

*С. М. Кушнир*

## **К ВОПРОСУ О НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Государственная медицинская академия, г. Тверь, РФ

Актуальность проблемы дисфункции вегетативной нервной системы (ВНС) переоценить трудно, так же как и саму дискуссию по данной тематике, позволяющую приблизиться к истинному пониманию роли вегетативного дисбаланса в формировании здоровья детей.

В своей практической деятельности врачи в отношении дисфункции ВНС чаще всего пользуются терминологией, различной по названию, но одинаковой по сути своей, что и привело, с одной стороны, к многочисленным диагнозам одного и того же заболевания (вегетативно-

сосудистая дистония, нейроциркуляторная астеня, нейроциркуляторная дистония, соматоформная дисфункция, синдром вегетативной дистонии и др.), а, с другой стороны, — к нередко возникающим затруднениям в приемственности ведения больного, вынужденного обращаться к врачам различных специальностей — педиатру или терапевту, кардиологу, невропатологу, функционалисту.

С нашей точки зрения, дисфункцию ВНС наиболее рационально трактовать как «вегетативная дистония» (ВД). Действительно, известны многие клинические формы ВД, не затрагивающие сердечно-сосудистую систему, — термоневроз, нейрогенный мочевого пузыря, дискинезии желудочно-кишечного тракта, астеновегетативный синдром и др. В то же время нарушение регуляторной функции ВНС может привести к дисфункции именно в системе кровообращения — артериальная гипер- и гипотензивная формы, аритмическая, цефалгическая, синкопальная и другие, выделяемые в зависимости от характера симптома-маркера. Именно эти клинические варианты, с нашей точки зрения, и следует трактовать как «вегетативно-сосудистая дистония» (ВСД) или нейроциркуляторная дистония (НЦД), что в данном контексте будет лишь парафразом ВСД.

Таким образом, любые проявления дисфункции ВНС укладываются в понятие ВД, и лишь для уточнения ее клинических вариантов, связанных с нарушением функции сердечно-сосудистой системы, можно использовать термин ВСД (читай НЦД).

В чем же причина дискутабельности клинических характеристик заболевания, касающихся не только терминологии, но и патогенеза, классификации, клинических признаков, принципов лечения? В сути самой патологии, определенной положением в «континууме переходных состояний» Лиллиенфельда — Вельтицева — Кобринского — между здоровьем и болезнью — как функциональное, а в некоторых случаях переходное состояние. Состояние, не имеющее более-менее четких параметров, как здоровье или хроническая болезнь.

Не неся груза хронического процесса, ВД тем самым не может считаться болезнью. В то же время в МКБ X шифрами F.45 «Нейроциркуляторная астеня» или G.90 «Расстройства вегетативной (автономной) нервной системы» обозначено место ВД в общей структуре классификаций заболеваний.

Таким образом, ВД в медико-биологическом аспекте — отклонение уровня здоровья, с точки зрения статистики — заболевание, в клиническом отношении — функциональное состояние.

Многолетние исследования позволили нам предложить свое видение патогенеза ВД, изложенного в ряде публикаций, в том числе на страницах журнала «Педиатрия» № 1 за 2001 г., суть которого в следующем.

В системе вегетативной регуляции у здоровых детей имеется равновесие альтернативных отделов ВНС — симпатического и парасимпатического, обусловленного адекватным взаимным (альтернативным) компенсирующим влиянием, что обеспечивает организму нормальную адаптацию.

В начальном периоде развития ВД, например, артериальной гипотензии, постоянно действующие стрессоры вызывают перенапряжение с последующей астенизацией парасимпатической активности. За счет возникшей альтернативной несостоятельности (компенсирующей способности) парасимпатического отдела отмечается подъем, перенапряжение симпатической активности, де-

терминирующей гиперсимпатикотонический тип вегетативного реагирования. Такой механизм нарушения вегетативной регуляции был назван нами «альтернативной астенией». Клинически этот период характеризуется латентными, субклиническими проявлениями ВД.

Во втором периоде формирования ВД происходит истощение, резкий спад симпатического тонуса, что приводит к его альтернативной компенсаторной несостоятельности с дефицитом вегетативного реагирования — асимпатикотонией и за счет этого к высокому подъему парасимпатической активности. Такой механизм нарушения вегетативной регуляции назван нами «альтернативной депрессией», клинически реализующейся манифестными проявлениями ВД.

Выявленные патогенетические механизмы, по нашему мнению, могут привести в классификацию ВД новый признак — период развития: «альтернативная астения» и «альтернативная депрессия», а понятию клиническая фаза (латентная, субклиническая, манифестная) придать инновационный патогенетический смысл.

Уместно высказать мнение и по поводу перманентности и пароксизмальности ВД, как двух вариантов ее течения. На наш взгляд, данный классификационный признак не совсем правомочен. Результаты наблюдения за детьми с ВД позволили установить, что у подавляющего большинства из них на фоне перманентных проявлений отмечаются явления пароксизмальности, а у больных с вегетативными пароксизмами при обследовании выявляются перманентные клинические признаки.

Не нуждающимся сегодня в дискуссии представляется вопрос о необходимости немедикаментозной коррекции ВД. Нами накоплен более 10-летний опыт реабилитации детей и подростков с помощью дозированных физических нагрузок — физической реабилитации, высокая эффективность которой базируется на стабилизирующем ВНС действии физической нагрузки. Нами было показано (материалы Всероссийской конференции «Профилактическая медицина». — М., 2000; Республиканской конференции «Укрепление здоровья школьников». — Казань, 2000; Вестник аритмологии. — М., 2000; 1-й Всероссийской конференции кардиологов. — М., 2001; Всероссийской конференции «Проблемы детской кардиологии» — М., 2002), что в основе развития ВД у более чем 72% подростков лежит такое явление как детренированность, связанная со снижением у детей с ВД адаптации к физическим нагрузкам и, увы, с освобождением их врачами от физических нагрузок, в первую очередь от занятий физкультурой.

Как показывают результаты исследований, противопоказаний к занятиям физкультурой у подростков с ВД, за редким исключением, практически нет, а уроки физкультуры 2 раза в неделю с плотностью физических нагрузок, не превышающих 12%, «не делают погоды». Следует лишь освобождать их от занятий на снарядах, акробатических и соревновательных элементов с учетом их дезадаптированности и возможного травматизма.

Устраняя гипокинезию и связанное с ней явление детренированности, врач имеет возможность постепенно, дозированно повышать адаптацию к физическим нагрузкам, т.е. достигать оптимальной эффективности воздействия на сбалансированность ВНС.

Мы позволили высказать свое мнение по наиболее дискуссионным вопросам ВД, основываясь на уже полученных результатах собственных исследований. Продолжающаяся работа возможно позволит уточнить ряд прин-

ципиальных положений, касающихся ВД, которые будут представлены к обсуждению в последующих публикациях.

И еще... Думается, что настало время выделить «вегетологию» как клиническую специальность. По крайней мере, это позволило бы сосредоточить медицинскую помощь детям с ВД в одних руках, освободить приемы участковых врачей, прекратить «беготню» больных от одного специалиста к другому, целенаправленно повышать квалификацию специалиста-вегетолога, упорядочить подготовку подростков к армии, качественно проводить профориентацию.

В заключение следует сказать, что современный уровень знаний, касающийся ВД, был бы невозможен без фундаментальных, основополагающих исследований в этой области Н. А. Белоконь, А. М. Вейна, В. И. Маколкина, Г. М. Покалева и их учеников. В то же время современные социально-экономические, медико-биологические и средовые условия, предъявляя высокие, а иногда запредельные требования к здоровью детей, нередко приводят к перенапряжению адаптационных механизмов ВНС с формированием ВД, современные особенности которой заставляют искать новые пути старой проблемы, касающейся одного из наиболее распространенных состояний у детей — ВД.