

# К ДИСКУССИИ ПО ТЕМЕ «НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ — БОЛЕЗНЬ ИЛИ ПОГРАНИЧНОЕ СОСТОЯНИЕ?»

Кафедра госпитальной педиатрии Смоленской государственной медицинской академии, РФ

Авторами своевременно развернута дискуссия по актуальной проблеме медицины. Действительно, в настоящее время в практической педиатрии существует неопределенность по многим вопросам, связанным с трактовкой, классификацией, диагностикой и лечением нейроциркуляторной дистонии (НЦД). Чем можно объяснить подобное положение? Почему до сих пор среди клиницистов нет консенсуса? Это, по нашему мнению, объясняется несколькими причинами.

Во-первых, необходимо определиться в вопросах терминологии. Не касаясь достоинств и недостатков существующего многообразия терминов, обозначающих эту патологию, мы считаем наиболее удачным, отражающим истинное состояние организма, термин «вегетативная дисфункция» (ВД). Это определение может применяться с добавлением, понятным клиницистам, «первичная» или «вторичная ВД».

Во-вторых, следует определиться также и по принципиальному вопросу — болезнь или синдром? Наиболее распространенное определение болезни вообще гласит, что болезнь — это нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и/или морфологическими изменениями. В плане обсуждаемого вопроса сомнений не возникает — в клинике всегда при этом состоянии имеется нарушение нормальной жизнедеятельности ребенка, которое проявляется конкретными жалобами и объективными показателями, указывающими на нарушение ряда функций организма. Почти всегда мы можем определить этиопатогенетические факторы, вызвавшие и поддерживающие эту патологию. По нашему мнению, первичная ВД — это заболевание, обусловленное расстройством регуляторной функции вегетативной (автономной) нервной системы (ВНС) и проявляющееся нарушением деятельности внутренних органов и систем, желез внутренней секреции, высшей нервной деятельности.

Известно, что болезнь выделяется в определенную нозологическую форму, если известны ее причины, патогенез, характерные изменения в органах. Здесь следует признать, что нам, клиницистам, не известны специфические, характерные только для этого состояния, изменения в органах и системах. Однако отсутствие этого критерия можно ли признать достаточным, чтобы не выделять ВД в самостоятельную нозологическую форму? На наш взгляд — нет. Главным аргументом в поддержку мнения авторов статьи о необходимости выделения ВД в самостоятельную нозологическую единицу являются данные катамнестических наблюдений, указывающих на то, что более чем в 70% случаев «не корригируемая целенаправленно» ВД является основой формирования соматической патологии взрослых.

В этой связи отметим, что авторами правильно поставлен акцент на то, что ВД, возникающая в детском возрасте, должна рассматриваться как серьезный фактор риска и предиктор многих органических заболеваний. Однако, по нашему мнению, нельзя замыкаться рамками только сердечно-сосудистой патологии. Собственный многолетний клинический опыт и опыт коллег показывает, что в структуре многообразной (не только сердечно-сосудистой) соматической патологии взрослых нередко можно найти причинно-следственные связи с ВД, имевшей место в детском возрасте.

Выделение ВД в самостоятельную нозологическую форму инициирует необходимость выработки единого подхода (консенсуса) в диагностике, лечении, диспансерном наблюдении, экспертной оценке, что положит конец узкопрофильному взгляду на ВД специалистов-медиков (педиатров, невропатологов, терапевтов, кардиологов и др.), в поле зрения которых нередко попадают эти пациенты. В этом случае, по нашему мнению, совпадающему с мнением авторов статьи, дети и подростки с ВД должны будут находиться на диспансерном наблюдении у врачей общей практики (участковый педиатр, подростковый врач) при оказании лечебно-консультативной помощи со стороны «узких» специалистов.

До настоящего времени в диагностике ВД ведущее место занимает клинический анализ, несмотря на важное значение инструментальных методов. Фактически при детальном обследовании детей с ВД не удается найти систему или орган, так или иначе, не вовлеченных в патологический процесс. В этой связи выделение в детском возрасте отдельных форм ВД (генерализованная — системная — локальная) имеет относительное значение и выделение отдельных форм ВД по ведущему синдрому — вынужденная мера, предполагающая скорее выбор врача (педиатра, кардиолога, невропатолога), к специальности которого «ближе» находятся выявленные нарушения. Это вносит элемент субъективизма и неконкретности в постановку диагноза, некоторую волюнтарность в трактовке состояния, что, по понятным причинам, не может удовлетворять экспертным критериям.

Мы считаем необходимым определение и отражение в диагнозе ВД общей характеристики типа ВНС (ваготонический, симпатикотонический, смешанный). К сожалению, до настоящего времени в практической медицине выбор корригирующей терапии происходит без учета вегетативного статуса (исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности и вегетативного обеспечения деятельности), что приводит к неоправданно частому применению «пробного лечения», отсутствию эффекта от лечения, стабилизации ВД или ее усугублению. По нашему мнению, консенсус клиницистов и по этим вопросам позволит определить объективные критерии диагностики, ориентиры для целенаправленных корригирующих мероприятий (составить схемы лечения), медико-психологической реабилитации, повысит эффективность первичной профилактики соматических заболеваний.