

© Неудахин Е. В., 2003

Е. В. Неудахин

## К ВОПРОСУ О ВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ДЕТЕЙ (В ПОРЯДКЕ ДИСКУССИИ ПО ПОВОДУ ПРОБЛЕМ, ЗАТРОНУТЫХ В СТАТЬЕ **А. А. КУРОЧКИНА** С СОВАТ.: «НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНАЯ ДИСТОНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ — БОЛЕЗНЬ ИЛИ ПОГРАНИЧНОЕ СОСТОЯНИЕ?»

Кафедра детских болезней № 2 РГМУ, Москва

Вегетативные расстройства относятся к наиболее распространенным неинфекционным патологическим состояниям у детей и подростков. Несмотря на более чем 100-летнюю историю изучения вегетативных нарушений у людей (Da Costa, 1871), до настоящего времени в литературе нет четкого представления об этой проблеме, дискутируются вопросы терминологии, патогенеза, классификации, диагностики и лечения вегетативных расстройств, не определено их место в ряду патологических состояний. Для обозначения вегетативных расстройств использовалось и в настоящее время используется большое количество различных терминов. Вот лишь некоторые из них: «невроз сердца», «вазомоторный невроз», «вегетативный невроз», «нейроциркуляторная астения», «нейроциркуляторная дистония», «вегетативно-сосудистая дистония», «вегетативная дистония», «вегетативные расстройства». Термины: «нейроциркуляторная астения» и «вегетативные расстройства» включены в МКБХ. В связи с этим возникает вопрос: названные термины — синонимы или состояния, обозначенные этими терминами, составные части друг друга? Кроме того, действительно, очень важно получить ответ на вопрос: нейроциркуляторная дистония (НЦД) — это что: синдром, пограничное состояние, предболезнь, болезнь? Если определить место НЦД и других вегетативных расстройств в ряду патологических состояний, то легче будет ответить на другие вопросы.

Безусловно, назрела острая необходимость в проведении дискуссии по проблеме вегетативных расстройств у детей. В связи с этим хочется поблагодарить авторов указанной статьи и редколлегия ж. «Педиатрия» за инициативу по широкому обсуждению данной проблемы.

Итак: НЦД — это болезнь или пограничное состояние? Если с понятием «болезнь» более или менее ясно (во всяком случае это понятие широко обсуждается в литературе), то что такое «пограничное состояние» в диагностическом плане — непонятно. Поэтому данное понятие следует обсудить.

Если учитывать все изменения на уровне организма, его отдельных систем и органов, а также на тканевом, клеточном, субклеточном и молекулярном уровнях, то между состоянием здоровья и болезнью можно установить огромное (по сути дела, бесконечное) число промежуточных (переходных) стадий [3]. Для того чтобы удовлетворить запросы практической медицины, необходимо как-то классифицировать эти промежуточные стадии.

Согласно концепции континуума переходных состояний здоровья [3], различают следующие стадии его изменений: 1) вариант нормы; 2) функциональные отклонения

(«немые» структурные изменения); 3) пограничные состояния; 4) хронические болезни и пороки (компенсированные); 5) хронические болезни и пороки (декомпенсированные). В этой концепции почему-то не нашлось места для таких широко распространенных состояний как «предболезнь», «синдром». Не совсем ясны представления о пограничных состояниях. В литературе нет научно обоснованной дефиниции этих состояний. Часто в качестве их синонимов называются переходные, транзиторные, физиологические [4], доклинические [3] состояния. Почему в указанной концепции они занимают 3-е место? Ведь, если их рассматривать как обычные, переходные состояния, то их должно быть очень много и на кривой изменения здоровья они могут находиться в разных местах. Для того, чтобы пограничные состояния заняли определенное (предназначенное для них) место, необходимо отойти от «бытового» представления о них, определить их «специфику». В педиатрии (в неонатологии) к пограничным относятся состояния, отражающие процесс приспособления (адаптации) новорожденных к новым условиям жизни [4]. Это состояния физиологической перестройки, «обязательные» в жизни ребенка, генетически запрограммированные (в этом их сущность, их «специфика»). При определенных условиях они могут трансформироваться в патологические (переход количества в новое качественное состояние). Можно допустить, что такие состояния встречаются в пре- и пубертатном возрастах у подростков, в климактерическом периоде у взрослых, когда наступает «обязательная» в жизни человека нейроэндокринная перестройка в организме. Поэтому вряд ли целесообразно включать в континуум переходных состояний пограничные состояния. Их место должно занять состояние, обозначаемое термином «предболезнь». По своей сути пограничное состояние (в отличие от состояний синдрома и болезни) — это не диагностическое, а патогенетическое понятие. НЦД у подростка может возникать в результате «обязательной» для этого возраста нейроэндокринной перестройки. Но включать понятие «пограничное состояние» в дефиницию НЦД неправильно. По нашему мнению, не корректно ставить вопрос: НЦД — это пограничное состояние? Более корректным в этом плане будет вопрос: НЦД — это синдром, предболезнь или болезнь?

Мы, также как и А. М. Вейн [2], считаем НЦД не самостоятельным заболеванием, а клиническим синдромом, который является составной частью вегетативной дистонии. Следует подчеркнуть, что термин «НЦД» отражает состояние, при котором имеется нарушение вегета-

тивной регуляции только сердечно-сосудистой системы. На практике у детей с вегетативными расстройствами, как правило, наблюдаются функциональные изменения и в других органах и системах организма. Более широким понятием, чем «НЦД», раньше считалось понятие «вегетативно-сосудистая дистония» [1]. Однако в самом термине «вегетативно-сосудистая дистония (ВСД)» содержится указание на то, что при этом состоянии нарушена вегетативная регуляция лишь сосудистого тонуса. Следовательно, «ВСД», на самом деле, составная часть «НЦД». Термином, наиболее полно отражающим нарушения регуляции всех органов и систем организма, а также обмен веществ, является «синдром вегетативной дисфункции». Однако для того чтобы сохранить преемственность в терминологии, в последние годы отдается предпочтение термину «синдром вегетативной дистонии» (СВД) в связи с тем, что при оценке вегетативного гомеостаза используются такие термины как «исходный вегетативный тонус», «симпатикотония», «ваготония». Правда термин «тонус» в данной ситуации не очень оправдан, так как его рекомендуется применять для обозначения состояния гладкой мускулатуры, в том числе — артериальных стенок, а не для оценки вегетативной регуляции.

СВД, по мнению А. М. Вейна [2], включает в себя три обобщенных вегетативных синдрома: 1) психовегетативный; 2) периферической (прогрессирующей) вегетативной недостаточности; 3) ангиотрофоалгический. К наиболее распространенным относится психовегетативный синдром, который проявляется сочетанием психозомоциональных и вегетативных расстройств. В основе синдрома периферической вегетативной недостаточности лежат первичные системные дегенеративные (в основном встречающиеся у взрослых при паркинсонизме, рассеянном склерозе и др.) или вторичные метаболические, дистрофические поражения (при сахарном диабете, амилоидозе и др.) вегетативных ядер ствола головного мозга, преганглионарных нейронов боковых рогов спинного мозга, вегетативных ганглиев, преганглионарных и постганглионарных вегетативных волокон. Развитие ангиотрофоалгического синдрома связано с поражением преганглионарных и постганглионарных вегетативных волокон в результате травматических, деструктивных и инфекционных воздействий.

Следовательно, психовегетативный синдром имеет функциональную природу, т.е. в его основе лежит нарушение вегетативной регуляции, дезадаптация вегетативных функций. Развитие этого синдрома обусловлено в первую очередь изменением активности надсегментарных отделов вегетативной нервной системы (ВНС). Другие два синдрома связаны с органическими повреждениями периферической (сегментарной) ВНС и поэтому они в большей степени находятся в сфере интересов неврологов. Их нужно рассматривать в контексте тех заболеваний, осложнениями которых они являются. Вряд ли целесообразно последние синдромы включать в СВД. По своей сути, СВД — это психовегетативный синдром, при котором могут наблюдаться функциональные ангиотрофоалгические и другие локальные нарушения, но, как правило, на фоне общих вегетативных расстройств.

До настоящего времени нет общепринятой классификации СВД. Ее разработка на современном этапе является достаточно сложной проблемой, так как отсутствуют ясные концептуальные представления об этом синдроме.

С практической точки зрения, целесообразно классифицировать СВД в зависимости от формы, вегетативных типов, фаз развития, клинических синдромов, характера

течения (см. таблицу). В основу модифицированной нами классификации положена рабочая классификация, представленная в 1987 г. группой авторов (Н. А. Белоконов, Г. Г. Осокина, С. Б. Шварков и др.). По сравнению с предшествующей, в предлагаемой нами классификации отсутствует раздел, указывающий на ведущий этиологический фактор, так как последний в какой-то степени отражается в форме СВД. Мы предлагаем расширить перечень клинических синдромов СВД, включить в классификацию раздел, характеризующий фазы вегетативных расстройств. При этом учитывается альтернативное взаимодействие симпатического и парасимпатического отделов ВНС. В связи с тем, что СВД — это состояние, характеризующееся дезадаптацией вегетативной регуляции, следует различать следующие его фазы: 1) фаза адаптации; 2) фаза относительной компенсации (альтернативной астении по С. М. Кушниру); 3) фаза декомпенсации (альтернативной депрессии по С. М. Кушниру).

При симпатикотоническом исходном вегетативном тонусе (ИВТ) для фазы адаптации характерно одинаковое увеличение активности симпатического и парасимпати-

Таблица

### Классификация СВД (в нашей модификации)

#### Форма:

- первичная (генетически детерминированная)
- вторичная (возникающая на фоне заболеваний)

#### Вегетативный тип:

- симпатикотонический
- ваготонический
- эйтонический

#### Фаза:

- адаптации
- относительной компенсации (альтернативной астении)
- декомпенсации (альтернативной депрессии)

#### Клинический синдром:

- артериальной гипертензии (первичная артериальная гипертензия)
- артериальной гипотензии (первичная артериальная гипотензия)
- цефалгический
- вестибулопатический
- нейрогенная гипертермия (термоневроз)
- функциональная кардиопатия
- гипервентиляционный (дыхательный невроз)
- дискинезия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (дискинезия желудка, дискинезия желчевыводящих путей, рефлюксы и др.)
- дискинезия нижних отделов желудочно-кишечного тракта (синдром раздраженной толстой кишки)
- ангиотрофоневроз
- нейрогенный мочевой пузырь
- функциональная легочная гипертензия
- гипергидроз
- нейроэндокринный синдром
- нейрогенные обмороки

#### Характер течения:

- перманентное
- пароксизмальное (панические атаки или вегетативные кризы: симпатикоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные)
- перманентно-пароксизмальное

ческого отделов ВНС (наличие равновесия между ними). Фаза относительной компенсации характеризуется недостаточным повышением активности парасимпатического отдела на фоне высокой активности симпатического (умеренное нарушение равновесия между ними). В фазу декомпенсации отмечается снижение активности парасимпатического отдела при высокой активности симпатического (выраженное нарушение равновесия между ними).

При ваготоническом ИВТ для фазы адаптации характерно одинаковое снижение активности обоих отделов ВНС (наличие равновесия между ними). Фаза относительной компенсации характеризуется недостаточным уменьшением активности парасимпатического отдела при более низкой активности симпатического (умеренное нарушение равновесия между ними). В фазу декомпенсации отмечается повышение активности парасимпатического отдела на фоне низкой активности симпатического (выраженное нарушение равновесия между ними).

Как видно из представленной классификации, в ней не нашлось места для синдрома НЦД. В настоящее время вместо понятия кардиальный вариант НЦД (по Н. Н. Савицкому, 1952) используется более широкое понятие «функциональная кардиопатия», вместо понятий «гипер- и гипотонический варианты» (по Н. Н. Савицкому, 1952) — «синдром артериальной гипертензии» и «синдром артериальной гипотензии», более правильные в методологическом плане.

Одним из важнейших является вопрос: как формулировать клинический диагноз при наличии у ребенка вегетативных расстройств? К врачу обращаются дети с определенными жалобами (головные боли, боли в животе, неустойчивый стул, повышение артериального давления, сердечные аритмии, синкопальные состояния и др.). После обследования ребенка в условиях стационара или поликлиники, после исключения органической патологии и подтверждения вегетативных расстройств основной диагноз может быть сформулирован следующим образом: 1) головная боль напряжения, вторичный СВД (желательно расшифровать на каком фоне возникший) по ваготоническому типу в фазе относительной компенсации, перманентное течение; 2) синдром раздраженной толстой кишки, вторичный СВД по ваготоническому типу в фазе декомпенсации, перманентно-пароксизмальное течение; 3) пер-

вичная артериальная гипертензия, лабильная стадия, первичный СВД по симпатикотоническому типу в фазе относительной компенсации, перманентное течение; 4) функциональная кардиопатия с признаками пролапса митрального клапана I степени, сердечной аритмии по типу суправентрикулярной экстрасистолии, вторичный СВД по симпатикотоническому типу в фазе относительной декомпенсации, перманентное течение.

Таким образом, в данной ситуации на первое место ставится диагноз, связанный с основными жалобами. При этом мы отдаем себе отчет в том, что клинический синдром, который стоит на первом месте, вторичен по отношению к СВД, является его составной частью. Поэтому может быть все-таки логичнее на первое место ставить диагноз: СВД?

В связи с тем, что термины — это язык науки, они должны быть научно обоснованными и практически полезными. Учитывая данное положение, в представленной статье обращается внимание на терминологические аспекты обсуждаемой проблемы. Кроме того, в статье поставлены вопросы, ответы на которые помогли бы, как нам кажется, углубить представление о СВД, даны рекомендации по усовершенствованию рабочей классификации СВД, которые позволяют индивидуализировать и тем самым улучшить лечебные и профилактические мероприятия при вегетативных расстройствах у детей.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Белоконь Н. А., Осокина Г. Г., Леонтьева И. В. и др. Вегетативно-сосудистая дистония у детей (клиника, диагностика, лечение): методические рекомендации. — М., 1987. — 24 с.
2. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А. М. Вейна. — М., 1998. — С. 109—121.
3. Кобринский Б. А. Континуум переходных состояний организма и мониторинг динамики здоровья детей. — М., 2000. — 152 с.
4. Шабалов Н. П. Неонатология. Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов и врачей постградуального обучения. — СПб., 1995. — Т. 1. — С. 82—118.