

## К ВОПРОСУ О ДЕФИНИЦИИ ТЕРМИНОВ «НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНΙΑ» И «ПОГРАНИЧНЫЕ СОСТОЯНИЯ»

Кафедра поликлинической педиатрии РГМУ, Москва

Глубокоуважаемые коллеги А. А. Курочкин, А. Ф. Виноградов, В. В. Аникин и Е. В. Иванова в своей публикации «Нейроциркуляторная дистония у детей и подростков — болезнь или пограничное состояние?» на высоком теоретическом уровне затронули весьма актуальную проблему. Однако, с нашей точки зрения, для того чтобы данный разговор был конструктивным, необходимо, прежде всего, определиться по двум позициям. Во-первых, с дефиницией термина «нейроциркуляторная дистония» (НЦД), исходя из общепринятых в международной практике представлений. Во-вторых, необходимо уточнить, что следует относить к «пограничным состояниям» в медицине, и чем, с точки зрения патофизиологии, они отличаются от состояний здоровья и болезни? В ином случае рассуждения на этот счет будут носить субъективный характер.

Чаще всего с соматоформными дисфункциями вегетативной нервной системы (ВНС), включающими НЦД, сталкиваются врачи-интернисты (в том числе и педиатры), неврологи и психиатры (психотерапевты). Это связано с тем, что ВНС имеет тесные анатомо-физиологические взаимоотношения с лимбической системой головного мозга, сердечно-сосудистой системой (ССС), желудочно-кишечным трактом (ЖКТ), дыхательной и мочеполовой системами.

Как известно, в развитых странах при возникновении психоэмоционального дискомфорта люди весьма охотно и активно обращаются за помощью к психиатрам, психотерапевтам. Этому благоприятствует хорошее развитие психолого-психиатрической службы, и то существенное внимание, которое она уделяет проблемам «малой психиатрии». Учитывая данный факт, надо полагать, что значительная часть пациентов с НЦД, обеспокоенная невротическими явлениями, прибегают в первую очередь к услугам специалистов данной службы. Таким образом, на психиатров (психотерапевтов) ложится ответственность по распознаванию НЦД (наряду с другими соматоформными дисфункциями ВНС) и принятию принципиальных решений по выработке тактики обследования, включая необходимость привлечения специалистов иного профиля (педиатров, неврологов, кардиологов и др.), и лечения.

Ведущая роль психолого-психиатрической службы в распознавании и коррекции соматоформных дисфункций ВНС побудило наших западных коллег, при разработке международной классификации болезней (МКБ), отнести НЦД и другие родственные по происхождению состояния (гастроневроз, синдром да Косты и др.) в разряд психических расстройств — F43.2 (здесь и далее шифр дается по МКБ X). С тактической точки зрения, такой подход себя оправдывает, указывая на целесообразность применения в данных случаях психотерапевтических методов лечения в качестве базисных. При этом следует опасаться расширенного толкования НЦД, бытующего в отечественной медицине. Необходимо договориться, что НЦД это, прежде всего, невроз. Что же касается более частных, моносистемных случаев клинического неблагополучия ВНС, ССС, ЖКТ и др., то они рассматриваются как условно самостоятельные синдромы, например «ваготония» (G 52.2), «другие виды гипотензии (хроническая гипотензия)» (195.8) и др.

Самобытное толкование проблемы НЦД в нашей стране имеет объяснимое происхождение. Дело в том, что у нас психотерапевтические учреждения стали появляться только в последней четверти минувшего века в единичном количестве. До сих пор они остаются малодоступными широкому кругу пациентов и, прежде всего, детскому населению. Кроме этого, в советский период нашей истории у граждан выработалась предубежденность к психиатрической службе, так как официальное в нее обращение могло иметь нежелательные долгосрочные социальные последствия. Поэтому, вопрос о подключении отечественных психиатров и психотерапевтов к первичной курации реципиентов с НЦД в практическом русле никогда не стоял. Отсюда понятно, почему наша широкая врачебная общественность, не имеющая опыта тесного, повседневного профессионального сотрудничества с психолого-психиатрической службой, была удивлена, обнаружив НЦД в разряде психических расстройств в МКБ.

Кроме этого, отечественная медицина в нашей стране длительное время развивалась в жестких рамках директивно навязанного сверху штатного расписания, резко снижавшего возможности междисциплинарного сотруд-

ничества и укреплявшего атмосферу отраслевого изоляционизма. В то же время на Западе всю вторую половину минувшего века шел мощный процесс укрепления и расширения междисциплинарного сотрудничества, способствующий унификации терминологических и понятийных представлений, появлению согласованных диагностических алгоритмов и соответствующих им формализованных схем терапии. В результате нет ничего удивительного в том, что наши специалисты формировали свои взгляды на проблему НЦД со значительным уклоном в специфику той отрасли, которую представляли. Исходя из этого, интернисты в этих больших увидели прежде всего начальные проявления патологии ССС. Неврологов заинтересовала вегетативная дисфункция. Поэтому они сосредоточились на феномене вегетативно-сосудистой дистонии (ВСД), противопоставляя его в рамках отечественной классификации 1984 г. НЦД. Психиатры, сталкиваясь с НЦД, склоняются к целесообразности рассматривать ее в качестве системных неврозов, дифференцируя с кардиопатиями. Кроме этого, каждая отрасль стремилась расширить клиническое понимание сущности НЦД в своем направлении.

В результате в отечественной врачебной среде мы имеем дело с терминологической несогласованностью, отсутствием ясности в распределении ответственности между специалистами за этих пациентов, дефицитом разработанных на хорошей научной основе селективных схем лечения. Все это, бесспорно, создает большие организационно-методические проблемы для врачей и снижает эффективность их помощи детям и подросткам, страдающим НЦД. Кроме того, следует учесть, что терминологическая неразбериха делает затруднительной репрезентативную оценку эффективности средств, используемых при терапии НЦД.

Задумываясь над тем, имеет ли смысл продолжать идти собственным путем или воспринять мировой опыт, становится ясно, что реальный ход событий не оставляет нам большого выбора. В последние два десятилетия намечилось активное сближение отечественной и западной систем здравоохранения, внедрение в повседневную практику МКБ. К тому же, наши сограждане наконец получили возможность свободно посещать за границу, в том числе и для лечения, а, следовательно, формулируемые отечественными врачами диагнозы должны быть понятны коллегам в других странах. Все это подсказывает целесообразность рассматривать синдром НЦД как психовегетативно-сосудистое расстройство, при котором психотерапия является базовым методом лечения, обеспечивающим необходимую по уровню и продолжительности стабилизацию состояния. Правда, возникает вопрос, каким образом обеспечить наших пациентов в необходимом объеме психотерапевтическим пособием? Здесь могут быть реализованы две взаимодополняющие возможности: одна — активнее привлекать к лечению больных НЦД представителей психологической и психиатрической служб, другая — повысить в этом направлении квалификацию педиатров, неврологов, кардиологов.

Однако предварительно необходимо самым решительным образом «сузить» бытующие у нас представления об НЦД, выделив в отдельные клинические синдромы многие варианты ранней артериальной гипертензии, гипотензии, не сопровождающиеся неврозоподобными расстройствами формы вегетативно-сосудистой дистонии.

Другая тема, которую затрагивают инициаторы дискуссии, касается правомерности отнесения НЦД к «пограничным состояниям». Тема весьма актуальная, так

как углубленное изучение пограничных состояний, как дебюта психических и соматических расстройств, открывает новую перспективу в сфере доклинической диагностики и профилактики заболеваемости. Однако представляется, что на современном уровне развития медицинской науки обсуждение этих состояний должно быть, с патофизиологической точки зрения, более предметным, чем это имело место ранее, когда пограничные состояния рассматривались в контексте, близком к понятию «факторы риска» возникновения болезни. Дело в том, что факторы риска, также предшествуя заболеванию, могут быть весьма отдалены от фазы возникновения клинических проявлений. Другое дело «пограничные состояния». Они непосредственно предвещают клиническую картину. Поэтому, указывая на некое состояние, как на пограничное, необходимо сразу же и доказательно объяснить, с чем конкретно оно граничит и по каким законам вокруг этой границы происходят динамические процессы (см. рисунок) как прогрессивной направленности (под воздействием патогенетических механизмов), так и регрессивной направленности (под воздействием саногенетических механизмов). Исходя из данного понимания ситуации, наиболее четко можно выделить пограничное состояние в качестве фазы хронического процесса, промежуточной между фазой здоровья (компенсации), характеризующейся преобладанием саногенетических механизмов над патогенетическими, и фазой болезни (декомпенсации), когда патогенетические механизмы возобладали над саногенетическими. В этом случае, наблюдая реципиента с НЦД в фазе компенсации, мы можем считать его в настоящее время здоровым, не требующим лечения, и рекомендовать мероприятия, направленные на укрепление саногенетических механизмов. Если реципиент с НЦД находится в фазе субкомпенсации в виде, например, появления астеноневротических реакций, снижения реактивности ВНС (допустим, по данным КИГ), то есть все основания говорить о пограничном с болезнью состоянии. В этом случае требуются активные профилактические мероприятия, предотвращающие переход в фазу декомпенсации с развернутой клинической картиной заболевания. Более сложным является вопрос о том, может ли НЦД как клиническая форма (с учетом понимания ее дефиниции по МКБ X), граничить с другой клинической формой, например, гипертонической болезнью? Или НЦД здесь выступает скорее как фактор риска возникновения иного заболевания? Думается, что не стоит спешить с ответом на этот вопрос. Наш коллектив, например, в настоящее время получает принципиально новые данные о динамике состояния ВНС у детей и подростков на протяжении годового цикла [3, 4], которые требуют выработки совершенно иного подхода к представлениям о критериях нормы и патологии в сфере этой системы.

Следовательно, учитывая, что бурное развитие современной медико-биологической науки происходит в значительной степени благодаря широкому междисциплинарному сотрудничеству, возникла настоятельная необходимость максимально унифицировать используемые в различных, имеющих отношение к медицине, отраслях термины путем отождествления их дефиниций. При этом целесообразно максимально учесть накопленный на данном поприще международный опыт, представленный, в частности, в МКБ. В ином случае нам грозит участь строителей Вавилонской башни, столкнувшихся с лингвистическими (а может и терминологическими?) проблемами и, не сумев их преодолеть, потерпевшими сокруши-

## Конституционально-генетические свойства организма

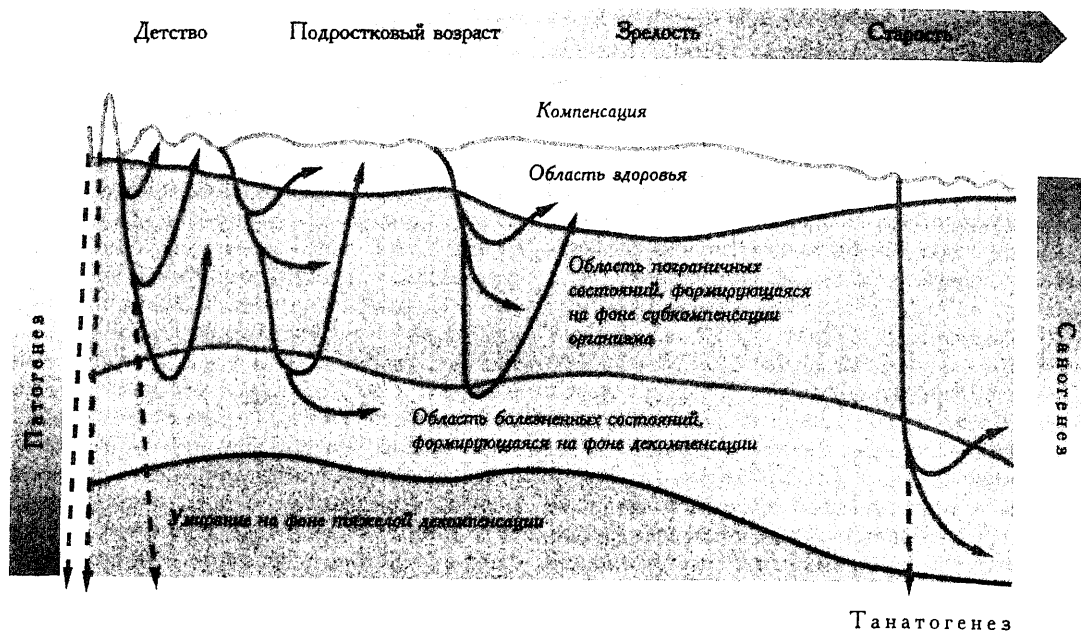


Рисунок. Схема взаимоотношений динамических характеристик, обуславливающих состояние здоровья — нездоровья организма.\*

\* В качестве прототипа схемы использовано изображение возможных нарушений здоровья в возрастном аспекте из книги «Здоровье детей России» под ред. А. А. Баранова (1999).

тельное фиаско в своем главном деле. Конечно, необходимо осознавать, что масштабная модификация понятийной системы — процесс для многих болезненный, так как требует пересмотра ряда устоявшихся стереотипов. Это хорошо видно на примере НИЦД, восприятие которой на отраслевом уровне в отечественном здравоохранении продолжает оставаться достаточно самобытным и далеким от критериев МКБ, несмотря на полтора десятилетия открытого международного общения. Однако, кооптируясь в международную терминологическую систему, мы полагаем не малым собственным багажом, позволяющим ее оптимизировать. Но для того чтобы наши новации были позитивно восприняты, требуется большая четкость в формулировках и обоснованность на уровне патофизио-

логических представлений. Это полностью имеет отношение к формирующимся в настоящее время представлениям о «пограничных состояниях» [1, 2, 4], в том числе и в проекции на НИЦД.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин В. В., Курочкин А. А., Кушнир С. М. Нейроциркуляторная дистония у подростков. — Тверь, 2000.
2. Панков Д. Д., Румянцев А. Г. // Российский педиатрический журнал. — 2002. — № 3. — С. 3—7.
3. Панкова Т. Б., Бородулина Т. А. // Российский педиатрический журнал. — 2002. — № 3. — С. 16—21.
4. Румянцев А. Г., Панков Д. Д. Актуальные проблемы подростковой медицины. — М., 2002. — 376 с.