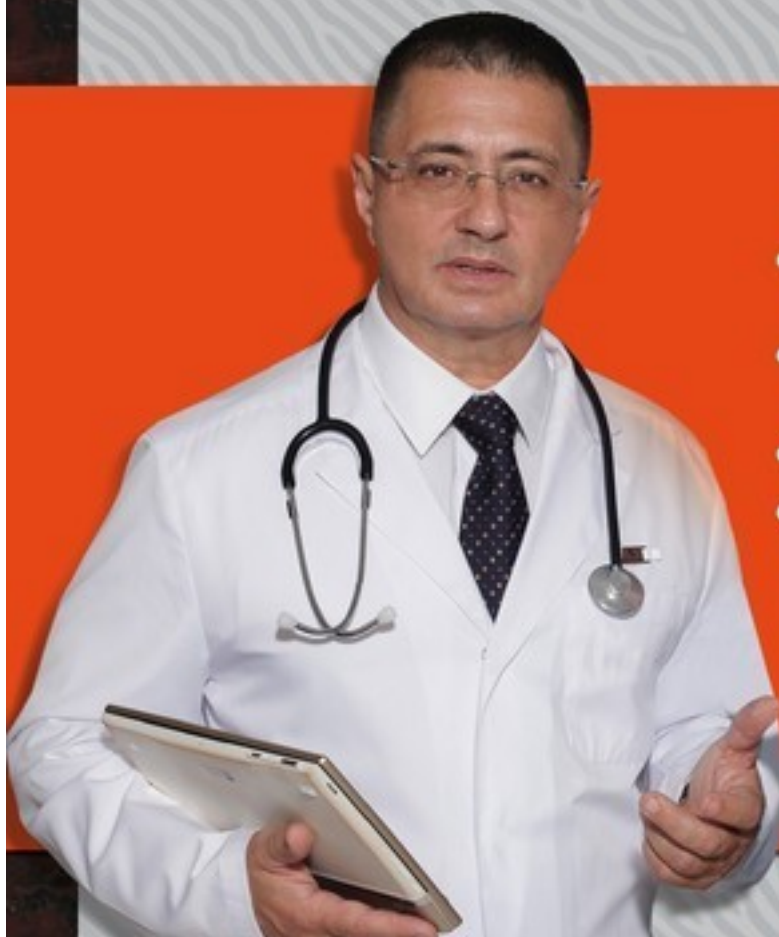


ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ДОКТОРА МЯСНИКОВА О САМОМ ГЛАВНОМ

3

**АЛЕКСАНДР
МЯСНИКОВ**

КАНДИДАТ МЕДИЦИНСКИХ НАУК,
ДОКТОР МЕДИЦИНЫ США,
ПОТОМСТВЕННЫЙ ВРАЧ



Третий том самой необходимой
информации о вашем здоровье:

- ЛЕКАРСТВА И ИХ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:
ЧТО СТРАШНЕЕ
- САМАЯ РАСПРОСТРАНЕННАЯ БОЛЕЗНЬ:
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
- КАК СТАТЬ МОЛОЖЕ: 7 НАУЧНЫХ ТЕОРИЙ
- «ПРАВИЛЬНЫЙ РЕЖИМ ПИТАНИЯ».
КАК? КОМУ? КОГДА?

Книги доктора Мясникова, лучшие нехудожественные книги
России за 2013–2017 гг.* о здоровье и российском
здоровоохранении, помогли почти 3 МЛН ЧЕЛОВЕК начать
лечиться правильно и заботиться о себе и своих близких.

*по данным книжного портала <http://pro-books.ru>

О самом главном с доктором Мясниковым

Александр Мясников

**Энциклопедия доктора Мясникова
о самом главном. Том 3**

«ЭКСМО»

2017

УДК 61(03)

ББК 5я2

Мясников А. Л.

Энциклопедия доктора Мясникова о самом главном. Том 3 /

А. Л. Мясников — «Эксмо», 2017 — (О самом главном с доктором Мясниковым)

ISBN 978-5-699-99732-9

В каждом доме должна быть полная, понятная медицинская энциклопедия, которая придет на помощь в нужный момент. Уже 1,5 млн человек получили бесценные медицинские знания, прочитав книги «О самом главном с доктором Мясниковым», и обращаются к ним вновь и вновь. Это удобно делать в систематизированном виде, когда такая информация для комфортного поиска содержится в одном томе. Настоящая энциклопедия содержит все самое лучшее и полезное из 5 новых книг серии «О самом главном с доктором Мясниковым»: «Руководство по пользованию медициной», «Рецепты для здоровья и долголетия», «Возраст», «Призраки», «Есть ли жизнь после 50». Потомственный доктор Александр Мясников, владеющий самыми современными методами доказательной медицины, осветил все важные вопросы, встающие перед человеком, обращающим внимание на свое здоровье и самочувствие своих близких. В этом ему помогли врач-диетолог, канд. мед. наук Ольга Мясникова и его коллега и редактор канд. биол. наук Ольга Шестова. Как быть, если в организме многочисленные неполадки, а диагностировать болезнь не удастся? О чем надо позаботиться в первую очередь ближе к 50 годам, чтобы оставаться активным и жить долго? Как выбрать правильные овощи и мясо и приготовить их так, чтобы было и вкусно, и полезно, и при этом похудеть? Почему продвинутый возраст может принести больше счастья, чем любой другой? Необходимая информация о болезнях и лекарствах, развенчание самых распространенных медицинских мифов, поучительные истории из жизни, рецепты действительно вкусной и здоровой пищи – перед вами простой медицинский справочник, написанный «немедицинским» языком, который,

как друг, поддержит в трудную минуту, развеселит в час досуга и будет нужен всегда.

УДК 61(03)

ББК 5я2

ISBN 978-5-699-99732-9

© Мясников А. Л., 2017

© Эксмо, 2017

Содержание

Предисловие	6
Глава 1	7
1.1 Самая распространенная в мире болезнь	9
1.1.1. Ипохондрия	11
1.1.2. Тот самый Мюнхаузен	14
1.2 Блуждающая матка и конверсия	17
1.2.1. Слабость	18
1.2.2. Нарушения чувствительности	19
1.2.3. Судороги	21
1.2.4. Ощущение кома в горле	23
1.2.5. Тремор и другие разновидности непроизвольных движений тела	23
1.2.6. Шум в ушах	25
1.2.7. Головокружение	26
1.3. Про графинь, нюхательную соль и обмороки...	28
1.4 Шестое чувство – боль!	33
1.4.1. Головная боль	35
1.4.2. Болит спина? Пойдите к стоматологу!	40
1.4.3. Боль в пояснице	42
1.4.4. Не любая боль в животе говорит о чём-то серьёзном	45
1.5. Фибромиалгия – неизвестная болезнь, которой страдает половина населения	47
1.6. В отвращение ко всякого рода труду – ещё не синдром хронической усталости!	53
Конец ознакомительного фрагмента.	55

Александр Леонидович Мясников

Энциклопедия доктора

Мясникова о самом главном. Т. 3

Предисловие

Перед вами третий том Энциклопедии, которую мы формируем из моих, уже изданных книг на популярные медицинские темы. В этот раз, кроме моих книг, сюда вошли книги авторов, которые состоят со мной в кровном и духовном родстве: моей мамы и моего друга – главного редактора медицинского направления Ольги Шестовой.

Состав книг для Энциклопедии подобран не случайно: их всех объединяет тема «здоровья здоровых». Здоровых в глобальном смысле этого слова – у всех у нас есть какие-то состояния, мешающие нам жить. У кого-то «скачет» давление, у кого-то хронический гастрит, практически у всех – боли в мышцах, суставах, костях, спине и шее.

Понять истинное положение вещей, определить для себя – на какой ты стороне: на стороне активных и преодолевающих недуги людей, либо тех, кто пропах валерианой и горбится, не в состоянии уже получать удовольствие от жизни и накручивает себе один диагноз за другим («благо» вся система нашей медицины этому очень способствует!).

Никто из нас не молодеет, годы бегут с всё более пугающей скоростью! Вот становится уже как-то неудобно озвучивать дату рождения. А скольких ровесников уже не стало?!

В представленной Энциклопедии советы не как «обмануть» возраст и чудесным образом омолодиться (как правило за такими советами – обман и невежество), а о том, как перестать себя искусственно старить и инвалидизировать. Если бы все шло, согласно Божьим замыслам – человек бы жил минимум до 150 лет. Мы активно боремся за сокращение своей жизни, как бы парадоксально это ни звучало! А ещё впадаем в уныние, позволяем вымышленным и реальным болезням взять верх над собой, резко снижая своё качество жизни!

Книги, представленные здесь призваны помочь вам определиться с правильной оценкой своего состояния, поставить перед собой правильные, главное – реалистичные – цели по достижению хорошего качества активной жизни, научиться бороться за своё здоровье с удовольствием, дать тот оптимизм, в котором Вы будите черпать силы на борьбу, с недугами и грузом лет. Ну и конечно, тут вы найдёте множество совершенно практичных советов по питанию, физической активности, диагностике и лечению. Этот том совершенно очевидно заслуживает вашего внимания!

С уважением Александр Мясников

Глава 1 «Призраки»

Когда здоровья нет, а врачи ничего не находят

1. Самая распространенная в мире болезнь
2. Блуждающая матка и конверсия
3. Про графинь, нюхательную соль и обмороки
4. Шестое чувство – БОЛЬ!
5. Фибромиалгия – неизвестная болезнь, которой страдает половина населения
6. Отвращение ко всякого рода труду – ещё не синдром хронической усталости!
7. Синдром хронической тазовой боли, или страдают ли простатитом женщины?!
8. Панические атаки и что лечат тарантулами
9. На что обижается наш желудок и сердится кишечник?!
10. Пять ран Христовых
11. Беспорочное зачатие и может ли забеременеть мужчина?!
12. Предменструальный синдром
13. Нарушение сна и о чём писали У. Коллинз и Ч. Диккенс
14. Чёрная желчь
15. Когда «основной инстинкт» дает сбой
16. Так ли страшны ПАРАЗИТЫ, как их малюют?!
17. Принцесса на горошине
18. Всё ли мы знаем об обезболивающих?!
19. Почему допинг оказался в главе про соматоформные расстройства

Врачу подчас важнее определить, что собой представляет человек, обратившийся к нему с той или иной болезнью, чем то, что именно за болезнь, с которой он пришел.

ГИППОКРАТ

Глава посвящена самой распространенной проблеме, с которой сталкивается почти каждый: неудовлетворенность состоянием своего здоровья. Плохое самочувствие, казалось бы, на первый взгляд, здоровых людей.

С чем сталкивается врач-терапевт на первичном приеме в поликлинике или медицинском офисе чаще всего? С гипертонией? Нет. С бронхитом, кашлем, ангинами, простудами? Нет. С гастритами или артритами? И опять-таки нет!

В подавляющем большинстве приходят люди с самыми разнообразными жалобами на свое здоровье при отсутствии явных отклонений по данным объективного осмотра или исследования.

«Как же так! У меня уже несколько месяцев болит (кружится, немеет, дергает, тошнит, жжет и т. д., и т. п.), а вы говорите, что я здоров?!» Врач теряется под таким напором. Действительно, сказать плохо себя чувствующему человеку, что у него все в порядке, требует куда как больше ответственности, чем постановка хоть какого-нибудь диагноза и запуска карусели разнообразных исследований! А вдруг ошибка, а вдруг что-то недоглядел?! И начинается вечная история про чемодан без ручки: нести тяжело, а бросить жалко! И множатся легионы носителей диагнозов «вегетососудистая дистония», «дисбактериоз», «остеохондроз», «паразитарная инфекция», «хронический пиелонефрит», «хронический простатит», «повышение внутричерепного давления» и многих, многих других...

Хрестоматийное «Призрак бродит по Европе – призрак коммунизма» переродилось в «Призрак болезни бродит по миру, калеча людей и пожирая огромные ресурсы, которые здравоохранение тратит на неинформативные обследования и ненужное лечение».

Люди ни в чем не виноваты – они и правда себя плохо чувствуют! Многие вынуждены бросать работу, не могут заниматься любимым делом, страдают и сами, и их родственники, иногда даже распадаются семьи...

Навешивая на них ярлыки различных, часто вымышленных, болезней, назначая наобум лекарства, врачи оставляют таких людей практически без помощи.

Ведь в подавляющем числе случаев лечение лежит совсем в другой плоскости!

А какой взлет получило бы здравоохранение, научись мы отделять «зерна от плевел», сколько бы зря потраченных денег сэкономили, скольких побочных явлений от лекарств избежали бы, как разгрузили бы диагностические центры и лаборатории! Никакое чудо-открытие, никакие стволовые клетки, нанотехнологии или достижения медицинской генетики не идут ни в какое сравнение с тем потенциалом, который может дать здравоохранению умение четко определять людей, чье неудовлетворительное состояние не связано с патологией внутренних органов, и умение объяснить таким больным суть с ними происходящего и эффективно их лечить!

К сожалению, это как раз такой случай, когда легко сказать, но трудно сделать. На страницах этой книги также нет универсального совета. Но здесь мы хотя бы поднимем эту проблему, разберем основные состояния, которые мешают полноценно жить миллионам людей, расскажем, что можно сделать, чтобы улучшить самочувствие, предостережем о «подводных камнях», встречающихся при обращении за медицинской помощью.

1.1 Самая распространенная в мире болезнь

Каждый из нас хоть раз в жизни да обращался к врачам с какой-либо проблемой. Ну хорошо, не каждый – есть же счастливчики! – но 80 % населения – точно! И вот неумолимая статистика: 60 % всех пациентов на первичном приеме (не считая диспансеризацию) не имеют существенных проблем по данным объективного обследования.

Давайте посчитаем. Вот 100 млн взрослого населения России. Вычтем упомянутых счастливчиков, хотя количество в 20 % – явное преувеличение!

Ну пусть! Итого 80 млн человек так или иначе обратились к врачу впервые. И получается, что около 48 миллионов взрослых пациентов подвергаются подробному диагностическому поиску и активному лечению зря.

Заподозрить можно, точно сказать – нет! Так или иначе требуется определенный комплекс клинико-диагностических исследований, и здесь важно иметь продуманный алгоритм действий. Тут главное – вовремя остановиться, вовремя понять, что мы исключили то, что были обязаны исключить, и впереди самое тяжелое: объяснить пациенту природу его проблемы и постараться реально ему помочь!

**Около 48 миллионов взрослых россиян подвергаются
подробному диагностическому поиску и активному лечению зря.**

Одновременно с этим миллионы людей ходят с нераспознанными болезнями и не получают адекватную медицинскую помощь! В педиатрии – сходная ситуация.

Сколько ненужных посещений детских неврологов, травматологов и прочих специалистов, каждый из которых трактует состояние ребёнка как ему заблагорассудится, часто находя отклонения там, где их нет, и пропуская реальные проблемы со здоровьем. Что, скажете, не так?! Если сложить все эти цифры вместе, получится ужасающая картина абсолютно неэффективного здравоохранения, перемалывающего материальные и людские ресурсы абсолютно зря! Причём это проблема не только России! Разница в том, что в большинстве стран о ней хорошо знают и пытаются предпринять какие-то шаги. Пора и нам начать подходить к людям более дифференцированно.

Самое главное здесь то, что большинство из этих 48 миллионов реально плохо себя чувствуют. Не существует какого-то точного врачебного приема, способного сразу определить – проблема пациента лежит в области внутренней медицины или речь идёт о соматизации или функциональном нарушении (мы сейчас вернёмся к этим терминам).

Были произнесены термины – «соматизация» и «функциональные нарушения». Корень проблем в том, что все мы разные. Понятие нормы отражает параметры, наблюдающиеся у большинства. Почему мы считаем, что нормальная температура человеческого тела 35,5-37,5 °С, а количество лейкоцитов 4-11 тысяч? Это результат исследований, когда определялась температура или количество лейкоцитов у тысяч заведомо здоровых людей и их параметры брались за норму. Но если нарисовать график, отражающий разброс показателей, то он будет иметь форму колокола или шляпы с полями. Собственно, «шляпа» – это примерно совпадающие показатели 90 % исследуемых. А вот «поля шляпы» – это отклонения, которые всегда будет встречаться у примерно 10 % людей. Для кого-то и 20 тыс. лейкоцитов – норма! Подавляющее число людей вполне адаптировано к параметрам работы своего организма. Но некоторые начинают чувствовать даже незначительные отклонения, пусть и внутри общепризнанных нормальных границ. Большинство не замечает шума в ушах, а кто-то не может от него заснуть! Для кого-то нормальный пульс 80 ударов в минуту оборачивается чувством сильного сердцебиения, а небольшое головокружение – обмороком! Вот примерный перечень симптомов, которые могут быть проявлением подобной аномальной чувствительности:

1. Болевой синдром: головная боль, боль в спине, суставах, конечностях, диффузная боль во всем теле, боль при мочеиспускании и проч. И проч.
2. Симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, боль в животе, вздутие живота, понос.
3. Симптомы, связанные с работой сердца и лёгких: боль в груди, сердцебиение, одышка, головокружение.
4. Неврологические симптомы: мышечная слабость, двоение в глазах, обмороки, псевдосудороги, затруднения глотания («ком в горле»), даже глухота и хрипота!
5. Симптомы из урогенитальной сферы: боль при половом сношении, менструации, типичное чувство жжения половых органов, учащённое и болезненное мочеиспускание.

Как видите, список подобных состояний весьма обширен.

При этом подавляющее большинство этих симптомов может быть атрибутом серьезных, грозных болезней! Поэтому соматоформные расстройства, по сути, диагноз исключения.

Вот вам, наконец, определение: Соматоформные расстройства – это наличие беспокоящих человека физических симптомов, несмотря на отсутствие отклонений при объективном обследовании.

Сейчас среди медицинских сообществ идёт спор о терминологии, некоторые предлагают другие термины, несколько другие критерии – нам эти детали не так важны.

Ещё один момент – многие из нас имеют те или иные хронические заболевания. Часто врач затрудняется определить: почему имеющиеся симптомы не укладываются в привычную картину болезни? Что здесь – какой-то новый поворот в течении болезни или наложение этого самого соматоформного расстройства?

И уж совсем трагично, когда через какое-то время оказывается, что под соматоформное расстройство маскировалась системная красная волчанка, гемохроматоз или онкология!

Пытаясь упорядочить симптоматику, свойственную соматоформным расстройствам, врачи создали систему критериев, облегчающих диагностику. Вот как это выглядит (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4-th edition):

Соматоформное расстройство весьма вероятно, если есть наличие следующих симптомов:

1. 4 болевых симптома: боль не менее чем в четырех разных местах – голова, суставы, спина, конечности, грудь, во время менструации и проч.
2. 2 желудочно-кишечных симптома, иных чем боль: тошнота, рвота, вздутие, непереносимость определенной пищи, понос.
3. Один неврологический симптом: онемение, псевдосудороги, слабость, двоение в глазах.
4. Один симптом сексуальной дисфункции: эректильная дисфункция, нерегулярные месячные, обильные месячные. При условии, что указанные выше симптомы не могут быть удовлетворительно объяснены имеющимися медицинскими данными и симптомы не могут быть воспроизведены пациентом произвольно, по своему желанию.

Пациент с соматоформным расстройством, несмотря на внешнее отсутствие причин для плохого самочувствия, часто не способен адекватно функционировать, работать, хуже адаптирован к социальной жизни, чем даже больной с определёнными, привычными заболеваниями. В одном исследовании сравнивались 2 группы больных, одну из которых как раз и представляли люди с соматоформными расстройствами. По результату именно они оказывались значительно чаще безработными и лидировали по числу дней на больничном листе.

Заметки на полях

У Б. Бербера в одной повести был такой эпизод: матрос торгового судна – рефрижератора случайно оказался захлопнутым в трюме в одном из промышленных холодильников. Его хватило только через 2 недели. И когда открыли дверь, обнаружили мертвое тело. На стенке холодильного отсека был выцарапан своеобразный дневник. В нем несчастный матрос описывал свои ощущения: как замерзал, как немели руки, как холод пробирался в сердце... Читать – действительно мороз по коже, только одно «но»: именно этот холодильный отсек в этот период времени был отключен и температура в нем эти 2 недели не опускалась ниже 18 градусов по Цельсию!

1.1.1. Ипохондрия

Необоснованную боязнь заболеть или ложную веру человека в то, что он болен, древние греки называли ипохондрией. Они считали, что это чувство исходит из подреберья (по-гречески – «ипохондрией»), там, где при сильном страхе у человека, как мы говорим, «сосёт под ложечкой». До последнего времени четкой границы между соматоформными расстройствами и ипохондрией не существовало. И те, и другие пациенты считают себя больными при нормальных показателях работы организма. Только одни при этом реально плохо себя чувствуют, а другие при практически нормальном самочувствии, мучаются страхами заболеть. В 2013 году врачи провели границу: по одну сторону больные с наличием физических симптомов (боль, судороги и проч.) при отсутствии какой-либо патологии, а с другой, собственно, ипохондрия: отсутствие или самый минимум симптомов, но при этом стойкая вера в наличие у себя болезни (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; Fifth Editions, DSM-5, 2013).

С того времени термин «ипохондрия» больше к употреблению не рекомендуется. Взамен это состояние официально классифицируется как разновидность «тревожных расстройств», что тем самым относит его в раздел психиатрии (в отличие от большинства соматоформных расстройств).

«Тревожное беспокойство по поводу своей мнимой болезни» – так наверно более правильно перевести «illness anxiety disorder» – достаточно распространено. По данным разных исследований ему в той или иной степени подвержено от 5 до 30 % посетителей поликлиник, развернутую клиническую картину демонстрируют 3 % пациентов.

Необоснованная уверенность человека в том, что он болен, была известна еще в Древней Греции и называлась ипохондрией.

Заметки на полях

Широко известная «болезнь студентов-медиков третьего курса» в критерии этого расстройства не попадает. Когда студенты переходят, наконец, к клиническим специальностям и начинают изучать симптомы различных болезней, они находят их все у себя самих. Это хорошо описано у Джерома Клапка Джерома в главе, где главный герой «Трое в лодке, не считая собаки» читал медицинский справочник. Не могу удержаться и не процитировать:

«Как-то раз я зашел в библиотеку Британского музея, чтобы навести справку о средстве против пустячной болезни, которую я где-то подцепил. Я взял справочник и нашел там все, что мне было нужно, а потом от нечего делать начал перелистывать книгу, просматривая то, что там сказано о разных других болезнях. Я уже позабыл, в какой недуг я погрузился раньше всего, – знаю только, что это был какой-то ужасный бич рода человеческого, – и не успел я

добраться до середины перечня «ранних симптомов», как стало очевидно, что у меня именно эта болезнь.

Несколько минут я сидел, как громом пораженный, потом с безразличием отчаяния принялся переворачивать страницы дальше. Я добрался до холеры, прочел о ее признаках и установил, что у меня холера, что она мучает меня уже несколько месяцев, а я об этом и не подозревал. Мне стало любопытно: чем я еще болен? Я перешел к «Пляске святого Вит» и выяснил, как и следовало ожидать, что ею я тоже страдаю; тут я заинтересовался этим медицинским феноменом и решил разобраться в нем досконально. Я начал прямо по алфавиту.

Прочитал об анемии – и убедился, что она у меня есть и что обострение должно наступить недели через две. Брайтовой болезнью, как я с облегчением установил, я страдал лишь в легкой форме, и будь у меня она одна, я мог бы надеяться прожить еще несколько лет. Воспаление легких оказалось у меня с серьезными осложнениями, а грудная жаба была, судя по всему, врожденной. Так я добросовестно перебрал все буквы алфавита, и единственная болезнь, которой я у себя не обнаружил, была родильная горячка. Вначале я даже обиделся: в этом было что-то оскорбительное. С чего это вдруг у меня нет родильной горячки? С чего это вдруг я ею обойден? Однако спустя несколько минут моя ненасытность была побеждена более достойными чувствами. Я стал утешать себя, что у меня есть все другие болезни, какие только знает медицина, устыдился своего эгоизма и решил обойтись без родильной горячки.

Зато тифозная горячка совсем меня скрутила, и я этим удовлетворился, тем более что яшуром я страдал, очевидно, с детства. Яшуром книга заканчивалась, и я решил, что больше мне уж ничто не угрожает». Как я всегда с детства хохотал над этими строками!!!

Пациенты с ипохондрией (давайте будем это состояние для удобства называть по-старому) могут проявлять свои тревоги по-разному. Кто-то боится какого-то особого диагноза (онкологии, СПИДа), кто-то естественные отклонения параметров работы организма в нормальных рамках принимает за патологию (например, температуру 37,3 или пульс 80, непрерывно меряет себе артериальное давление или пульс), кто-то любые неприятные ощущения (а у кого их нет?!) приписывает экзотическим заболеваниям, например, паразитам... Все это приводит к многократным обращениям к врачам в надежде, что вот этот ничего не понимает, но другой разберется. Это даже получило название: «медицинский шопинг». Отсюда вал ненужных исследований и манипуляций, а это уже чревато реальными угрозами: циничная медицинская поговорка гласит «был бы человек, а болезнь найдётся!» и находится какая-нибудь безобидная киста или невинный камешек – уточняют, лечат, удаляют, принося вред уже не только душе больного, но и его телу!

Заметки на полях

Бывают ситуации и еще более интересные: когда не только пациент, но и врачи принимают за болезнь совершенно безобидное состояние. Пример – эрозия шейки матки. НЕТ ТАКОЙ БОЛЕЗНИ!!! Не поймет вас западный гинеколог, если вы придете с этим к нему на консультацию и спросите: «Вот мне в России обнаружили и что теперь с этим делать?». Это физиологическое состояние, когда клетки эпителия, выстилающие канал шейки матки, выходят из просвета канала и покрывают небольшой участок снаружи на шейке. Отсюда правильное название этого физиологического феномена: «эктопия» (расположение не на своем месте), а не «эрозия» (изъязвление)

шейки матки. Этот эпителий из шейки по структуре другой (цилиндрический), действительно выглядит ярким пятном, которое ошибочно принимают за язвочку. Особенно часто этот феномен встречается у подростков, у беременных и после родов. Крайне редко он может вызывать неприятные симптомы: эпителий из просвета канала очень нежный и снаружи может быть ранимым. В этих **ЕДИНИЧНЫХ** случаях применяют один из методов удаления этой «эктопии» (криохирургию, лазер, радиочастоты), но не каждый западный гинеколог это видел. Вообще на этом все. В **ТОМ** мире. В нашем – ну, что в нашем, вы отлично знаете! Десятки клиник предлагают обнаружить и вывести «эрозию», врачи в них говорят о необходимости предотвратить рак, что очевидная глупость. Эктопия, «эрозия» – никакой не предрак и вообще не болезнь! Ссылаются на зарубежную литературу о методах лечения эрозии и – опять подмена понятий! Действительно, как мы упоминали, в единичных случаях желательна эктопию-«эрозию» удалить, но – в **ЕДИНИЧНЫХ** случаях! У нас предлагают это делать всем подряд и настаивают на **ОБЯЗАТЕЛЬНОМ** лечении, запугивая бедных женщин серьезными последствиями! При этом частные гинекологи выступают единым фронтом: болезнь! Предрак! Инфекция! Бесплодие! Лечить! Обязательно! Кандидаты наук, с дипломами, как тут не поверить! Поэтому, когда я говорю о действительном положении вещей с позиций американского доктора, женщины на меня смотрят с большим недоверием. Конечно, такой кусок медицинского бизнеса, такой выгодный миф просто так никто не сдаст, перестанем лечить «эрозию» и уреоплазму – как на хлеб с маслом и икрой заработать?!

Поэтому врачей специально учат, когда они должны заподозрить ипохондрию:

1. Пациент получил большой объем медицинской помощи, исследований, но все равно не удовлетворен.

2. Обращался к нескольким врачам, но результаты обследования так ничего серьезного и не выявили.

3. Внимание врача и дополнительные исследования только увеличивают тревогу пациента, а не успокаивают его.

Разработали специальный опросник, так называемая, шкала Вайтеля (Whiteley). Согласно ему необходимо на семь вопросов ответить однозначно «да» или «нет». Вот эти семь вопросов:

1. Считаете ли Вы, что у вас есть серьезная болезнь?

2. Ваше здоровье Вас беспокоит?

3. Вы не вполне верите доктору, когда он уверяет Вас, что ничего серьезного нет?

4. Вы часто тревожитесь по поводу того, что возможно серьезно больны?

5. Вас беспокоит боль в различных частях тела?

6. Вы узнали о существовании Вашей предположительной болезни из интернета, ТВ или от знакомых?

7. Вас беспокоят сразу несколько различных симптомов?

Ответ «да» только 2, 4, 6 свидетельствует о беспокойстве насчет возможной болезни, 1, 3, 5 и 7 – о наличии твердой убежденности в ее существовании.

1.1.2. Тот самый Мюнхгаузен

Знакомьтесь – синдром Мюнхгаузена. Пациент с этим синдромом – эдакий бескорыстный симулянт. С настоящим симулянтом всё ясно: он умышленно разыгрывает симптоматику, чтобы его приняли за больного. Цель – корысть: отлынивание от работы и обязанностей, получение льгот и преференций и проч. И проч. В случае синдрома Мюнхгаузена всё не так. Все происходит, как правило, бессознательно и не преследует никаких корыстных целей. То ли люди так истосковались по вниманию или просто общению, то ли незаметно для себя совсем разуверились во врачах, которые ничего не могут у них найти, то ли по каким-то еще неведомым причинам начинают безотчетно и очень изобретательно наносить себе вред с единственной целью – доказать, наконец, всем, что они больны!

Они вводят себе инсулин или производят кровопускание, в результате чего резко падает сахар или развивается анемия.

Глодают гормоны щитовидной железы, вызывая ее гиперфункцию, или принимают в больших количествах слабительные. Дальше – больше: вводят в вену мочу, вызывая температуру, или делают инъекции с калом (да-да, с калом!) в переднюю брюшную стенку, и потом доктор не может понять, откуда такие тяжелые повторные абсцессы живота! (Был у меня и такой случай!) в общем, могут воспроизвести практически любой известный науке симптом. В особенно сложное положение попадает врач, когда «с той стороны» в качестве очередного Мюнхгаузена оказывается медицинский работник. А такое встречается ой как часто, уже давно подмечено, что медработники страдают этим расстройством чаще других.

Заметки на полях

На американских лицензионных экзаменах обязательно будет вопрос о пациенте, поступившем в коме из-за внезапно резко упавшего сахара. Встречается в разных вариантах тестов из года в год. Если в ответе (или тексте) будет упомянут Ц-пептид, значит, речь будет идти о синдроме Мюнхгаузена. Инсулин, выработанный самим организмом, содержит Ц-пептид, введенный извне – нет. В тексте, возможно, будет указано, что мама больной – медработник или бабушка больна диабетом (подсказка – сторонний источник инсулина).

Довольно грамотно рисуют косметикой красную «бабочку» на скулах, выдавая за симптом системной красной волчанки, или наносят себе острыми инструментами царапины внутри прямой кишки (!!!), выдавая их за симптомы язвенного колита!

И вот ведь что невероятно – повторяюсь! – делают это или вообще неосознанно, или стараясь «облегчить» работу лечащему врачу, давая «подсказку»! И безо всякой корысти, будучи твердо убеждены, что они больны.

Дело в том, что подобное отклонение встречается не так и редко. В общей популяции 1 на 1000. Примерно – сами представляете, как трудно диагностировать и регистрировать.

А вот в больницах ситуация другая. Несколько лет назад врачей шокировали результаты одного обширного исследования: среди больных, проходящих лечение по поводу «лихорадки неясного генеза», люди с синдромом Мюнхгаузена составили 9 %! Практически каждый десятый!

У этого синдрома есть и еще один ужасный вариант: когда вышеописанные манипуляции проводят над детьми и другими беспомощными родственниками. И так же неосознанно! Вводят инсулин и другие гормоны, провоцируют сильную рвоту, придушивают подушкой... И делают это, как правило, именно матери. В последний момент видят почти задохнувшегося ребенка и бросаются его спасать: вызывать «Скорую», делать искусственное дыхание. Есть такой «синдром внезапной детской смерти» – не все медики его признают и как раз из-за боль-

шого процента трагического исхода жертв больных синдромом Мюнхгаузена. Кстати, гибнут не только дети, по разным данным смертность больных с этим синдромом в результате их же действий составляет около 20 %...

Заметки на полях

Некоторое время назад СМИ распространили информацию про сотрудницу детского сада из Иркутска, которая отравила детей сильнодействующим лекарством. Ее арестовали, а я вот думаю, что с ней должен поработать врач...

Всё было бы просто, если списать подобные отклонения на чистую психиатрию. Настораживают имеющиеся данные, что у больных синдромом Мюнхгаузена на МРТ головного мозга прослеживаются определенные структурные изменения.

Классификация соматоформных расстройств в последние годы довольно сильно меняется. Применяющиеся термины – ипохондрия, истерия или конверсионное расстройство – сегодня заменяются другими. Подробности, я думаю, интересны только определенной части медиков. Нам же важнее разобраться в следующих вопросах:

1. Что делать, если вас что-то беспокоит, а врачи разводят руками?
2. Какой в этом случае объем исследований считать достаточным?
3. Какие еще заболевания и синдромы могут стоять за симптоматикой в вашем конкретном случае?
4. Насколько агрессивным должно быть лечение и особенности отношений между врачом и пациентом в этих случаях?

Ответы на эти вопросы вы получите в свое время. Но чтобы правильно их понять и воспринять, сначала необходимо подробнее разобраться в структуре и симптоматике соматических заболеваний.

Заметки на полях

Проблемами психосоматики врачи занимаются очень давно. Всем знакомо имя Жан-Поля Марата – одного из основных деятелей Французской революции, у нас до сих пор сохранились улицы, названные его именем. Среди персонажей Французской революции были и романтики, и прагматики, и бескорыстные люди, и карьеристы, и герои, и подлецы... Марат, или Мара, как это имя произносится по-французски, был одним из самых жестоких людей. Он оправдывал внесудебное насилие и призывал к нему, раскручивал маховик террора. Недаром он и погиб одним из первых – его зарезала молоденькая аристократка Шарлотта Корде, придя к нему якобы на прием. Политический деятель не терял времени – принимал посетителей в ванне с лечебными снадобьями – лечил распространенную кожную болезнь. Там, в этой ванне, девушка и перерезала ему горло. И на следующий день спокойно (по воспоминаниям парижского палача Самсона) взошла на эшафот. Похоронили Марата на территории монастыря кордильеров – сейчас там расположен медицинский факультет Сорбонны. Тело потом перенесли, но памятник остался. Так вот, Жан-Поль Марат был врачом, причем потомственным. И неплохим. Работал и в Голландии, и в Англии, написал множество работ по медицине и естествознанию. И одна из них называлась «О человеке, или Принципы и законы влияния души на тело и тела на душу» («De l'homme ou des principes et des lois de l'influence de l' me sur le corps et du corps sur l' me»). Вот занимался бы Марат всю жизнь медициной и опытами, изучал бы и дальше

психосоматику, может быть, дожил до старости, и мировая история пошла бы по-другому!

1.2 Блуждающая матка и конверсия

По-древнегречески «истеря» значит «матка». Врачи ещё той эпохи отмечали случаи, когда люди падали в судорожном припадке, у них отнимались ноги и руки, они теряли сознание, а потом вставали как ни в чем не бывало, будто это не они сейчас полностью теряли мышечный тонус! Подобная симптоматика объяснялась «блужданием матки» по организму...

Объяснение, конечно, наивно, но при этом довольно точно указывало на тот факт, что большинство этих пациентов – женщины. То есть Гиппократ и его коллеги вообще считали эту патологию свойственной исключительно женщинам. Не знаю, как там было у древних греков, а в наше время в различных исследованиях удельный вес мужчин среди людей с подобной симптоматикой достигает 40 %. Но термин «истерия» остался в быту с тех самых времен.

Сегодня общепринятый термин состояний, когда наличествует неврологическая симптоматика без очевидных медицинских причин – «конверсионные расстройства». Синонимом можно считать «психогенные», «функциональные» или «соматоформные» неврологические расстройства.

«Конверсия» – превращение. Есть гипотеза, что стресс или физиологический конфликт бессознательно превращается (конвертируется) в симптомы, которые проявляются как неврологическое расстройство. При этом человек может быть совершенно спокоен и даже не отдавать себе отчет, насколько хронический стресс оказался значимым для его организма. Подобно пару в котле, под давлением, проявления стресса так или иначе прорвутся наружу. И если не в виде откровенного невроза или беспокойства, то может пойти по руслу превращения в физические симптомы при, казалось бы, абсолютно стабильном психоэмоциональном фоне.

Как и в случае всех соматоформных расстройств, неврологические симптомы вполне реальны и могут серьезно испортить человеку жизнь! Этому недугу покорны все возрасты, однако в молодые годы он встречается чаще. И перед постановкой диагноза конверсионного расстройства необходимо исключить ряд заболеваний, которые могут протекать с той же симптоматикой. Тот же рассеянный склероз, энцефалит или опухоль мозга иногда очень трудно диагностировать сразу – бывает, от таких пациентов просто отмахиваются... Общее правило – «имеющиеся у больного симптомы не могут быть объяснены лучшим образом, чем наличием у него конверсионного синдрома». В кавычках потому, что именно так записано в Diagnostic and Statistical Manual, Fifth Edition (DSM-5) – руководстве, определяющем критерии того или иного диагноза.

Относительно конверсионного расстройства там критерии таковы:

Наличие следующих симптомов, которые реально ухудшают состояние больного, без видимой патологии со стороны внутренних органов и которые не могут быть объяснены еще чем-то другим, помимо конверсионного расстройства:

1. Слабость или паралич.
2. Ненормальная двигательная активность: нарушение походки, тремор, подергивание конечностей.
3. Нарушение глотания, чувство «кома» в горле.
4. Расстройство речи (охриплость, затрудненная речь).
5. Судороги.
6. Потеря чувствительности, парестезии.
7. Нарушение работы органов чувств – двоение в глазах, потеря зрения, звон в ушах и т. д.
8. Различные сочетания указанных выше симптомов.

Уже само перечисление этих симптомов говорит о том, насколько здесь должен быть внимательным врач, чтобы сделать правильный выбор в оценке состояния больного и не пропустить серьёзную болезнь!

Уже при осмотре больного можно сделать определенные предварительные выводы. Конечно, это дело врачей – осматривать пациентов и делать выводы. Но написал же профессиональный физик популярную книжку «Занимательная физика»?! Вот давайте рассматривать следующую часть этой главы как «Занимательную медицину»!

1.2.1. Слабость

Начнем с такого симптома, как слабость, или даже паралич. Приходит больной и жалуется, что не может полноценно двигать ногой / рукой или испытывает немалые затруднения в результате сильной слабости в конечностях. Такое может встречаться при большом числе как неврологических, так и ревматологических заболеваний. Что может привести врача к мысли, что здесь возможно конверсионное расстройство?

Первое – определенная непоследовательность в проявлении симптома. Ну, например, у больного слабость в ноге и он, по просьбе врача, неспособен разогнуть стопу, лежа на медицинской кушетке.

Но он встанет «на цыпочки» при дальнейшем осмотре. Или неспособность полноценно двигать рукой вдруг исчезает, когда надо достать что-нибудь из сумочки или надеть обувь. Причем, повторяю – все происходит неумышленно!

Всегда важно видеть, как больной заходит, как раздевается, как одевается, как двигается.

Второе – определенные приемы во время врачебного осмотра. Например, пациент пришел с симптомом слабости в ноге. Лежа на спине, на кушетке, он не может с должной силой опустить выпрямленную ногу вниз, когда ее приподнимает за пятку и придерживает на весу врач.

«Опустите ногу, преодолевая сопротивление моей руки», – просит врач. Ответ, как правило: «Не могу».

Однако если врач попросит поднять другую, здоровую выпрямленную ногу вверх, то при конверсионном расстройстве отчетливо видно, как «пораженная» конечность вдавится в кушетку, компенсаторно, безотчетно стараясь сохранить баланс.

Или при слабости в руках врач удержит кисть больного и попросит согнуть руку в локте, преодолевая сопротивление. Видно будет, как при такой попытке напрягутся и бицепс, и трицепс, то есть противоположные мышцы, чего не будет при настоящем неврологическом расстройстве.

Еще пример: частая неврологическая патология – слабость в руке. Пациент с подобной жалобой должен закрыть глаза, выпрямить пальцы, вытянуть руки ладонями вверх и удерживать их так несколько секунд.

Из-за слабости пораженная рука, или обе, пойдут вниз.

Только у больных с поражением верхнего моторного нейрона при этом кисть невольно будет поворачиваться внутрь, а у пациента с конверсионным расстройством – нет. Хотите еще? Хорошо. Больного со слабостью одной половины тела (очень частая жалоба!) просят повернуть голову, преодолевая сопротивление рук врача, у которого задача создать препятствие этому движению. Больной с конверсионным расстройством будет испытывать слабость при попытке повернуть голову в пораженную сторону, больной с истинными неврологическими причинами, как ни странно, нет!

Заметки на полях

«Вы думаете, только люди подвержены таким конверсионным расстройствам? Вовсе нет. Сам видел, как животные симулируют и проявляют

функциональные расстройства. С симуляцией болезни животными столкнулся как-то во время поездки в Сибирь. Собрались мы в длительный поход на конях. Меня встретили, и вот друзья говорят: «Давай по дороге захватим еще одного человека: он нам лошадь недавно продал, а та какая-то «падучая» оказалась – в стойле все ничего, а как запрягать ее, так начинает трястись и падать! Пусть посмотрит, а то и обратно заберет!»

Когда дошло до «освидетельствования», все так и вышло: вывели, только хомут стали надевать, как лошадь со стоном завалилась на бок и закатила глаза. «Вот, видите?» – говорят бывшему хозяину, который наблюдал издалека. Тот усмехнулся, подобрал здоровый дын, подошел и как огреет лошадку со всей силы! Та чудом моментально выздоровела, вскочила и сразу далась надеть хомут. И говорят – потом никогда таких фокусов уже не повторяла! Ну а конверсионное расстройство как-то проявила моя собака, азиатская овчарка по кличке Марго. Когда-то в детстве у нее отнялись задние лапы (думаю, результат вирусной инфекции). Длилось это примерно месяц, потом функция практически полностью восстановилась, ну, может, чуть приволакивает одну заднюю лапу. Собак у меня три, но эта – любимица, умница невероятная, и позволяется ей больше других. Если точнее, то все! Любимое место – на лучшем из диванов перед камином и телевизором. Покидает она его крайне неохотно, в основном только если по своей воле и по надобности. Однажды сторож, который следит за дачей, звонит и говорит»: с Марго беда, с дивана ни в какую не встает, я ей и так и сяк – ни в какую! Я ее стащил, а она на полу лежит и задние лапы опять отнялись! Совсем!». Я перепугался, прошу привезти ее в Москву в лечебницу. Когда они подъехали, белоснежная красавица Марго лежала на полу микроавтобуса и печально смотрела на меня своими агатовыми глазами из-под длинных (не по-собачьи) полуопущенных ресниц. Я специальными неврологическими щипцами проверил чувствительность на задних лапах – она полностью отсутствовала, как ни сжимай! Увы! Ее повезли в ветеринарную клинику, вынесли на руках – задняя часть парализована! Ветеринар, что нам помогал, только головой покачал: «Какой тяжелый случай!». С трудом затащили ее в процедурную (70 кг, как-никак!) положили на стол. А в процедурной – всем знакомые медицинские запахи: йод, карболка, лекарство, в стерилизаторе что-то булькает и позвякивает.

Склонился над ней доктор ставить капельницу в вену, и тут Марго поняла, что здесь не шутят и сейчас начнут реально с ней что-то делать! Один стресс перевесил другой – первоначальный, диванный. Моя Марго с рыком соскочила со стола (мы же не думали держать и так парализованное животное!), распахнула головой дверь и потрусила по коридору к выходу. Мы за ней, в машину запрыгнула сама, улеглась на передний диван микроавтобуса. Вот такой счастливый конец. Умолчу только, во что мне обошелся микроавтобус в оба конца и посещение ветклиники – деньги там взяли, как за полноценное лечение!

1.2.2. Нарушения чувствительности

Очень часто пациенты жалуются на нарушения чувствительности в разных участках тела. Это важный симптом многих неврологических заболеваний. И в то же время – одно из наиболее частых проявлений конверсионного расстройства! По данным одного исследования – до

50 % случаев. Иногда больные практически перестают чувствовать половину тела или какую-то одну его часть. Ключом к диагнозу может стать знание схем иннервации того или иного участка тела. Например, если немеет мизинец, безымянный палец и половина среднего – это зона ответственности радиального нерва, если большой и указательный – срединного. Поэтому, когда жалоба выходит за такую известную географию, всегда должен возникать вопрос.

Или, например, упомянутое нарушение чувствительности половины туловища. Встречается при разных болезнях, но только при конверсионном расстройстве зона разграничения пройдет строго пополам. Дело в том, что зоны иннервации, по которым распространяются нервные импульсы, часто перекрывают друг друга. И при нервной патологии строгого разграничения чувствительности по средней линии не происходит! Всегда отклонения на 1–2 см в сторону. Еще пример – нарушение чувствительности всей руки или ноги с четким разграничением по плечу или по промежности. На самом деле зоны иннервации здесь совсем другие, и наличие таких границ между сохраненной чувствительностью и нарушенной должно настаивать.

Заметки на полях

Хочу рассказать об одном синдроме, который ни в коем случае к конверсионным не относится, но уж больно ярок в своем клиническом проявлении. И очень хорошо знаком всем читателям бессмертного «Графа Монте-Кристо». Помните старого Нуартье, неустрашимого бонапартиста и отца королевского прокурора де Вильфора? (Фронты гражданских войн всегда и везде проходят прямо по семьям, разделяя братьев, отцов и сыновей...) Его в старости парализовало, и он совсем обездвижен, сохранив способность общаться лишь глазами. Но даже в таких условиях проявлявший свою железную волю! Так вот – там был не банальный паралич, а так называемый «синдром запертого человека» (Locked in syndrome).

Тромб или, наоборот, кровоизлияние поражают специфическую зону головного мозга в основании, там, где подходит мозг спинной. В результате кора головного мозга не задета, и человек сохраняет полную ясность мышления. Но двинуть, ни рукой, ни ногой не может. Как и говорить. Вообще двигаться не может, ни одна мышца не работает, кроме тех, которые вращают глазное яблоко. Когда мне бывает плохо и хочется понуть и посетовать на судьбу, я всегда вспоминаю господина Нуартье и тех истинно несчастных, чей мозг и душа намертво заперты в неподвижном теле... Та же кома, но в полном сознании. Вот где ужас, все твои проблемы сразу становятся несущественными!

Иногда понять, что происходит, помогает и такой прием: больного просят сцепить пальцы за спиной и таким образом проверяют их чувствительность. В случае конверсионного расстройства при таком тесте пальцы могут бессознательно реагировать, выдавая наличие чувствительности. Все это чрезвычайно важно: это больному с точки зрения наличия симптомов все равно, почему они у него такие, а не эдакие, врач же должен не пропустить болезнь, которую надо срочно и агрессивно лечить!

Нарушения чувствительности, онемение и подобные ощущения могут встречаться при очень многих состояниях и заболеваниях. Когда подобное отмечается в нескольких местах, врачи называют это полинейропатией. Я просто перечислю состояния, которые надо иметь в виду при проведении дифференциальной диагностики. Наиболее частая причина – это диабет. Далее за ним следует потребление алкоголя. Причиной могут быть хронические заболевания печени, онкология (лимфома), дефицит витамина B12, нарушения функции щитовидной железы, многие инфекции, аутоиммунные заболевания. Важно помнить, что полинейропатия

может быть побочным эффектом приема очень многих лекарств. Например, весьма популярных у нас антибиотиков. Мы же все лечим циститы и бронхиты Ципрофлоксацином, «Ципро», «Таваником» и «Авелоксом». Полинейропатия может развиваться при их приеме у 10 % людей. Из лекарств так же «Кордарон» («Амиодарон»), «Трихопол» («Метронидазол»), «Изониазид» (противотуберкулезный препарат). Иногда приходится рассматривать и такую возможную причину полинейропатии, как отравления органофосфатами, ртутью, свинцом.

1.2.3. Судороги

Следующим частым симптомом конверсионного расстройства могут быть судороги. Они отличаются от эпилепсии тем, что не вызываются нарушением электрической активности коры головного мозга. Их называли по-разному: и истерические судороги, и псевдосудороги. И тот и другой термины не точны. Первый – потому что слишком упрощен, второй – потому что неточен. Какие же они «псевдо», если вот они, налицо! Сегодня это состояние называют «психогенные неэпилептические судороги». Иногда больные маются годами, прежде чем им поставят такой диагноз. А значит, годами принимают совсем не нужные и совсем не безвредные противосудорожные препараты. Бывает, что при затяжных «псевдосудорогах» таких больных срочно интубируют – вводят трубку в трахею и присоединяют к дыхательному аппарату. У беременных же действия врачей, не распознавших психогенную природу судорог, могут вызвать выкидыши. Статистика показывает, что при амбулаторном (поликлиническом) обследовании процент психогенных судорог среди больных, идущих с диагнозом «эпилепсия», составляет 5-25 %. А при более подробном обследовании в стационаре этот процент возрастает уже до 25–40 %. И самое печальное, что, по данным тех же исследований, задержка в постановке истинного диагноза составляет 9-16 лет (!!!).

Что может помочь врачу отличить эпилепсию от психогенных неэпилептических судорог? (Давайте для краткости продолжим называть их псевдосудорогами.)

Четких критериев здесь нет, все на нюансах.

Во-первых, «псевдосудороги» чаще происходят на людях, при свидетелях. И особенно часто – в поликлиниках и медицинских офисах. Это никоим образом не говорит о том, что они умышленны, нет, но указывает на провоцирующую роль стресса.

Во-вторых, они редко бывают ночью. В-третьих, после них обычно не бывает состояния глубокой оглушенности или сна, как при истинной эпилепсии. Они часты – иногда практически ежедневны.

А вот если частота судорог увеличивается в предменструальный период – это более характерно для истинной эпилепсии.

Есть и более специальные признаки, позволяющие отличить одно от другого: при псевдосудорогах глаза, как правило, закрыты, при эпилепсии – открыты. При первых пациент издает звуки, стоны, при вторых – они бывают лишь в самом начале припадка.

На бумаге все гладко, в реальной жизни ситуация осложняется тем, что ни один симптом не является строго специфичным для психогенных судорог. А ведь, повторюсь, от правильно поставленного диагноза зависит лечение и качество жизни пациента.

Часто больной, говоря, что у него «судороги», подразумевает не судорожное расстройство, а неприятные ощущения в ногах, по типу спастических болей. Это другая история. Весьма распространенная проблема: очень многие пациенты при расспросах отмечают ощущение схваткообразных болей в голених, сводит мышцы, особенно ночью, иногда непроизвольное движение ног во сне (то, что доктора называют «синдромом беспокойных ног»).

Какой-то одной причины этому нет, тут может играть роль множество факторов – от плоскостопия до обезвоживания. Итак:

1. Долгое сидение в течение дня, особенно в неудобной позиции.

2. Структурные изменения стопы, то же плоскостопие.
3. Водно-электролитные нарушения, часто в результате неправомерного приёма мочегонных.

Заметки на полях

Как-то на мою программу «Консилиум» пришел пациент с долгой историей практически ежедневных судорог. По условиям передачи ни я, ни мои коллеги не должны видеть пациента заранее или обладать какой-либо информацией о нем. Пришел с женой и стал рассказывать, как уже 20 лет у него ежедневно, под утро, при пробуждении, начинает развиваться приступ. Все эти годы он принимает мощные противосудорожные препараты. Вынужден был оставить работу водителя, стены вокруг кровати обложил мягкими подушками. Жена тоже измучилась: каждое утро наблюдать такие «концерты». При этом ни на электроэнцефалограмме, ни при сканировании у больного никогда никаких отклонений не находили.

Наш «Консилиум» предположил именно психогенный, неэпилептический характер судорог. Как раз на основании того, что вся мощная противосудорожная терапия не имела ни малейшего эффекта. Мы отменили все противосудорожные препараты, назначили соответствующую терапию – как лекарственную, так и нелекарственную. И что бы вы думали? Больной полностью восстановился и подумывает вернуться к работе водителем!

4. Недостаток магния (особенно у беременных).
5. Дефицит железа.
6. То, что мы называем остеохондрозом – защемление нерва в поясничном отделе позвоночника, например грыжей.
7. Ревматологические болезни, диабет, недостаток гормонов щитовидной железы.
8. Лекарства:
 - мочегонные – аэрозоли для лечения астмы;
 - гормональные противозачаточные таблетки – некоторые препараты для понижения давления;
 - лекарства для понижения холестерина – снотворные – антидепрессанты;
9. Алкоголь, никотин, кофеин.

Часто нам не удается связать имеющуюся симптоматику ни с чем из перечисленного, и тогда мы говорим о «первичном» расстройстве. Вполне вероятно, что оно относится к соматоформным расстройствам и конверсии. У таких пациентов почти в половине случаев прослеживается семейная история синдрома беспокойных ног, что указывает на наличие наследственной предрасположенности к этим состояниям.

Лечение немного отличается в зависимости от того, какая симптоматика преобладает. Если сводит голени и беспокоят боли, то обычно применяют «Хинин» или «Магнезию». Сейчас идут споры и исследования насчет эффективности и безопасности «Хинина» (этот препарат используется при лечении малярии), но пока адекватного заменителя нет.

«Магнезия» помогает снять симптомы, в первую очередь беременным. Упор делается на немедикаментозное лечение: гимнастика, направленная на растяжение мышц голени, упражнения на домашнем велотренажере перед сном, избегать провоцирующих факторов. Но насчет домашних велотренажеров – ни разу не видел, чтобы через пару месяцев после их приобретения кто-то использовал их иначе, чем в качестве вешалки для одежды! Увы...

Если преобладают непроизвольные движения ног в покое, во сне, то в первую очередь даются препараты железа.

При необходимости применяют и другие препараты. Обычно ими лечат болезни: паркинсонизм, пролактиному и прочее. Это тема сложная и скользкая, специалистов, правильно применяющих их при синдроме беспокойных ног, – единицы. К счастью тяжелые проявления этого синдрома встречаются редко!

1.2.4. Ощущение кома в горле

По-научному «globus pharyngeus», или «globus hystericus». Определяется как «функциональное расстройство пищевода, сопровождающееся ощущением наличия инородного предмета в нем, не являющимся следствием структурных изменений или спазма пищевода, а также рефлюкса (заброс кислого содержимого из желудка)». То есть ощущение застрявшего комка пищи есть, а физической подоплеки для этого нет. Подобное встречается у очень большого количества здоровых людей. Было проведено специальное исследование, в результате которого было видно, что 40 % опрошенных испытывали подобные ощущения хоть раз в жизни. В США 4 % от всех пациентов, обращающихся в ЛОР-клиники, – именно люди с globus pharyngeus.

Ощущения кома в горле – очень коварный симптом! Это может быть единственным симптомом стенокардии или бронхиальной астмы, когда промедление с адекватным лечением стоит жизни. Это может быть проявлением онкологии пищевода. И в то же время – одно из самых частых проявлений конверсионного расстройства. Толчок к возникновению этого ощущения может быть один, а дороги разные. У одного стресс приводит к развитию спазма сосудов сердца и рефлекторно к ощущению тяжести за грудиной, у другого стресс реализуется в повышении тонуса верхнего эзофагального (пищеводного) сфинктера, и точно такой же симптом. У некоторых пациентов ощущение кома в горле наблюдается на протяжении длительного времени, постоянно или с перерывами. После того как им проводят все необходимые исследования – рентгеноскопия с барием, гастроскопия, манометрия сфинктера пищевода, назначают лечение: антидепрессанты, препараты, снижающие кислотность желудка, иногда противосудорожные препараты.

Заметки на полях

«Globus hystericus» относят к устаревшим терминам, так как он не совсем точно объясняет природу состояния. Большинство пациентов с этими симптомами не принадлежат к так называемому «истероидному» типу личности с повышенной возбудимостью и склонностью к психопатии. Многие исследования указывают на наличие у таких пациентов повышения «висцеральной чувствительности».

То есть такой орган, как пищевод, имеет повышенный порог чувствительности к малейшему его растяжению.

Помните, в первой главе мы говорили, о том, что кто-то может чувствовать совсем небольшие отклонения от его индивидуальной нормы? Вот тут как раз такой случай.

1.2.5. Тремор и другие разновидности непроизвольных движений тела

Дрожание рук, непроизвольные движения ног, шаткая походка, подергивания век или рта. Как и во всех предыдущих случаях, они могут быть симптомами серьезных заболеваний,

требующих активного обследования и лечения, а могут быть классическим проявлением конверсионного расстройства. И чем раньше оно будет обнаружено, тем быстрее пациент убежится от ненужного лечения, а также от каскада обследований, каждое из которых своей неопределенностью будет продолжать вселять все большую и большую тревогу как в больного, так и во врача.

Руки трясутся у всех и всегда! Но только очень часто и с малой амплитудой. Это так называемый физиологический тремор. И обычно глазом мы его не видим. До тех пор, пока не выпьем чересчур много алкоголя или не разнервничаемся!

Кстати, алкоголь не во всех случаях усиливает тремор. В случаях «эссенциального» тремора он даже его снижает. И это может являться дифференциально-диагностическим признаком!

Среди усиливающих физиологический тремор причин – многочисленные лекарства: кофеин, антидепрессанты, эуфиллин, гормоны и многие другие. Падение сахара в крови, повышение температуры, избыточная функция щитовидной железы, страх: все это может делать видимым дрожание рук, усиливая его амплитуду.

Тремор может проявляться в покое, или же наоборот – при движении. Про покой понятно – сидит человек, и у него постоянно трясутся руки или ноги. Когда он начинает двигать рукой, то дрожание исчезает. Такой тип тремора характерен, кстати, для болезни Паркинсона.

Более часто встречается тип тремора, который проявляется только в движении, или когда человек поднимает руки, например, от стола или от ручек кресла.

Как напрягся, преодолевая силу гравитации, так тремор и начинается. Наиболее частое проявление такого типа тремора – эссенциальный тремор. Эссенциальный – обозначает «невъясненной причины». Это наиболее частая неврологическая патология, которая стоит за тремором. Точных причин мы, может, и не знаем, но вплотную приблизились к пониманию факторов, приводящих к этому состоянию.

И главнейший из них – наследственность. Выявлено уже несколько моделей наследственной передачи эссенциального тремора. Страдает им в той или иной степени 5 % от общей популяции людей.

Интересно, что от эссенциального тремора почему-то редко страдают ноги. Руки – да, голова – да! Бывает также и голосовой эссенциальный тремор. Выявляется, когда попросишь пациента взять и подержать ноту – «до-ооо» или «си-иии». Отчетливо будет слышно дрожание голоса. Вообще расстройства голоса и речи также представляют собой типичные проявления конверсии. Например, осиплость голоса, вплоть до невозможности разговаривать. При этом на осмотре голосовые связки нормальные, пациент способен звонко прокашляться или даже спеть! Но при нормальной речи опять захрипит.

Про особенности действия алкоголя на эссенциальный тремор мы уже говорили.

Тремор бывает не только эссенциальный или паркинсонический, есть и еще множество серьезных заболеваний, которые могут за ним стоять – поражение мозжечка, нарушение мозгового кровообращения, опухоль, травма, множественный склероз и так далее.

Поэтому так важно установить точный диагноз. И тут врач должен рассмотреть возможность так называемого «функционального», или «психогенного» тремора. Этот тремор при конверсионных расстройствах не укладывается полностью в описанные состояния. То в покое, то при движении, иногда – постоянный, с большой амплитудой с внезапным началом. Если трясутся руки, то интересно, что пальцы участвуют в треморе относительно меньше – в основном трясется запястье. И тут есть свои диагностические приемы.

Например, попросить отбить ритм здоровой рукой или ногой – очень часто во время этого маневра изменится и ритм, и амплитуда имеющегося исходно тремора.

Заметки на полях

Отдельная разновидность активного тремора – первичный тремор при написании. Многие уже забыли, когда последний раз писали ручкой – всегда под рукой клавиатура! Но некоторые еще используют ручку для написания слов (чувствуете определенную иронию человека уже уходящей эпохи?). Есть люди, у которых тремор рук появляется исключительно во время письма.

Заметки на полях

Как-то в Анголе мы с докторами возвращались из госпиталя. Я, как старший группы, отвечал за микроавтобус и водил его всегда сам. Помятый, подкрашенный и даже простреленный, он, тем не менее, был на ходу. Я подъехал к нерегулируемому перекрестку и притормозил, оценивая ситуацию. Тут передвигались не по правилам, а «по понятиям»! Справа от меня к перекрестку подъезжала древняя «Рено-9», и я остановился совсем, все-таки памятуя о помехе справа. Но водитель тоже притормозившей Рено жестами мне показал: «Давай, проезжай первый!». Ну, я и поехал! И через секунду почувствовал сильный удар в правый бок! Вышел и ужаснулся: если на моем, сделанном в СССР, микроавтобусе «рафик» была лишь вмятина, то старенький ветхий «Рено» рассыпался весь! Я пошел к водителю задать ему резонный вопрос: какого рожна он показал мне проехать, а сам тоже дал по газам?!» Все разъяснилось, когда я подошел и кинул взгляд на то, что осталось от «Рено». Руль у него был СПРАВА! То есть я объяснялся жестами не с водителем, а с его пассажиром!

Или, с разрешения больного, фиксировать трясущуюся конечность к неподвижной поверхности: в ответ начнет трястись другая, ранее не задействованная, рука или нога.

Как уже упоминалось – трястись или дергаться может любой участок тела, любая мышца: века, рта, шеи. У меня была пациентка – симпатичная девушка, работник гостиницы. У нее периодически начинался тик – дергалось веко и уголок рта.

Со стороны выглядело как подмигивание и ухмылка. Так ей даже с работы уволиться пришлось – столь часто ее тик гости превратно принимали за приглашение! Иногда ложно истолкованные жесты могут приводить к более тяжелым последствиям.

Ту девушку мы, кстати, почти вылечили инъекциями ботокса. Его часто применяют не только в косметологии, но и при лечении внутренних болезней. Им лечат головную боль, астму и даже запоры!

То есть там, где есть возможность облегчить состояние больного, сняв мышечный спазм. Хотя могу привести для общего развития пример болезни, когда никакой ботокс не поможет, да и вообще прогноз там неблагоприятный. Называется «синдром негнущегося человека». Это аутоиммунное и очень редкое заболевание, когда антитела поражают определенные нейроны, что ведет к резкому и постоянному напряжению всех мышц. Особенно часто это может наблюдаться у диабетиков и онкологических больных.

Мышцы спины, ног – самые мощные, они перетягивают, человек резко распрямляется, не может нормально ходить, согнуть ногу в колене («походка Франкенштейна»). Если споткнется – упадет плашмя, отсюда постоянные переломы. Очень мучительное состояние, трудно поддающееся лечению.

1.2.6. Шум в ушах

В моих предыдущих книгах мы уже касались этой темы («Русская рулетка»). Но шум в ушах бывает у очень многих. По весьма приблизительной статистике, десятки миллионов людей только у нас в стране испытывают хронический шум в ушах. У каждого четвертого он

настолько сильный, что мешает им жить и работать! Поэтому давайте вернемся к этой теме опять.

С возрастом проблема усиливается, особенно у женщин. Это состояние, хоть и довольно неприятное, но довольно доброкачественное и редко является симптомом серьезной болезни. Обычно это высокочастотный писк в ушах, имеет в основе изменения в специальных рецепторах внутреннего уха.

Шум в ушах – довольно неприятное состояние, но редко является симптомом серьезной болезни.

Причины могут быть самыми разнообразными: возрастное снижение слуха и инфекции (отит), доброкачественная опухоль слухового нерва и ишемия, в результате поражения мелких сосудов (например, при диабете), отосклероз, когда косточки внутреннего уха слипаются и перестают выполнять свою функцию, и повышенное артериальное давление, анемия и патология щитовидной железы! Иногда сам характер шума в ушах может указывать на его причину. Например, пульсирующий звук более характерен для сосудистых поражений и требует более тщательного обследования: КТ или МРТ. Несмотря на то что список возможных заболеваний и состояний, при которых может встречаться шум в ушах, занимает не одну страницу, часто мы не находим причины вовсе. Тогда мы говорим о «идиопатическом тинните» (тиннит – так доктора называют шум в ушах). Провоцирующим фактором может быть громкий звук: выстрел, взрыв или даже очень громкая музыка. Охотники! Берегите свои уши. Я уже неоднократно видел, как люди надолго теряли слух после того, как кто-то выстрелит у них над ухом! Однако прежде чем говорить об идиопатическом тинните, проверьте, какие лекарства вы принимаете: очень многие из них могут вызывать шум в ушах. Классически – аспирин, хоть даже и в малых дозах. Причём тиннит, вызванный аспирином, остаётся навсегда, даже после того как вы уже перестали его принимать!

То же относится ко многим обезболивающим, антибиотикам («Гентамицин», «Сумамед», «Ципро»), мочегонным – «Фуросемид»! Многие лекарства от гипертонии – «Энап», «Коринфар», лекарства для лечения мигрени.

Теперь самый тяжёлый вопрос: что со всем этим делать?! Ведь большинство могут терпеть, а у некоторых развивается бессонница и даже депрессия! Выбор препаратов весьма скуден, и эффективность их оставляет желать много лучшего. От бессилия (или неграмотности) врачи назначают «сосудистые» средства, действие которых не подтверждается ни при каких болезнях.

Один из основных принципов лечения: отвлечь больного, сделать так, чтобы он этот шум не замечал. Больному предлагают носить наушники, из которых идёт звук другой тональности. И когда наконец их убирают, больной так рад, что уже свой шум за шум не воспринимает! До сих пор разрабатывают различные приемы и аппараты, помогающие больному перестать воспринимать шум в ушах, как мешающий или посторонний, какого-то кардинального прорыва пока – увы! – нет.

1.2.7. Головокружение

Может быть симптомом различных заболеваний (иногда опасных), но часто является проявлением конверсионного расстройства. Как отличить одно от другого? Давайте разбираться!

Головокружение – достаточно распространенный симптом.

Невозможно представить человека, у которого никогда не кружилась голова. При этом в большинстве случаев люди испытывают ощущения, которые на самом деле головокружением не являются! Внезапная слабость, дурнота, вас качнуло и пришлось схватиться рукой за дверной косяк – это не головокружение. На самом деле настоящее головокружение – это иллюзор-

ное круговое движение предметов вокруг, ощущение, что комната вертится вокруг вас. Этот симптом может как быть признаком доброкачественного и проходящего само собой состояния, так и свидетельствовать об угрожающем жизни заболевании.

К счастью, чаще всего головокружение сопутствует доброкачественному заболеванию, и корни его кроются – в ухе! Оно так и называется: доброкачественное позиционное головокружение. При запрокидывании головы, ее повороте появляется некое ощущение, сопровождающееся дурнотой, тошнотой. Длится это состояние несколько минут.

Объясняется все просто: во внутреннем ухе человека располагается так называемый лабиринт – орган, ответственный за определение нашей позиции в пространстве. Он состоит из разнонаправленных полукружий, внутри которых расположены определенные рецепторы, сообщающие, в какой позиции человек находится. Внешне это устройство напоминает мини-атюрные американские горки.

Внутри полукружий откладывается кальциевый песочек, который своей тяжестью раздражает внутренние рецепторы. Они начинают «глючить», и у человека появляется ощущение головокружения. Это состояние абсолютно безвредно! Вся помощь заключается в том, что врач определенными маневрами загоняет этот песочек обратно в устья лабиринта. Пациент ложится на край кушетки, его голова запрокидывается назад, поворачивается вправо, потом влево, а потом опять поднимается. Вся процедура напоминает детскую игрушку, в которой шарик надо загнать сквозь лабиринт в лунку.

Настоящее головокружение – это иллюзорное ощущение, что комната вертится вокруг вас.

Определить, насколько серьезно ваше состояние, можно по длительности эпизодов головокружения. Если оно длится несколько минут, то это скорее доброкачественное позиционное головокружение (или вертиго), о котором говорилось выше. Если состояние продолжается несколько часов, то это может быть синдромом Миньера. В этом случае в лабиринте накапливается жидкость, а не кальциевый песок. Если головокружение продолжается до суток, то это может быть признаком вирусного поражения слухового нерва или проходящей ишемической атаки, а то и нарушения мозгового кровообращения или проявления рассеянного склероза.

Исключительно важно выяснить причины головокружения.

Вы должны знать и накрепко запомнить следующее: если состояние головокружения сопровождается температурой 38 °С и выше, непрекращающейся рвотой, двоением в глазах или помутнением зрения, затруднённой речью, слабостью в руках или ногах, болями в груди – это серьезные причины, по которым необходимо немедленно обратиться к врачу. При таких симптомах необходимо немедленное медицинское вмешательство для исключения инсульта или инфаркта.

Бывает, что у человека кружится голова, когда он резко встает. Это тоже доброкачественная реакция, она еще называется ортостатической. Тонус сосудов не успевает меняться, давление быстро падает, и вы чувствуете кратковременное головокружение. Во всех доброкачественных случаях лечением являются противорвотные, успокаивающие препараты. Никакие другие специальные лекарства не требуются. Неприятное состояние в большинстве случаев проходит само, а врач просто помогает снять симптомы.

Головокружение никогда не может продолжаться без остановки несколько недель, даже при необратимых изменениях в вестибулярном аппарате человека. Поэтому если состояние без перерыва длится дольше недели, то это свидетельствует о психогенных симптомах в рамках конверсионного соматогенного расстройства.

1.3. Про графинь, нюхательную соль и обмороки...

*«До самого ужина ничего особенного не произошло.
А потом началась паника. Графиня дико вскрикнула, лицо её побелело,
глаза вылезли из орбит. Она со стоном упала в кресло и лишилась чувств.
Ворот платья её был растёгнут...»*

Сколько таких графинь лишалось чувств на страницах многочисленных романов, пьес, баллад!

Сколько раз за сутки на дежурствах в приемных отделениях госпиталей в разных странах, куда забрасывала меня судьба и беспокойный характер, приходилось решать: что здесь? Банальный обморок или угрожающее жизни состояние, требующее немедленного лечения?!

Большинство пациентов, у которых случился обморок, совершенно здоровы и переносят его безо всяких для себя последствий. В подоплеке их обморока – падение артериального давления в результате сложной цепочки рефлексов, когда провоцирующая причина (стресс, боль, страх, забор крови, физическая нагрузка) вызывает активацию определенных участков мозга, которые управляют нашими периферическими нервными системами. В результате активность одной («симпатической») падает, тогда как другой («парасимпатической», или «вагальной» – по наименованию нерва «вагуса») увеличивается, что и приводит к падению артериального давления и замедленному пульсу. Эти обмороки на языке врачей так и называются – вазовагальные и представляют собой разновидность рефлекторных обмороков.

К этой же разновидности относятся ортостатические обмороки – когда при резком вставании падает давление, кружится голова. А также обморок при раздражении «каротидного синуса». Барорецепторы, отвечающие за устойчивость артериального давления, расположены на шее, рядом с сонными артериями.

Не знаю, кто и когда открыл тайну массажа каротидного синуса школьникам начальных классов, но эти мелкие недоумки уже на протяжении нескольких десятилетий передают эти знания из поколения в поколение и отправляют доверчивых одноклассников в обморок, нажимая на шею в области сонных артерий! Когда-то и ко мне подошли и предложили: «Хочешь, ты уснешь прямо сейчас?!»

Я не поверил, доверчиво сел и разрешил им манипулировать со своей шеей. Очнулся потом на полу, а их и след простыл!

Диагноз «рефлекторного» обморока достаточно легко можно заподозрить при разговоре с пациентами и их родственниками. Классические провоцирующие причины – душное помещение, жара, стресс, долгое стояние на ногах, чувство голода; наличие своеобразной ауры перед тем, как потерять сознание, тошнота, мелькание мушек и кругов перед глазами, выступание холодного пота; короткий период потери сознания; то, что подобные обмороки практически никогда не бывают в положении лёжа – все это предполагает рефлекторный их характер.

Заметки на полях

Вплотную я столкнулся с обмороками в Африке, когда сутками не выходил из приемного отделения госпиталя. Собственно, госпиталь и представлял собой одно сплошное приемное отделение, где раненые, умирающие, трясущиеся в лихорадке и корчащиеся от боли люди сплетались в одну большую толпу страждущих, которая перемещалась из смотровой на рентген, из рентгена в операционную, а оттуда уже – как получится. Попав в этот, как мне показалось поначалу, полный хаос, я, совсем молодой тогда доктор, растерялся и только думал: как мне с этим справиться?! Вот тут и приносят молодую девушку без сознания. Я приступаю к осмотру в полной

уверенности, что передо мной кома, как результат церебральной малярии – ее очень много в тех краях. В смотровую заглянул мой коллега, доктор из Дагестана, уже прослуживший здесь не один год. Поглядел, ухмыльнулся и попросил родственников, которые девушку принесли, выйти. Как только за ними закрылась дверь, он размахнулся и влепил девушке оглушительную оплеуху! Я аж подпрыгнул: «Ты что – рехнулся?!». «Ты лучше посмотри на чудесный случай мгновенного излечения от церебральной малярии!» – ответил он, указывая на девушку. Та и вправду открыла глаза, села и стала спрашивать, где она и как здесь оказалась! Уже годы спустя я увидел, как нью-йоркские полицейские скатывают в трубочку уши человека в обмороке и давят ладонью – от такого болевого стимула человек возвращается мгновенно! Только ухо потом торчит в сторону и похоже на вареник.

Однако обморок может быть первым проявлением грозных заболеваний, и тут ошибиться нельзя!

В первую очередь рассматриваются заболевания сердца. Аритмии, нарушения проводимости в работе сердца вплоть до кратковременной его остановки – наиболее частые причины «сердечных» обмороков. За этими нарушениями ритма стоят инфаркты, кардиомиопатии, пороки сердца, сердечная недостаточность, гипертрофия сердечной мышцы в результате гипертонии, выраженный пролапс митрального клапана и многое другое! Среди легочных причин – тромбоэмболия легочной артерии, лёгочная гипертония, тяжелая инфекция. При этом среди пусковых причин описанного выше рефлекторного обморока может быть и просто сильный кашель!

Причиной обморока может быть проходящее нарушение мозгового кровообращения, та же тромбоэмболия в мозг, часто обморок трудно отличить от судорожного припадка (тем более что и при рефлекторном обмороке наблюдаются судорожные движения). На какие симптомы надо обращать внимание доктору, чтобы не пропустить серьезную болезнь? Что надо знать людям об этом, чтобы при необходимости правильно ориентировать врача? Какой объем и какие исследования должны быть сделаны в тех или иных случаях?

О чем-то уже упоминалось, теперь давайте подробно.

1. Число обморочных эпизодов. Рефлекторные обмороки чаще бывают единичными, несколько эпизодов в относительно короткое время требует исключения более серьезных причин.

2. Наличие дополнительных симптомов. Например боль за грудиной, чувство сердцебиения могут говорить о сердечном заболевании, одышка – о тромбоэмболии в лёгочную артерию, перекос лица – об инсульте. Непроизвольное мочеиспускание будет свидетельствовать скорее всего о судорогах.

3. Наличие симптомов непосредственно перед обмороком. Для вазовагальных, рефлекторных обмороков характерны предшествующая тошнота, головокружение, выступает пот, ощущение «приливов». Судорожный приступ тоже, как правило, начинается с ауры – мерцание перед глазами, изменение зрительного восприятия, ощущение странного запаха или вкуса во рту, дежавю и т. д. Внезапная потеря сознания без предвестников – почти наверняка сердечной причины. Доктор Brian Olshansky приводит свою статистику, которая показывает, что более 60 % больных с внезапной потерей сознания имели в основе аритмию.

Заметки на полях

В бытность мою молодым ординатором к нам в кардиоцентр поступил мужчина с повторными обмороками. На обходе академик И. К. Шхвацабая – умница, интеллигент и давний друг нашей семьи – задал ему только один вопрос: «Вы какие рубашки носите? А. С тугим воротничком под

галстук? Ну так покупайте на два размера больше!». Больше этот больной к нам не поступал. Причиной его обмороков был тугой воротник, который провоцировал рефлекс каротидного синуса при повороте головы.

4. Позиция человека перед приступом. Рефлекторные обмороки практически никогда не бывают лежа.

Человек либо сидит, либо стоит, либо сидел и резко встал. Обморок в положении лёжа предполагает аритмию.

5. Провоцирующие обморок факторы. Нахождение в местах большого скопления людей, на жаре, стресс – это все довольно часто провоцирует рефлекторные обмороки. Врачи для своего удобства выделяют так называемые «ситуационные» рефлекторные обмороки – те, которые развиваются непосредственно сразу после воздействия провоцирующего фактора: глотания холодной или, наоборот, горячей пищи, сильного кашля, мочеиспускания или опорожнения кишечника, при испуге или после обильного приема пищи. Помните про «рефлекс каротидного синуса», когда массаж определенного участка шеи может привести к обмороку?! Так вот, не только массаж – бритье или резкий поворот головы также могут спровоцировать обморок.

Если обморок возник во время физической нагрузки – его надо рассматривать как сердечный, пока не будет доказано обратное. Особенно это касается молодых и здоровых, спортсменов, и физкультурников. Внезапная смерть у атлетов, к сожалению, достаточно распространенный феномен, и такой обморок, скорее всего, обусловлен скрытой сердечной причиной, которая впоследствии и приводит к трагедии.

Статистика показывает, что случаи внезапной смерти у серьезных атлетов приходится 1:50 000.

6. Продолжительность обморока. Долгий обморок больше похож на судороги. Судорожные расстройства вообще диагностируются как причина в 5-15 % всех обмороков. Определенная часть судорожных расстройств проявляется потерей сознания без собственно ожидаемой картины развернутых судорог. Как отличить обморок от судорог? Отличаются предвестники: при судорогах аура совсем другая. Далее, при рефлекторном обмороке больной бледен и весь покрыт холодным потом, но если он прикусил язык сбоку, глаза и голова повернуты в одну сторону, течет слюна, спонтанное мочеиспускание – это уже судорожный припадок. При рефлекторном обмороке больной приходит в сознание сразу, при судорогах – он еще долго спит или оглушен после приступа.

Большинство пациентов, у которых случился обморок, совершенно здоровы и переносят его безо всяких для себя последствий.

7. Анамнез больного. Чем болел, чем болеет, какие лекарства принимает, наличие аллергии, семейные заболевания. Эту информацию трудно переоценить! Множество лекарств может спровоцировать обморок: все антиаритмики, лекарства от гипертонии, мочегонные. Последние уменьшают объем циркулирующей крови и у пожилых людей, да еще в жаркую погоду могут спровоцировать ортостатическую реакцию – резкое падение давления при вставании. Такой же механизм обмороков при диабете. Особенно важно учитывать наличие сердечных заболеваний и изменений на ЭКГ. В 2009 году европейские кардиологи сформулировали критерии сердечного обморока по ЭКГ: пульс 40 ударов в минуту и ниже, наличие пауз между сердечными сокращениями до 3 секунд, наличие высокой степени блокады, эпизоды желудочковой тахикардии, наличие установленного водителя ритма.

Теперь о том, какие исследования необходимы. На той же конференции кардиологов в 2009 году договорились не рекомендовать специальные обследования сердца больным, у кото-

рых есть предвестники обморока. Что бы там ни было – это уже не проблема с сердцем. Для того чтобы определить объем обследований, необходимо сначала определить риски пациента на наличие органических заболеваний.

Обследование необходимо:

1. Если у больного есть сердечное заболевание:
 - атеросклероз сосудов сердца, перенесенный инфаркт, сердечная недостаточность, пороки сердца.
2. Клинические и ЭКГ-признаки сердечного обморока (синкопе). Мы их уже обсуждали.

Заметки на полях

В упомянутом африканском госпитале приходилось работать в тяжелых условиях гражданской войны и отсутствия доступа у населения к элементарной медицинской помощи. Поэтому в первую очередь принимались тяжелые раненые и совершенно неотложные состояния.

Заведомо безнадежные случаи, если мы не могли ни помочь, ни даже облегчить страдания, по возможности не принимались, таких терминальных пациентов родственники забирали домой. Приносят мне как-то парализованную бабушку. Без сознания, щека «парусит», сильная одышка: инсульт, вероятно кровоизлияние в мозг. Нам ею заниматься бесперспективно – все равно не поможем, а у нас каждая пара рук на счету, за сутки проходят по 200 человек на каждого, весь коридор залит кровью! Вот я и объясняю родственникам: у бабушки перспективы очень плохие, она вот-вот умрет. Для нее намного лучше будет, если вы заберете ее домой, будете ухаживать сколько осталось, и перейти в мир иной ей спокойнее на руках у любящих родственников, чем в этом кошмаре, что вы видите вокруг!». Ответ был довольно неожиданным: «Да, доктор, но дело в том, что три месяца назад мы ее уже сюда приносили и вы – именно вы – сказали нам эти же слова! Мы забрали ее тогда домой, ухаживаем, ждем, а она все не умирает! Так, может, еще можно помочь?!» Пришлось заверить их, что на этот раз – уже точно. Звучит все это цинично, но в тех условиях выбирать не приходилось.

3. Если есть серьезные несердечные заболевания – анемия, нарушения электролитов, кровотечения, гепатиты и проч.
4. Постоянно низкое артериальное давление после эпизода обморока (систолическое меньше 90 мм рт. ст.), наличие одышки.

Если был единичный эпизод обморока у людей низкого риска, подходящий под описание рефлекторного обморока, то исследования не проводятся вовсе. Надо отметить, что рефлекторный обморок – весьма доброкачественное состояние и проходит без следа.

Но у кого? У здоровых людей. У пациентов из пункта 1 вполне может случиться банальный рефлекторный обморок, но резкое падение артериального давления в дальнейшем провоцирует серьезный сердечный приступ или инсульт.

Но и в случае рефлекторного обморока иногда проводят специальные тесты. Кому? Во-первых, лицам, у которых профессия повышенного риска – пилоты, водители общественного транспорта. Во-вторых, для дифференциальной диагностики с судорогами в сомнительных случаях. В-третьих, психиатрическим пациентам с историей обмороков. В-четвертых, при неясной клинической картине. Специальный тест, суть которого состоит в резкой перемене позиции тела испытуемого с целью спровоцировать обморок.

Проводится он с помощью специальной кровати, способной резко принять положение вверх под углом в 60 градусов. Есть и другие тесты – с введением АТФ, нитроглицерина.

В США иногда больным с неясными аритмиями, повторными обмороками невыясненной этиологии, пациентам высокого риска под кожу на груди имплантируют так называемый «петлевой регистратор ЭКГ». Это небольшое электронное устройство с батареей, которой хватает на полтора года, запрограммировано на включение записи при нарушениях ритма или включается самим пациентом при помощи специального магнита. С него возможно считывать информацию в любое время. Американцы доказывают, что применение петлевого регистратора безопасно и снижает стоимость обследования пациентов с повторными неясными обмороками с усредненной суммы в 5000\$ до немногим больше 500\$.

Если вы стали свидетелем обморока, то сначала убедитесь, что у человека наличествует пульс и дыхание. Иначе надо начинать уже реанимационные действия.

Итак, обморок – человек дышит, бледный, покрыт потом, с закатившимися глазами, возможно подергивание мышц. Положите его на спину ровно (рвоты обычно не бывает, поэтому не надо без нужды переворачивать на бок). Поднимите ноги, расстегните пуговицы в тесных местах и ремень. Не давайте ничего в рот – ни воды, ни валидола, ни – **ОСОБЕННО** – нитроглицерина. Если у больного не сердечный приступ и он нитроглицерин ранее не принимал, то своими действиями вы можете спровоцировать инсульт! Насчет нашатырного спирта: обычно его не рекомендуют, опасаясь ожога слизистой. Не знаю, в зарубежных рекомендациях возможность его применения не отрицается. Теперь советы тем, кто подвержен обморокам. Рефлекторные обмороки, как правило, имеют предвестников. Так вот, если вы почувствовали дурноту, выступил пот или появилось ощущение, что вот-вот потеряете сознание – попробуйте скрестить ноги и сильно напрячь их мышцы. Или схватитесь за что-нибудь руками или сцепите их между собой, тоже попытайтесь резко напрячь! Кому-то это помогает избежать развития обморока, кому-то нет, во всяком случае такие изометрические усилия входят в международные рекомендации врачей.

Заметки на полях

К разновидностям обмороков относится и «синдром внезапной задержки дыхания» у детей (по-английски breath-holding spells).

Доброкачественное по природе своей состояние, но способное сильно напугать родителей, когда они сталкиваются с ним впервые. Встречается довольно часто у детей от 6 месяцев до 6 лет. После какого-либо раздражителя – часто совершенно тривиального – мы даже и не всегда можем понять, почему малыш вдруг обиделся или разозлился – ребенок начинает плакать, потом начинает тужиться, задерживать дыхание на выдохе, синеть и – теряет сознание!

Ненадолго, на несколько секунд, но у некоторых детей подобные эпизоды случаются по несколько раз в день! Специального лечения не требуют, но замечено, что у таких детей гораздо чаще отмечается дефицит железа, так что делайте выводы. К 8 годам так или иначе дети это состояние перерастают.

1.4 Шестое чувство – боль!

Почему шестое чувство? Да, мы с детства привыкли, что чувств у нас пять: слух, зрение, обоняние, осязание и вкус. А шестым чувством мы зовем интуицию или что-то из арсеналов экстрасенсов. На самом деле со времен Аристотеля, который когда-то и сформировал представления о 5 чувствах, прошли тысячелетия. Стало ясно: чтобы наши ощущения претендовали на отдельное чувство, они должны соответствовать нескольким критериям: иметь отдельные рецепторы, распознающие именно эти специфические импульсы, рецепторы должны преобразовывать эти импульсы в электрические и передавать их «наверх», в головной мозг. А мозг должен распознавать эти импульсы, как отличные от других и давать организму команду на реагирование. А раз так, то только доказанных сегодня органов чувств известно – 9! И важнейшее из них – боль! Отдельные специфические рецепторы – «ноцицепторы» (дословный перевод с греческого «вредные рецепторы»), известные пути проведения и участки головного мозга, ответственные за всё, что с болью связано. Остальные три чувства, которые отвечают этим критериям: терморепцепция (мы же четко отличаем горячее от холодного); проприорецепция – ощущение положения частей тела в пространстве (дотронетесь пальцем до кончика носа, закрыв глаза. Вы же каким-то образом знаете, где у вас нос и где какой палец!); чувство равновесия – цепочка: вестибулярный аппарат – вестибулярный нерв – мозжечок.

Есть еще чувства, которые признают пока не все: хронорецепция – чувство ощущения времени, голод (да-да, до сих пор думали, что голод генерируется мозгом в ответ на снижение «запасов», сегодня нашли отдельные специальные рецепторы голода!), чувства ощущения электрических и магнитных полей и даже эхолокация – как у летучих мышей, только у нас это в зародыше! Я не буду советовать читать эту главу всем. В ней речь пойдет о хронической боли – терминологии, её разновидностях, механизмах развития, причинах. Не будет одного – ясных и понятных рекомендаций по лечению. Сотни миллионов (!!!) людей по миру страдают от хронической боли, миллиарды долларов тратятся на исследования, обследования, лечение, но сказать, что медицина добилась сегодня решающих успехов в борьбе с этим состоянием, к сожалению, не могу. Поэтому тот, кто рассчитывает найти в этой главе рекомендации по быстрому и полному избавлению от своего недуга, могут оказаться разочарованы. Однако надеюсь, что, подробно объяснив многие медицинские аспекты, связанные с хронической болью, я смогу помочь пациентам более рационально что ли (тут трудно даже подобрать подходящее слово) относиться к своей проблеме.

Я получаю сотни писем примерно одного и того же содержания: «Доктор, помогите, обследовалась вся, ничего толком не находят (либо, наоборот, находят множество грыж, спондилез, шипы, камни и так далее), а у меня какой год все болит, работать не могу, спать не могу, ничего не помогает, скажите, что делать?!!».

Реальность такова, что в случае с хронической болью существует значительная разница между тем, что пациент ожидает от врача, и тем что врач может предложить. Это часто ведет к потере взаимопонимания, а то и к раздражению друг на друга.

В мире от хронической боли страдают сотни миллионов людей, а на исследования, обследования и лечение тратятся миллиарды долларов.

Цель этой главы – сблизить позиции врача и пациента, что, несомненно, принесет последнему ощутимую пользу.

Давайте посмотрим статистику. В США 100 миллионов людей страдают от хронической боли. (А кто-нибудь у нас считал?) на первичном приеме у терапевта 20 % от всех пациентов

– это люди с хроническим болевым симптомом. 12 % всех рецептурных лекарств в Америке выписываются именно этой категории больных. Потери от затрат на диагностику и лечение, а также от нетрудоспособности больных превышают таковые от таких болезней, как онкология, сердечно-сосудистые заболевания и диабет, **ВМЕСТЕ ВЗЯТЫЕ**, и составляют более 100 миллиардов долларов в год!

Теперь, возможно, вы согласитесь, что синдром хронической боли не только медицинская, но уже и социальная проблема, не только затрагивающая качество жизни самих пациентов, их друзей и родственников, но и влияющая на все общество в целом!

Господь (Природа, Пача-мама – как хотите) дал нам способность чувствовать боль во благо. Боль предупреждает нас об опасности и заставляет принимать меры по предупреждению повреждения организма. Такая боль адаптирует нас к внешней среде. Становясь по тем или иным причинам хронической, боль теряет свою защитную функцию и переходит в категорию болезни, представляя собой патологическое функционирование нервной системы.

Давайте определимся – «хроническая» – это какая, какой продолжительности, «сколько вешать в граммах?»

Под синдром хронической боли попадает боль, которая длится более 3-х месяцев, при условии, что причины, её вызвавшие, уже прошли или не идентифицировались изначально. Американское сообщество анестезиологов добавляет: «... И если она снижает качество жизни и ухудшает самочувствие пациента».

Итак, в чем причина, по которой боль из помощника превращается в злого врага? Обычная цепочка событий, которые должны пройти болевые импульсы на своем пути от болевого рецептора до определенного участка мозга, такова:

1. Превращение болевого импульса в электрический сигнал, что и происходит в болевом рецепторе на коже или внутренних органах.

2. Передача этого сигнала из периферического «терминала» в центральную нервную систему по цепочке нейронов, от одного к другому через так называемые «синаптические связи» – своеобразные «стыки» нейронов, где болевой импульс может искажаться при хронической боли.

3. Модуляция болевого импульса в центральной нервной системе (это может усиливать или уменьшать болевой импульс на подходе к последней инстанции).

Боль считается хронической, если она длится более 3 месяцев, объективных причин для нее не было или уже нет, и при этом боль реально мешает жить.

4. «Расшифровка» входящих импульсов головным мозгом, их интерпретация, результаты которой доводятся до человека различными по силе и продолжительности болевыми ощущениями.

Сбой может произойти в любом звене этой цепочки. Анестезиология, как наука, подробно разбирает интимные механизмы перехода боли в хроническую форму. Поэтому попробую объяснить основной механизм популярно.

Заметки на полях

Организаторы здравоохранения во всем мире понимают, что подготовить достаточное количество врачей – специалистов по лечению боли нереально. Это «товар штучный», отшлифовывается он много лет. Поэтому врачей общей практики (терапевтов) стимулируют обучаться приемам «управления болью», умению правильно распознавать болевые синдромы и направлять к специалисту только тогда, когда не могут справиться сами. Вы все знаете ситуацию у нас, когда и толкового специалиста не найти, и участковому терапевту никакая учеба не интересна, да и кто и чему будет

учить?! Анальгин давать, как у нас до сих пор делают, когда его уже нигде не применяют? Поэтому и не устаю повторять про необходимость реальной реформы здравоохранения.

Скажу честно, даже врач среднего уровня подготовки не поймет ни слова из того, что обсуждается в современных статьях на эту тематику. В результате сложнейших биологических процессов «выключатель» в мозгу, который отвечает за возникновение болевых ощущений, застревает в положении «ВКЛ»! Лучшие медицинские умы мира не жалеют ни сил, ни средств, чтобы научиться вовремя надежно переводить его в положение «ВЫКЛ». Пока получается не очень. Меж тем количество больных растет, проблемы множатся: выписываются тонны обезболивающих лекарств, как ненаркотических, так и наркотических, растет число побочных явлений, зависимости.

Статистика показывает, что хроническая боль распределяется по локализации следующим образом: боль в спине – 10,1 %, в ногах – 7,1 %, в руках – 4,1 %, головная боль – 3,5 %, в каких-то определенных местах туловища – 11,1 %, «полностью все тело» – 3,6 %, остальные случаи – смешанная локализация. (Hardt J., Jacobsen C., Nickel R. «Pain med, 2008».)

Хроническую боль грубо можно разделить по причинам, ее вызывающим:

1. Невропатическая – как мы только говорили, она может быть как периферического происхождения, когда сигнал искажается в рецепторах и синусах, так и центрального (головной мозг). Сюда же относятся боли после герпеса, диабетические нейропатии, после перенесенного инсульта или наличия множественного склероза и тому подобное.

2. Мышечно-скелетные боли (все то, что у нас идет под общим названием «остеохондроз», а на самом деле это разнообразные состояния, такие как растяжения мышц, фибромиалгия – о ней подробно в следующей главе, – растяжение сухожилий и масса других).

3. Боли воспалительного характера – воспаление суставов, инфекции и многое другое.

4. Боль от механического сдавливания – камни, опухоли и тому подобное.

Подобное деление болей часто весьма условно, но может помочь врачу в выборе стратегии лечения.

Часто происхождение имеет смешанный характер, и не всегда удастся понять, где заканчиваются боли, которые поддерживаются какими-то текущими в организме патологическими процессами, и начинается синдром хронической боли как таковой.

В следующей части этой главы мы разберем несколько особенно часто встречающихся болевых синдромов. Описание будет выходить за рамки чисто соматоформных расстройств, чтобы дать по возможности полную картину и научить вас хотя бы поверхностно ориентироваться в этих непростых вопросах!

1.4.1. Головная боль

Первый вопрос, который обычно пациент задает врачу, обратившись по поводу головной боли, – о том, насколько она опасна. Головная боль – обманчивая штука: иной раз лезешь от нее на стену, а на самом деле ничего страшного за этим нет. А у другого немного болел затылок, и через несколько дней или часов он впадает в кому.

Чтобы понять, опасна боль или нет, необходимо учесть несколько моментов. Врач должен правильно задать вопросы и правильно оценить ваши на них ответы. Если пациент жалуется на упорные и длительные головные боли – это один вариант. Если он приходит с изменившимся характером болей или с болями, возникшими впервые в жизни, и при этом говорит, что сильнее этой боли он никогда ничего не испытывал, то это – другой вариант, тут врач просто обязан насторожиться. Равно как если больной рассказывает, что головная боль будит его ночью! Важно учитывать возраст пациента: настораживает, когда головная боль появляется в возрасте

до 5 лет или впервые после 50. Всегда подозрительна головная боль, которая усиливается при перемене положения тела, при кашле, особенно, когда она сопровождается неврологической симптоматикой – появлением слабости в руке или ноге, онемением, дизартрией (неспособность правильно выговорить слова). Эти описания боли требуют серьезного внимания, потому что за ними могут стоять опухоль, сосудистая катастрофа, внутричерепная аневризма.

Последняя, кстати, встречается не так уж и редко, как правило, это наследственное заболевание, часто передающееся в сочетании с поликистозом почек.

Аневризма – расширение одного из сосудов головы на небольшом протяжении. Он может в этом слабом месте «подтекать» или порваться.

При разрыве все может закончиться внезапной смертью.

Отдельно стоит упомянуть о головной боли у пациентов старше 60 лет, сопровождаемой температурой, слабостью и напряженной болезненной областью виска.

Все это симптомы темпорального артериита – ревматологической болезни, которая, если ее вовремя не распознать и не лечить, может привести к слепоте.

При головной боли важно дать объективные ответы врачу, чтобы он оценил, опасно ли ваше состояние.

К счастью, головные боли в большинстве своем не так опасны, хотя и очень мучительны. Самая распространенная из них – это головная боль напряжения. Название несколько непривычное для нашего слуха, но это – официальный диагноз, внесенный в международную номенклатуру болезней и отражающий суть проблемы. Подробнее о головной боли напряжения будет дальше. Другими распространенными видами головных болей являются мигрень и так называемая кластерная головная боль. Если объяснять причину их появления упрощенно, то за мигренью стоят сосудистые, а за кластерной болью – неврологические нарушения.

Головная боль при мигрени часто, но не всегда, бывает односторонней, нарастающей интенсивности, может сопровождаться тошнотой, рвотой. Больному во время приступа необходим покой, желательно в тихой, затемненной комнате. Для мигрени характерно наличие провоцирующих факторов – физические нагрузки, яркий или мигающий свет, резкие запахи, потребление кофе, шоколада, алкоголя, выдержанного сыра, орехов. Кстати, подобные факторы могут провоцировать и другие виды головных болей. Классически мигрени может предшествовать аура – дефекты в поле зрения, например, зигзаги перед глазами или другие геометрические фигуры, вспышки, блики и пр. Часто пациенты описывают, что видят крепостные стены. За зрительными феноменами могут появиться покалывание лица, языка, губ или другие, более редкие проявления. Наличие ауры у больного с мигренью должно насторожить врача, так как нарушения мозгового кровообращения чаще встречаются именно у таких пациентов. Поэтому женщины, страдающие мигренью с аурой, должны избегать гормональных противозачаточных препаратов, немедленно бросить курить и особенно тщательно следить за уровнем своего холестерина и сахара, а также проводить профилактическое лечение мигрени бета-блокаторами: «Пропранололом», «Метопрололом», «Атенололом» или препаратами типа «Топамакса».

Кластерная головная боль встречается реже, чем перечисленные выше варианты, и поражает в основном мужчин. Ее трудно спутать с чем-то другим: резкая односторонняя боль возникает на ограниченном участке головы (обычно над бровью), длится всего несколько минут (но каких минут!) и повторяется несколько раз в течение дня, иногда в одно и то же время. В отличие от мигрени, при которой больной стремится оставаться в покое, желательно в затемненной комнате, эти пациенты мечутся и не находят себе места во время приступа. Обычно приступ сопровождается слезоотделением, течет из носа, может отекает веко с одной стороны. Лечение часто требует применения гормональных препаратов.

Конечно, разновидностей головных болей намного больше, что мы сейчас обсуждаем. И врач, и пациент должны быть внимательными, чтобы не пропустить «намекающие» симптомы. Например, нарушение зрения – «тоннельное» видение – при глаукоме, двоение в глазах при повышении внутричерепного давления, наличие заложенности носа – ринит тоже может быть причиной головной боли, и многое другое.

Наиболее частая причина головных болей – так называемая головная боль напряжения. Ее отличает от мигрени то, что у человека болит почти вся голова, а не четко очерченная часть.

Сильная головная боль во время секса – тоже часто встречающееся состояние, особенно у мужчин. Одно утешение, что оно совершенно доброкачественное!

Наиболее частая причина головных болей – так называемая головная боль напряжения.

При этом недомогании у человека болит почти вся голова, а не четко очерченная часть, как при мигрени. Пациенты часто описывают боль в виде обруча, который сжимает голову.

Болевой максимум может концентрироваться в области затылка, темени. Приступы боли длятся часами, иногда днями, боль носит тупой, иногда нарастающий характер. Откуда такое название? Дело в том, что головной мозг не содержит болевых рецепторов. И сам по себе болеть не может.

Термин отражает постулат, что этот недуг возникает от напряжения тканей и мышц вокруг черепа, хотя здесь все не так примитивно просто. Много лет подобный тип головной боли называли «психогенная головная боль», «психомиогеническая» или «стрессовая». Поскольку это самый распространенный тип головной боли, давайте все-таки разберемся чуть подробнее в механизмах ее развития.

Действительно, изначально все дело в напряжении мышц и связок, которые плотно облегают наш череп. Ноцицепторы (болевые рецепторы), снимающие «показания» с этих связок, фасций, мышц и сосудов, посылают «наверх», в головной мозг, сигнал, что тут напряжение чувствуется. Больно! И все вроде «штатно», боль – полезный сигнал, получил его – расслабься, отдохни! Но тут у многих начинается сбой уже на уровне принимающих болевой импульс структур. У тех людей, у которых такие импульсы поступают особенно часто, а также у тех, кто имеет генетическую предрасположенность, в нервной системе происходит процесс, сходный с тем, что мы видим при аллергии. Называется «сенситизация». Термин, отражающий состояние, когда за первоначальным раздражителем организм начинает враждебно воспринимать любое его повторение. В нашем случае в структурах головного мозга резко понижается порог чувствительности, и они начинают воспринимать нормальные, «информационные» сигналы «с мест» как патологические, свидетельствующие о выраженной боли. Подобный механизм типичен для хронической, постоянной головной боли напряжения. При вариантах эпизодической головной боли ведущим может быть появление такой сверхчувствительности не в головном мозге, а на периферии, в самих первичных болевых рецепторах (ноцицепторы).

Заметки на полях

Те, кто любят «Мастера и Маргариту» М. Булгакова, помнят, как Понтий Пилат страдал от «гемикрании».

«О боги, боги, за что вы наказываете меня?.. Да, нет сомнений, это она, опять она, непобедимая, ужасная болезнь. Гемикрания, при которой болит полголовы. От нее нет средств, нет никакого спасения.» Боль настолько сильная, что прокуратор «малодушно помышлял о смерти», как сказал Иешуа. Михаил Афанасьевич Булгаков, врач (и, судя по его книгам с профессионально точными описаниями многих человеческих состояний, – весьма неплохой врач), описывая болезнь Понтия Пилата, подразумевал конечно же мигрень. В его время другого и быть не могло. Но в 1974

году из многообразной клинической картины мигрени выделили особую форму гемикрании. Отличалась она уж совсем чудовищной интенсивностью, очень строгой локализацией: именно половина головы и никак иначе, и сопутствующими симптомами – слезотечение, отек века на пораженной стороне. Выделили эту форму гемикрании в отдельную нозологическую единицу («пароксизмальная гемикрания»), потому что по сути своей она сильно отличается от мигрени.

Это скорее ближе к кластерной головной боли и патологическому функционированию тройничного нерва. И отсюда – совсем другое лечение. А теперь возьмем книгу: «Нет никакого спасения.», «Яду мне, яду!», «Вспухшее веко приподнялось, подернутый дымкой страдания глаз уставился на арестованного». Я думаю, тут диагноз ясен! Доказать это можно было бы тестом с «Индометацином» (есть такой противовоспалительный нестероидный препарат). При пароксизмальной, или продолжающейся, гемикрании внутривенное введение «Индометацина» обрывает приступ прямо на игле!

Стараюсь все это «разжевать» не только с общеобразовательной точки зрения. Дело в том, что одно из самых эффективных лекарств для лечения головной боли напряжения – «Амитриптилин». Но попробуй его больному дать! Он разворачивает аннотацию или заходит в Интернет, а там написано: «Амитриптилин – это антидепрессант»! Ну и начинается: «Что я, «псих» какой, мне таких лекарств не надо, я лучше анальгин буду продолжать пить!» Так вот, дело тут не в том, что амитриптилин – антидепрессант, а в том, что это химическое вещество снимает сенсibilизацию, перенастраивает обратно порог болевой чувствительности. Для убедительности добавлю – блокирует действие оксида азота, одного из основных патогенетических факторов развития ненормального болевого рефлекса. Замечу, что далеко не все антидепрессанты эффективны в профилактике головных болей, а только первого поколения («трициклические антидепрессанты»). Современные «ингибиторы обратного захвата серотонина» депрессию, может, и снимут, а вот с головной болью справятся хуже.

Не всегда удастся четко отличить головную боль напряжения от мигрени. У многих наличествуют и мигренозные боли, и головная боль напряжения. Иногда один вид боли провоцирует или усиливает другой. Но различать эти два состояния надо, так как лечат их по-разному. Для диагноза головной боли напряжения приняты следующие критерии: эпизоды боли, которые длятся от полчаса до 7 дней (!):

1. Двухсторонние.
2. Давящие по характеру (не пульсирующие).
3. Средней и умеренно сильной интенсивности.
4. Не усиливаются при обычной физической нагрузке (ходьба, подъем по лестнице).
5. Как правило, не сопровождаются светобоязнью.
6. Нет сильной тошноты и рвоты.

По течению головная боль может быть эпизодическая, с редкими приступами (реже, чем раз в месяц, и это, строго говоря, не болезнь), с частыми приступами (2-14 раз в месяц), и хроническая – более 15 раз в месяц. Вот последний вариант имеет в своей подоплеке сниженный порог болевой чувствительности в сенсibilизированных центрах головного мозга и требует превентивного приема того самого «Амитриптилина». А то ведь что получается: пациенты, спасаясь от головной боли, практически ежедневно принимают обезболивающие препараты. И втягивают себя в порочный круг: чем больше пьют обезболивающих, тем более постоянной и интенсивной становится боль. Развивается так называемая «медикаментозная» головная боль. С ней тоже не все ясно. У кого-то она есть, у кого-то нет. Исследования на близнецах и родственниках показывают, что к этому должна быть генетическая предрасположенность,

и она весьма распространена. Что для того, чтобы феномен медикаментозной головной боли развился, у пациента должна быть предшествующая головная боль. Поясню: люди, у которых головной боли не бывает, но которые горстями принимают обезболивающие по поводу, например, артрита – медикаментозную головную боль не развивают. Тут не побочное действие лекарства, а взаимодействие двух патогенетических механизмов на молекулярном уровне.

Мануальная терапия, иглорефлексотерапия в сочетании с применением специальных воротников может облегчить хроническую головную боль. Однако более эффективен прием amitriptilina.

Раз такую большую роль в хронической головной боли имеет напряжение окологерпных тканей и мышц, а в части случаев и перенапряжение мышц шеи, то логично предположить, что мануальная терапия может облегчить состояние пациента. Действительно, в ряде случаев грамотный остеопат может принести облегчение. В сочетании с применением специальных воротников, разгружающих мышцы шеи, и иглорефлексотерапией. Однако по силе и продолжительности эти манипуляции не сравнятся с профилактическим приемом «Амитриптилина». Принимать «Амитриптилин» надо в возможно меньших дозах. Дали начальную дозу 10 мг на ночь, постепенно довели до эффективной и остановились. Для справки – максимальная суточная доза в этих случаях 100–120 мг. Длительность приема: 3–6 месяцев подряд. Если боль ушла – постепенно отменить препарат. Для профилактического приема используют также некоторые противосудорожные препараты (габапентин – «Нейронтин», топирамид – «Топамакс»), а также миорелаксанты (тизанидин – «Занафлекс»). Также с переменным успехом пытаются применять инъекции ботокса.

Заметки на полях

Среди множества разновидностей головных болей есть и такая: головная боль – «будильник». Возникает исключительно ночью, как правило, в одно и то же время. Никогда днем. Резкая боль будит человека, после этого длится еще некоторое время. Болезнь исключительно лиц «второй половины жизни», скажем так. Диагноз исключения – надо не пропустить темпоральный артериит (упоминалось ранее), апноэ сна, мигрень. Снимается «Литием» – препаратом, широко применяемым в психиатрии. Синдром в своей основе имеет процессы, сходные с кластерной болью и патологической активностью тройничного нерва.

Логика его применения должна быть понятна: раз в основе боли напряжение мышцы, то после ботокса на полгода мышца парализована – и никакого напряжения! Но любая схема, как лечения, так и предупреждения хронической головной боли, начинается с первых трех пунктов, без которых эффект не будет достигнут:

1. Нормализация сна, регулярные физические нагрузки и здоровое питание (да-да, думали, все останется как есть, вот сейчас таблеточку волшебную придумают, и все?!)
2. Борьба со стрессами, умение расслабляться.
3. Правильно понимать природу болезни. Вот этим мы сейчас и занимаемся!

В заключение темы головной боли о всенародно любимом занятии – МРТ и КТ головы при хронической головной боли.

Все ведь делают! И что – нашли что-нибудь реальное? Кроме «умеренного застоя» или «нечетких очагов, видимо, сосудистого происхождения»?! Тратятся огромные деньги (и личные, и государственные), время, а при КТ – еще и облучение!

Да – облучение, например, при КТ всего тела организм человека получает дозу радиации, равную той, которую он бы получил, делая рентген легких по разу каждый день в течение года!

И все зря, потому что к этим исследованиям существуют строго определенные показания. Мы их упоминали:

1. Наличие головной боли в сочетании с другой неврологической симптоматикой: онемение руки, нарушение речи, перекос лица и проч.
2. Появление головной боли впервые после 50 лет или у ребенка ранее 5 лет.
3. Головная боль усиливается при кашле или перемене положения тела (хотя и в этом случае, как правило, диагностируется доброкачественное состояние под названием «первичная кашлевая форма головной боли»)
4. Приступ головной боли наивысшей интенсивности («самая сильная головная боль в моей жизни!»)

Во всех остальных случаях томография головы не нужна.

Когда я работал в Африке, многие пациенты приходили ко мне с просьбой сделать рентген. Причем не важно чего – они верили в целебную силу рентгена.

Заметки на полях

В 1955 году был описан синдром необычной головной боли: «синдром Алисы в Стране чудес». Почему такое странное название? Алиса, рожденная воображением Льюиса Кэрролла (вы знаете, что это псевдоним?) за 90 лет до этого оказывалась в вымышленном мире, становясь то совсем маленькой, то резко увеличиваясь в размерах. «Синдром Алисы» – своеобразная форма мигрени, когда кратковременно страдает кровоснабжение задней теменной доли. В ауру, предшествующую головной боли, больной вдруг ощущает себя совсем маленьким в гигантском мире, может видеть животных, не существующих в реальности. Иногда такие пациенты ощущают, что их тело меняется диспропорционально: например, левая половина туловища становится вдвое больше правой или ухо «раздувается» настолько, что занимает всю комнату! Жутковатое, наверно, ощущение!

Когда мы встречаемся с коллегами, прошедшими Африку, то всегда разговор выходит на сакраментальную фразу: «рентген не лечит!». И хохочем, вспоминая, по сколько раз на дню нам приходилось ее произносить!

1.4.2. Болит спина? Пойдите к стоматологу!

Очень часто причиной головных болей, в области лица, в шее и даже в спине может быть изменение геометрии сустава, в котором сочленяются нижняя и верхняя челюсти. Положите пальцы на лицо чуть впереди уха. Подвигайте челюстью. Чувствуете, где сустав? Называется височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Там сходятся несколько мышц и сухожилий, в том числе тех, что относятся к шее.

Вообще многие ли слышали, что с нарушениями правильного функционирования этого сустава может быть связано столько проблем – от упорной головной боли до ломоты в спине?! Ну да, это как шутил Задорнов: «В СССР был только один сорт сыра – СЫР!». У нас если болит голова – диагноз «головная боль», если спина – «остеохондроз». Всё, без вариантов! А вариантов множество, и каждый лечится по-разному! Вот и расстройство ВНЧС (височно-нижнечелюстного сустава), стоящее за множеством болевых синдромов, диагностируется в Америке очень и очень часто. Настолько, что организаторы здравоохранения посчитали, что потери дней нетрудоспособности от этой болезни составляет 17,8 миллиона рабочих дней в год по стране!!!! (Maixner W, Diatchenko L, Dubner R; J pain. 2011 nov;12). Британские врачи провели исследование с целью определить частоту этого заболевания среди взрослого населения Великобритании.

Оказалось, его проявления регистрировались у 26 % взрослого населения! (Macfarlan T, Blinkhorn A; Community Dent Oral Epidemiol. 2002 Feb.) Как вы понимаете, у нас в России распространенность проблемы никак не меньше! А о ней практически никто у нас и не слышал!

Заметки на полях

Вы, наверное, слышали, что гиены обладают мощными челюстями? Их побаивается даже сам Царь зверей! Во всяком случае лев предпочитает с гиенами не связываться. Как-то в Африке мы наткнулись на останки жирафа, задранный львами. Тушу эту львы уже обглодали, и над остатками трудились гиены. Меня они совершенно не испугались, и я подошел довольно близко, даже ближе разумного. Хруст стоял такой! на моих глазах гиена методично перекусывала берцовую кость жирафа толщиной в мою руку! Мне потом объяснили, что такую феноменальную силу челюстям гиены придает особенность ее анатомии. Дело в том, что в работе челюстей гиены участвуют мышцы шеи и спины! Вот и у человека рудименты подобной анатомии можно наблюдать в строении височно-нижнечелюстного сустава.

Спросите своего врача – как вы думаете, что услышите в ответ?

Давайте более подробно познакомимся с клиникой расстройства височно-нижнечелюстного сустава.

В первую очередь это боль, как и было сказано. Острая или хроническая мышечно-скелетная боль, которая часто провоцируется движениями челюсти, пусть и не сиюминутными: чаще у любителей жевательной резинки, у тех, кто имеет привычку прикусывать карандаш, кто курит трубку, сжимая мундштук зубами, любителей пения – и многие другие ситуации, сопровождающиеся повторными движениями в височно-челюстном суставе. Например, после еды! Головная боль обычно тупая, меняющейся интенсивности, отдает в ухо, угол челюсти или в шею и плечи. Иногда ее ошибочно принимают за гайморит. Как правило, головная боль двухсторонняя, усиливающаяся по утрам (у тех, кто по ночам скрипит зубами – «бруксизм»!). Боль в шее сопровождается напряжением мышц и появлением болезненных точек. Часто боль опускается на плечи и далее на мышцы рук. При этом боль в руках сопровождается онемением и покалыванием.

Помимо боли в области уха (что понятно, так как ухо расположено ближе всего к ВНЧС!) при описываемом синдроме могут наблюдаться и другие ощущения, связанные с ухом.

Например, шум в ушах. Не самая частая причина тиннит (так врачи называют шум в ушах), но тем не менее! Боль, конечно, встречается значительно чаще, чем шум. Если болит ухо, но при этом ЛОР ничего не находит, значит, тут расстройства ВНЧС! К другим, менее распространенным симптомам относят боль в области орбиты глаза, головокружения, «заклинивание» сустава.

В чем же первопричина? Ну, во-первых, зубы. Отсутствие задних зубов, их сдвиг относительно друг друга, меняющий геометрию прикуса, неумелое протезирование и тому подобное из области стоматологии. Но не только это!

Напомню, что к факторам риска относится бруксизм (ночной скрип зубами), повышенные нагрузки на ВНЧС, генетика, сопутствующие заболевания (ревматоидный артрит), сниженный порог болевой чувствительности, работа, связанная с постоянным неправильным положением головы и шеи... Отмечено, что расстройство ВНЧС в полтора раза чаще встречается у женщин, а наибольший риск его развития в возрасте от 18 до 45 лет. Роль генетики подчеркивает тот факт, что подобное расстройство у испанцев и латиноамериканцев встречается значительно реже.

Нарушение правильной работы височно-нижнечелюстного сустава может вызвать множество проблем – от упорной головной боли до ломоты в спине.

Правильный диагноз этого состояния важен тем, что при его лечении большое значение придается немедикаментозному лечению. В первую очередь, визит к стоматологу и исправление геометрии прикуса. Возможно, стоматолог также посоветует съемные специальные пластинки на зубы. Далее идет обучение пациента: как правильно сидеть, спать, как избегать неудобного положения головы и шеи, как бороться с дурными привычками (грызть ногти или карандаш). Определенную роль играет физиотерапия и специальная гимнастика для челюсти. Например, взять себя за подбородок и попытаться выдвинуть нижнюю челюсть, преодолевая сопротивление руки. По пять повторений. Чередовать с полным расслаблением. Другое упражнение: рука удерживает подбородок снизу. Преодолевая сопротивление руки, открыть рот, опуская нижнюю челюсть.

Тоже по пять повторений и расслабление. Среди лекарств, применяемых для лечения описываемого расстройства, – нестероидные противовоспалительные препараты типа «Напроксена», «Амитриптилин», при тяжелых симптомах – успокаивающие препараты из группы бензодиазепинов. При острой боли возможны инъекции в сустав гормонов (кортикостероидов) или гиалуроновой кислоты.

1.4.3. Боль в пояснице

Это «факты – вещь упрямая!», статистика же – дама более сговорчивая. Чтобы статистика отражала факты, при сборе статистических данных необходимо учитывать множество разнообразных факторов. Например, данные свидетельствуют о том, что те, кто ложится спать в обуви, страдают от заболеваний печени и поджелудочной железы значительно чаще других. Странно и необъяснимо? Да потому, что тут методологическая погрешность: не отмечено то, что и так логически понятно – кто ложится спать в обуви? Пьяные вдрызг! Тогда все становится на свои места. Или другая статистика: во время премьер блокбастеров с Николасом Кейджем на побережьях США больше утонувших. Необъяснимо? Да, если в исследовании не указано, что эти блокбастеры обычно всегда выходят в начале лета. А это меняет дело – по времени совпадает с началом сезона купания, и Николас Кейдж тут ни при чем!

Заметки на полях

В России сразу безапелляционно ставят диагноз – «остеохондроз»! Этот термин настолько внедрился в наше национальное сознание, что мы искренне удивляемся и не до конца верим, когда узнаем, что в международной классификации болезней такого термина нет. (Ну точно как в анекдоте: «Вовочка, нет такого слова «ж.»! «Марья Ивановна! Как же так?! Слова нет, а ж. есть?!»)

На самом деле под общим и ничего не говорящим диагнозом «остеохондроз» скрываются разные по механизму развития и по клиническому течению заболевания: грыжа межпозвоночного диска, мышечный спазм, артроз межпозвоночных суставов, фибромиалгия, те же упомянутые выше расстройства височно-челюстного сустава и многое, многое другое! Потому что часто предлагаемое лечение от «остеохондроза» и не работает – разные болезни, и то, что помогает при одной, абсолютно неэффективно при другой! Даже при описании болей в пояснице или по всей спине доктора используют разные термины, «привязывая» их к сути происходящего с больным. При изменениях на рентгене рентгенологи говорят о, например,

«спондилезе», при осмотре больного врач напишет в карте «поясничный лордоз», при описании клинической картины невролог употребит термин «радикулопатия» или «ишиас».

Однако следующим статистическим фактам можно верить, даже не вдаваясь в тонкости: 84 % всех взрослых людей испытывали боль в спине хоть один раз в жизни! Может, кто-то только не поверит в существование тех 16 % счастливиц, избежавших этой участи, но тут уже я могу засвидетельствовать факт: по сей день при многолетних занятиях травмоопасным спортом я сам ни разу (тьфу-тьфу-тьфу!) не испытывал болей в спине!

Как правило, эти боли достаточно кратковременны и у многих проходят сами. Когда боль в пояснице не уходит полностью более 3 месяцев, доктора говорят о хронической боли в пояснице.

По оценкам специалистов за рубежом, 3,5 % всех первичных обращений в поликлинику составляют жалобы на хронические боли в пояснице, притом, что при опросах населения 26 % ответивших отметили их наличие на протяжении жизни.

Да, изредка боли в пояснице могут быть симптомом серьезной болезни, часто за ними стоит грыжа диска или выраженный мышечный спазм, но – обратите внимание! – у 84 % всех пациентов с подобными жалобами отсутствуют какие-либо изменения, которые могли бы зафиксировать хоть какие-то методы диагностики! Вот вам истоки пресловутого диагноза «остеохондроз»!

«Доктор, что со мною?!» – «Мы не выявили у вас никаких отклонений, которые могли бы реально объяснить имеющуюся у вас симптоматику. Вы страдаете от избыточного веса, курите, склонны к депрессиям и мнительности... У вас соматоформное расстройство, вам надо менять образ жизни, отказаться от вредных привычек, правильно питаться, регулярно заниматься физическими упражнениями, нормализовать сон, научиться справляться со стрессами».

И что вы подумаете о таком враче? Что-то типа: «Он что – издевается?! У меня БОЛИТ, а он лекции мне тут читает! Философ, блин! Чему их там учат и как на работе держат!».

Знаю, о чем говорю, сам как главный врач крупной больницы ежедневно жалобы разбираю! Совсем другое дело, когда врач скажет: «Это у вас остеохондроз! Как же вы так запустили?! Видите – у вас на рентгене изменения первой степени? А позвонки-то, позвонки! Значит так – вот обезболивающие, вот комплекс витаминов, обязательно кальций, хондропротекторы, ешьте побольше холодца, хрящиков, на спину – йодную сетку! И вот вам телефон хорошего мануальщика: он просто чудеса творит, и совсем недорого! А потом через три недели приходите, мы еще МРТ повторим!».

У 84 % пациентов с жалобами на боли в спине отсутствуют какие-либо анатомические изменения.

Вот какой внимательный доктор, и разобрался сразу во всем, и лечение назначил! «Меня обманывать не нужно, я сам обманываться рад!» – сказал поэт по другому, правда, поводу...

И вы думаете, только у нас так? Справедливости ради надо сослаться на исследование, проведенное врачами Северной Каролины, США. Провели анализ 732 пациентов с хронической болью в пояснице. В подавляющем числе случаев было отмечено неоправданное применение недоказанных методов лечения – таких как вытяжение, корсеты; назначение препаратов «по площадям» – обезболивающих, миорелаксантов; недостаточно активное применение физических упражнений, отсутствие назначения антидепрессантов там, где оно было прямо показано. Чтобы говорить о соматоформном расстройстве как основе хронической боли в спине и пояснице, надо исключить все остальные возможные причины. Задача совсем не простая, потому как в той или иной степени мышечно-скелетный компонент боли так или иначе присутствует. У кого-то явно, а кто-то ощущает самые минимальные растяжения связок и

мышц из-за сдвига порога болевой чувствительности, как и в случае с головной болью. Как любят объявлять в моей передаче «О самом главном» – давайте разбираться!

Начнем с пресловутой грыжи межпозвоночного диска.

Позвонки у нас лежат друг на друге, отделяемые мягкой подушечкой межпозвоночного диска. Желеобразная субстанция заключена в оболочку. Из сравнения на ум приходит силиконовый имплантат женской груди. По разным причинам эта оболочка надрывается, и происходит утечка полужидкого содержимого. Как правило, оно вытекает в спинномозговой канал. Вот это выпячивание, наподобие раздутого пузыря из жевательной резинки во рту у невоспитанного подростка, мы и зовем грыжей. Наиболее часто речь идет о грыжах поясничного отдела позвоночника, как наиболее подвижного и подверженного дегенеративным изменениям. Спинного мозга на этом уровне уже нет, но там проходит пучок из 18 нервов, некоторые из которых вполне могут сдавливаться вытекшим из межпозвоночного диска содержимым. А может и нет! Если взять тех самых 16 % счастливиц, которые никогда-никогда не испытывали никаких болей в спине, и строим отвести на МРТ, то у более чем ЧЕТВЕРТИ из них будет на исследовании найдена грыжа диска! Если грыжа образуется не в поясничном отделе позвоночника, а выше, то также может возникнуть симптоматика, связанная со сдавлением нервного корешка. Бояться, что она пережмет спинной мозг, не надо – полужидкой субстанции смять сопротивление твердой защитной оболочки спинного мозга не под силу! Такое происходит при сильной травме, образовании костных обломков, наличии растущей опухоли или инфекционного абсцесса.

Но и сдавив нервные корешки, грыжа диска иногда (редко!) может принести крупные неприятности! Это происходит, когда она сдавливает несколько из этих проходящих в поясничном отделе позвоночника 18 нервов. Так и называется: синдром сдавления «конского хвоста». И это единственное показание к срочному проведению томографии и оперативного вмешательства. (В любой стране медицинская страховка никогда не оплатит не то что МРТ – простой рентген позвоночника, если вы его сделали в первые 6 недель от возникновения боли, – считается, что для лечения это ничего не дает! Про операции будет чуть позже.)

Вы должны знать эти опасные симптомы сдавления «конского хвоста» и немедленно обращаться к врачу:

1. Онемение промежности.
2. Остро возникшие проблемы с мочеиспусканием и сексом.
3. Слабость в обеих ногах.

Вот тут уже медлить нельзя и надо обращаться к врачу.

Обычно грыжа, сдавливая определенный нерв, дает четко очерченную симптоматику. При сдавлении на уровне 5-го поясничного позвонка боль будет отдавать в область тазобедренного сустава, колено, а то и в голеностоп. Часто больные мыкаются с болью в суставе, у них что-то там находят в суставах на рентгене (пресловутые «изменения первой степени»), а за этим стоит банальная грыжа диска L-5.

При сдавлении нерва на уровне первого крестцового позвонка (8–1) боль будет распространяться по задней поверхности ноги и появится другой специфичный симптом: снижение подошвенного рефлекса (доктор проводит иголкой по подошве, и пальцы стопы рефлекторно сжимаются). Боль может никуда и не иррадиировать – существует множество мелких нервных веточек, снабжающих собственно позвоночник (связки, сосуды и проч.). При сжатии их грыжей генерируется локализованная в спине боль.

Но есть и хорошие новости! Как правило, грыжа диска рассасывается сама. Да, иногда это растягивается на месяцы, но сама! Ходит такой больной по врачам, ходит. Витаминный комплекс прокололи – болит, обезболивающие – болит, мануальная терапия – все равно болит! Наконец, соседка рекомендовала: «Наплюй ты на этих врачей, все равно ничего не понимают

– ешь свиной хрящик три раза в день и пей настойку алоэ! И все пройдет!» Последовала ее совету – и верно, все прошло ведь! Только не потому, что хрящик, а потому, что время пришло! Отсюда и такой взвешенный подход к оперативному лечению межпозвоночных грыж за рубежом. Если нет синдрома сдавления «конского хвоста», то операция никак не предпочтительней выжидательной тактики и консервативного лечения в смысле конечного результата.

Более быстрый эффект – да, более надежный – нет. За рубежом врач – ОБЯЗАН! – дать вам подписать бумагу, где сказано, что вам объяснено, что операция не принесет выздоровления по сравнению с консервативным лечением, а только ускорит его! И еще правила поведения при боли в спине, будь то грыжа или мышечный спазм: если болит спина – не стоит отлеживаться в ожидании, когда боль пройдет. Как ни парадоксально это звучит, но современная медицина утверждает – не надо лежать! Если больной имеет физическую активность, тогда боль не превратится в хроническую. К массажистам и на физиотерапию надо идти не раньше, чем через четыре недели после первого появления боли!

В первые 6 недель после возникновения боли в пояснице ни МРТ, ни рентген позвоночника для лечения ничего не дают.

Всему остальному предпочтите занятия лечебной физкультурой и правильную мануальную терапию (о ней ниже).

Если говорить о профилактике болей в пояснице, то в первую очередь обратите внимание на регулярные физические упражнения и коррекцию своего веса.

Следующая частая причина боли в пояснице – мышечный спазм. Мышцы поддерживают позвоночный столб, при долгом и неудобном положении, неудачном движении, при физической неактивности мышцы спазмируются, в них развиваются дегенеративные изменения и они становятся источником боли. Тут уже не будет ни четкого распространения боли по территории сдавленного нерва, как при грыже диска, ни ощущения онемения. Правда, боли могут отдавать в ягодицы. В основе лечения препараты-миорелаксанты, физическая активность, гимнастика, мануальная терапия.

Одна из больших проблем со спиной обусловлена остеопорозом (ослаблением костей) и переломами позвонков. Это только так страшно звучит: «перелом позвонков». На самом деле это часто происходит поначалу совершенно бессимптомно (хотя, конечно, нередки случаи, сопровождающиеся острой болью!). В результате определенных гормональных изменений (об этом подробно в моей книге «Русская рулетка») кость разрезается, теряет кальций и становится слабой. Тела позвонков «просаживаются», крошатся, доктора говорят о переломе. Мы хорошо знаем, что с возрастом человек становится меньше ростом, часто образуется «вдовий горбик» – вот из-за этого самого! Снижение роста с возрастом на 6 см считается патогномичным для переломов позвонков. Тела позвонков иногда становятся настолько слабыми, что могут крошиться от переезда без снижения скорости «лежачего полицейского»! (Были прецеденты судебных процессов в Америке! Но, как правило, проигрышные – «Минздрав предупреждал о вреде курения, отсутствия физической активности, своевременного скрининга и превентивного лечения»!). При прогрессировании возникает боль, особенно при наклонах, кашле, меняется геометрия позвоночника, это вызывает, в свою очередь, мышечный спазм. Так или иначе, среди всех пациентов с переломами позвонков 85 % жалуются на хроническую боль в спине. И еще, если случилось раз, на этом не остановится. 20 % людей после перелома первого позвонка в течение следующего года получают перелом другого. О лечении и профилактике читайте в «Русской рулетке».

1.4.4. Не любая боль в животе говорит о чём-то серьёзном

Жалобы на боль в животе воспринимаются врачами весьма серьезно. Еще бы – неправильная трактовка подобной боли, недостаточно полное обследование, промедление – и все!

Может произойти трагедия! Острые аппендицит, панкреатит, холецистит, прободные язвы, кишечная непроходимость, мезентеральный тромбоз, расслоение и аневризма аорты, почечная колика – причин для острой боли в животе предостаточно!

Периодические или хронические боли в животе также, как правило, имеют за собой серьезные диагнозы: желчная колика, ишемический и другие колиты, язва желудка, хронический панкреатит, онкология, даже инфаркт миокарда и проч.

Однако в ряде случаев боль в животе происходит не из внутренних органов, но и от изменения нервных окончаний, снабжающих брюшную стенку. То есть болит не «содержимое» живота, а только его стенка. И случается это совсем не редко.

До 10 % пациентов, отправляемых к гастроэнтерологу или хирургу, не имеют патологии внутренних органов и испытывают боль брюшной стенки.

Боль в животе не обязательно вызвана серьезными заболеваниями, такими как аппендицит, панкреатита, холецистит или прободная язва.

Медицинские студенты с молоком своей альма-матер всосали факт, что если столкнулся с болью в животе, то проверь: будет ли при нажатии в месте боли защитное напряжение мышц?! Если будет, то здесь что-то серьезное.

Но вот работа почти 40-летней давности: журнал «Ланцет» (Lancet. 1977; 2-8047).

Из 120 больных с острыми болями в животе, поступивших по «Скорой» в приемный покой, защитное напряжение живота при пальпации присутствовало у 24-х. Так вот, хирургическая патология оказалась только у одного из них, у остальных ничего серьезного не нашли. У скольких из них болела брюшная стенка – не сказано.

Нервы, которые снабжают переднюю брюшную стенку, отделяются от спинного мозга и выходят наружу на уровне грудных позвонков, с 7 по 11-й включительно. Они могут зажиматься грыжей межпозвонкового диска, поражаться инфекцией герпеса зостер (подробнее об инфекции рассказано в книге «Свой – чужой»), испытывают дегенеративные изменения при злоупотреблении алкоголем, например, хроническая боль передней брюшной стенки, как правило, обусловлена расстройством определенного нерва: так называемый «передний кожный нерв», и часто известна как «синдром защемления переднего кожного нерва». При проблемах именно с передним кожным нервом болит, как правило, справа, в локализованном участке 2 см в диаметре. Молодым врачам или студентам-медикам дам совет, как отличить синдром защемления переднего кожного нерва от патологии внутренних органов. Попросите больного, лежащего на экзаменационном столе, поднять сразу обе ноги, и при этом пальцами давите на болезненную область. Если боль усилится или хотя бы останется такой же интенсивности – тут синдром сдавления нерва. Напряженные мышцы сдавят нерв еще больше, и поэтому боль усилится. При боли из внутренних органов, напряжение мышц, наоборот, предохранит брюшную полость от нажатия пальцев экзаменатора, и боль уменьшится.

1.5. Фибромиалгия – неизвестная болезнь, которой страдает половина населения

Боль во всем теле, хроническая, изматывающая, болят и спина, и ноги, и рука, и грудь, и шея, больно даже дотронуться!

При движении боль усиливается, ломит суставы, быстрая утомляемость, сон не освежает вовсе! Просыпаешься, а ощущение, как будто трактор переехал! Врачи зачастую находят на рентгене в позвоночнике и грыжи, и какие-то шипы, говорят – остеохондроз. Лечат, обезболивающие идут горстями, только ничего не помогает! Ни массаж, ни витамины, ни капельницы! Уже даже и операцию предлагают!

Ситуация типична! На самом деле описанные симптомы – классическая клиническая картина такого заболевания, как фибромиалгия.

При нем, как правило, при обследовании ничего не находят! И это не самый худший вариант. Хуже, когда, как описано выше, при рентгене или МРТ обнаруживают какие-либо изменения в позвоночнике. Они встречаются довольно часто у совершенно здоровых людей. По данным одного исследования, у людей без каких-либо болей или иной симптоматики грыжа межпозвоночного диска встречается при обследовании в 20 % случаев. И тогда начинается агрессивное лечение, но помочь оно изначально не может! Не помогают при фибромиалгии обезболивающие, и даже самая сложная операция на позвоночнике ничего не даст.

Заметки на полях

Как-то раз во время телепередачи я спросил присутствующих зрителей, а это около 200 человек: «Кто знает, что такое фибромиалгия?» Не поднялась ни одна рука. Тогда я спросил по-другому: «У кого из вас бывают боли и ломота по всему телу, болезненные точки, хроническая усталость, частые ангины?». На этот раз руки подняла половина зала! И вот эти люди не слышали о фибромиалгии! Зато все они уверены, что страдают остеохондрозом. Им и невдомек, что такой болезни – «остеохондроз», как мы ее понимаем, во всем остальном мире просто не знают!

Элементарная медицинская неграмотность как населения, так, к сожалению, и части врачей приводит к неправильной диагностике сотен тысяч заболевших людей, каскаду неоправданных исследований каждому из них и неэффективному лечению совсем небезобидными препаратами. Множатся дни нетрудоспособности, суммарные потери от неоправданного обследования и бесполезного лечения достигают миллиарды рублей! Я все еще надеюсь, что у нас в стране когда-нибудь реформируют медицинское образование, и в новой его системе фибромиалгию будут преподавать в разделе наиболее распространенных и разоряющих нас заболеваний.

Не так много на земле известно болезней, которые поражают 10 % взрослого населения. Фибромиалгией страдают именно столько. В каких-то странах больше, в каких-то – меньше. Больше всего почему-то в Бразилии и Бангладеш. По России данных, понятно, нет. Из всех больных, страдающих от хронической боли, на долю фибромиалгии приходится 40 %. Но фибромиалгия не щадит и детей! Около 2 % детей и подростков имеют болевой синдром, соответствующий критериям фибромиалгии.

Несмотря на то, что фибромиалгия как болезнь врачам известна с середины XIX века под названием «фиброзит», к ней применимо сакраментальное: «Причины неизвестны, механизм развития неясен». Поскольку пациенты с фибромиалгией больными вовсе не выглядят и все данные обследований у них нормальные, эту болезнь долгое время относили к психосоматике. Многолетние исследования в итоге показывают, что все это не так. Механизмы развития

болезни еще уточняются, их смысл в том, что в основе фибромиалгии лежит нарушение регуляции болевых импульсов, а именно «сенситизация центральной нервной системы» – мы об этом звене патогенеза упоминали ранее. После первого болевого импульса нервная система «сенситизируется», становится особенно чувствительна к последующей болевой стимуляции. Особенно у тех, у кого к этому есть генетическая предрасположенность.

Фибромиалгией страдают 10 % взрослого населения, больше всего в Бразилии и Бангладеш.

Пусковым механизмом этих нарушений могут быть вирусные инфекции (особенно вирус Эпштейн-Барра), боррелиоз, эмоциональный стресс, физическая и психическая травма.

Заметки на полях

Больного положено осматривать полностью. Даже если он пришел с банальной головной болью, врач обязан осмотреть все тело, послушать сердце, легкие, проверить лимфоузлы, размеры печени, определить наличие пульсации в ногах, исследовать глазное дно, заглянуть в рот. Так можно выявить на раннем этапе, например, меланому или рак полости рта – симптомов до поры до времени они не вызывают. И сколько больных потом благодарят бога за то, что не смогли дольше терпеть головную боль и пошли к врачу, который вовремя обнаружил затаившуюся угрозу, хотя с головной болью она как раз связана не была! Но это при условии, что врач выполнит свой долг и осмотрит больного должным образом. Я промолчу про наших врачей, но вот вам американская статистика. Только один врач-терапевт из пяти заглядывает пациенту в рот и только один из четырех, который это все-таки сделал, может правильно интерпретировать то, что он там увидел!

В протокол правильного осмотра входит и ректальное исследование. Во-первых, мы проводим экспресс-анализ кала на скрытую кровь. А это самый первый симптом онкологии желудочно-кишечного тракта! И уже потом диагностируем состояние геморроидальных узлов, простаты. 50 % всех опухолей прямой кишки локализируются в пределах досягаемости пальцем врача и таким образом легко могут быть диагностированы. Однако врачу далеко не всегда хочется заниматься пальцевым ректальным исследованием. Особенно на дежурстве в госпитале, когда захлестывает вал больных и ты мечешься, как водовоз на пожаре! В Америке такие «не хочу» не прокатывают! Если ты не сделал, а потом у больного обнаружили рак, то все может кончиться серьезным судебным разбирательством! В главе «ректальный осмотр» должна быть запись – либо описание исследования, либо констатация, что больной от исследования отказался. Причем именно отказался, фальсифицировать не удастся – на обходе заведующий обязательно переспросит пациента. У нас в госпитале был интерн (кстати, тоже русский), у которого процент таких отказов был почти 100 %! Небольшой, худощавый интеллигентный парень, чем он только брал обычно склонных к любому обследованию, послушных американцев?! Заведующий ворчал, но предъявить ничего не мог – больные в один голос твердили: да-да, отказались! Как-то я не выдержал и спросил его, как русский русского: «Откройся мне, ей-богу, с собой в могилу тайну унесу!». В ответ собрат-интерн говорит: «Понимаешь, пару лет назад я перенес тяжелую травму среднего пальца, и он сросся неправильно. Концевая фаланга оказалась сильно деформированная, вот посмотри». И он раскрыл ладонь и показал искаленный толстый и неправильно сросшийся палец, весь в узлах и каких-то шишках. «Ну вот, – продолжал интерн, – обычно я подхожу к

больному и говорю: сейчас я проведу ректальное исследование. Объясняю – я должен ввести вам в задний проход палец и ощупать там все вокруг. Вот этот палец, – и показываю им именно этот монстрообразный палец. Увидев мелькнувший ужас в глазах пациента, тут же добавляю: впрочем, вы имеете право от исследования отказаться! Осечек не бывает!!!»

Ведущим симптомом фибромиалгии является боль. Она может сначала беспокоить в одном каком-либо определенном месте, например в голове или шее, но очень скоро распространяется по всему телу. Состояние, будто болит все, да еще и ломит, как при простуде! Как правило, это мышечная боль. Но довольно часто преобладает боль в суставах, хотя внешне они остаются не измененными. Но вот это самое: «болит всё тело!» должно сразу настораживать врача в отношении фибромиалгии!

Главным диагностическим критерием является наличие болезненных точек на теле. При этом выделяют специфические места, где болезненность и напряжение должны быть для постановки диагноза обязательно: над основанием большого пальца, посередине предплечья, дельтовидные мышцы, определенные участки на передней грудной стенке, в районе тазобедренных суставов и проч.

Понятно, что если надавить как следует, боль почувствует любой! Поэтому уточнение: надавливать на потенциально болезненную точку надо с такой силой, чтобы при этом только-только побелело ногтевое ложе пальца врача, который проводит исследование. Хотя, конечно, пальцы у докторов бывают разные.

Помимо хронической распространенной боли и наличия болевых точек по всему телу, следующим по частоте и выраженности симптомом при фибромиалгии будет усталость.

Хроническая усталость, часто усиливающаяся при физической нагрузке и сильно снижающая качество жизни пациента.

Подробнее об этом симптоме и дифференциальной его диагностике будет в следующей главе.

Также для фибромиалгии типично нарушения качества сна, отсутствие чувства бодрости при просыпании.

Очень часто можно видеть параллельное наличие состояний из группы болезней сходной этиологии – синдрома раздраженного кишечника, так называемых цистита и простатита (по сути, синдрома тазовой боли и синдрома раздраженного мочевого пузыря). Они обуславливают такие симптомы, как схваткообразные боли в области живота и промежности, запоры, чередующиеся поносами, учащенное болезненное мочеиспускание, сексуальная дисфункция.

Отдельно хочу подчеркнуть, что частью клинической картины фибромиалгии могут быть боли в горле и небольшая припухлость и болезненность шейных и других лимфоузлов.

Сколько зря выпитых антибиотиков, сколько времени потрачено на бесполезные хождения по ЛОР-врачам! А причина в этой малоизвестной, но очень распространенной болезни – фибромиалгии. Хочу напомнить, что в большинстве случаев ангина или вирусного, или вообще не инфекционного происхождения (как в случае с фибромиалгией). Ни в том, ни в другом случае антибиотики не помогут даже теоретически! Антибиотики при боли в горле – только при инфекции стрептококком, доказанной специальным тестом, для которого и берется мазок с миндалин.

Как и было сказано, фибромиалгия – диагноз исключения.

А ведь болезней, для которых характерны боли во всем теле, слабость, повышенная утомляемость, очень немало. И если фибромиалгия опасности для жизни не представляет, то некоторые болезни из дифференциально-диагностического списка похожих состояний текут весьма агрессивно.

Например, многие ревматологические болезни, такие как системная красная волчанка, ревматоидный артрит и некоторые другие. И тут врачу надо внимательно рассматривать все

симптомы, чтобы не ошибиться. Тем более что рутинные серологические тесты на определение ревматологических заболеваний могут быть не стопроцентно надежными. С одной стороны, они могут быть нормальны при наличии ревматологической болезни (как, например, при серонегативном ревматоидном артрите). С другой стороны – эти тесты могут быть положительны у здоровых людей и людей с фибромиалгией без наличия ревматологических болезней в 5-10 % случаев!

Воспалительные изменения сочленений мелких суставных поверхностей позвонков (да, между позвонками действительно существуют суставы, не все помнят об этом) могут быть причиной боли в позвоночнике, которую наши врачи валят в одну кучу с другими болевыми синдромами под названием «остеохондроз», а западные путают с фибромиалгией. Помогает разобраться рентген – при фибромиалгии выраженных изменений позвоночника не бывает.

Иногда сходную с клинической картиной фибромиалгии может дать прием статинов – лекарств для снижения холестерина. У 10 % людей при приеме статинов может развиваться мышечная боль. При этом, если у человека ранее наблюдались умеренные симптомы фибромиалгии, при приеме статинов побочное действие лекарства развивается скорее и процент такого осложнения может вырасти до 30!

Ключом к правильной диагностике служит одновременное повышение, при осложнениях в результате терапии статинами, специфических ферментов в крови и быстрое улучшение при отмене лекарства.

Симптомы, схожие с фибромиалгией и синдромом хронической усталости (часто эти два состояния протекают вместе, и не всегда удается отличить одно от другого), могут встречаться при вирусных инфекциях и особенно при болезни Лайма – боррелиозе. (Микроорганизмы передаются через укус клеща, читайте мою книгу «О самом главном».) 25–40 % людей, которые лечились антибиотиками по поводу болезни Лайма, развивают выраженную слабость и боль по всему телу как последствия перенесенной инфекции. Как и некоторые пациенты, которые перенесли инфекционный мононуклеоз.

Малоизвестная в России, но очень распространенная фибромиалгия может быть причиной болей в разных участках тела, в том числе в суставах и в горле.

Нельзя говорить о фибромиалгии, не проверив сначала функцию щитовидной железы, уровень ее гормонов.

Выраженная слабость, боль, нарушение сна и настроения – все это типичные проблемы людей с недостаточно полной функцией щитовидной железы вместе со склонностью к отекам, выпадению волос, набору веса, непереносимостью холода (или, наоборот, жары). Более того: при фибромиалгии часто бывает повышен уровень антител к ткани щитовидной железы, что может увести врача в сторону от правильного диагноза. При фибромиалгии лечение гормонами щитовидной железы никакого положительного эффекта не принесет, при скрытом гипотиреозе эффект такого лечения будет виден почти немедленно.

Схожую с фибромиалгией клиническую картину может давать депрессия. Депрессия сегодня распространяется очень быстро, уже сегодня это причина номер два для временной нетрудоспособности во многих странах мира. Человек чувствует себя как избитый, выраженная слабость, нарушения сна при депрессии сочетаются с мрачными мыслями и подавленным настроением. Часто депрессия наслаивается на фибромиалгию, и отличить одно от другого непросто.

Как мы уже видим, при фибромиалгии симптомы весьма сходны с массой других состояний и жалобы больных носят больше описательный характер. Для надежной диагностики ревматологами (а сегодня эта болезнь находится в их ведении) разработана система специальных критериев.

Первая система критериев относится к 1990 году. Она основана как раз на упомянутом подсчете количества болевых точек в определенных местах. Стандартных мест, где такие точки встречаются особенно часто, – 18. Для диагноза фибромиалгии необходимо наличие 11 болезненных точек.

Почему 11, а не 7 или 15 – не спрашивайте, не знаю! Но оказалось, что не все врачи одинаково хорошо владеют методикой правильного определения этих точек, путаются в них (ну да, их же 18, а не 2!). Поэтому в 2010 году предложена другая система критериев, основанная не на подсчете болезненных точек, а на совокупности и выраженности симптомов (см. таблицу). Не вдаваясь в подробности описания диагностического алгоритма, скажу, что методика 2010 года позволяет отличить фибромиалгию от других ревматологических заболеваний в 90 % случаев.

Правильный диагноз необходим для правильного лечения.

Мы уже говорили, что у нас все больные с фибромиалгией идут под маркой «остеохондроз» и лечатся обезболивающими из группы нестероидных противовоспалительных препаратов.

Заметки на полях

Насчет моей нескрываемой иронии про слишком большое для запоминания количество точек: на самом деле и правда – слишком большое число параметров ведет к пренебрежению ими. Почему фармакологи стали разрабатывать препараты продленного действия, для приема лишь раз в сутки? Для удобства пациентов? Да, но и основываясь на статистике: если препарат надо принимать 3 раза в день, то его постоянно будет принимать лишь 45 % больных, если 2 раза в день, то уже 60 %, один раз в день – наиболее распространенная форма приема, при которой лечения придерживается большинство.

Но при фибромиалгии эти препараты практически неэффективны, что хорошо знают те несчастные люди, которые горстями пьют подобные таблетки, сталкиваясь с побочными действиями на желудок и сердце, и удивляются: почему их «остеохондроз» не отпускает?! (Подробнее разновидности обезболивающих препаратов будет посвящена отдельная глава.)

Статистика показывает, что больные с фибромиалгией обычно терпят боль и пытаются с ней справиться сами, не обращаясь к врачу, где-то год. Потом в западных странах проходит еще 2,5 года до постановки правильного диагноза.

За это время в среднем пациент проходит через руки 4 различных врачей (Choy E, Perrot S, Leon T, BMC Health Serv Res. 2010;10;102).

Что происходит с такими больными у нас в стране – ну, не мне вам говорить! Вместо современного обучения врачей и информирования пациентов, вместо попыток правильно классифицировать имеющиеся у людей симптомы создана чудовищная карусель по выкачиванию денег с больных людей! Миллионы дорогостоящих исследований – от рентгена до МРТ, зомбирование словом «грыжа», сотни тысяч несертифицированных «мануальщиков», всевозможные шарлатанские аппараты для лечения, колоссальный по размерам бизнес на обезболивающих, агрессивные нейрохирурги, плотоядно предлагающие операции «по полному излечению», и многое, многое другое!

Диагностика фибромиалгии основана на подсчете количества болезненных точек в определенных местах: их должно быть не менее 11.

На первом этапе больным с фибромиалгией предлагается наиболее эффективное средство: аэробные физические упражнения. Быстрая ходьба, плавание, велосипед, водная аэробика, тай-чи и йога – все это оказывает хороший эффект, при условии, что пациент занимается

ими регулярно. Вот ключевое слово – регулярно. Здоровому-то человеку часто не хватает силы воли начать заниматься физическими упражнениями, а каково больным с фибромиалгией! Все тело болит, начинаешь заниматься, и боль только усиливается, усталость нарастает! Тут надо собрать всю силу воли, чтобы не бросить в самом начале! Не менее 30 минут, с хорошей интенсивностью, 3 раза в неделю. Для достижения устойчивого эффекта необходимо заниматься не менее 3 месяцев, ну и далее постоянно! Кроме аэробных упражнений, необходимы упражнения на растяжку: постепенно, но регулярно! Чтобы мотивировать пациента с фибромиалгией на такие «подвиги», врачи долго и подробно объясняют людям причину и особенности его состояния, обучают алгоритму действий. Непрерывно доносят до пациента мысль, что при его состоянии боль не является индикатором какого-либо повреждения, что ее можно и нужно преодолеть!

Из лекарств при фибромиалгии, в случае, когда упражнения не до конца помогают, в первую очередь в обязательном порядке применяют все тот же «Амитриптилин» – антидепрессант первого поколения с выраженной анальгетической активностью. Их других антидепрессантов применяют «Дулоксетин» («Симбалта»), «Милнауипран» («Савелла») и некоторые другие.

Как вариант, врач для начальной монотерапии может выбрать противосудорожный препарат «Прегабалин» («Лирика»).

Другой альтернативой амитриптилину может быть миорелаксант «Циклобензаприн». При неуспехе первоначальной терапии применяют другие противосудорожные препараты («Габапентин»), антидепрессанты и миорелаксанты. Не применяют только обезболивающие – нестероидные противовоспалительные препараты, все эти мази с вольтареном, напроксен и проч, и проч.! (Сравните с практикой, существующей у нас!)

1.6. В отвращение ко всякого рода труду – ещё не синдром хронической усталости!

У Джерома К. Джерома есть фраза:

«Прочитав, что первыми симптомами заболевания печени является апатия и отвращения ко всякого рода труду, понял, что болезнями печени я страдаю с детства!».

Тем, у кого подобный симптом наблюдается с детства, хочу сказать – у вас не синдром хронической усталости! Причин хронической усталости может быть великое множество, и «синдром хронической усталости» – лишь одна из них, притом и не самая частая! И для него характерно как раз резкое изменение состояния: был активный жизнедеятельный человек, и вдруг его как сглазили! Все стало валиться из рук, сон облегчения не приносит, от физических нагрузок становится еще хуже.

Жалобы на слабость чрезвычайно распространены. Вот статистика по США: 7 млн обращений к врачам в год, каждый третий, кто обращается к врачам, жалуется и на слабость, 136 млн долларов в год – потери от нетрудоспособности людей, страдающих этим недугом.

Для того чтобы правильно разобраться в причинах и определиться с правильным лечением усталости, вначале надо определиться – что каждый из нас понимает под этим словом.

Для болезни «синдром хронической усталости» характерно резкое начало, и ее надо отличать от бытовой усталости.

Артериальное давление, пульс, температуру и многое другое можно измерить, усталость – термин более расплывчатый, у каждого могут быть свои понятия. Обычно под «усталостью» понимают неспособность к какой-либо активности, не недостаток энергии. Мышечная слабость, повышенная сонливость, одышка, как правило, под термин «усталость» не должны попадать, хоть и могут быть спутником этого симптома.

Заметки на полях

Дежурства в приемном отделении госпиталя в воюющей стране крайне тяжелы и требуют максимального напряжения сил. Африка, гражданская война, отсутствие медицинской помощи повсеместно. Население сутками стекается в несколько функционирующих госпиталей, где стараниями врачей, в основном из стран социалистического лагеря, еще сохраняется активность, и есть медикаменты. В одну из ночей захожу в смотровую, уже одуревший от круговорота лиц, ран, тел... Пока занимаюсь очередным больным, слышу за дверями шум. И тут врывается здоровенный негр со словами: «Мне срочно надо!». Ну раз срочно, ладно, махнул рукой: «Заходите, что случилось?!» и слышу: «Доктор, мне нужна экстренная помощь: я сейчас был с женщиной, 4 раза смог, а вот пятый никак! Немедленно сделайте мне какой-нибудь укол!!!». Видимо, в моих глазах что-то такое мелькнуло, и он уже почти шепотом добавил: «Пожалуйста, очень вас прошу!». Ну, этого я оставить просто так не смог. Набрал полный шприц «Седуксена» (многие помнят этот весьма действенный снотворный препарат) и вкатил ему в вену. И ободрил: «Иди, сейчас сможешь!». А про себя подумал: «А не сможешь, так выпишься!» а то – кто его знает: может, он и в 6-й или 7-й раз прибежит и опять будет мешать работать!»

Врачи разделяют усталость, выражающуюся неспособностью начать какую-либо активность, усталость в результате активности, трудность концентрировать мысли, проблему с памя-

тью – то есть «ментальную усталость». Если усталость длится более 6 месяцев, ее определяют как «хроническую усталость».

Вот наиболее распространенные причины этого состояния:

1. **Психиатрические.** Депрессии, тревоги, панические атаки, соматоформные расстройства лежат в основе хронической усталости в 60–70 % случаев. И в основном это депрессия.

2. **Лекарства.** Антидепрессанты, снотворные, многие препараты для лечения гипертонии, бета-блокаторы, препараты против аллергии, миорелаксанты.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.