

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616-009.86-039.31-036.865

В. Г. Помников, И. Е. Камынина, О. П. Вознюк, Ф. В. Марзаева,
Е. В. Белошапкина, Ш. А. Шихахмедова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЭКСПЕРТИЗА И РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОМ ВАРИАНТЕ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

ФГУ Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов ФМБА России

В данной статье представлен подход к медико-социальной экспертизе и реабилитации при синдроме вегетативной дистонии, не являющимся однородным и включающим в себя психовегетативный синдром, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности и вегетативно-сосудисто-трофический синдром. Показана необходимость учета комплекса факторов для качественной медико-социальной экспертизы и реабилитации при данном состоянии.

Ключевые слова: синдром вегетативной дистонии, пароксизмальный вариант, медико-социальная экспертиза, реабилитация.

MEDICAL-SOCIAL EXAMINATION AND REHABILITATION DURING PAROXYSMAL TYPE OF VEGETATIVE DYSTONIA SYNDROME

V. G. Pomnikov, I. E. Kamynina, O. P. Voznyuk, F. V. Marzaeva, E. V. Beloshapkina, Sh. A. Shikhakhmedova

FSI St. Petersburg Institute of Medical experts Postgraduate Education FMBA

This paper presents an approach to medical and social assessment and rehabilitation of vegetative dystonia syndrome, which is not homogeneous and includes psychovegetative syndrome, progressive autonomic failure, and autonomic-vascular trophic syndrome. The necessity of taking into account a set of factors for quality medical and social assessment and rehabilitation in this state.

Key words: vegetative dystonia syndrome, paroxysmal option, medical-social examination, rehabilitation.

Нарушения вегетативной регуляции в виде клинических вариантов синдрома вегетативной дистонии (СВД) имеют чрезвычайно высокую распространенность в популяции и достигают, по данным некоторых авторов, 65—80% [1—6].

СВД наиболее часто встречается у лиц молодого возраста. Известно, что он развивается вследствие различных заболеваний и состояний, при этом существенное значение имеет конституциональный тип функционирования вегетативной нервной системы [2, 4].

Интерес для специалистов бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) представляют взаимоотношения вегетативной дистонии и сосудистой церебральной патологии. Известно, что при появлении последней выявляемость вегетативной дистонии значительно возрастает, однако по мере нарастания недостаточности церебрального кровообращения выраженность вегетативных симптомов уменьшается. Следует отметить, что в возрасте до 17 лет вегетативная дистония на фоне микроочаговой симптоматики выявляется у 30—65% обследованных [2, 4—7], что целесообразно учитывать при освидетельствовании детей в БМСЭ.

Вместе с тем СВД не является однородным и включает в себя психовегетативный синдром, синдром прогрессирующей вегетативной недостаточности и вегетативно-сосудисто-трофический синдром [2]. Наиболее часто специалистам в БМСЭ приходится сталкиваться с психовегетативным симптомокомплексом, объективизация которого и выяв-

ление причин, лежащих в его основе, вызывают значительные трудности [4, 8], что в свою очередь влияет на качество медико-социальной экспертизы.

Общеизвестными являются полиморфность и полисистемность проявлений психовегетативного синдрома, их пароксизмальный или перманентный характер. Преобладание этих нарушений в пределах той или иной системы служит в ряде случаев основанием для выделения клинических особенностей этого синдрома, например гипервентиляционного или кардиоваскулярного.

Выделяют комплекс признаков, обладающих достаточно высокой специфичностью в отношении вегетативной дистонии: кардиалгии неишемического генеза, гипервентиляционные проявления, лабильность пульса и артериального давления, пароксизмы по типу “панической атаки”, невротические расстройства.

На сегодняшний день недостаточно изученными остаются особенности течения различных клинических вариантов СВД и их взаимосвязь с формирующейся сосудистой патологией центральной нервной системы.

С целью уточнения клинических особенностей различных вариантов СВД нами было обследовано 78 больных (38 женщин, 40 мужчин) в возрасте от 18 до 46 лет с ведущими клиническими признаками вегетативной дисфункции. У всех больных исследовался неврологический статус, включая оценку вегетативного тонуса, выполнялось экспериментально-психологическое тестирование. Из дополнительных методов исследования обязательными были стандартная

электрокардиография, ритмокардиография, электроэнцефалография, магнитно-резонансная томография (МРТ), ультразвуковая доплерография, дуплексное сканирование и некоторые другие методы выполнялись по показаниям.

По нашим данным, наиболее частыми этиологическими факторами СВД являются следующие: примерно в 35% случаев СВД расценивался как конституционально обусловленный, психогенные факторы были ведущими в 28% случаев и в 24% синдром развивался после перенесенной черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Особого внимания заслуживает факт выявления вегетативных нарушений у лиц трудоспособного возраста после перенесенной легкой ЧМТ (сотрясение или ушиб головного мозга легкой степени тяжести). С учетом собственных наблюдений отметим, что очень часто вегетативные нарушения, принимаемые за последствия ЧМТ, таковыми не являются, так как сам факт сотрясения головного мозга не был подтвержден объективными критериями в остром периоде травмы.

Наиболее отчетливо особенности течения СВД проявляются при его пароксизмальном варианте. По нашим данным, психовегетативные пароксизмы различной частоты выявляются более чем у половины больных с СВД (58%). Среди них преобладают женщины (60%), а “паническая атака” нередко является первым проявлением вегетативных нарушений. У значительной части больных (по собственным данным, 55%) вегетативный пароксизм развивался после психоэмоционального или физического напряжения. Часто СВД предшествует или сопровождает дебют какого-либо заболевания, что может свидетельствовать о напряжении компенсаторных и адаптивных механизмов.

При неврологическом осмотре у половины больных выявлялась неврологическая симптоматика в виде кистевых знаков, незначительной сглаженности носогубной складки, легкой анизорефлексии, промахивания при выполнении пальценосовой пробы, тремора пальцев вытянутых рук. Вегетативная симптоматика была облигатной у всех больных и отражала изменение вегетативного тонуса преимущественно в сторону симпатикотонии.

При проведении ритмографии у пациентов, имевших в анамнезе закрытую ЧМТ, преобладала парадоксальная реакция на активную ортостатическую пробу, которая заключалась в сохранении фонового типа регуляции сердечного ритма с доминированием симпатических влияний.

У больных с психогенным и конституционально обусловленным СВД преобладала сниженная или нормальная реакция на активную ортостатическую пробу, в то время как дыхательная проба сопровождалась усилением симпатического влияния или ригидным типом регуляции сердечного ритма. Важно отметить, что у больных с психовегетативными пароксизмами (по типу “панической атаки”) в большинстве случаев дисбаланс регуляции сердечного ритма выявлялся при проведении дыхательной пробы, при которой парасимпатические влияния оценивались как недостаточные. Дыхательные нарушения выявлялись у большинства больных по типу гипервентиляционного

синдрома и объективизировались при проведении дыхательной пробы.

По нашим данным, в возрасте до 20 лет, несмотря на преобладание симпатикотонии и гиперреактивности вегетативной нервной системы, СВД чаще имеет перманентное течение. Развернутые психовегетативные пароксизмы по типу “панической атаки” возникают позже и тесно связаны с невротизацией больного, что соответствует данным литературы [2—4, 6, 8].

Тщательного неврологического обследования требуют больные, у которых впервые возникает вегетативный пароксизм и обнаруживается стойкая органическая микросимптоматика. Почти у половины из них вегетативные стигмы прослеживаются с детского возраста, выявляются различные признаки дизэмбриогенеза. У таких пациентов повышается вероятность выявления различных аномалий развития, в том числе сердечно-сосудистой и нервной систем.

Отдельного внимания требуют больные, у которых дебют вегетативной симптоматики возник в условиях резко возросшей физической и нервно-психической нагрузки. Как правило, это лица в возрасте от 17 до 25 лет. Изменение условий связано с началом трудовой деятельности, активной половой жизни, повышенной учебной нагрузкой, прохождением военной службы и другими факторами. Значительную часть этой группы составляют соматическиотягощенные больные или с психосоматической патологией.

В этих случаях высокоинформативным является применение МРТ в сочетании с МРТ-ангиографией, которая позволяет активно выявлять гипо- или аплазию позвоночных или церебральных артерий, патологическую извитость сосудов, аневризмы и мальформации, аномалии краниовертебрального перехода (43,6% обследованных нами больных).

Актуальной у этих больных является и проблема ограничения жизнедеятельности вследствие психовегетативных пароксизмов и вегетативной дисфункции в межприступном периоде. Необходимость МСЭ возникает при частых и выраженных психовегетативных пароксизмах. Однако в этом случае недостаточно только определение частоты и тяжести этих состояний, необходимо объективизировать этиопатогенетические факторы вегетативной дистонии, составить представление о перспективе реабилитации больного и прогнозе заболевания. Обследование таких пациентов должно включать комплекс клинических и инструментально-лабораторных исследований, обязательными среди которых являются ритмокардиография и МРТ. Адекватное обследование данных больных позволяет выделить среди них группу риска по цереброваскулярной патологии, а также качественно определить выраженность имеющихся категорий ограничения жизнедеятельности.

Отметим также, что медицинская реабилитация этих пациентов должна включать не только воздействие на вегетативные пароксизмальные проявления, но и лечение причины этих пароксизмов, выявленной при тщательном и целенаправленном обследовании.

Данные литературы и собственные данные позволяют рекомендовать направление в БМСЭ больных с выраженными проявлениями СВД с повторными

тяжелыми и средней тяжести кризами при неэффективности терапии и длительной временной нетрудоспособностью. В БМСЭ могут направляться также больные с умеренно выраженными нарушениями вегетативных функций, несмотря на активное лечение, в случае невозможности продолжать работу в своей профессии из-за противопоказаний, если перевод на доступную работу не может быть осуществлен по решению врачебной комиссии лечебного учреждения.

III группа инвалидности устанавливается больным с умеренно выраженными вегетативными нарушениями и умеренным ограничением жизнедеятельности в связи со снижением квалификации, уменьшением объема производственной деятельности из-за наличия противопоказанных факторов в процессе или условиях труда (преимущественно по критерию нарушения способности к трудовой деятельности I степени).

II группа инвалидности дается редко, лишь при значительном ограничении жизнедеятельности в связи с выраженными проявлениями СВД (частые тяжелые кризы при неэффективности лечения, приводящие к ограничению жизнедеятельности по критерию нарушения способности к трудовой деятельности, контроля за своим поведением II степени).

Необходимо учитывать возможность положительной динамики инвалидности, возвращения к труду без ограничений в случае улучшения состояния больного на фоне целенаправленной реабилитации, на что необходимо обращать внимание при очередном переосвидетельствовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлуцкий А. П., Антоненко Л. М., Попов Н. И. Диагностические критерии начальных проявлений цереброваскулярной

недостаточности. VIII Всероссийский съезд неврологов. Казань, 2001: 105.

2. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. М., 1998.
3. Вознесенская Т. Г., Фокина Н. М., Яхно Н. Н. Лечение астенических расстройств у пациентов с психовегетативным синдромом (результаты многоцентрового исследования эффективности и переносимости ладастена). Журн. неврол. и психиатр. 2010: 110 (5): 17—26.
4. Профилактика инвалидности и реабилитация при вегетативной дистонии и ранних проявлениях недостаточности кровоснабжения мозга: Обзорная информация. Вып. 43 / Гуревич Д. В., Помников В. Г., Макаров А. Ю. и др. М., 2004.
5. Справочник по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. М. В. Коробова, В. Г. Помникова. СПб., 2010.
6. Чутко Л. С., Фролова Н. С. Психовегетативные расстройства в клинической практике. СПб., 2005.
7. Калинин С. Н. Вегетативно-гемодинамические нарушения при начальных формах цереброваскулярных заболеваний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2003.
8. Менделевич В. Д., Соловьева С. А. Неврология и психосоматическая медицина. М., 2002.

Поступила 03.02.12

Сведения об авторах:

Помников В. Г. — д-р мед. наук проф., проректор по учебной и научной работе, зав. каф. неврологии, медико-социальной экспертизы и реабилитации Санкт-Петербургского ин-та усовершенствования врачей-экспертов ФМБА; Камынина И. Е. — врач-невролог поликлиники; Вознюк О. П. — врач-невролог, зав. неврологическим отд-нием Дорожной больницы; Марзаева Ф. В. — врач-невролог бюро медико-социальной экспертизы; Белошапкина Е. В. — врач-невролог бюро медико-социальной экспертизы; Шихамедова Ш. А. — врач-невролог бюро медико-социальной экспертизы.

Для контактов:

Помников Виктор Григорьевич, 194044, Санкт-Петербург, пр. Б. Сампсониевский, 11/12. Телефон: 8-921-653-16-69; e-mail: spbipde@mail.ru.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ

© А. А. ДОМАШЕНКО, 2013

УДК 616-006.04-036.86:312.6(470.61)«2001—2010»

А. А. Домашенко

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2001—2010 ГГ.

ФКУ Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области, Ростов-на-Дону

В статье представлен анализ показателей заболеваемости и инвалидности вследствие злокачественных новообразований трудоспособного населения Ростовской области за 10 лет.

Ключевые слова: заболеваемость, инвалидность, трудоспособное население, уровень инвалидности.

ANALYSIS OF MORBIDITY AND DISABILITY DUE TO CANCER AMONG WORKING POPULATION OF THE ROSTOV REGION FOR THE PERIOD 2001-2010

A.A.Domashenko

Federal Bureau of Medical and Social Expertise, FMBA of Russia, Moscow