

От редакции. В этом номере журнала открывается дискуссия по проблеме вегетативных расстройств у детей и подростков. Публикации этой рубрики являются откликом на статью **А. А. Курочкина** с соавт. «Нейроциркуляторная дистония у детей и подростков — болезнь или пограничное состояние?»

© Коллектив авторов, 2003

А. А. Курочкин, А. Ф. Виноградов, В. В. Аникин, Е. В. Иванова

НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ — БОЛЕЗНЬ ИЛИ ПОГРАНИЧНОЕ СОСТОЯНИЕ ?

Отделение лучевой и функциональной диагностики Детской городской клинической больницы № 1, г. Тверь;
кафедры педиатрии № 1 и пропедевтики внутренних болезней ТГМА, РФ

До настоящего времени нет единого мнения среди врачей различных специальностей (педиатров, кардиологов, неврологов) и исследователей по трактовке нейроциркуляторной дистонии (НЦД) у детей и подростков. Что это — самостоятельная болезнь или пограничное состояние между нормой и патологией, или один из вариантов вегетосудистой дистонии (ВСД), хотя и часто встречающийся, или фактор риска — предиктор атеросклероза и ишемической болезни сердца в молодом возрасте [1, 4, 5, 13, 14]?

Определение НЦД, данное В. И. Маколкиным и С. А. Абакумовым [10]: «НЦД — самостоятельное, полиэтиологическое заболевание, являющееся частным проявлением вегетативной дистонии, при которой имеются дисрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе и возникающее вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных центрах вегетативной нервной системы» — продолжает оставаться предметом споров многих исследователей. По мнению их оппонентов, НЦД не может рассматриваться как самостоятельное заболевание и ему обязательно должны предшествовать органические или функциональные поражения различных органов и систем [7].

В связи с этим нет ясности в определении, классификации и целесообразности выделения различных вариантов НЦД, необходимости диспансерного наблюдения и медико-психологической реабилитации. Это создает определенные трудности для практических врачей при определении групп здоровья и занятий физкультурой в школе, при проведении профессиональной ориентации подростков и их социальной адаптации. Особенно большие проблемы встают перед педиатрами и подростковыми врачами в осенне-весенний период, когда поликлиники «атакуют» родители этих детей с целью освобождения их от уроков физкультуры, дежурств в школе, переводных или выпускных экзаменов. Испытывают трудности и призывные комиссии, в большей степени при

наличии у подростков кардиальной формы НЦД (аритмический и кардиалгический варианты).

В связи с вышеизложенным и с учетом данных литературы мы попытались представить свое видение данной проблемы на основании опыта 25-летней работы и наблюдений за более чем 2,5 тыс. детей и подростков в возрасте от 11 до 20 лет.

Понятие норма и здоровье подростков неотделимы от многообразных процессов формирования и динамического изменения органов и структур организма. Вот почему уровень здоровья в значительной мере зависит от степени выраженности ответной реакции адаптационно-компенсаторных систем на стрессорные воздействия. В этот возрастной период в наибольшей мере, чем в другие, здоровье — это не столько состояние, при котором основные показатели находятся в диапазоне среднестатистических норм, сколько сохранение функционального уровня саморегулирующихся систем, способность регулировать жизненно важные параметры так, чтобы обеспечить оптимальное равновесие внутренней среды организма с внешними условиями в любых ситуациях в соответствии с эволюционно сложившимися адаптационными резервами организма [2, 3]. Чаще всего в подростковый период в организме создаются условия повышенной чувствительности к средовым воздействиям и развитию пограничных или патологических состояний [8].

В связи с этим при оценке здоровья необходимо ориентироваться не только на количественные среднестатистические параметры, но и учитывать их качественные характеристики. Именно особенности морфофункционального строения органов и систем адаптации создают определенные условия для развития преимущественно тех или иных заболеваний в разные периоды растущего организма.

По мнению В.В. Скупченко [12], переход от здоровья к болезни можно объяснить с точки зрения «существования фазотонного нейродинамического гомеостаза». Уро-

вень здоровья на организменном уровне обеспечивается единством функционирования тонического (парасимпатического) и фазического (симпатикотонического) вегетативного отдела нервной системы, являющихся составной частью фазотонного нейродинамического механизма сомато-вегетативного регулирования. Изменение сбалансированности между фазическим и тоническим моторно-вегетативным системоконплексом может быть причиной возникновения не только двигательных, но и вегетативных нарушений, проявляющихся в виде болезни дезадаптации.

То есть в состоянии покоя сегментарный отдел вегетативной нервной системы (ВНС) способен обеспечить существование организма за счет автоматизма. Однако в реальных условиях его адаптивное приспособление к внешним воздействиям происходит при участии надсегментарных центров ВНС, использующих сегментарные структуры для выполнения рационального приспособления.

В связи с вышеизложенным у подростков нарушения вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы на сегментарном уровне с минимальными клиническими проявлениями, легко поддающиеся коррекции, вероятно, более целесообразно рассматривать как синдром НЦД, являющийся не самостоятельным заболеванием, а лишь «переходным состоянием» между нормой и патологией. Согласно мнению Ю. Е. Вельтищева [6], эти дети могут быть отнесены к группе здоровья II Б.

Наличие множественных провоцирующих факторов (психозомоциональное и физическое перенапряжение, хронические инфекции и др.), с длительным периодом часто повторяющихся воздействий может привести к более стойкой вегетативной дисрегуляции как на сегментарном, так и надсегментарном уровне с вовлечением в процесс гипоталамических и корковых структур с последующим срывом системы адаптации. В этом случае создается большая вероятность развития НЦД как самостоятельного заболевания с характерным этиопатогенетическим и клиническим поражением сердечно-сосудистой системы. В зависимости от точек приложения реализация патологического процесса может происходить или через преимущественное нарушение вегетативной регуляции сосудов, или автоматизма сердца, или через обменно-нейрорегуляторные изменения в миокарде. По мнению Ю. Е. Вельтищева [6], это соответствует группе здоровья II В, а при наличии вегетативных кризов и пароксизмов (выраженная астения и головные боли, трудно поддающиеся лечению, головокружение, потеря сознания и др.) на фоне хронической соматической патологии — даже к III группе с соответствующими рекомендациями по лечению и профилактике.

По нашему мнению, уже клинический диагноз ВСД или НЦД должен ориентировать врача в отношении выбора проводимых лечебных и профилактических мероприятий [9]. Известно, что стадия функциональных изменений (выход за границу адаптивной нормы) характеризуется неспецифическими проявлениями в виде симптомов «общей дезадаптации»: вялость, слабость, повышенная утомляемость, беспокойный сон, плохой аппетит, сниженная работоспособность и толерантность к физической нагрузке. Эти проявления можно обозначить как «переходные» или пограничные состояния, что соответствует фазе тревоги по Г. Селье [11], при которой «имеются структурные и функциональные отклонения, не равноценные болезни, но которые могут ей предшествовать». При стрессорных воздействиях, превышающих порог адаптации (по Г. Се-

лье это соответствует переходу стадии сопротивления в фазу истощения), появляются специфические симптомы, характерные для болезни как нозологической единицы.

При этом, вероятно, дети с НЦД должны непосредственно находиться на диспансерном учете у кардиолога, консультироваться у невропатолога и психоневролога, а при наличии выраженных соматических проявлений — у соответствующего узкого специалиста. В то же время выявление регуляторных нарушений со стороны ВНС с появлением многообразной соматической симптоматики, вероятно, должно трактоваться как «синдром ВСД». В таких случаях эти дети и подростки должны находиться на диспансерном наблюдении у врачей общей практики (участковый педиатр, подростковый врач) при оказании лечебно-консультативной помощи со стороны кардиолога и других узких специалистов.

Фактически вегетативная дистония, возникшая в детском и подростковом возрасте, должна рассматриваться у значительной части больных как серьезный фактор риска и предиктор многих органических заболеваний сердечно-сосудистой системы, приводящих к ранней инвалидизации, а иногда и к преждевременной летальности у молодых и людей более старшего возраста.

Таким образом, несмотря на то что в принципе вегетативная дистония у подростков, как и НЦД, — это не заболевание в истинном понимании, а всего лишь стадия «предболезни», но она с большой вероятностью может приводить к формированию хронических соматических заболеваний, в частности, со стороны сердечно-сосудистой системы, путем нарушения процессов нейродинамического фазотонного гомеостаза. Вот почему это состояние требует не только обязательного диспансерного наблюдения, проведения профессиональной ориентации подростков, но и коррекции, в большей степени немедикаментозной, что позволит предотвратить формирование соматических заболеваний или существенно отодвинуть их по времени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин В. В., Курочкин А. А., Кушниц С. М. Нейроциркуляторная дистония у подростков. — Тверь, 2000. — 184 с.
2. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М., 1972. — 372 с.
3. Баевский Р. М., Берсенева А. П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. — М., 1997. — 232 с.
4. Белоконов Н. А., Кубергер М. Б. Болезни сердца и сосудов у детей. — М., 1987. — Т. 2. — С. 136—197.
5. Вейн А. М., Яковлев Н. А., Каримов Т. К., Слюсарь Т. А. Лечение вегетативной дистонии. Традиционные и нетрадиционные подходы (Краткое руководство для врачей). — М., 1993. — 237 с.
6. Вельтищев Ю. Е. Концепция риска болезни и безопасности здоровья ребенка (лекция № 2). // Росс. вестник перинат. и педиатрии. — М., 1994. — Приложение. — 84 с.
7. Киреева И. П., Осокина Г. Г., Северный А. А. Вегетососудистая дистония у студентов: клиника, лечение, реабилитация (методические рекомендации). — М., 1994. — 30 с.
8. Кобринский Б. А. Концепция непрерывности переходных состояний от здоровья к болезни, как основа проспективного мониторинга детей группы риска по формированию хронических форм патологии (лекция № 5). // Росс.

вестник перинат. и педиатрии. — М., 1994. — Приложение. — 31 с.

9. Курочкин А. А., Виноградов А. Ф., Аникин В. В. и др. // Росс. вестник перинат. и педиатрии. — 1999. — № 6. — С. 21—25.

10. Маколкин В. И., Аббакумов С. А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. — М., 1985. — 192 с.

11. Селье Г. Стресс без дистресса. — М., 1979. — 122 с.
12. Скупченко В. В., Милюдин Е. С. Фазотонный гомеостаз и врачевание. — Самара, 1994. — 256 с.

13. Покалев Г. М. Нейроциркуляторная дистония. — Н. Новгород, 1994. — 300 с.

14. Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А., Кушнир С. М. Диагностика головных болей у подростков. — Тверь, 1999.

© Панков Д. Д., Румянцев А. Г., 2003

Д. Д. Панков, А. Г. Румянцев