиторы АПФ: каптоприл, эналаприл, комбинация последнего с нитрендипилом; блокаторы ангиотензиновых рецепторов – сартаны.

Антитромботические и антиагрегантные эффекты достигаются при помощи аспирина, клопидогреля, тиклопидина, фраксипарина.

Вазоактивные препараты улучшают центральную, церебральную и периферическую гемодинамику: винпоцетин, винкамин, ницерголин, сермион, пентоксифиллин; антагонисты кальциевых каналов: циннаризин, нифедипин, нимодипин; ангиопротектор – плестазол.

Ликвидация быстрого накопления свободных радикалов в нервной системе путем использования антиоксидантов: армадин, альфа-липоевая кислота, альфа-липон, вит. Е. Помимо связывания и выведения свободных радикалов могут влиять на ряд адаптивных функций, психо-эмоциональную сферу, метаболизм и гипоксию миокарда. Не влияют на некоронарогенные кардиалгии.

Минеральная коррекция остеопороза, костных деструкций – вит. D₂,

препараты кальция в сочетании с хондропротекторами для восстановления хряща – глюкозамино сульфат ДОНА.

В стратегии купирования инволютивных кардиалгий необходимо учитывать многообразие болевых ощущений связанных с костно-суставными изменениями, артралгиями, скелетно-мышечными, реберно-грудными, миофасциальными синдромами, метаболическими невропатиями, как сопутствующими компрессионно-ишемическими, демиелинизирующими, постгерпетическими или дебютировавшими в период менопаузы.

Широко применяются анальгетики. Доказана эффективность назначения агонистов опиоидных рецепторов – трамадол, фентанил. Однако побочное действие во многом превышает необходимость применения.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВС): аспирин, ибупрофен, диклофенак; оксикамы; коксибы. Имеют ограничение в дозировках, длительности применения. Известны побочные явления со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и др.

Кортикостероиды – мощные противовоспалительные препараты с выраженным обезболивающим действием. Используются как местно так и системно краткосрочными курсами. Побочные действия – задерживают натрий и воду (отеки), повышают уровень глюкозы, артериальное давление, усиливают выделение кальция, снижают иммунитет.

В некоторых случаях полезны местные анестетики, лидокаиновые пластыри, блокады триггерных точек.

При преобладании невропатического компонента хронической боли эффективны противосудорожные препараты – модуляторы активности кальциевых каналов: прегабалин, лирика, габапентин.

Американские и европейские рекомендации указывают на возможность использования центральных миорелаксантов - тизалуд в терапии болевого синдрома (В.В.Поровознюк, 2008). При этом указывается на седацию, влияние на работоспособность, риск развития физической и психологической зависимости. Английские ученые рекомендуют только кратковременные (недельные) курсы.

В качестве вегетотропных средств используются альфа-адреноблокаторы (пирроксан, бутироксан); бета-адреноблокаторы (пропранолол, анаприлин, метапролол, тразикор); ганлиоблокаторы (ганглерон, бензогексоний, пахикарпин, ганглефен); беллоид, беллатаминал, белласпон. Большинство перечисленных в пособии препаратов обладают определенным вегетотропным действием. Их комбинации могут давать необходимые лечебные эффекты в коррекции вегетативных дисфункций.

Важным компонентом терапии кардиалгий климактерия являются психотропные средства. Выбор определяется ведущим синдромом.

В случаях тревожных и тревожно-фобических расстройств используется широкий спектр анксиолитиков. Наиболее эффективны бензодиазепиновые транквилизаторы: диазепам, фенозепам, гидазепам, оксазепам. Однако применение ограничено развивающейся заторможенностью, сонливостью; снижением когнитивных возможностей; миорелаксацией, падениями у пожилых, головокружением, атаксией, дискоординацией, депрессивными наслоениями. Возникает толерантность, зависимость, синдром отмены.

Расстройства сна эффективно регулируют снотворные препараты из т.н. Z группы (небензодиазепинового ряда: зопеклон, золпидем, залепном). В настоящее время существуют значительные препятствия к назначению снотворных средств. Залеплон (селофен) самое безопасное снотворное средство, что обусловлено коротким периодом полувыведения, минимальным количеством побочных реакций и не является учетным препаратом.

При превалировании депрессивных переживаний эффективны антидепрессанты.

Трициклический антидепрессант (ТЦА) amitриптилин обладает выраженным тимолептическим – повышающим настроение действием, купирует депрессию, тоску, апатию, эмоциональное напряжение, повышает психическую активность. Несмотря на то, что препарат является стандартом с которым сравнивают эффективность других антидепрессантов, он обладает значительными побочными эффектами. Развиваются холинолитические (антихолинергические) симптомы, снижаются когнитивные функции, возможны делириозные проявления, зрительные галлюцинации, экстрапирамидные расстройства, ортостатическая гипотензия, нарушение сердечной деятельности и др. Ограничение амбулаторного использования и в педиатрической практике.

Помимо этого используются антидепрессанты - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): циталопрам, эсциталопрам, сертралин, золофт, пароксетин, а также селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН): венлафаксин. Побочные эффекты менее выражены по сравнению с ТЦА. Характерны гастроэнтерологические дисфункции, бессонница, обострение тревоги, агрессии, дисфории, цефалгии, экстрапирамидные расстройства, тремор. Ограничение в детском и подростковом возрасте.

При ипохондрическом синдроме в структуре соматоформной вегетативной дисфункции при климактерическом синдроме целесообразно использовать малые нейролептики. Наиболее легкие и применяемые из них меллерил, сонапакс, из атипичных – эглонил. Все нейролептики снижают содержание дофамина в мозге, что приводит к лекарственному паркинсонизму, нейролептическому синдрому, скованности, тремору, оральным гиперкинезам, торсионному спазму.

Уникальные, натуральные средства Apivita для интимной гигиены мужчин и женщин



ДЕЛИКАТНЫЙ ОЧИЩАЮЩИЙ ГЕЛЬ ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ



с ромашкой и прополисом
91% НАТУРАЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ

Содержит ромашку, известную своими успокаивающими свойствами, и прополис, который предупреждает рост микробов. Продукт обогащен эфирным маслом лаванды, выращенной компанией APIVITA в органических условиях, для обеспечения ощущения свежести.

ДЕЛИКАТНЫЙ ОЧИЩАЮЩИЙ ГЕЛЬ ДЛЯ УСИЛЕННОЙ ЗАЩИТЫ



с чайным деревом и прополисом
91% НАТУРАЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ

Идеально подходит для снятия раздражений и использования летом, когда условия максимально благоприятны для роста микробов. Прополис оказывает антибактериальное, противовоспалительное и противогрибковое воздействие, натуральная липоаминокислота заботится о естественном уровне pH интимной зоны, чайное дерево предупреждает раздражения и рост микробов.

ДЕЛИКАТНАЯ ОЧИЩАЮЩАЯ ПЕНКА ДЛЯ ЗАЩИТЫ ОТ СУХОСТИ



с алоэ и прополисом
92% НАТУРАЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ

Содержит биоактивное алоэ, которое увлажняет, снимает зуд и ухаживает за интимной зоной, а также прополис – для предупреждения роста патогенных микроорганизмов. Идеально подходит для использования во время менопаузы и при вагинальной сухости.



ПРОДУКТЫ НЕ СОДЕРЖАТ ПАРАБЕНОВ, МЫЛА, СИЛИКОНА, ПРОПИЛЕНГЛИКОЛЯ, ЭТАНОЛАМИНА.



НАТУРАЛЬНЫЙ СОСТАВ ДО 92%

Эксклюзивный дистрибьютор
в Украине ООО «Ольфа»,
тел.: (044) 503-89-20, www.olf.a.ua

Изготовлено в Греции.
www.apivita.com

НООФЕН КАК ЭФФЕКТИВНОЕ СРЕДСТВО ТЕРАПИИ КАРДИАЛГИЙ КЛИМАКТЕРИЯ

С учетом вышеизложенного, среди эффективных медикаментозных средств лечения инволютивных кардиалгий, климактерического синдрома выгодно выделяется препарат γ -амино- β -фенилмаслянной кислоты гидрохлорид (НООФЕН).

НООФЕН – ноотроп комплексного действия с широким спектром фармакологической активности. По сути, не имеет аналогов как среди производных ГАМК так и среди других ноотропных средств (О.И.Лукач и др., 2003). Препарат является первичным ноотропным средством с непосредственным воздействием на нервную клетку (В.Г.Кукес, 1999). Трудно выделить основную точку терапевтического приложения.

НООФЕН относят к:

1. ноотропной группе (инструкция);
2. транквилоноотропам (В.С.Зайцев, 2010);
3. нейрометаболическим стимуляторам (Л.В.Царегородцева, 2011).

Механизм действия

Производное ГАМК – основного тормозного нейротрансмиттера. Наличие в его молекуле фенильного кольца позволяет гораздо легче проникать через гематоэнцефалический барьер. Стимулирует передачу возбуждения в ЦНС посредством улучшения энергетического статуса нейронов, активирует аденилатциклазу, синтез АТФ, увеличивает активность дыхательных ферментов, повышает гликолитические процессы, утилизацию глюкозы. Активирует нейропластичность: синтез РНК, фосфолипидов нейронных мембран, обмена фосфатидилхолина и фосфатидилэтаноламина. Стимулирует ряд нейротрансмиттерных (ГАМК-, дофамин-, адренер-, серотонинергических и др.) систем облегчающих обмен информации, процессов синаптической передачи стимулирующих когнитивные функции организма.

Улучшает мозговое кровообращение.

Обладает мембраностабилизирующим, центральным миорелаксирующим действиями при хронических ишемиях мозга.

Помимо многогранности действия, препарат может длительно использоваться в любом возрасте и без побочных действий и осложнений. Это обстоятельство во многом обусловлено сродством к естественным метаболитам организма.

Улучшает качество жизни женщин с ранней постменопаузой, климактерическим синдромом (А.Н.Беловол, 2011). Описаны адаптогенные, антистрессовые эффекты (В.И.Ахапкина, 2009; А.Н.Беловол и др., 2011; А.Н.Стоянов, А.С.Сон, 2011), вегетотропное, в т.ч. симпатолитическое действие с нормализацией сердечного ритма (антиаритмический эффект), снижение показателей артериального давления при гипертензии, в том числе у детей с ВСД по гипертоническому типу (Е.И.Волчанский; Е.А.Белова и др., 2006); улучшение церебральной гемодинамики при ишемии мозга (А.Н.Беловол и др., 2011), церебральной ангиодистонии (А.Н.Стоянов, А.С.Сон, 2012).

Купирует ряд вазовегетативных симптомов (головные боли, в т.ч. напряжения; головокружения при повышении АД и др.), вегетативные кризы (О.И.Лукаш, 2003; А.Н.Стоянов, 2012), болевые вегетативные синдромы (Л.Громов, 2009).

НООФЕН – единственный ноотроп применяемый в эпилептологии – противозипилептическое действие (Т.П.Гуманова, Т.П.Степанова, 1980; В.М.Студеникин и др., 2003).

Корригирует точность координации, сенсорно-моторных реакций; при тикозных гиперкинезах, коррекции атаксии, гиперактивности (Ю.В.Батуева, 2008), тремора, статолокомоторики (А.Н.Стоянов, 2012), корригирует вертигенозный синдром при болезни Меньера (О.С.Зайцев, 2010).

Центральное миорелаксирующее действие (сродство с баклофеном) при повышении мышечного тонуса.

В качестве нейрометаболического стимулятора улучшает процессы нейропластичности (А.В.Вальдман, 1989; А.Н.Беловол и др., 2011; Л.С.Чутко, 2012). НООФЕН эффективен для коррекции когнитивных нарушений при хронической ишемии мозга (А.Н.Беловол и др., 2011; А.Н.Стоянов, А.С.Сон, 2012), церебральных ангиодистониях (А.Н.Стоянов, А.С.Сон, 2012), в лечении минимальной мозговой дисфункции (М.В.Хайтович, 2010), в коррекции дефицита внимания (Ю.В.Батуева, 2008).

Основное анксиолитическое средство у детей и подростков. Используется при нарушении сна (Т.Я.Хвицивицкий, 1980; Ю.В.Батуева, 2008), при пределириозных и делириозных состояниях (О.В.Зайцев, 2010), алкоголизме, абстинентном синдроме (А.Г.Чаура, 2010).

При использовании НООФЕНА практически отсутствуют негативные сопутствующие явления, которые наблюдаются у транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков, психостимуляторов (Л.Громов, 2009).

Заслуживает внимания комплексное использование в течении 6 недельного курса: АДАПТОЛА (0,3 г 3 раза в сутки) в комбинации с новым антиишемическим цереброкардиальным препаратом КАПИКОРОМ (2 капсулы 2-3 раза в сутки) , а также НООФЕНА (500 мг 3 раза в день). Предложенный «Способ лечения вегетативных расстройств у женщин с климактерическим синдромом на фоне хронической ишемии мозга» (Информ. письмо УОЗ Одесской области, от 30.03.2015) показал свою эффективность при наличии выраженных вегетативных дисфункций в компенсированной и субкомпенсированной стадиях ишемического повреждения мозга.

Комбинированное использование анксиолитика и противострессового препарата АДАПТОЛА, ноотропа с вегетостабилизирующим и транквилизирующим эффектами – НООФЕНА, а также комбинации мелдония дигидрата и гамма-бутиробетаина дигидрата - КАПИКОРА позволило уменьшить ведущие симптомы заболевания: психоэмоциональное напряжение, астению, автономное сопровождение клинической картины, предупредить или купировать вегетативные кризы, нормализовать церебральную гемодинамику, оксигенацию, метаболизм нейронов ЦНС. Зарегистрирована нормализация основных показателей вегетативного тонуса, реактивности и обеспечения деятельности.

Для повышения эффективности комплексного лечения кардиалгий и коморбидных симптомов с учетом интенсивности проявлений и согласно степеням тяжести по В.С.Волкову предложена следующая терапевтическая схема.

При I степени с явлениями вегетативного дисбаланса (ВСД) и редкими слабыми колюще-ноющими болями в области сердца без иррадиации рекомендовано:

НООФЕН по 250 мг 3 раза в день в течении 6 недель;
АДАПТОЛ по 300 мг 3 раза в сутки в течении 6 недель;
КАПИКОР по 2 капсуле 2 раза в сутки в течении 6 недель.

II степень с выраженными вегетативными дисфункциями достигающих крайней степени проявления – автономных кризов различной направленности вегетативного тонуса, а также выраженными и длительными кардиалгиями с иррадиацией в левую конечность:

НООФЕН по 500 мг утром; 500 мг – вечером, в течение 6 недель;
АДАПТОЛ по 500 мг 2 раза в сутки в течение 6 недель.

При выраженном эмоциональном напряжении, раздражительности,

тревожных переживаниях, развитии кризовых состояниях по типу «панических атак» рекомендовано увеличить дозировку АДАПТОЛА до 1 г однократно или в нескольких приемах (в период вероятного развития криза(ов)). Длительность 3-4 недели, затем продолжить прием препарата по 500 мг 3 раза в сутки. Длительность 6-8 недель.

КАПИКОР по 2 капсулы 3 раза в сутки в утреннее и дневное время в течении 6 недель.

III степень – постоянные, периодически усиливающиеся кардиалгии на фоне других коморбидных климактерию состояний - сочетаний ишемических цереброваскулярных расстройств с проявлениями эндотелиальной дисфункции, возможной ишемии миокарда, вегетативных дисфункциях в структуре вегетативных или гипертензивных кризов, в т.ч. вследствие нарушения автономной иннервации внутренних органов или автономных висцеральных невротиях, преимущественно дисметаболического генеза, солярных синдромах и др.:

НООФЕН 500 мг 3 раза до достижения 6 недельного курса.

АДАПТОЛ по 500 мг 3 раза в сутки в течение 6 недель;

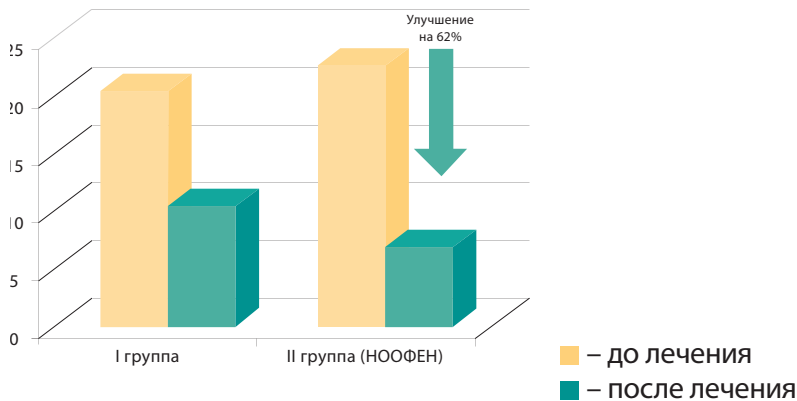
КАПИКОР по 2 капсулы 3 раза в сутки в течение 6 недель.

Увеличение дозировки КАПИКОРа при вышеперечисленных расстройствах (согласно III степени) позволяет благоприятно влиять на контроль баланса вазоконстрикции/вазодилатации, пролиферацию/антипролиферацию эндотелия сосудов, гемостаз, измененный иммунитет, оказывать противовоспалительное действие препарата. Важным моментом для реализации перечисленных эффектов является оптимизация энергетического обмена, а комбинация мельдония и гамма-бутиробетаина повышает эффективность и скорость этих биологических и метаболических процессов. В тяжелых случаях, а также для обеспечения мощной и быстрой кардио- и церебропротекции в условиях климактерического стресса предложенная схема эффективна для профилактики и лечения коморбидной сердечнососудистой патологии, в первую очередь артериальной гипертензии, атеросклероза, коронарной и церебральной ишемии, вегетативных и соматоформных расстройств и др.

НООФЕН



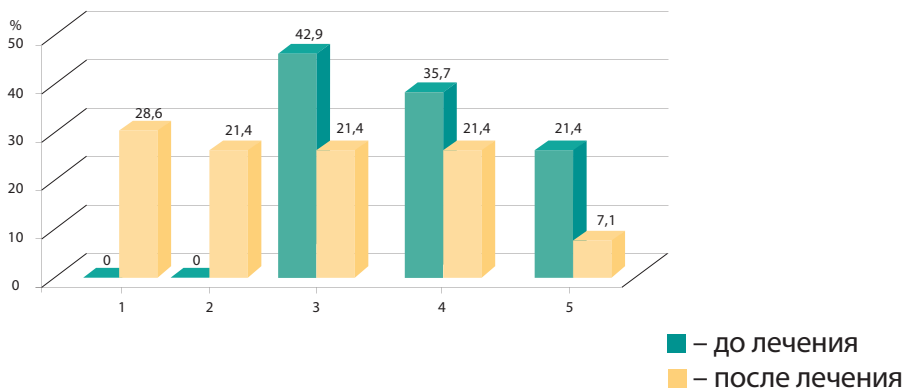
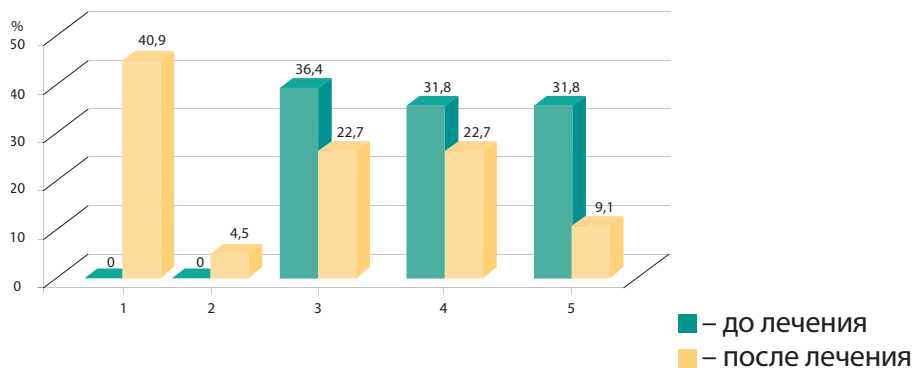
Снижение уровня тревожности (по шкале Спилберга-Ханина)



Морозова О.Г., «Український вісник психоневрології», 2009, вип.5

ПРИЛОЖЕНИЯ

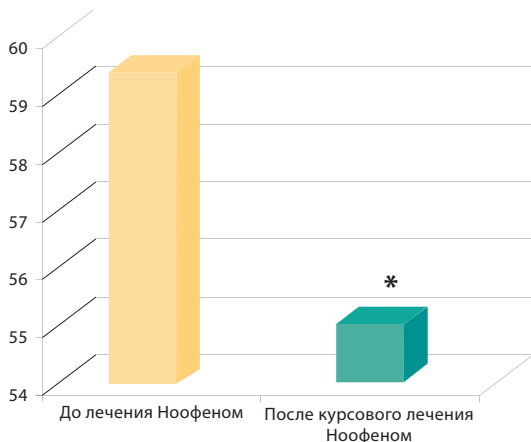
Изменение уровня концентрации внимания у женщин при хронической ишемии мозга



Относительное распределение женщин ($n=36$, средний возраст - $42,8 \pm 5,1$ лет) по уровням концентрации внимания тест Пьерона-Рузера: (1 – очень высокий, 2 – высокий, 3 – средний, 4 – низкий, 5 – очень низкий) до и после лечения НООФЕНОМ в основной (сверху) и контрольной (снизу) подгруппах.

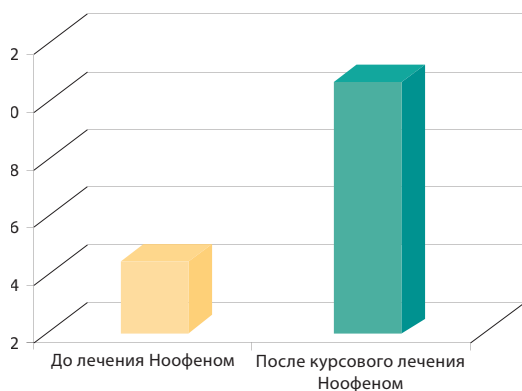
(А.Н.Стоянов, 2014)

**Достоверное снижение степени вегетативной дисфункции при
лечении НООФЕНОМ
(оценка по анкете Вейна А.М. в баллах)**



*** $p < 0,05$**
**Поворознюк В.В., Орлик
Т.В., 2003, Инст. геронтоло-
гии АМН Украины**

**Динамика когнитивных функций в результате курсового приме-
нения НООФЕНА (тест Лурия)**



**Суммарный балл теста
Лурия на запоминание 10
слов увеличился с 35,92 ± 1,3
до 41,6 ± 0,97**

**Улучшилась как кратковре-
менная, так и долговремен-
ная память**

Карабань И.Н. « Український вісник психоневрології», 14, 2006

ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА НООФЕН

СОСТАВ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА НООФЕН

Действующее вещество –
γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ГРУППА

Психотропные и ноотропные средства.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ НООФЕНА

- ▶ Снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, нарушения памяти, снижение концентрации внимания.
- ▶ Астенические и тревожно-невротические состояния.
- ▶ Логоневрозы, тики и энурез у детей.
- ▶ У пожилых людей – при бессоннице, ночном беспокойстве.
- ▶ Комплексное лечение климактерического синдрома.
- ▶ Болезнь Меньера, головокружения, связанные с дисфункциями вестибулярного анализатора различного генеза.
- ▶ Профилактика и лечение морской и воздушной болезни.
- ▶ Для профилактики стрессовых состояний перед операциями или болезненными диагностическими вмешательствами.
- ▶ Как вспомогательное средство при лечении алкоголизма для купирования психопатологических и соматовегетативных расстройств.
- ▶ В комплексном лечении алкогольных предделириозных и делириозных состояний.

СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ

Ноофен применяют внутрь перед едой. Курс лечения составляет 4-6 недель. Взрослым препарат назначают по 0,25-0,5 г 3 раза в день. При необходимости в дальнейшем суточную дозу увеличивают до 2,5 г. Детям с 3-4 лет – 100 мг 2 раза в день; 5-6 лет – по 100 мг 3 раза в день; 7-10 лет по 200 мг 2 раза в день; 11-14 лет – по 200 мг 3 раза в день.

Высшие разовые дозы для детей до 6 лет -100 мг, с 7 до 10 лет - 200 мг, с 11 до 14 лет - 300 мг. Однократная максимальная доза у взрослых составляет 0,75 г, у лиц старше 60 лет - 0,5 г.

Для купирования алкогольного абстинентного синдрома ноофен назначают в первые дни лечения днем по 0,25-0,5 г 3 раза в день и на ночь 0,75 г, с постепенным снижением суточной дозы до обычной для взрослых.

Для снятия головокружения при дисфункциях вестибулярного анализатора инфекционного генеза (отогенный лабиринтит) и болезни Меньера ноофен назначают в период обострения по 0,75 г 3-4 раза в сутки в течение 5-7 дней. При снижении выраженности вестибулярных расстройств - по 0,25-0,5 г препарата 3 раза в сутки в течение 5-7 дней и затем по 0,25 г ноофена 1 раз в сутки на протяжении 5 дней.

При относительно легком течении заболеваний ноофен принимают по 0,25 г 2 раза в сутки в течение 5-7 дней, затем по 0,25 г 1 раз в сутки на протяжении 7-10 дней.

Для лечения головокружения при дисфункциях вестибулярного анализатора сосудистого и травматического генеза ноофен назначают по 0,25 г 3 раза в сутки на протяжении 12 дней.

Для профилактики укачивания в условиях морского плавания ноофен принимают в дозе 0,25-0,5 г однократно за 1 час до предполагаемого начала качки или при появлении первых симптомов морской болезни. Противоукачивающее действие Ноофена усиливается при увеличении дозы препарата. При наступлении выраженных проявлений морской болезни (рвота и т. д.) назначение ноофена малоэффективно. Для профилактики воздушной болезни ноофен назначается однократно в дозе 0,25-0,5 г за час до полета.

Для комплексного лечения женщин с климактерическими расстройствами, а также при сочетании климактерических расстройств с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника ноофен назначают по 0,25 г 3 раза в сутки на протяжении первых двух недель, следующие две недели по 0,25 г 2 раза в сутки. В случае умеренной выраженности вертебрального болевого синдрома и климактерических расстройств рекомендуется применение ноофена по 0,25 г 2 раза в сутки ежедневно на протяжении 4 недель комплексного лечения остеохондроза.

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Ноофен можно применять с другими препаратами, в том числе с психотропными — транквилизаторами и нейролептиками (действие потенцируется).

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Индивидуальная непереносимость к компонентам препарата, острая почечная недостаточность, фенилкетонурия, беременность, период кормления грудью.

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

После первых приемов ноофена или при передозировке возможны сонливость, тошнота, головокружение, головная боль, редко – аллергические реакции.

ФОРМА ВЫПУСКА

Порошок в пакетиках 100 мг, № 15.
Порошок в пакетиках 500 мг, № 5.
Капсулы 250 мг, № 20.
Капсулы 500 мг, № 30.
Таблетки 250 мг, № 20.

УСЛОВИЯ ОТПУСКА

Без рецепта.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВАШ - визуальная аналоговая шкала	ПСС - пограничный
ВРШ - вербальная ранговая шкала	симпатический ствол
ВСД - вегето-сосудистая дистония	РВГ - реовазография
ЗГТ - заместительная	РФ - ретикулярная формация
гормональная терапия	РЭГ - реоэнцефалография
ИБС - ишемическая болезнь	СС - солнечное сплетение
сердца	ФМ - фибромиалгия
КРБС - комплексный регионарный	ШВА - шкала вербальных аналогов
болевого синдром	ЭМГ - электромиография
КС - климактерический синдром	ЭКГ - электроэхокардиограмма
КТ - компьютерная томография	HADS - госпитальная шкала
МКБ-10 - международная	тревоги и депрессии
классификация болезней десятого	MPQ- McGill Pain Questionnaire
пересмотра	- Мак-Гилловский болевой
МРТ - магнитно-резонансная	опросник
томография	NWC - Number of words chosen –
МФБС - миофасциальный болевой	индекс числа выбранных слов
синдром	PPI - Present pain intensity – индекс
НЦА - нейроциркуляторная	интенсивности боли в момент
астения	исследования
НЦД - нейроциркуляторная	PRI - Pain Rating index - ранговый
дистония	индекс боли
ПНС - периферическая нервная	
система	

крем у тубі 30г та 100г

Aqualan®L

ефективний зволожуючий
гіпоалергенний крем для
нормальної, сухої, чутливої
та схильної до алергічних
проявів шкіри у дорослих і
дітей з перших днів життя

Aqualan®L

- ~ зволожує шкіру – у складі крему 65% води
- ~ зменшує свербіж у пацієнтів з сухою, чутливою шкірою
- ~ без запаху – не містить парфумованих ароматів
- ~ без барвників
- ~ легко наноситься на шкіру
- ~ швидко вбирається
- ~ безпечний для дорослих та малят з перших днів життя



OLFA
ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ МАРКЕТИНГ
ТА ДИСТРИБ'ЮСЕР
ТЕЛ.: 044 503 89 20
www.olfa.ua

Висновок санітарно-епідеміологічної експертизи
№05.03.02-03/82055 від 10.09.2013 р.

ORION
ОРИОН Корпорейшн, Фінляндія
www.orionpharma.com.ua

Навчальне видання

СТОЯНОВ Олександр Миколайович
д.мед.н., професор

НЕЙРОВЕГЕТАТИВНІ АСПЕКТИ
КАРДІАЛГІЙ КЛІМАКТЕРІЯ

Учбовий посібник для неврологів, лікарів-інтернів,
курсантів ФУЛ, лікарів сімейної практики