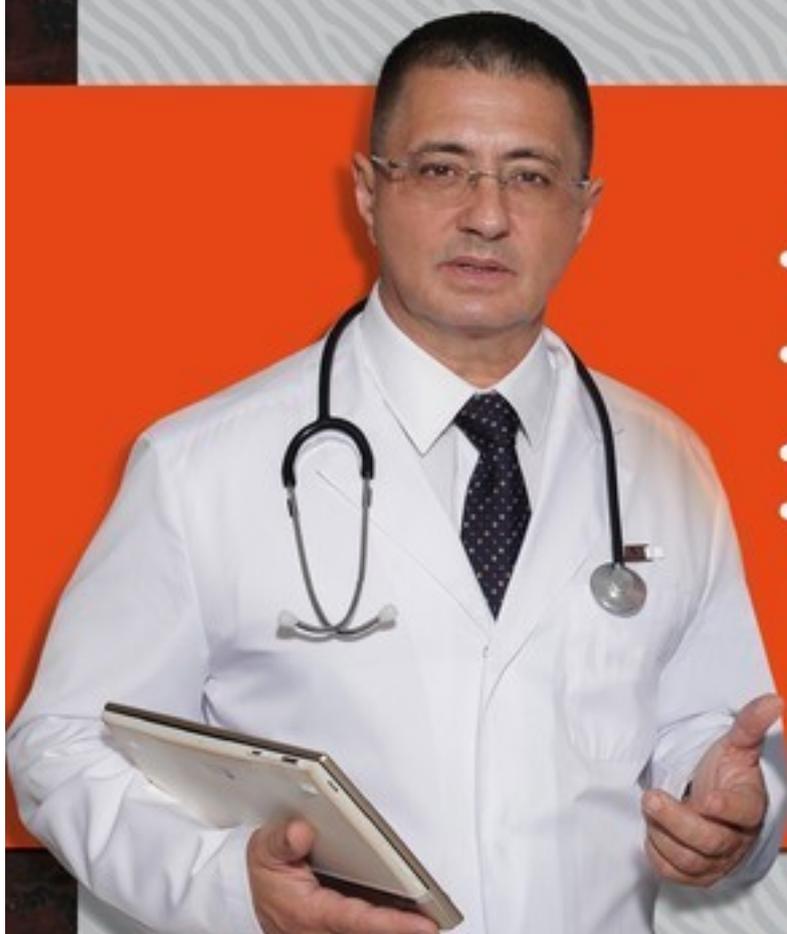


# ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ДОКТОРА МЯСНИКОВА О САМОМ ГЛАВНОМ

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 здравоохранении, 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	7
Глава 1	8
1.1 Самая распространенная в мире болезнь	10
1.1.1. Ипохондрия	12
1.1.2. Тот самый Мюнхаузен	15
1.2 Блуждающая матка и конверсия	18
1.2.1. Слабость	19
1.2.2. Нарушения чувствительности	21
1.2.3. Судороги	22
1.2.4. Ощущение кома в горле	24
1.2.5. Тремор и другие разновидности непроизвольных движений тела	25
1.2.6. Шум в ушах	27
1.2.7. Головокружение	28
1.3. Про графинь, нюхательную соль и обмороки...	30
1.4 Шестое чувство – боль!	35
1.4.1. Головная боль	37
1.4.2. Болит спина? Пойдите к стоматологу!	42
1.4.3. Боль в пояснице	44
1.4.4. Не любая боль в животе говорит о чём-то серьёзном	48
1.5. Фибромиалгия – неизвестная болезнь, которой страдает половина населения	49
1.6. В отвращение ко всякого рода труду – ещё не синдром хронической усталости!	55
1.7. Синдром хронической тазовой боли, или страдают ли простатитом женщины?!	60
1.7.1. А был ли мальчик, или При чем тут простата	60
1.7.2. Тяжелая женская доля...	61
1.8. Панические атаки и что лечат тарантулами	65
1.9. В на что обижается наш желудок и сердится кишечник?!	70
1.9.1. Функциональная диспепсия, или «обиженный желудок»	70
1.9.2. Синдром раздраженного кишечника	72
1.9.3. Дисбактериоз	74
1.9.4. Запоры	75
1.9.5. Газы!	78
1.10. Пять ран христовых	80
1.11. Беспорочное зачатие и может ли забеременеть мужчина?!	83
1.12. Предменструальный синдром	87
1.13. Нарушение сна и о чем писали У. Коллинз и Ч. Диккенс	91
1.13.1. Бессонница	91
1.13.2. Апноэ Сна	93
1.14. Черная желчь	95
1.15. Когда «основной инстинкт» дает сбой...	100
1.15.1. Проблемы с сексом у мужчин	100
1.15.2. Женские проблемы с сексом	104

1.16. Так ли страшны паразиты, как их малюют?!	107
1.17. Принцесса на горошине	110
1.18. Всё ли мы знаем об обезболивающих?!	114
1.18.1. «Нестероидные противовоспалительные препараты»	114
1.18.2. «Аспирин»	116
1.18.3. «Парацетамол»	117
1.18.4. Антидепрессанты	118
1.18.5. Противосудорожные	118
1.18.6. Препараты, снимающие мышечный спазм	119
1.18.7. «Трамадол»	119
1.18.8. Алгоритмы применения обезболивающих	119
1.18.9. Некоторые вопросы лечения остеоартрита	120
1.19. Почему допинг оказался в главе про соматоформные расстройства	123
Глава 2	127
Предисловие	128
От автора	130
2.1. «Мои года – моё богатство». И не только...	131
Конец ознакомительного фрагмента.	132

# 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 горбиться, 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 сколько 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 при-

мерный 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 серьёзных, 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 хватились 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

ничего 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 ящуром я страдал, очевидно, с детства. Ящуром 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 желательно 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 уреаплазму – как на хлеб с маслом и икрой заработать?!

Поэтому врачи 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 Мюнхаузен

Знакомьтесь – синдром Мюнхаузена. 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 Мюнхаузена 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 врачей, 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 Мюнхаузена 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 Мюнхаузена. 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 Мюнхаузена 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

большого 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 садика 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) взойшла 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 издали. Тот усмехнулся, подобрал здоровый дыр, 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 потрусилась 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 настораживать.

### *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 обездвижел, 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 понять и посоветовать 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 В12, 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 голени, сводит мышцы, особенно ночью, иногда произвольное 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 удастся 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 произвольные 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 уберется 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 «невьясненной 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 негнувшегося 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 – уввы! – 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 иллюзорное 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 миниатюрные 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, перекося 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 тугий 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 которых 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 сомни-

тельных 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: терморцепция (мы же четко отличаем горячее от холодного); проприорцепция – 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: хронорцепция – 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 исказиться 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 отекать 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 «сенсibilизация». 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 сенсбилизацию, 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 удается 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 получаса 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 сенсбилизированных 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 amitриптилина.**

Раз такую большую роль в хронической головной боли имеет напряжение окологреческих 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 (tizанидин – «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, задранного 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 тинниты (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 встре-

чается 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 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 % счастливых, 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 актив-

ное 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 % счастливых, 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 % жалую-

ются 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. Меха-

низмы развития болезни еще уточняются, их смысл в том, что в основе фибромиалгии лежит нарушение регуляции болевых импульсов, а именно «сенсibilизация центральной нервной системы» – мы об этом звене патогенеза упоминали ранее. После первого болевого импульса нервная система «сенсibilизируется», 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 искалеченный 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. Объясню – 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 гипотиреозидизме 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 подав-

ленным 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 (Chou 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 избавлению», 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 выспишься!» 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, про-

блему с памятью – 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.

3. **Гормональные расстройства.** Болезни щитовидной железы (при снижении ее функции), диабет, повышение кальция, снижение калия, недостаточность надпочечников.

4. **Гематологические проблемы:** анемия, скрытая онкология.

5. **Инфекции:** гепатит, эндокардит, мононуклеоз, туберкулез, ВИЧ, цитомегаловирус, бруцеллез и особенно боррелиоз, а также многие другие.

6. **Ревматологические болезни:** системная красная волчанка (типично!), ревматоидный артрит, да практически все заболевания этой группы.

7. **Нарушения сна:** апноэ сна (особенно!), аллергический ринит, полипы носовой полости.

8. **Болезни сердца и легких:** сердечная недостаточность, хронические обструктивные заболевания легких.

9. **Неясной этиологии:** это те, что имеют непосредственное отношение к нашей главе и являются диагнозами исключения – могут быть выставлены лишь при условии, что все другие причины отвергнуты:

- идиопатическая хроническая усталость
- синдром хронической усталости
- фибромиалгия.

Под эту категорию попадают 37,5 % больных с хронической усталостью (данные голландских семейных врачей, которые суммировали данные за 10 лет наблюдений: Okkes IM, Oskam SK, Journal of Family Pract, 2002;51). Другие исследования показывают меньший процент – от 8,5 до 33 %.

Про фибромиалгию разговор был в предыдущей главе, здесь же разберем «идиопатическую хроническую усталость» и «синдром хронической усталости», как я уже говорил, здесь есть нюансы. Эти два состояния лечатся по-разному, поэтому необходимо их различать. (Ну, лечатся – это громко сказано, тут врачам похвастаться особо нечем, однако направления определены, и они при этих двух состояниях разные.) Для того чтобы дать всем врачам универсальный инструмент для правильной оценки состояния больного, разработан специальный набор критериев, по наличию которых возможно определить: есть у больного синдром хронической усталости или же речь пойдет об идиопатической хронической усталости.

Вот пишу, а в голове крутится картинка – эпизод из «Брата-2», там, где речь идет про Киркорова:

- Одно слово – румын!
- Так он же болгарин!
- А какая разница?!

Разница есть, и вот критерии «синдрома хронической усталости»:

1. Наличие усталости на протяжении не менее 6 месяцев, при этом она должна наблюдаться большую часть времени.
2. Усталость усиливается при физической нагрузке.
3. Наличие нарушений сна.

4. Наличие «ментальной усталости» – нарушения памяти, трудности концентрировать мысли и проч.

5. Наличие ортостатических реакций – головокружение и другие неприятные симптомы при резком вставании.

Статистика показывает, что из всей неоднородной группы больных с хронической усталостью неясной причины под критерии синдрома хронической усталости попадают лишь около 15 % таких больных.

Почему его вообще выделяют в отдельную нозологическую единицу? Нозологическая единица – это определенная болезнь со специфическим именно для нее симптомокомплексом. Вот, например, мировая медицина вегетососудистую дистонию за нозологическую единицу не принимает, а синдром хронической усталости признает!

Ну, во-первых, это сразу выводит пациентов, соответствующих критериям синдрома хронической усталости, из разряда «симулянтов» и «нытиков». Это заболевшие люди, болезнь которых внесена в международную классификацию.

Отсюда совсем другое отношение и врачей, и работодателей, и семьи. Согласитесь – это очень важно! Ведь такие больные, несмотря на их часто цветущий вид, реально больны и не способны к активности, им нужна помощь, а зачастую они вместо нее получают лишь косые взгляды и обвинения...

Во-вторых, постановка диагноза завершает дальнейший диагностический поиск, этим самым сокращает ненужные затраты и риски ложноположительных результатов (скольким таким больным диагностируют рак, который в дальнейшем, после операции, не подтверждается!). Хочу подчеркнуть, что без очень веских оснований больным с хронической усталостью не проводят специфические тесты на выявление состояния иммунного статуса, гиповитаминоза или расширенный поиск инфекций.

В-третьих, определены состояния, с которыми этот синдром часто сочетается, поэтому возможна их ранняя профилактика.

В-четвертых, хоть лечебные подходы сегодня мало эффективны, но они есть и постоянно разрабатываются.

Между прочим, синдром хронической усталости сегодня официально называется не так. Его очередной раз переименовали.

Когда-то, в 1750 году, похожее состояние описывали как «фебрикула», или «маленькая лихорадка».

В 1871 году описали, как «синдром Да Коста».

С 1889 года и на протяжении двух столетий бытовало название «неврастения». Впрочем, под ней скорее подразумевались все соматоформные расстройства. Вот какое определение неврастения давал сэр Вильям Ослер в книге «Принципы и практика медицины» в 1895 году: «Все состояния, при которых жалобы пациента не совпадают с данными нормального объективного обследования, проведенного врачом».

В 1988-м появился термин «синдром хронической усталости» впервые разработаны его критерии.

В 2015-м эти критерии модифицировали и предложили название: «Болезнь систематической непереносимости каких-либо усилий» (Systemic exertion intolerance disease).

При этом название «синдром хронической усталости» пока тоже оставили в употреблении, чтобы обеспечить преемственность терминологии.

Новое название более точно описывает суть болезни – не полупоэтический термин «усталость», а именно регулярная постоянная неспособность выполнять ежедневные нагрузки, как физические, так и умственные. Жил активный человек, работал, радовался жизни (в отличие от больных с депрессией, когда усталость развивается исподволь и явля-

ется уже практически частью характера). Потом, обычно после появления симптомов легкой простуды или без оных, все начинает валиться из рук.

**Больные с синдромом хронической усталости могут выглядеть здоровыми, но им действительно нужна медицинская помощь.**

Физические нагрузки облегчения не приносят, «расходиться» не удастся, становится только хуже! Нарушается сон, появляется трудность концентрировать мысли, присоединяется ощущение повышенной температуры (помните, «маленькая лихорадка?»), летучие боли в суставах, слегка увеличиваются и становятся болезненными лимфоузлы. Более того, у многих больных с систематической непереносимостью нагрузок появляются болезненные точки на теле, что типично для фибромиалгии. Надо сказать, что эти два заболевания часто накладываются одно на другое и подчас разделить их очень трудно.

Еще раз подчеркну: как правило, заболевают активные люди! Ожидаемо, когда подобные жалобы появляются у человека, который годами мается от головной боли или боли в спине, который частый посетитель поликлиник и больниц, полупрофессиональный больной! Нет, здесь обычно как раз противоположный случай.

И все-таки какие предположения, от чего все это берется? Понятно, что причины мы не находим, но предположения же есть?! Есть. Вот они:

**1. Вирусы.** Давно известно, что инфекции, вызванные вирусом Эпштейн-Барра, цитомегаловирусом и другими, часто сопровождаются выраженными симптомами хронической усталости (особенно подозревался вирус со сложным названием «вирус мышинной ксенотропической лейкемии»). Да, это так, и если мы находим активность этих вирусов, мы их лечим, как правило, получаем эффект и рассматриваем симптомы усталости как проявление инфекционной болезни. Одно время и синдром хронической усталости расценивался как проявление рецидивирующей инфекции вирусом Эпштейн-Барра. Потом повторные исследования не смогли доказать наличие активной вирусной инфекции у больных. Хотя у трети из них все начиналось после перенесенного мононуклеоза (болезнь, вызываемая вирусом Эпштейн-Барра. См. мою книгу «Свой – чужой»). Возможно, определенный толчок к развитию болезни вирусы все-таки дают!

**2. Дисфункция иммунной системы.** Есть работы, подтверждающие определенные сдвиги в показателях работы иммунной системы при болезни систематической непереносимости нагрузок. Некоторые даже на основании этих данных стали называть эту болезнь «синдром хронической усталости и иммунной дисфункции». Однако анализ этих изменений неоднозначен. Многие из них идентичны таковым, что наблюдаются при банальном воспалении. В любом случае истинного иммунодефицита тут нет!

**3. Эндокринно-метаболическая дисфункция.** У части больных с синдромом хронической усталости находят низкий уровень гормонов надпочечников и другие нейроэндокринные расстройства. Но и тут истина вертится где-то под кончиками пальцем, но пазл не складывается.

Скорее всего, факторов развития этой болезни несколько, все они взаимодействуют с индивидуальной реакцией организма на стресс, выстраивая платформу для развития болезни.

Теперь другой вариант. 8-30 % больных с хронической (более 6 месяцев) усталостью невыясненной этиологии не соответствуют критериям «синдрома хронической усталости», или, по-новому, – «болезни систематической непереносимости нагрузок». Таких больных относят к группе «идиопатической, или неспецифической хронической усталости». Процент нетрудоспособных людей и прогноз у этой группы примерно такой же, как и у тех, кто этим критериям соответствует.

В большей части оба состояния лечатся на сходный манер.

Пока на полное выздоровление рассчитывать не приходится – лечение направлено на уменьшение симптомов. Наиболее эффективна групповая психотерапия и дозированные физические нагрузки. Первая подразумевает регулярные часовые занятия с психотерапевтом – пока для нас это экзотика. Дозированные нагрузки: сначала нагрузки лишь усиливают симптоматику, поэтому нужен специальный тренер, знакомый с методикой. Может быть эффективными тай-чи и йога.

Для лечения синдрома хронической усталости недавно в клиническую практику введен препарат «Ринтатолимод». Он обладает противовирусной и иммунномодуляторной активностью, большого клинического опыта его применения пока нет.

К лечению с недоказанной эффективностью относится применение антибиотиков, противовирусные препараты, антидепрессанты, витамины, магnezия, препараты от ВИЧ-инфекции, экстракт бычьей или свиной печени. У некоторых имеет эффект смена зубных протезов и давних пломб – подозревают неблагоприятное действие устаревших зубопротезных материалов, там могут быть такие представители таблицы Менделеева, как мышьяк, ртуть, свинец!

Зубные протезы – это вообще отдельная тема для разговора.

Частично мы ее касались в главе про расстройства челюстно-лицевого сустава. Протезы есть у многих, пломбы – почти у всех! В США – вот у этих белозубых американцев – к возрасту 60 лет у 25 % населения отсутствуют ВСЕ зубы! Причина – периодонтит, инфекции полости рта. Они доказанно провоцируют воспаление, отсюда резко повышается угроза сердечно-сосудистых заболеваний! Не говоря уже о прямом распространении инфекции на все органы. Ведь даже при чистке зубов жесткой щеткой у большинства людей в крови временно появляются бактерии! Про аллергию на зубопротезные материалы мы еще поговорим ниже в следующих главах.

### ***Заметки на полях***

На протяжении многих столетий люди пытались улучшить память и ускорить мыслительные процессы с помощью лекарств. От наркотиков для этой цели отказались очень быстро, потому как очень кратковременное возбуждение сопровождается искажением реальной действительности и сменяется неадекватными реакциями. Один из популярных препаратов – «Гинкго-билоба». Реликтовое растение «Гинкго» тысячелетиями используется в китайской медицине для улучшения памяти и концентрации внимания. Последние 200 лет стал популярен и в Европе. Отзывы были разные – от восторгов до неприятия. Настало время доказательной медицины. Проведены исследования, и вердикт неутешительный: эффект не выше эффекта плацебо. А вот побочные явления возможны.

Во всяком случае американское FDA (правительственное агентство по контролю за лекарствами) применять гинкго-билоба для предотвращения снижения когнитивной функции (хорошо, скажу по-нашему: чтобы не «тормозить»!) не рекомендует. Но поиски препарата продолжаются. Многообещающе оказались – что бы вы думали – пластыри с никотином! Также звучит необычно, но пока с успехом идут испытания лечением ингаляциями с инсулином через нос. Раз в день на протяжении 20 дней; улучшают память и ясность мысли. Также нужны специальные диеты с высоким содержанием жиров и фосфолипидов. В предотвращении деменции возможно найдут свое место обезболивающие (вот гримасы доказательной медицины!) и статины.

## 1.7. Синдром хронической тазовой боли, или страдают ли простатитом женщины?!

Давайте вначале все-таки о мужчинах. Они очень трепетно относятся ко всему, связанному с их мочеполовой сферой! Многократно видел, как самые отпетые хулиганы, которые и спят с сигаретой в зубах, питаются водкой и колбасой, пренебрежительно отмахиваясь от всех предупреждений беречь здоровье, превращались в покорных овечек, готовых пить таблетки и подвергаться болезненным процедурам, при малейшем намеке на дисфункцию их драгоценного аппарата! Опять прибегну к американской статистике из-за ее точности и объективности: 10 % мужчин среднего возраста имеют те или иные симптомы, которые могут быть расценены как простатит.

Носителей такого диагноза только в США 2 миллиона визитов в год! Только вот тот самый острый, или хронический бактериальный («настоящий»!), простатит имеет место только в 4 % от них! Тогда чем же больны остальные 96 % страдальцев?

### 1.7.1. А был ли мальчик, или При чем тут простата

В международной классификации болезней есть признанный диагноз: «синдром тазовой боли / хронический простатит». Вот так и пишется, через черточку. Если у тех 4 % больных за реальным воспалительным процессом простаты стоит бактериальная инфекция то здесь причины имеющейся симптоматики не очевидны и до конца не ясны. Как следует из названия, ведущим симптомом здесь является боль и дискомфорт в области простаты.

При этом не ясно, какой всё-таки вклад самой простаты в эти ощущения. Поэтому второе название этой болезни – хронический простатит – не очень соотносится с перво-причиной. Исследования показывают, что инфекции здесь ни при чем. У таких больных искали и хламидию, и микоплазму и другие наиболее часто встречающиеся при бактериальном простатите микроорганизмы. И связать их с синдромом тазовой боли/хроническим простатитом не смогли.

**Каждый 10-й мужчина среднего возраста имеет те или иные симптомы, которые могут быть расценены как простатит. Однако «настоящий» (бактериальный) простатит – только у 4 % из них**

В Сиэтле была проведена довольно-таки негуманная работа, когда биопсии простаты подверглись 120 больных подобным синдромом и 60 здоровых добровольцев. Разницы в росте бактерий в полученных образцах простаты между ними не было – 38 % у одной группы и 36 % у другой. (А определенная степень бактериальной контаминации есть у многих здоровых людей-носителей.) Врачи обсуждают, насколько разрастание ткани простаты с возрастом, её реакция на нормальную урологическую флору, аутоиммунные процессы могут иметь вклад в симптоматику синдрома тазовой боли/хронического простатита. Сходятся в одном – тут несомненно присутствие неврогенных болей при наличии психологического стресса, тревожности и страха больного столкнуться с серьезной болезнью. Если бы только болело, многие мужчины бы перетерпели и не «заморачивались»! Но при синдроме тазовой боли / хроническом простатите – частая эректильная дисфункция и проблемы с эякуляцией. А это уже для большинства крайне серьезно! Да еще может сопровождаться затрудненным мочеиспусканием и наличием крови в моче. Возникает порочный круг – наши урологи ставят диагноз простатит (а для большинства из них простатит – это бактериальный и никакой другой!), назначают антибиотики, массаж простаты. Помогает не очень, мужчины нервничают, особенно если «осечки» продолжаются, в итоге симптомы только нарастают!

Развивается депрессия, присоединяются другие заболевания, для которых характерна неврогенная боль: синдром раздраженного кишечника, фибромиалгия, синдром хронической усталости. Как и все эти упомянутые заболевания, синдром тазовой боли/хронический простатит – это диагноз исключения. Исключаются инфекции, уретриты, онкология урогенитальной сферы, неврологические заболевания. Как правило, «наш» больной будет иметь лишь местные симптомы, у него не будет ни температуры, ни снижения веса, ни ухудшения общего состояния. Однако наличие сексуальной дисфункции может обуславливать депрессию и снижение качества жизни. Американский Институт здоровья разработал специальную шкалу из 43 параметров, по которым оценивают степень имеющихся у пациента боли, нарушения мочеиспускания и снижения качества жизни.

При обследовании, помимо рутинных анализов крови, УЗИ и пальцевого исследования простаты необходимы дополнительные исследования, если:

1. Сопутствующие боли в животе – КТ живота, чтобы не пропустить какой-либо процесс там.

**Синдром тазовой боли/хронический простатит – такой диагноз может быть поставлен, если исключены инфекции, уретриты, онкология урогенитальной сферы.**

2. Боль в яичках – УЗИ, ведь онкология яичек – 4-й по частоте рак у мужчин.

3. При сопутствующих онемениях в ногах или ощущении мурашек стоит подумать об МРТ для выявления грыжи межпозвоночного диска на уровне поясничных позвонков. Некоторые веточки люмбальных нервов снабжают область таза, и их ущемление может быть спутано с простатитом.

Подавляющее число пациентов с тазовыми болями/хроническим простатитом проходят через курс лечения антибиотиками. Поскольку точки приложения для них нет, успеха такая терапия не приносит. Однако поскольку многие микроорганизмы, составляющие урологическую микрофлору, могут провоцировать воспаление, у пациентов с историей инфекций мочевыводящих путей подобное эмпирическое назначение антибиотиков можно считать условно оправданным.

Препараты выбора – альфа-блокаторы (наподобие тех, которые применяются при гипертрофии простаты) на срок до 3 месяцев, другие лекарства, применяющиеся при гипертрофии простаты, противовоспалительные и некоторые противосудорожные лекарства. Определенную роль играет психотерапия, применяют физиотерапию, иглоукалывание.

Относительно сексуальной дисфункции. Проще всего все списать на простатит или депрессию.

Половая функция – одна из важнейших у мужчин. Требуется поддержания хорошего здоровья, как физического, так и душевного. Постоянные стрессы, недосып, неправильный образ жизни, избыточный вес, повышенное давление, лекарства, курение, алкоголь, вредные жиры, сахар – что, перечислять дальше? Все это нарушает сексуальную функцию в очень большой мере. А вы – простатит! Ну и что, что «раньше такого не было!»? Все проблемы когда-то начались впервые! Вы с одышкой поднимаетесь на 4-й этаж, не можете подтянуться 5 раз и присесть 20 и думаете, что другой орган у вас будет работать более успешно?! Не будьте столь наивны! Подробнее о сексуальной дисфункции будет в специальной главе.

## 1.7.2. Тяжелая женская доля...

А что же женщины? Ведь простатита у них не может быть по определению за неимением простаты как таковой! Простатита нет, а вот синдром тазовых болей – очень даже и может! Мочеточник у женщин значительно короче, простаты на его пути нет, но очень близко

мочевой пузырь. Как и в случае мужчин с простатитом, женщины мучаются циститом, их поголовно лечат антибиотиками, которые далеко не всем помогают. Остаются болезненные позывы, частое мочеиспускание, иногда кровь в моче. И ровно так же, как в случае с простатитом, как правило, наши врачи не знают (или не хотят знать) о существовании очень частой формы цистита – неинфекционного цистита, или синдрома болей мочевого пузыря.

Американская ассоциация урологов определяет «синдром боли мочевого пузыря/интерстициальный цистит» (так это официально называется) как «неприятные ощущения в области мочевого пузыря (боль, давление, дискомфорт) в сочетании с учащенным, болезненным мочеиспусканием длительностью более 6 недель при отсутствии инфекции или каких-либо других очевидных причин».

Посидела на холодной скамейке, выпила крепкого чая, кофе, поела острой пищи с бокалом вина, понервничала, то да сё – и вот тянущие боли внизу живота, позывы в туалет каждые 15 минут, жжение при мочеиспускании, чувство облегчения очень ненадолго, постоянно тянет в туалет – в общем, одно мучение! Выпила антибиотики – и ничуть не легче! Пошла к врачу – в анализах мочи ни большого количества лейкоцитов, ни бактерий. Посев мочи стерильный. Врач все равно выписывает антибиотики – уже другие. Вроде легче, а впрочем, все равно бегать приходится часто, после них, кажется, еще и хуже. Но другого лечения нет, уже и «молочница» замучила, вот так и живем: то свечи, то таблетки, а всё без толку!

#### *Заметки на полях*

Несколько раз присутствовал на мероприятиях с участием Президента России. Сами понимаете, там не скажешь: «Извините, мне по-маленькому!». А продолжается это все часа по 4! Вот не знаю, как другие, а я с утра ничего не пью, ни чай, ни кофе (помимо жидкости, там и кофеин мочегонным действием обладает!), только рот полощу. Приезжаю заранее и иду в туалет, независимо – хочу или нет! И потом, уже когда рассаживаются все, – бегу опять, использую последний шанс! Потом спокойно сижу все заседание, довольный тем, какой я умный и предусмотрительный!

Ничего не напоминает?! Ведь такое может случиться с каждой 10-й женщиной! И что особенно обидно нам, мужчинам, – помимо нашего «хронического простатита/синдрома тазовой боли» 1–2 % мужчин испытывают еще и синдром боли мочевого пузыря! Но у женщин это встречается, конечно, многократно чаще! Причем течение этой болезни может быть достаточно выматывающее – с сильными болями и позывами в туалет до 60 раз в день! Тут ни сна нормального, ни работы толком не выполнить! (Кстати, синдром боли мочевого пузыря представляется сомнительным, если человек не просыпается в туалет ночью или частота мочеиспусканий за сутки меньше 8.)

Синдром боли мочевого пузыря/интерстициальный цистит – из группы заболеваний, про которые говорят: «причины неизвестны, патогенез не ясен!». Можно только предполагать с той или иной степени вероятности. Мы знаем факторы риска, которые провоцируют симптоматику: стрессы, менструация, секс, долгое сидение, алкоголь, кофе, чай, острая пища, цитрусовые, помидоры и многое другое. У разных пациентов – по-разному. О наличии генетической предрасположенности говорит более частое появление этой болезни у близнецов: если у одного из них она есть, то почти наверняка будет и у другого. Видимо, как и в случае с синдромом хронической боли, болевые рецепторы, расположенные в мочевом пузыре, под воздействием гормонов стресса перенастраиваются на более низкий порог чувствительности и реагируют на малейшее растяжение стенок мочевого пузыря. Так же перенастраиваются принимающие центры головного мозга. Так или иначе проблем с самим мочевым пузырем нет, как и какой-либо инфекции. Потому антибиотики и не помогают – нет точки их приложения!

**Факторы риска, провоцирующие симптоматику синдрома боли мочевого пузыря/интерстициальный цистит: стрессы, менструация, секс, долгое сидение, алкоголь, кофе, чай, острая пища, цитрусовые, помидоры.**

Естественный вопрос, а что же тогда помогает?! Вот тут простого и ясного ответа не будет. Нет высокоэффективного лечения, увы! Дают анальгетики, антидепрессанты, вводят в мочевой пузырь лидокаин, гепарин, соду – эффект обычно заставляет ожидать лучшего...

Основное – обучение пациента определенным правилам поведения.

Во-первых, избегать провоцирующих факторов – того же кофе или лимонов, например.

Во-вторых, определиться с жидкостью. У одних при концентрированной моче симптомы увеличиваются, и таким надо пить воды побольше (но не более 2 литров!). У других перегрузка объемом ситуацию усугубляет, и им надо воду ограничивать.

В-третьих, начать тренировать мочевой пузырь. Вот есть позывы в туалет, а надо терпеть (представьте себе, что вы на встрече с Президентом!). Постепенно увеличивать время между походами в туалет. Из лекарств первой линии – «Амитриптилин», антигистаминные (обычно их применяют для лечения аллергии) – «Гидрохлорид» или новейший «Монтелукаст». Есть работы, указывающие на возможный положительный эффект виагры. Причем работа была целиком выполнена на женщинах (видимо, с целью исключения нецелевого использования!). И даже введение ботокса рассматривается как потенциально полезная процедура. Объясняется способностью нейротоксинов ботулизма менять порог чувствительности болевого импульса в нервном синапсе. На синдроме боли мочевого пузыря/интерстициальном цистите потенциальные проблемы, казалось бы, здоровых женщин с урогенитальной сферой отнюдь не заканчиваются. Есть такое понятие, как вульводения – боли в области влагалища. Если только они не спровоцированы неправильными действиями по интимному уходу, излишне тесным бельем, тампонами, неумелым сексом или менопаузой, то эти симптомы также вполне могут быть отнесены к синдрому хронической боли. Только вначале надо проверить поясничные позвонки: защемление определенной веточки выходящего нерва («пудендального») может дать сходную симптоматику.

Отличительные признаки – болит сильнее в положении сидя, боль никогда не будит ночью, не сопровождается снижением чувствительности кожи в этих местах.

***Заметки на полях***

У части женщин проблемы с областью гениталий могут объясняться аллергической реакцией на сперму. Аллергия проявляется отеком и покраснением слизистой влагалища, сильным зудом, болью. Симптомы могут развиваться сразу после секса или по истечении часа. И к сожалению, не только местные! Крапивница, заложенность носа, нарушение глотания, приступы удушья и даже анафилактический шок – все это может случиться у женщины со сверхчувствительностью к белку, содержащемуся в семенной жидкости! Красивые легенды о смерти красавицы от горя через час после расставания с любимым навсегда могут иметь под собой прозаическую аллергию на семенную жидкость и отсутствие своевременной медицинской помощи.

Теперь давайте ответим на вопрос, который стоит в названии этой главы: могут ли женщины страдать от простатита? Если принимать за простатит симптоматику, которая дает нашим врачам основание для подобного диагноза, – да, могут! И мужчины, и женщины могут страдать от учащенного и болезненного мочеиспускания, от боли и дискомфорта в промежности, от проблем с сексом. И у мужчин, и у женщин в подоплеке этого состояния нет инфекции, и у тех, и у других названия «простатит» или «цистит» употребляют лишь

как дань традиции и с целью по обеспечению преемственности диагноза – ведь в реальности никаких изменений ни в простате, ни в мочевом пузыре нет! В чистом виде остаются диагнозы «синдрома тазовой боли» и «боли мочевого пузыря», а этому подвержены оба пола, хоть и в разной степени.

## 1.8. Панические атаки и что лечат тарантулами

Каждый третий из нас хоть раз в жизни да испытывал паническую атаку. Внезапно захлестывает безотчётный страх, учащается пульс, перехватывает дыхание, потеют ладони, начинает крутить живот. Длится от нескольких минут до часа. Врачи свели в единый список самые типичные симптомы панической атаки. Вот он:

1. Внезапный страх или дискомфорт.
2. Учащение пульса, сердцебиение.
3. Повышенная потливость.
4. Озноб.
5. Чувство нехватки воздуха.
6. Ощущение кома в горле.
7. Боль в груди.
8. Тошнота и дискомфорт в животе.
9. Головокружение.
10. Парестезии – ощущение онемения пальцев, «мурашки» по коже.
11. Ощущения нереальности происходящего, что все происходит как бы не с тобой.
12. Страх потерять контроль, сойти с ума.
13. Страх смерти.

Теперь представьте, что у части людей панические атаки протекают без первого и последних 3 пунктов. Нет ни страха, ни выраженной тревоги. Врач в таком случае часто не сразу может выяснить причину имеющихся симптомов. Такие больные ходят от врача к врачу, подвергаются множеству диагностических тестов, вплоть до ангиографии, тратят колоссальные деньги на множество ненужных им, небезопасных медикаментов.

Вообще больные с паническими атаками часто приходят к своему диагнозу с большим опозданием. Британские врачи показали, что до постановки диагноза панической атаки пациенты с упомянутой симптоматикой ходят по терапевтам и врачам общей практики в среднем 10 лет! (Simpson RJ, Kazmierczak T, Power KG, Sharp DMSO Br J Gen Pract. 1994;44(385):352).

Механизм развития «панических атак», наверно, наиболее полно отражает формулировка: паническая атака – это результат воздействия стрессов жизненных ситуаций на людей с сочетанием предрасполагающих факторов. Со стрессами очень даже понятно. А что это за предрасполагающие факторы?

Некоторые люди имеют предрасположенность к паническим атакам в своих генах. Это доказано исследованиями на близнецах и родственниках первой линии пациентов, подверженных этой болезни. Далее идут личностные характеристики: чаще паническим атакам подвержены люди нервного склада характера, с высоким уровнем тревожной готовности (это, кстати, медицинский термин).

Панические атаки часто сочетаются с наличием у пациента сопутствующих заболеваний, таких как астма, атеросклероз сосудов сердца, артериальная гипертония, язвенная болезнь, цистит, мигрень. Несколько особняком в этом списке стоит пролапс митрального клапана. Пролапс и панические атаки очень часто протекают одновременно. Доктора до сих пор не пришли к общему мнению, что здесь – простое совпадение или все-таки пролапс митрального клапана может давать симптоматику панических атак.

### *Заметки на полях*

Работая в Африке, наблюдал различные ситуации. Со снабжением там всегда и везде было крайне плохо, и, помимо довольно скудного пайка,

который нерегулярно доставлялся из посольства самолетом, приходилось где-то добывать себе пропитание. Основным источником были местные рынки. Воистину, кто видел – тот не забудет! На пустыре на земле разложены кучки местных овощей и фруктов, куски облепленного мухами мяса, консервы, какие-то тряпки, батареек, мешки с древесным углем, хворост, связанные за лапы исхудавшие кудахчущие куры... Толпы народу, истоптанная босыми пятками земля, гомон, духота, миазмы. Деньги ничего не стоят, их передают друг другу пачками, завернутые в обрывки газеты, в основном процветает натуральный обмен. В какой-то из дней я отправился на рынок с несколькими женщинами – женами наших геологов, врачом группы которых я и был. Одна из них была с повышенным уровнем тревожной готовности, особа нервная, почти ежедневно посещавшая медпункт с симптомами панических атак. Получилось так, что я остался с ней, ожидая, когда она закончит торговаться за тощую курицу и горсть картофеля, остальные уже ушли в машину. (Апельсины и ананасы продавались мешками, а вот картофель – экзотика, поэтому только горстями и поштучно!) Моя спутница наконец сторговалась и уже протянула в уплату за продукты пачку сигарет и 2 пачки лаврового листа – страшный дефицит (мы чемоданами его везли из Союза). И в это время прямо около нас возникла нешуточная ссора! Крики, толчки и наконец – выстрел! Толпа ахнула и бросилась врассыпную, тут же захлопали выстрелы по всему рынку. Неудивительно – гражданская война, оружие у многих, рынок, как и везде, сосредоточение темных элементов. Я пригибаюсь и кричу спутнице: «Уходим, быстро!» а та: «Ну нет, эта мырма уже мой лавровый лист забрала, где мои продукты?!» «Какие продукты», – кричу, – сейчас нас сметут, и торговка твоя давно уползла!» Та и правда проскользнула между ящиков, из которых были сколочены импровизированные прилавки, и след ее простыл! И вот моя спутница, которая почти ежедневно требовала от меня лечения по поводу тревожных состояний, приступов страха, сердцебиения и нехватки воздуха, единственная из визжащей толпы в полный рост пошла за прилавок, отсчитала себе положенное количество картошек, отвязала от кудахчущей кучи курицу и только после этого позволила себя увести! Женщины, насколько же вы непостижимы! Никогда больше я не давал ей никаких лекарств, вспоминая, как она спокойно стояла под выстрелами в полный рост в то время, когда у меня полностью пересохло во рту и вспотели ладони!

Проплапс митрального клапана (далее ПМК) обозначает ситуацию, когда створки одного из клапанов сердца (митрального) во время сокращения сердечной мышцы «провисают» (пролапс!) в полость предсердия, что часто вызывает обратный ток крови, сопровождающийся систолическим шумом. За таким пролапсом (провисанием) обычно кроются некоторые дегенеративные изменения створок клапана, часто генетически обусловленные. Встречается очень часто – исследования начала 80-х годов говорили о 10 % взрослого населения. Однако окончательный диагноз пролапса митрального клапана ставится исключительно на ЭХО. С развитием аппаратуры менялись критерии пролапса митрального клапана, и по сегодняшним воззрениям им соответствует 2,4 % населения. В подавляющем большинстве случаев ПМК протекает бессимптомно. Важность выявления этого состояния состоит в том, что иногда возможны довольно серьезные осложнения, такие как аритмия и инфекционный эндокардит. При даже небольшом ПМК могут наблюдаться такие неспецифические симптомы, как боли в грудной клетке, сердцебиение, обмороки, повышенная утомляемость,

чувство тревоги. То есть клинические проявления, сходные с паническими атаками. То, что у нас все поголовно списывается на неведомую всему остальному миру вегетососудистую дистонию!

Исследователи отмечают, что при пролапсе митрального клапана могут отмечаться некоторые умеренные нейроэндокринные изменения, которыми пытаются объяснить упомянутую симптоматику. Подобные симптомы при ПМК лечат дозированной физической нагрузкой, групповой терапией. За самим ПМК, если он незначительный, наблюдают только при очередных медосмотрах раз в 3 года (и даже ЭХО не повторяют!), если пролапс выраженный – наблюдение раз в год при помощи ЭХО, в некоторых случаях и чаще! Выраженный пролапс потенциально может провоцировать как аритмию, в том числе и мерцательную, так и тромбоэмболию, которая может приводить к нарушению мозгового кровообращения у пожилых людей (статистика показывает, что у молодых людей подобное осложнение при пролапсе практически не случается!), поэтому иногда врачи рекомендуют профилактический приём аспирина. Выраженный пролапс лечится хирургически с очень хорошим эффектом.

**Даже при небольшом пролапсе митрального клапана могут наблюдаться симптомы, схожие с паническими атаками: боли в грудной клетке, сердцебиение, обмороки, повышенная утомляемость, чувство тревоги.**

Независимым фактором риска является употребление алкоголя. Часто им «запивают» стресс, и на какое-то время становится легче. Но, как правило, ненадолго. Через какое-то время алкоголь перестает помогать, и уже сам в свою очередь начинает провоцировать панические атаки. Тут такая же проблема, как и с применением успокаивающих средств короткого действия. Как только концентрация их (или алкоголя) в крови падает, эти изменения по сложной биохимической цепочке приводят к резкому подскоку уровня тревоги! (Тут участвует масса нейротрансмиттеров: серотонин, норэпинефрин, гамма-амино-бутириковая кислота и проч.)

Панические атаки рецидивируют годами, часто весьма осложняя пациентам жизнь. В одном исследовании было показано, что количество дней нетрудоспособности при панических расстройствах превышает таковые при диабете, сердечных болезнях и почечных заболеваниях, вместе взятых! У таких больных выше процент самоубийств, выше смертность от сердечных заболеваний, нарушений мозгового кровообращения, астмы.

#### ***Заметки на полях***

Мой сын с детства боялся пауков и собак. Однажды, когда он был совсем маленький, его напугала собака, и он начал плакать, увидев какого-нибудь пса на улице. Пришлось принимать кардинальные меры – купить собаку. Надо ли говорить, что через несколько, нет, не дней – часов они со щенком стали неразлучными друзьями! С тех пор собаки постоянно живут в нашем доме, на сегодня их 3 – сенбернар Гамлет, азиатская овчарка Марго и их гигантская дочка с характером кошки – Джина. Кот тоже есть – рыжий мей-кун Арамис. С пауками было сложнее. Да я и сам их не очень. Какое-то время назад путешествовали мы по Южной Америке. Путешествия – моя страсть! Кто-то тратит деньги на квартиры, одежду, украшения, дома. Я же всю мою немаленькую зарплату и гонорары трачу на путешествия! Дом может сгореть, украшения могут украсть, машину можно разбить! А вот воспоминания никто и никогда у тебя не отнимет! И вот позади фантастический Мачу-Пикчу, инопланетные линии Наско, и мы на несколько дней пустились в сафари по джунглям Амазонки. Непроходимая

сельва, гигантские разноцветные попугаи ара, мутные воды Великой реки с торчащими ноздрями аллигаторов и мелкими пираньями со злыми мордами и торчащими зубками (ловили их на импровизированную удочку). Спали в гамаках – так безопаснее в смысле змей и разнообразных ползающих тварей! А ходили в резиновых сапогах – недавно прошел сезон дождей и ноги постоянно утопали в жиже. Как-то с утра пришлось идти довольно долго, и сын всю дорогу ныл, что у него в сапоге какой-то комок глины или камешек – идти мешает! От предложения остановиться и вытряхнуть сапог отказался. И вот мы дошли, он снял сапог и вытряхнул из него довольно крупный сероватый комок земли. Только вот это оказалась никакая не земля! Это был огромный тарантул, который вдруг зашевелился, из серого комка расправился во всю свою немалую длину и сердито бочком уполз в листву! Я думал, что потеряю сознание, сын же, наоборот, только и произнес: «Ни фиги себе!». Видимо, был заторможен от беспредельного шока! И с тех пор к паукам относится довольно равнодушно, как и ко всем другим мохнатым тварям с шипами, ножками, усиками, крылышками.

Лечение: комбинация лекарств и специфической психотерапии. С лекарствами все более или менее ясно: антидепрессанты последнего поколения из группы «ингибиторов обратного захвата серотонина» – это «Циталопрам», «Венлафлаксин», успокаивающие бензодиазипины – «апрозалам» («Ксанакс») и сходные. С психотерапией все сложнее, у нас эта отрасль медицины не развита вовсе. Сейчас появились краткосрочные курсы «психологов», которые готовят этих «специалистов» за деньги из всех желающих, но вы же сами понимаете, что тут и говорить не о чем! Посоветую приобрести книжку моего друга и коллеги Ивана Кириллова «Стресс-серфинг». Полезное чтение!

Близко по сути к паническим атакам стоят всевозможные фобии – страхи. В принципе они составляют часть неоднородной группы «тревожных расстройств» – состояний, которые приносят немалый доход психиатрам всего мира, а у нас пущенных на самотек и являющихся составной частью бытия.

Фобии бывают разные и делятся на несколько основных групп:

1. Страх животных – пауки, змеи, богомолы, собаки.
2. Окружающей среды – высоты, воды, огня.
3. Крови и связанных с нею процедур (инъекции, операции)
4. Ситуационные – самолеты, лифты, замкнутые пространства.

Кто больше подвержен страхам? Дети? А вот и нет! У детей подобное встречается в 7 % и часто длится недолговременно.

А вот у взрослых количество подверженных страхам людей уже достигает 10 %. Намного чаще у женщин, чем у мужчин.

Считается, что пожилые люди этому виду тревожных расстройств поддаются реже. На самом деле нет: такой же процент, как и у лиц среднего возраста. Основной принцип лечения подобных фобий точно такой же, как и в гомеопатии: подобное подобным! Боишься змей? Тогда вот этапы лечения, копирую из реального руководства (Randi E McCabe, PhD, Richard Swinson, MD):

1. Произнеси слово «змея».
2. Посмотри на змею на картинке.
3. Потрогай изображение змеи на картинке.
4. Посиди в метре от игрушечной резиновой змеи.
5. Потрогай резиновую змею.
6. Посмотри видео с живой змеёй.
7. Постой в метре от аквариума с живой змеёй.

8. А теперь – вплотную.
9. Посмотри, как работник террариума держит в руках живую змею.
10. Потрогай живую змею, пока её держит на руках другой человек.
11. **ВОЗЬМИ в РУКИ ЖИВУЮ ЗМЕЮ!**

## 1.9. В на что обижается наш желудок и сердится кишечник?!

Дискомфорт и неприятные, а то и вовсе болезненные и весьма беспокоящие ощущения, связанные с работой нашего желудочно-кишечного тракта, очень часто являются классическими проявлениями соматоформных расстройств.

Во всяком случае никак не реже, чем боль, которую мы подробно разбирали выше. Что-то из того, что написано в этой главе, уже было опубликовано в моих предыдущих книгах. Но сюда включил для обеспечения цельности и полноты описания разнообразных желудочно-кишечных проблем, которые могут беспокоить человека, казалось бы, безо всяких на то объективных причин.

### 1.9.1. Функциональная диспепсия, или «обиженный желудок»

Я получаю массу писем примерно следующего содержания:

«Мне 40 лет, 20 из них я мучаюсь постоянной отрыжкой, горечью во рту, изжогой, чувством переполнения желудка, болями. Находят гастрит, хронический панкреатит, хронический холецистит и дискинезию желчных протоков, но никто мне помочь не может! Помогите!».

Когда начинаешь разбирать медицинские документы, что же все-таки сделано и что на самом деле выявлено, то в 99 % случаев оказывается, что никакой сколько-нибудь значимой патологии там нет! Наши врачи не любят или не умеют говорить «нет». Всегда будет «возможные воспалительные изменения», «поверхностный гастрит», «косвенные признаки хронического панкреатита», «взвесь и хлопья в желчном пузыре». То ли ответственности боятся: «У пациента столько жалоб, а я скажу, что ничего нет, а вдруг пропускаю что-то?!»; то ли сами индуцируются пациентами и сами верят: «Ну должно же что-то быть, ну какое-то объяснение?! Наверно, вот эта тень на поджелудочной при УЗИ и есть перенесенное воспаление!»

Так вот: 75 % людей, обратившихся с жалобами на переполнение желудка, горечь во рту, изжогу, боли и дискомфорт под ложечкой, при объективном обследовании не имеют никакой реальной патологии!

В медицине это носит название «функциональная диспепсия». Другой вариант: «upset stomach», что переводится буквально – «обиженный желудок»!

#### *Заметки на полях*

Про операционный стол не для «красного словца».

Например, при нынешней доступности УЗИ камни желчного пузыря, как случайная находка, встречаются очень часто. Несколько лет назад обследовали все взрослое население одного небольшого итальянского городка и выявили бессимптомные камни почти у каждого десятого! И что прикажете делать? Оперировать всех подряд? В России подход до сих пор именно такой, как будто мы самые богатые! В странах, которые тратят на свое здравоохранение в ТРИ раза больше, чем мы, поступают иначе. Там случайно выявленные камни не удаляют профилактически, а делают это только если развивается симптоматика, например, желчная колика. Резоны? Шанс, что такой камень тебя потревожит в течение жизни, довольно мал:

менее 10 %, тогда зачем оперировать 9 человек зря, чтобы предотвратить колику у одного?!

Это не только дорого, но и может быть чревато осложнениями, операция есть операция, и хотя сегодня процент таких хирургических осложнений очень мал, он все равно больше, чем ноль!

Итак, вдумайтесь – 75 %! Это притом, что подобные жалобы в поликлиниках регистрируют в 25 % всех обращений! В итоге, как и в случаях с хронической болью, миллионы людей вовлекаются в каскад ненужных исследований, получают никому не помогающее лечение и зачастую попадают на операционный стол!

Отчего же тогда все это происходит?! Ведь, как и при других соматоформных расстройствах, симптомы совершенно реальны: и правда тошнит, и правда болит! Наиболее распространена теория, что у таких людей повышена чувствительность органов пищеварения как к малейшему растяжению желудка, так и к нормальным для других колебаниям в химическом составе желчи и желудочного сока.

Довольно трудно оценить роль бактерий «хеликобактер пилори» в развитии функциональной диспепсии. Как вы должны знать (ну, хотя бы из моих предыдущих книг), хеликобактер пилори – причина эрозий и язв желудка, гастритов и даже онкологии желудка. Носителями этой бактерии у нас в стране является громадное количество людей – до 85 % населения! В других развитых странах не так давно были сходные цифры, однако санпросветработа и широкое внедрение гигиенических мер снизили во многих из них этот процент до 25–30 %. Исследования, проведенные там сегодня, говорят об отсутствии четкой взаимосвязи между инфицированием хеликобактером и функциональной диспепсией. И тем не менее общий принцип ирадикации (уничтожения) этой бактерии гласит: лечению от хеликобактера подлежат его носители, у которых есть симптомы диспепсии (боли, изжога, вздутия и проч.)! Поэтому независимо от предположительной роли хеликобактера пилори в развитии функциональной диспепсии тех, у кого она есть, в любом случае лечат антибиотиками в течение 2 недель, если у них обнаруживают носительство бактерии. Понятно, что в свете вышеуказанных исследований результат такого лечения часто неудовлетворителен. Что же тогда помогает?

Пробуют курсы препаратов типа «Омепразола», «Нексиума», «Лосека». Если и это не помогает, то применяют практически универсальный при соматотропных расстройствах «Амитриптилин» в течение 8 недель.

Посмотрите на процент распространенности бактерии хеликобактер пилори по разным странам:

Африканские страны (Нигерия, Эфиопия)	90%	Западная Европа	от 30% до 50% (49% - Германия)
Мексика	90%	Канада	23%
Бразилия	82%	США	30%
Чили	85%	Тайвань	70%
Египет	90%	Эстония	70%
Турция	80%	Швеция	11%
Саудовская Аравия	80%	Австралия	20%
Индия	88%	Россия	от 70 до 85%
Япония	70%		

## 1.9.2. Синдром раздраженного кишечника

Характеризуется наличием симптоматики и полным отсутствием каких-либо патологических изменений со стороны кишки. Отсюда понятно, что «синдром раздражённого кишечника» своего рода диагноз исключения. Сначала надо всё тщательно проверить, чтобы не пропустить серьезную патологию, обязательно провести колоноскопию, и только после этого можно рассматривать наличие этого синдрома.

Ещё раз – если вам не проводили колоноскопию, окончательный диагноз синдрома раздраженного кишечника ставить вам не имеют права! Что это, собственно, за болезнь? О ней надо иметь представление хотя бы потому, что 30–50 % ВСЕХ ОБРАЩЕНИЙ к гастроэнтерологу составляют пациенты именно с этим синдромом! Причина номер 2 (после простуды) выдачи больничных листов! Прикиньте ущерб для страны, а следовательно, для всех нас! Разберём симптомы чуть подробнее.

1. Схваткообразные боли в животе. Но только не те, что приводят к потере веса или будят человека ночью! Тут сразу надо настраиваться на другой диагноз.

2. Жидкий стул. Малыми порциями, обычно днем. Практически никогда со слизью или с кровью, опять-таки не ночью.

3. Понос часто сменяется запорами. Не постоянными: на их фоне периоды нормального стула, а то и поноса. Характерно чувство неполного опорожнения даже при пустом кишечнике.

4. Отрыжка, газы, изжога – частые спутники.

5. Тесная взаимосвязь с депрессиями, сексуальной дисфункцией, синдромом тазовых болей/интерстициального цистита.

Вот такая картина, плюс нормальный результат колоноскопии, отсутствие анемии и других отклонений в анализах крови.

Или по-другому: этот диагноз НЕЛЬЗЯ РАССМАТРИВАТЬ, если у вас:

1. Кровь в стуле.

2. Ночная или прогрессирующая боль в животе.

3. Потеря веса.

4. Анемия.

В этих ситуациях обязательно должна быть найдена другая причина, и она может оказаться достаточно серьезна по своим последствиям.

Теперь, откуда эта напасть на нашу голову? Как ни странно, точной причины мы так и не знаем! Гипотезы следующие:

**1. Спазм.** Ведь раньше эту болезнь так и называли: «спастический колит». Не вдаваясь в подробности, скажу, что не всё так просто. Хотя спазмолитики часто помогают. Часто развивается после желудочно-кишечных инфекций. Но не у всех!

**2. Депрессия и стрессы.** Наиболее статистически подкреплённая теория.

**3. Непереносимость определенной пищи, например лактулозы, или пищевая аллергия.** Опять же: не у всех.

**4. Гиперчувствительность кишечника.** Нервные окончания у некоторых пациентов реагируют на обычные раздражители – газы, перистальтика – неадекватно, чрезмерно, отсюда и все беды. Это не отвечает на вопрос, в чём же первопричина, но хорошо объясняет, почему тут эффективны антидепрессанты.

Основное слово уже сказано – антидепрессант. Например, старый добрый «Амитриптилин» в небольших дозах. Иногда помогают другие успокаивающие лекарства. Также появились новые лекарства для лечения запоров «Амитиса» и «Линзесс», которые с успехом применяются и для лечения симптоматики синдрома раздраженного кишечника.

### *Заметки на полях*

Выраженные проблемы с кишечником и желудком испытывал и король Франции Людовик XIII. Мы все помним его по роману Дюма «Три мушкетера». Он и рос болезненным ребенком, никому не нужным, в большом дворце. Молодая вдова Генриха IV, Мария Медичи, ставшая регентшей, вовсю крутила любовь с мужем своей фрейлины и даже присвоила ему титул маршала д'Арка. Дворцовые интриги, заговоры, измены – не до малолетнего сына! Вот тот и коротал время со своим наставником – де Люином, который, как уверяют некоторые, был ему больше, чем наставник (впоследствии Людовик XIII не скрывал своих гомосексуальных наклонностей). Постоянная усталость, слабость, приступы эпилепсии не делали характер будущего короля лучше, поэтому в день его совершеннолетия де Люиню не стоило большого труда уговорить Людовика отдать приказ убить заправляющего всем в делах государства и в постели королевы-матери маршала д'Арка. «Наконец-то я стал настоящим королем!» – воскликнул Людовик, услышав выстрел, которым капитан его гвардии де Витри в коридоре Лувра прикончил всесильного маршала! Маршал д'Арк демонстративно пренебрегал даже внешними приличиями по отношению к Людовику. Не войди тогда к королю капитан де Витри, может, тот и не решился бы на прямое убийство, глядишь, и вся история Франции пошла бы по-другому!

Несмотря на слабый кишечник и склонность к депрессии, Людовик XIII активно поддерживал крутые преобразования его первого министра кардинала Ришелье. Ирония судьбы – именно Мария Медичи представила его в свое время маршалу д'Арку и сделала секретарем короля! Кардинал же стал резко укреплять королевскую власть и стал смертельным врагом королевы-матери, которая сама хотела править! Дошло дело до многочисленных покушений и заговоров против кардинала и изгнания Марии Медичи в Кельн, где она и умерла практически в нищете! Как король позволил? Что мать, которая как-то даже и войска двинула на его столицу, он отдал своего любимого миньона Сен-Мара на казнь за участие в заговоре против Ришелье! Сен-Мара, с которым, по свидетельству очевидцев, каждый вечер уходил в спальню, осыпая по дороге его руки поцелуями! Вот что значит государственное мышление! Судя по обрывкам воспоминаний, я думаю, что Людовик XIII страдал выраженной формой синдрома раздраженного кишечника. Боли, поносы, депрессии. И знаете, как его лечили? Вот запись врачей: за год 240 раз рвотная микстура, 220 – очистительная клизма и 47 обильных кровопусканий! То есть ежедневно рвотное с сифонной клизмой и раз в неделю пускали кровь! Было от чего умереть в 42 года. А от кого у Анны Австрийской родился будущий «король-солнце» и его брат Филипп, доподлинно истории так и не известно. Как бы то ни было, что же с этим делать, чем лечить?

Однако начинать лечение надо не с лекарств: уже в самом определении синдрома раздраженного кишечника заложено отсутствие каких-либо органических изменений. Поэтому место лекарств здесь далеко не первое!

Как очень часто бывает, начинать надо с диеты. Ограничить молочные продукты, особенно много лактулозы в молоке и мороженом, хотя, конечно, есть и в сыре, и в йогуртах, но в значительно меньшем количестве. Продукты, способствующие повышенному газообразованию: капуста – белокочанная, цветная, брокколи. А также фасоль, горох, морковь. Эта пища не успевает перевариться в тонком кишечнике и продолжает этот процесс уже в толстом – отсюда газы и спазмы.

Обязателен прием адекватного количества клетчатки. Иногда и она может приводить к избыточному газообразованию, тогда необходимо немного снизить её количество.

На Западе для больных с синдромом раздражённого кишечника популярна и с успехом используется психотерапия и групповая терапия. Мы привыкли посмеиваться над американцами, которые днюют и ночуют у психотерапевтов, но в итоге придём к тому же: невозможно все время снимать стресс водкой! В итоге – всё равно только хуже!

Боли внизу живота и появление запоров, чередующихся с периодами нормального стула, а то и поноса, могут наблюдаться и при других заболеваниях – от дивертикулеза до рака кишечника, и тут главное слово за колоноскопией, как и было сказано. К сожалению, у нас в стране часто просто не заморачиваются поиском правильного диагноза и на все ставят штамп «Дисбактериоз».

### 1.9.3. Дисбактериоз

За границей врачи не понимают, когда читают наши российские выписки с диагнозом «дисбактериоз».

Нет у них такой болезни. Думаете, у иностранцев поноса после приёма антибиотиков нет или других расстройств стула? Конечно есть, пациенты везде одинаковые. Только там доктора знают, что за этими расстройствами могут стоять десятки причин – от совершенно безобидных до угрожающих жизни. У нас же всё в кучу! Недаром один американский доктор сказал: «Дисбактериоз – выгребная яма российского невежества!»

Я у себя в городской больнице запретил делать анализ кала на что-либо, кроме как на скрытую кровь и на яйца глист. Потому что анализ кала на дисбактериоз ничего не дает вообще. Мы обязательно получим в анализе какие-то бактерии, причем половина из них будут якобы патогенные или действительно патогенные. Только делать хоть какие-то выводы на основании результатов этих анализов нельзя. Если у человека появился понос, это никакой не дисбактериоз, ну нет такой болезни! Есть несколько сценариев, когда возможен понос после приёма антибиотиков. Основной – это понос (диарея), ассоциированный с механизмом действия антибиотиков. Существует большая группа антибиотиков, так называемые макролиды. Например, «Эритромицин», «Азитромицин-сумамед», «Кларитромицин», которые усиливают моторику кишечника, вызывая понос.

Другой сценарий может быть реально опасным. После длительного приема антибиотиков, иногда спустя неделю или две после его прекращения может развиваться токсическое заболевание толстого кишечника, которое называется токсический мегаколон. Оно может закончиться серьезно, иногда даже смертью. Но это тоже инфекционная болезнь, вызванная активацией определенной бактерии *Clostridium difficile*, её токсином, и лечится она опять же антибиотиками. У нас про дисбактериоз слышали все, а про токсический мегаколон иногда не знают даже врачи, и сделать анализ на этот токсин даже в Москве практически невозможно. Зато все подряд принимаем что-нибудь типа «Линекса», а потом удивляемся пропущенному раку кишечника.

Поделюсь своей невесёлой историей. Много лет назад у моего тестя – героя войны и умнейшего человека – появились периодические расстройства стула. Какой диагноз был поставлен, сами понимаете, я – молодой врач – тоже в нем не усомнился: что же ещё может вызывать понос и бурчание в животе?! Бросился доставать эти полезные бактерии, купил где-то на заводе. Как мы все этому радовались! Только потом оказалось, что мы пропустили у тестя рак толстого кишечника, от которого он впоследствии умер...

Конечно, после приема антибиотиков может развиваться дисбактериоз. Но уловите разницу: это не болезнь, которую надо лечить. Это состояние, которое довольно скоро ПРОХОДИТ САМО! Я категорически против утверждения, что дисбактериоз – это болезнь, требующая обязательного лечения пробиотиками.

Сплошь и рядом людям говорят: «Вот видите, у вас расстройство стула, вы примите пробиотики, и будет вам счастье».

Нам, грубо говоря, дураят голову, утверждая, что это болезнь, и обманом заставляя принимать пробиотики.

Пробиотики имеют право на существование. Есть исследования в Англии, которые показывают, что у детей применение пробиотиков может сократить срок применения антибиотиков. Пробиотики могут облегчать субъективное состояние человека. Подчеркиваю, я – не против них. Я против ложной пропаганды пробиотиков как препаратов, обязательных при лечении дисбактериоза.

Если вы меня спросите: «У меня расстройство желудка, урчит в животе, а я принимал антибиотики – могу я теперь попить пробиотики?», я отвечу: «Они вам не помогут. Но может быть, немножко субъективно облегчат состояние. А может – нет. Но вреда от этого не будет». Это разумный подход.

А если вам говорят: «При вашем состоянии вам ОБЯЗАТЕЛЬНО надо купить такое лекарство, такой-то кефир, такие бактерии» – это совсем другое. Это обман. Человеку назначают ненужное лечение, посылая его в аптеку тратить деньги, обогащая тем самым фармацевтические компании. Мы покупаем ненужные лекарства, тратимся, а потом у нас не хватает денег на те лекарства, которые действительно необходимы.

### 1.9.4. Запоры

Конечно, в большинстве своем запоры не относятся к соматоформным расстройствам, однако являются очень частыми их спутниками. Думаю, уместно рассмотреть эту проблему в главе, посвященной функциональным нарушениям кишечника.

Уверен, что многие из вас, открыв оглавление и увидев название этой подглавы, сразу открыли книгу на этом месте.

Ещё бы – хронические запоры проблема очень и очень многих!

Определение хронического запора: стул реже 3 раз в неделю на протяжении не менее 3 месяцев. Овощи и фрукты употребляем мало, жирная, сладкая или пересоленная пища, постоянные стрессы, курение. Все время сидим – в транспорте, на работе, дома перед телевизором. Какой уж тут нормальный стул?!

Давайте перед тем, как все проблемы списать на образ жизни, рассмотрим, а что же еще может скрываться за этим, ведь хронический запор может быть симптомом целого ряда иногда весьма небезобидных заболеваний!

Во-первых, эндокринные нарушения: диабет, сниженная функция щитовидной железы. Иногда именно поиск причин хронического запора выводит на диагностику этих заболеваний.

Во-вторых, состояния, протекающие со сниженным калием и магнием: прием мочегонных, болезни почек, низкокалорийные диеты также могут сопровождаться запорами.

В-третьих, причиной запоров могут быть различные неврологические расстройства, а также беременность.

Далее, отдельный разговор о запорах как симптоме рака толстого кишечника. Действительно, бывает и так. Как знать?

Очень просто: регулярная колоноскопия после 50 лет – единственный надёжный способ раннего выявления подозрительных полипов и рака. А вот если у вас отягощенная наследственность – подобная болезнь была у близких родственников – колоноскопию надо начинать раньше.

Напоминаю факторы риска развития рака толстого кишечника: та же наследственность, наличие воспалительных заболеваний кишечника, диабет, ожирение, усиленное потребление «красного» мяса и, наоборот, низкое потребление клетчатки, курение, алкоголь. Более подробно об этом читайте в моей книге «Вектор страха».

Часто периоды запора сменяются поносом и сопровождаются болями в животе. Если при колоноскопии не находят никаких отклонений, то, как мы уже разбирали, говорят о синдроме раздраженного кишечника.

Пока же перечислю лекарства, которые могут провоцировать запоры.

**Запоры не относятся прямо к заболеваниям, для которой нет объективной причины, но часто бывают их спутниками.**

Это:

1. Обезболивающие.
2. Антигистаминные (лекарства от аллергии).
3. Антидепрессанты.
4. Препараты железа.
5. Лекарства от изжоги (в них кальций).
6. Многие лекарства от гипертонии (особенно «Изоптин», «Дилтиазем», «Кордафлекс», «Коринфар»).

Список не полный, но помните хотя бы об этих, остальное – дело врачей.

В подавляющем числе случаев запор не требует вмешательства врача. Однако, если:

1. Запор возник впервые в жизни.
2. Выраженный и длится более 3 недель.
3. Сопровождается потерей веса; кровью в стуле; температурой – не ждите больше и обращайтесь к врачу!

Только тот, кто сталкивался, знает, насколько плотно каловые массы могут закупорить выход из прямой кишки. Это как комок сухой глины, пациент мучается, слабеет (обычно это пожилые люди, и без того ослабленные и больные), а никакие слабительные и клизмы не помогают! Наконечник клизмы просто некуда вставить! Врач вынужден пальцем (!!!) разрушить целостность этого комка и выковыривать фрагменты понемногу.

Бывают случаи, когда кишечник совсем отказывается работать, и такие каловые камни образуются постоянно. И тогда этим пациентам приходится удалять часть толстого кишечника, и только после этого ситуация как-то нормализуется!

К врачу надо пойти и в случае, если ситуацию с запорами не удаётся разрешить самостоятельно. А то живём, глотаем бесконтрольно слабительные, покупаем китайский слабительный чай и ничего хорошего не происходит, а то ведь и нарываемся на серьёзные побочные эффекты!

Врач начнёт не с лекарств. После того как он убедится, что запор в данном случае не является симптомом какого-либо заболевания или следствием приёма препаратов, вам

предложат несколько простых советов. Типа этих: ловите позывы, сигналы своего кишечника! Наивысшая активность кишечника – после еды, особенно утренней. Не пропускайте завтрак, не игнорируйте кофе или чай – они стимулируют! И прислушивайтесь к себе: подавите позыв раз, подавите другой, «сигнал всё глуше, глуше!» – вот и дорога к хроническому запору!

Любое дело надо делать умеючи. И ЭТО тоже! Главное не торопиться и расслабиться. Старые врачи говорили: лучший друг при запорах – хорошая книга. Конечно, когда близкие стучат в дверь с воплями: «Когда ты выйдешь, я на работу-в институт-школу опаздываю!!!» – такое серьёзное дело может и не выйти! Потребляйте достаточное количество клетчатки! Овощи и фрукты! Очень важно! Важно для сердца, важно для профилактики рака, важно для нашего кишечника! Особенно много клетчатки в грушах, яблоках, сливах. Сливы особенно полезны благодаря их отдельному стимулирующему действию на кишечник. Это же относится и к цитрусовым, винограду. Из овощей – свёкла, шпинат. Овсянка, хлопья – отличный источник клетчатки. Они должны быть в рационе каждого, кто хочет жить долго и без подобных проблем. Как, кстати, и орехи. Также можно принимать клетчатку, купленную в аптеке, – стоит недорого, только запивайте большим количеством жидкости. Адекватное потребление жидкости вообще крайне важно в борьбе с запорами (побочное действие клетчатки – газообразование, увы!).

**Главные помощники в борьбе с запорами: клетчатка (овощи, фрукты, овсянка), большое количество жидкости; идя на дело – не торопиться и расслабиться.**

Параллельно с увеличением потребления клетчатки постарайтесь сойти с привычных слабительных. Помогайте себе такими препаратами, которые формируют и УВЕЛИЧИВАЮТ ОБЪЁМ стула. «Псиллиум» (любители трав – радуйтесь! Это семена индийского подорожника!) или препараты, содержащие метилцеллюлозу, – примеры такого подхода.

Однако очень много людей просто не могут обходиться без слабительных. Не знали они этих советов, не следовали им, – вот и привязали себя к лекарствам. Попытки сойти с них ни к чему не привели. И что теперь делать?!

Ну, во-первых, раз уж так вышло, – разобраться в разнообразии слабительных и их особенностях.

Начнём с всенародно любимой «сенны» – «Сенаде». Самый неудачный препарат для ПОСТОЯННОГО применения. Как и «Бисакодил» (Дульколак), «Сенна» относится к так называемым СТИМУЛИРУЮЩИМ слабительным. Они меняют прохождение различных электролитов через слизистую кишечника и его моторику. При постоянном применении приводит к падению уровня калия, потере белков и накоплению соли в организме. Также отмечаются боли в животе и жидкий стул. Эти слабительные даже обвиняли в угрозе развития рака кишечника при постоянном применении, потом эти подозрения вроде не подтвердились. Так что делайте выводы!

Другая группа слабительных – так называемые ОСМОТИЧЕСКИЕ агенты. Они «вытягивают» на себя воду из организма, задерживают её в кишечнике и таким образом стимулируют стул. Те, кто проходил подготовку к колоноскопии, надолго запомнят полиэтиленгликоль – «Фортране»! Правда, там его дают в чудовищных количествах – 4 литра!!! (Кишка должна перед исследованием быть идеально чистой.) В мирной жизни подойдет доза в 250 мг. Прием, как и в большинстве случаев со слабительными, не более 4–7 дней. Побочные явления – тошнота, вздутие живота, боли. Осторожно больным с проблемами сердца и почек!

Сюда же относится синтетический полисахарид «Лактулоза».

Ферменты кишечника не могут её переварить, и она оттягивает воду на себя. Так же работает и «Сорбитол», но для проявления своего действия препаратам необходимы сутки, а то и двое!

С давних времен известна «Магнезия». Она должна применяться с оглядкой на почки (токсична!) и может провоцировать боли в животе, а то и неудержимый понос! Их этой группы достаточно безобидны свечи с глицерином, но и они при неумном применении могут вызвать раздражение прямой кишки.

Слабительные могут даваться в виде таблеток, свечей, клизм. Разница только в скорости наступления эффекта. Свечи и клизмы быстрее (при условии, что вообще работают).

Сегодня в помощь классическим слабительным пришли и другие препараты. Они работают совсем на другом, не на местном уровне, и рассматриваются как медикаментозное лечение запоров. Как и слабительные, они применяются только по назначению врача, и упоминаю их здесь просто для общего развития! Простагландины – мощные биологически активные вещества, спутники передовой медицины хорошо зарекомендовали себя и здесь. «Колхицин» – как часто бывает, медики не могли пройти мимо его удручающего побочного явления при лечении подагры – жесточайшего поноса – и используют это теперь «в мирных целях».

С этого года появился новый многообещающий препарат для лечения хронического запора – «Амитиса». Недавно был допущен в клиническую практику в Америке, можно его заказать по Интернету и у нас. Но, как и другой препарат этой группы (по-научному она называется «активаторы хлоридных каналов») «Линзесс», он пока дорого стоит и ТАМ – 300\$ упаковка. Дешевле груши покупать!

## 1.9.5. Газы!

Среди всех наших физиологических отправлениях далеко не последнее место занимает газовыделение. У здорового человека через прямую кишку выходит от 500 до 1500 кубических сантиметров газа.

Как-то еще в детстве шел с мамой по улице и услышал характерный звук. Я – невоспитанный и глупый ребенок – радостно закричал: «Мама, мама, дядя пукнул!» и до сих пор помню, как удивился, когда мама объяснила мне, что это нормально, что это все делают, только надо сдерживаться при людях. Мне казалось тогда, что такое происходит далеко не со всеми людьми! Да что там детство – мне и в юности представлялось странным: неужели красивые девушки тоже пукают?! Пукают! От 10 до 20 раз в день! Это норма для любого здорового человека.

Источников газа в нашем желудочно-кишечном тракте два:

1. Проглатывание воздуха во время еды.
2. Газообразование в кишечнике.

Мы глотаем воздух, когда едим, когда прихлебываем, например, суп или чай (та же мама всегда говорила: «не хлюпай!»). И была права!). Глотаем, когда жуем жевательную резинку, когда курим, когда сильно нервничаем и хватаем ртом воздух.

Большая часть проглоченного воздуха выходит обратно через пищевод в виде отрыжки, однако определенная часть попадает в тонкий кишечник. Особенно если есть или пить полужёжа – тогда воздуху особенно легко уйти вниз, а не вверх. Кстати, об отрыжке: её усиливают некоторые виды пищи, которые снижают тонус мышечного кольца, отделяющего желудок от пищевода, – шоколад, жиры.

Однако основное количество газа вырабатывается нашим кишечником в результате работы мириад бактерий, заселяющих наш кишечник, по разложению остатков пищи.

Обычно переваривание пищи происходит под действием пищеварительных ферментов и желчи в верхней части тонкого кишечника, и бактериям, которые живут значительно ниже, мало что достается. Но им хватает! Разложение углеводов сопровождается особо интенсивным газообразованием. Полезнейшие во всех смыслах продукты – брокколи, брюссельская капуста (вообще любая капуста), бобовые – содержат «медленный» углевод – раффинозу, который переваривается крайне медленно и почти целиком достается бактериям кишечника.

**Газовыделение – нормальная физиологическая реакция. Это делают все 10–20 раз в день, выделяя 500-1500 см<sup>3</sup> газа; только воспитанные люди – не в общественном месте.**

Другой углевод, провоцирующий газообразование – тот, что содержится в молочных продуктах, – лактулоза. Особенно у тех, кто ее плохо переносит. Далее, клетчатка, пищевые волокна, являясь незаменимым и полезнейшим элементом нашей диеты, достигая в итоге кишечника и выполнив свою функцию регулятора всасывания полезных веществ, в итоге разлагаются с образованием газов. К продуктам, образующим газ, относится картошка, кукуруза, известный всем горох, овсянка, фасоль и многие другие. А вот рис – нет! Но газ образуется не только в результате работы наших бактерий. В самой верхней части кишечника сталкивается пищевой комок, весь пропитанный кислым желудочным соком, и щелочная среда кишечника. В результате простейшей химической реакции образуется углекислый газ СО<sub>2</sub>. Он почти весь всасывается обратно, но часть уходит в кишечник. Обмен газов происходит и между циркулирующей кровью и просветом кишки. Забирая полезные вещества, чтобы транспортировать их дальше, кровь также и отдает и получает газы из кишечника. Из-за разности напряжения газов в кишку легко уходит тот же углекислый газ, частично азот.

Образовавшийся газ в подавляющей массе состоит из углекислого газа, водорода, кислорода, азота, метана и не обладает никаким запахом. «А как же тогда?» – спросите вы.

Да, все дело портит содержание сульфидов, количество их мизерное, но тут как часто в жизни бывает – «мал, да вонюч!»

И знаете, что еще может делать наше нормальное газоотделение особенно дурно пахнущим? Свинина! Она как раз выделяет дурно пахнущие газы при переваривании. Индолы, аммоний, те же сульфиды.

Многие люди жалуются на повышенное газообразование. Но ведь повышенное – это сколько? Как измерить? Нашлись люди, измерили, и оказалось, в подавляющем большинстве случаев с газообразованием все нормально. Проблема в другом – в неправильном восприятии нормальных процессов. Не верите, что и правда мерили!? Вот вам данные: у тех, кто жаловался, отходило 177 см<sup>2</sup> газа в единицу времени, у тех, кто нет – 193 см<sup>2</sup>. (Levitt MD New England J Med 1971). Например, при упомянутом синдроме раздраженного кишечника это нормальное газообразование отдается болью в животе, неприятными ощущениями вздутия.

У человека с воспаленными геморроидальными узлами отхождение газа может вызывать боль и дискомфорт.

Что со всем этим делать? Ну, в первую очередь, диета с ограничением тех продуктов, которые увеличивают газообразование. Многие принимают активированный уголь.

Большого эффекта нет, но и не вредно. Популярен «Симетикон», доктора считают, что эффект его преувеличен.

Есть масса лекарств против вздутия живота, они продаются без рецепта. Кому-то помогают, кому-то нет. Я вам дам один практический совет: для лечения гастритов применяют препараты Висмута: «Де-Нол», «Пепто-бисмол» и другие. Это препараты далеко не первой линии лечения гастрита, вопреки тому, что утверждает реклама, но: «Висмут» хорошо нейтрализует неприятный запах выделяемых газов! Запах розы, правда, тоже не появляется, но все же спасибо и на этом!

## 1.10. Пять ран христовых

*Стигматы – появление на теле кровоточащих ран в местах, соответствующих ранам, полученным Христом на кресте. На руках и ногах – там, где Христу вонзали гвозди, на боку – там, куда пришелся удар копья, вокруг головы – там, где был терновый венок, кровоподтеки на плечах – там же у Христа были следы от креста, который Он вознес на Голгофу. История знает множество таких примеров. Одни из первых и наиболее известных – Святой Франциск из Ассизи и святая Катерина из Сиены. И десятки, сотни других.*

Это, как правило, женщины, и всегда белые (в смысле, что не негритянки, запомним факт!), и как правило – католички. И всегда это явление сопровождается чувством религиозного экстаза.

Термин «стигматы» пошел от фразы святого Петра «ибо я ношу язвы Господа Иисуса на теле моём»: язвы Господа – «stigmata Domini». Вот подобные язвы и стали называть стигматами.

Случаи задокументированы и требуют объяснения с научной точки зрения. Чудо? Я ни в коей мере не отрицаю существования Чуда как явления. Только святой Франциск Ассизский – это одно, а сотни экзальтированных людей, часто далеко не безгрешных в своей жизни, вся заслуга которых перед Богом только в периодических полуистеричных припадках религиозного экстаза, – это другое. Должно тут быть рациональное объяснение.

Теперь знакомьтесь: синдром Гарднера – Даймонда, или «психогенная пурпура». Проявляется появлением на лице и руках болезненных синяков, кровоподтёков, а то и локальных кровотечений. При этом абсолютно все анализы без изменений, все тесты на свёртываемость крови – нормальные. Эти кровоподтеки и кровотечения появляются либо спонтанно, либо после стрессов или операций, травм на других местах тела. Например, оперируют человеку кисть, все прошло, а спустя месяц на той же руке, но выше, появляются болезненные кровоподтеки. Или описанный в одном медицинском журнале случай: женщина никак не хотела выписываться из больницы, кричала, скандалила! Но врачи были неумолимы – завтра выписка! Так вот, наутро у женщины на всю переднюю грудную стенку был огромный кровоподтек! Тут уже врачи пошли на попятный и гарантировали пациентке, что оставят ее еще на неделю. И – невероятно! – в течение нескольких часов пятно стало исчезать на глазах. В итоге сморщилось до совсем небольшого участка!

Что же лежит в основе этого феномена, какие изменения происходят в организме, каким образом сильнейший стресс, экзальтация могут проявляться столь специфической симптоматикой?! Если быть точным – до конца этого мы пока так и не знаем. Не так давно именно врачи заинтересовались этим феноменом (доктора Гарднер и Даймонд опубликовали первую работу на эту тему в 1955 году), да и не столь обширен статистический материал. Но кое-какие факты и предположения есть.

**Механизм образования стигматов, или язв, физиологически связан с выбросом стероидных гормонов и катехоламинов, который влечет за собой нарушения свертываемости крови**

Стресс сопровождается мощным выбросом стероидных гормонов и катехоламинов, а это, в свою очередь, часто влечет за собой нарушения свертываемости крови. В нашем организме многие системы потому и устойчивы, что над их равновесием работают по две противоборствующие системы. Если поставить на стол спичечный коробок ребром, то его легко свалить просто сильно дунув. Но если вы накинете на него две петли из ниток и

потянете в разные стороны, то пока будете тянуть с равной силой, он будет весьма устойчив. Такова же, например, наша периферическая нервная система: по одним нервам идет импульс сосудам – «сужайтесь!», по другим – «расширяйтесь!» в итоге создается нормальный сосудистый тонус. То же происходит и с системой свертывания. В организме работает так называемый «каскад свертывания», который уравнивается на каждом этапе противосвертывающими биологически активными веществами. Одно из сильнейших – tPA – блокирует формирование фибрина и таким образом при условии его избытка обеспечивает мощный перевес противосвертывающим системам крови. Это вещество выделено фармацевтами и теперь промышленно синтезируется для медицинских нужд. При остром инфаркте именно его вводят врачи «Скорой» для растворения тромба в первые часы после приступа.

### *Заметки на полях*

Я представляю, что должны чувствовать люди, особенно в Средние века, глядя на человека, покрытого кровавым потом! Я сам не раз видел таких, только там не было никаких загадок – это были тяжелые больные с терминальной болезнью печени. Признак печеночной недостаточности – как раз нарушения свертываемости, ведь почти все факторы свертывания вырабатываются именно в печени. Выглядит это ужасно – желтушная кожа, покрытая капельками крови, вытираешь губкой и она моментально набухает кровью. Хорошо, что стигматы обратимы! Святой Франциск из Ассизи – основатель ордена францисканцев – был, судя по всему, добрый человек, искренне верующий в принципы христианства и главное – последовательно и доступно объяснявший их людям, всем: бедным, больным, убогим – каждому. Он и стигматы воспринял как дар свыше, но не стал на этом основании прорываться в высшие иерархии церкви, а так и остался простым проповедником, страдающим и помогающим всем нуждающимся. Для меня его антипод – неистовый фанатик Савонарола, монах, который своими проповедями расколол Флоренцию, возбудил народ, захватил власть и правил от имени Христа с такой непреклонной жестокостью, что вскоре был низвергнут и казнен! Кстати, послужил прототипом одного из персонажей известнейшего сериала «Игры престолов» (его Воробейшество). Конечно же для того что бы поставить диагноз «психогенная пурпура», необходимо исключить все другие возможные причины происходящего. В первую очередь, – медикаментозные. «Аспирин», обезболивающие, антидепрессанты (не все, а только последнего поколения, так называемые «селективные ингибиторы обратного захвата серотонина»), стероидные гормоны и многие, многие другие препараты могут приводить к нарушениям свертывающей системы крови. Некоторые наследственные заболевания крови, волчанка, васкулиты могут протекать со схожей клинической картиной. Однако если уже первые и довольно обычные анализы крови покажут наличие полной нормы, то обычно врачи на этом и останавливаются.

Так вот, исследования показали, что у больных с психогенной пурпурой внутрикожная концентрация этого самого tPA резко повышена. Более того, если им ввести специальные моноклональные антитела, направленные против tPA, то кровотечение немедленно останавливается. Отсюда пошла теория, что – как бы это попроще сказать – клетки, выстилающие внутреннюю поверхность сосудов (эндотелий), в некоторых участках кожи начинают выделять tPA под действием нейропептидов, которые активируются всей сложной цепочкой изменений организма, происходящих при стрессе. Так или иначе, понимание того, что про-

исходит в случае психогенной пурпур, у врачей есть. Остается не совсем понятным столь специфичное в этих случаях действие гормонов стресс, вероятно, здесь какой-то дефект в защитных противострессовых механизмах. А в случае стигматов получается, что силой внушения люди могут локализовать выработку tPA в каких-то определенных местах?! Помните о том, что стигматы никогда не наблюдались у негров? А ведь по способности впасть в религиозный экстаз они непревзойденны! Но Я еще с института помню, сколь отличаются некоторые параметры обмена у лиц разных рас. Врачи хорошо знают, что, например, для лечения гипертонии белым надо назначать одни препараты, а неграм – совсем другие! Что, например, гроза белых женщин – остеопороз – никогда не бывает у негритянок, что саркоидоз, наоборот, у них же намного чаще и злее, и множество тому подобных примеров. Я думаю, что у белых защитные механизмы менее устойчивы, во всяком случае объяснение где-то здесь.

Ну и конечно здесь огромную роль имеет совокупность индивидуальных особенностей организма!

Упорствуют в диагностическом поиске лишь тогда, когда есть какие-то еще симптомы, требующие дополнительных объяснений.

Есть и другой синдром, связанный с кровотечением без видимых на то причин. Причем он касается особенно настораживающего всех врачей симптома – появление крови в моче. Как правило, это проявление серьезного почечного заболевания.

**Стигматы на медицинском языке называются «психогенной пурпурой». Прежде чем поставить такой диагноз, врачи исключают другие причины – медикаментозную, волчанку, васкулиты, некоторые наследственные заболевания крови. Она никогда не наблюдается у негров; чаще всего – у белых женщин, католичек.**

Но как оказывается – не всегда. Суть этого синдрома отражена в его названии «Loin pain – hematuria syndrome»: «боль в области поясницы и появление крови в моче», при этом без какой-либо очевидной патологии со стороны почек. Подвержены этому заболеванию в основном молодые женщины. Испытывают довольно сильные боли в пояснице, на обследовании – наличие крови в моче. И все, больше никакой патологии. Иногда такие больные подвергались довольно агрессивному обследованию и даже оперативному лечению, вплоть до удаления почки! Синдром описан в 1963 году.

Четкого понимания механизма развития болезни до сих пор нет. Рассматривают варианты микроскопических нарушений в сосудистой стенке или местных нарушений коагуляции (свертывания) по типу описанных выше.

## 1.11. Беспорочное зачатие и может ли забеременеть мужчина?!

*Иногда в прессе мелькают сообщения наподобие следующего:*

*«В США произошел инцидент. В медицинском центре в городе Кейп-Фир-Вэлли поступившую среди ночи беременную женщину осмотрели несколько врачей и стажеров. У пациентки предположительно должны были начаться роды, и она убедила врачей стимулировать родовую деятельность медикаментозными средствами. Однако эффекта от их введения не последовало.*

*Один из стажеров сделал женщине УЗИ и не обнаружил сердцебиения плода. Экстренно решили провести кесарево сечение. Под эпидуральной анестезией вскрыли брюшную полость, но плода в матке не оказалось. Операционную рану немедленно зашили».*

Ложная беременность, или по-научному «псевдоциез» (pseudocyesis) – достаточно редкий феномен, который, как никакой другой, иллюстрирует все разнообразие клинических проявлений соматоформных расстройств. В голове еще укладывается, когда человек испытывает какие-либо болезненные ощущения при полной норме на осмотре или при исследовании. Но тут! Живот РЕАЛЬНО увеличивается до размеров 9-го месяца! Исчезает менструация!! Разбухает грудь!!! Есть чувство движения плода, учащенное мочеиспускание, боли в животе!

Неудивительно, что подобный феномен привлекает внимание всех! Подобный сюжет встречается в множестве книг, фильмах, пьесах!

На самом деле псевдоциез встречается достаточно редко. В Англии проводился ретроспективный анализ подобных случаев, которые имели место в XVII и XVIII веках. По сохранившимся с того времени медицинским документам – а набралось около 450 случаев – вывели средний возраст и семейное положение таких женщин. Снимаю шляпу перед английскими архивариусами! У нас историю болезни 10-летней давности не всегда легко найти! А тут хранится все в полном порядке столетиями! Так вот, обычно это были женщины около 20–40 лет, как правило, замужние, и у 40 % из них уже были дети. Уже основываясь на современных данных, мы видим, что случаи псевдоциеза встречаются и в околоменопаузальном возрасте.

Объяснения подобному феномену есть, но все они малоубедительны и выглядят «притянутыми за уши»! Психосоматическая теория основывается на том, что псевдоциез встречается чаще в обществе, где женщина-мать особо уважаема, в племенах, где культ материнства, в семьях, где дети особенно желанны, и так далее. И вот подспудное желание иметь детей настолько завладевает мыслями женщины, что она начинает менять свою физиологию. Задерживаются газы в кишечнике, изменяется изгиб в пояснице, прибавляется вес. При этом меняется и весь гормональный профиль, прекращается менструация, набухает грудь и даже может появиться молоко! В срок появляются схваткообразные боли в животе, другие симптомы. И все это из-за самовнушения?! Если это так, то мы все не тем занимаемся! Если бы научиться подобными механизмами управлять – какие бы ослепительные горизонты открылись перед человечеством! Не нужно ни врачей, ни лекарств!

Подумал только: «нет у меня никакой опухоли!» – и она рассосалась! И, кстати, редкие случаи спонтанного излечения от рака у внушаемых людей после посещения «бабки» или шамана иллюстрируют такую возможность. Считается, что в этих случаях происходит мобилизация собственных иммунных сил и их максимальная концентрация в нужном месте,

что ведёт к уничтожению опухоли. В онкологии сейчас все больше перспектив именно в области иммуноонкологии, которая основана как раз на этом принципе.

Но если в случае с женским полом объяснимо хотя бы само желание забеременеть и как-то понятна сопутствующая перестройка гормонального фона, то как объяснить происходящее у мужчин? Да-да, и такое бывает! Знакомьтесь: «Кувад (Couvade) синдром», или мужская лжебеременность!»

Название происходит от французской идиомы «faire de couvarde» – «сидеть рядом, ничего не делая». Может быть, физически ничего и не делая, но некоторые мужчины соперничают своим женщинам так, что и сами начинают испытывать тошноту, живот раздувается, появляются схваткообразные боли – ну беременный, да и только! Более того – если у такого столь глубоко соперничающего мужа взять на анализ кровь, окажется, что многие гормоны у него меняют свою концентрацию!

Его организм готовится к родам! Ну да, все это пытаются объяснить взаимосвязью этих гормонов и биологически активных веществ, выделяющихся при стрессе в больших количествах, но мне кажется, какое-то звено мы тут упускаем!

Другая разновидность мнимой беременности – это заболевания внутренних органов, которые сопровождаются увеличением живота и/или изменениями менструального цикла.

Подобную разновидность «лжебеременности» я неоднократно наблюдал, работая в Африке. В тех местах свирепствует малярия. Одно из ее проявлений – поражение печени, она становится «каменной», перестает пропускать через себя нужное количество крови, жидкость выходит в брюшную полость.

**Ложная беременность встречается и у женщин, и у мужчин и называется соответственно «псевдоциез» и «Кувад-синдром».**

Развивается асцит – увеличивается объем живота, вес. Что думает местная женщина, когда у нее начинают развиваться такие симптомы? Особенно когда как, при циррозе печени, наступают эндокринологические изменения и прекращаются менструации? Правильно – беременность. Вот она и живет, ждёт, время идет. Только это мы его – время – считаем в неделях и месяцах, в глубине саванн Южной Африки таких понятий нет. «На проклятом острове нет календаря!» Свидетельствую – нет! Время у них фиксируется какими-то выбивающимися из рутины событиями: голод, нашествие саранчи, мор, наводнения, необычайный урожай маниоки. Приходят ко мне женщины (прослышали, что есть полевой госпиталь и доктор) и говорят что-то типа: «Вот уже опять дожди пошли, а ребенок все не «вылезает» – вон живот уже как распёрло!» и когда ее усаживаешь, вставляешь в живот большую иглу, спускаешь больше ведра мутноватой жидкости и живот опадает, смотрит на тебя как на колдуна и благодарит: «Вот спасибо, у меня их и так много, уже в хижину не помещаются!».

Перед лицом болезни все равны. У английской королевы Марии Тюдор тоже долгое время принимали жидкость в животе за беременность. Сегодня эта королева, наверное, самый известный персонаж, у которого была диагностирована лжебеременность.

Однако скорее всего тут не психосоматика и псевдоциез, а диагностическая ошибка. Увеличение живота долго принимали за беременность, политики гадали, как появление ребенка от супругов – королевы Англии и принца Испании – изменит мир, а все обернулось асцитом, как и в примере с африканками.

Только причина другая. Скорее всего, у королевы Марии был рак яичников, для последних стадий которого типично накопление жидкости в брюшной полости – асцит. Во всяком случае королева умерла в том же году с симптомами, похожими на смерть от онкологии.

***Заметки на полях***

История Англии XVI века выходит за рамки воображаемого, даже по тем бурным временам! Чего стоит король Генрих VIII, отправляющий на эшафот своих жен одну за другой!

Их измены – реальные и мнимые, доносы и слухи – причины и поводы были разные, главное, чтобы они совпадали с его ощущениями: все, надоела, надо менять! Матери Марии Тюдор повезло – Генрих не отправил ее на эшафот, а для разнообразия просто развелся. При этом разругался с католической церковью и объявил себя главой отдельной англиканской церкви. («Будут они мне тут указывать – могу я разводиться, не могу. Да пошли они!») Был проклят Папой, но нисколько не расстроился, а женился на маркизе Анне Болейн. Но очень надолго – после рождения Елизаветы (будущей великой Королевы-девственницы) казнил и Анну. В виде отдельной любезности выписал для нее из Франции палача с мечом: топором, по-английски, казнить такую красавицу с французским воспитанием ему было не комильфо! Анну жалко всем историкам, описывающим тот период. Беда в том, что бывшая фрейлина Франциска Первого по возвращении так и не поняла, что в родной Англии стрелять глазками, как в легкомысленном Париже, опасно для жизни! Король-самодур через какое-то время, казнив еще пару жен, и сам умер. После короткого периода правления его сына вопрос престолонаследия опять встал ребром. Права на престол были у нескольких, а это всегда может означать только одно – в борьбе за власть пленных не бывает!

Королева Мария Тюдор могла бы вполне быть автором знаменитого изречения, которое произнес Аль Капоне столетия спустя: «Ничего личного!» Казни шли с такой интенсивностью, что королеву прозвали «Кровавая Мэри». Пошла на эшафот и молоденькая, почти подросток, леди Джейн Грей – только за то, что по праву своего рождения могла впоследствии предъявить права на престол. В Тауэре и сегодня экскурсоводы рассказывают, что даже тюремщики плакали от жалости к леди Джейн, ведя ее на эшафот! В лондонском музее этот эпизод истории, запечатленный на картине Поля Делароша, до сих пор вызывает бурю эмоций! А вот со своей двоюродной сестрицей – дочерью Анны Болейн, Елизаветой – «Кровавая Мэри» так и не расправилась. Посадила ее в Тауэр, но казнить не успела – умерла сама. В возрасте 42 лет. И пошла вся история Англии по-другому. Да что Англии – мира!

Эта католичка Мария, выйдя замуж за принца католической Испании, строила планы мирового господства на свой лад. Потому так важно было рождение их общего с Филиппом ребенка! Протестантка Елизавета все круто развернула! Вдовый Филипп Испанский попытался свататься теперь к ней. В ответ королева объявила, что дает обет никогда не выходить замуж! Испания становится непримиримым врагом, посылает к берегам Англии «Непобедимую армаду», английские рыцари готовятся героически умереть в водах Ла-Манша, но не сдать, и тут – чудо: страшная буря всю эту армаду топит! Испанцев на века теперь «коррежит» только от одного упоминания Англии! Лопе де Вега Елизавету I иначе, чем «вавилонской блудницей», и не называл! Это королеву-то девственницу! Хотя в обете королевы было только про безбрачие – откуда мы знаем, насколько широко оно королевой трактовалось! Интимные подробности мы не знаем, но фавориты у королевы были. Один из последних – красавец граф Эссекс.

Ему, кстати, приписывается авторство пьес Шекспира. (По одной из версий, автором была сама Елизавета, а полуграмотный, скуповатый владелец театра был лишь прикрытием!) Если и так, то страсть к острым сюжетам и романтическим приключениям графа подвела – изобразив мятежника и борца за справедливость, пройдясь со шпагой наголо во главе заговорщиков по улицам Лондона, был арестован и казнен! И столетия спустя авторы многочисленных романов описывали сцену, когда пожилая уже Елизавета в своих покоях кусала пальцы, удерживая себя от порыва послать гонца с приказом о помиловании, и лишилась чувств, услышав роковой знак – три пушечных выстрела по завершении казни. Кстати, к Елизавете сватался и наш Иван Грозный. Согласись она на такой брак, может, и по Лондону английские рыцари скакали бы с собачьими головами у седел и сходились у Темзы-реки на кулачные бои стенка на стенку!

## 1.12. Предменструальный синдром

*О, сколько мужчин невинно пострадали от несправедливости и периодической агрессивности и неуравновешенности своих женщин! Мужчины переживают и всерьёз обижаются, но проходит несколько дней – и где это злобное и истеричное существо?! Опять милая и ласковая, как ничего и не было! Она и не помнит!*

Мужчина, конечно, понимает, что это связано с менструацией и изменением гормонального профиля, но так до конца и не верит, что можно настолько меняться! Он подозревает, что всё это проявление черт характера, который периодически вылезает наружу при ослаблении организма.

Эта глава уже публиковалась в моей книге «Русская рулетка». Но учитывая ее крайнюю важность для сохранения нормальной обстановки в семье в частности и в обществе в целом (скажете, нет?), считаю более чем уместным повторить ее здесь. Тем более что формально предменструальный синдром вполне подходит под критерии соматоформного расстройства – болезненные симптомы есть, а отклонений при обследовании нет! Хотя здесь, конечно, все сложнее!

Подход к диагностике и лечению определяет выраженность предменструального синдрома – ПМС. Под ним подразумевают совокупность физических и психоэмоциональных изменений во второй половине менструального цикла (обычно за 5 дней перед наступлением менструации), которые – обратите внимание! – негативно влияют на качество жизни женщины. Если преобладают такие психоэмоциональные расстройства, как возбудимость, злость и внутреннее напряжение, и это повторяется постоянно, из цикла в цикл, то это подпадает уже под определение Американской психиатрической ассоциации как «предменструальное дисфорическое (депрессивное) расстройство».

В психиатрии часто бывает трудно отличить, где норма, где особенности личности, где «предболезнь», а где уже и реальное психическое расстройство. Поэтому для каждого состояния разработана система критериев, отражающих совокупность симптомов и их длительность.

Например, набор депрессивных симптомов длительностью до 2 лет считается «особенностью личности», или «предболезнью», больше – уже может рассматриваться как психиатрическое отклонение. Или – для диагноза «шизофрения» обязательно наличие эпизода острого психоза, без этого диагноз будет звучать «шизоаффективное расстройство». Система диагностических критериев делает работу психиатра более объективной и стандартизированной. Для диагностики предменструального дисфорического расстройства такая система также есть.

Итак, наберете 5 симптомов из этого перечня?

1. Злоба и раздражительность.
2. Внезапная печаль, чувство отверженности.
3. Чувство безнадежности или низкой самооценки.
4. Трудно концентрировать мысли.
5. Повышенный аппетит, появление избирательности в пище.
6. Снижение интереса к обычной ежедневной деятельности.
7. Быстрая утомляемость.
8. Потеря контроля над собой.
9. Набухание молочных желез, боль в животе, суставах, набор веса.
10. Расстройство сна: не можете заснуть или, наоборот, повышенная сонливость.

Что, есть все 10?! Или даже есть что добавить? Но тут вступает в силу главный критерий: нарушает это ваш ритм жизни, вредит работе, отношениям? Если вы можете с этим справиться – у вас обычный ПМС, если это справляется с вами – уже депрессивное расстройство! Для справки: 75 % женщин чувствуют ПМС, у 6–8 % развиваются предменструальные дисфорические расстройства. В основе ПМС лежит генетическая предрасположенность, и даже есть главный подозреваемый – ген, отвечающий за чувствительность тканей к женским половым гормонам. Также статистика показывает, что курение может быть фактором риска для развития ПМС.

Под маской ПМС могут скрываться и многие другие, как терапевтические так и психиатрические, заболевания.

Среди них в первую очередь надо исключить патологию щитовидной железы. Как недостаток гормонов щитовидной железы, так и их избыток может сопровождаться резкими перепадами настроения. Избыток гормонов надпочечников также может маскироваться под ПМС.

Часто женщины с иными серьёзными депрессивными нарушениями психики испытывают усиление симптомов перед началом менструации, их важно вычленять из общей группы, так как они требуют совсем другого лечения.

Некоторые другие заболевания, такие как мигрень, синдром хронической усталости, синдром раздраженного кишечника, могут обостряться перед менструацией, но там иной набор симптомов и нет строгого соответствия «лютеиновой фазе цикла».

Итак, что делать?! Если симптомы умеренные, то вначале доктора обычно рекомендуют регулярную физическую нагрузку и уменьшающий стресс тренинг.

**Для диагностики предменструального дисфорического расстройства есть особая система критериев.**

**Если наберёте 5 симптомов из перечня на с. 98 и это нарушает ваш обычный ритм жизни, то это уже не обычный ПМС и требует наблюдения у психиатра.**

Последнее больше относится к западной медицине, где психотерапевты весьма распространены, однако и у нас можно получить представление о принципах борьбы со стрессом. Пытались применять витамины группы В, Е, магний, различные добавки – результат разочаровывающий, да тут ещё эти сообщения о повышении общей смертности в группах тех пациентов, кто эти витамины регулярно принимает.

Если симптомы уже начинают беспокоить, а то и мешают жить – время начать принимать антидепрессанты типа «Прозака» – по-научному они называются «ингибиторы обратного захвата серотонина» – опять топорный прямой перевод английского термина! Их не обязательно применять постоянно – можно лишь в то время, когда есть всплеск того самого лютеинотропного гормона, то есть со второй половины цикла, с 14-го дня.

Если этого недостаточно, то доктор может рассмотреть возможность присоединения «Алпрозолама» («Ксанакс»), но тут все индивидуально, иногда это может привести к обратному эффекту.

Препараты второй линии – гормональные противозачаточные таблетки, но не абы какие, а содержащие особую разновидность гормона прогестерона – «дроспиренон», он также может сглаживать действие избытка мужских половых гормонов в организме женщины (я уже упоминал, что у женщин тестостерон тоже есть, и он еще и отвечает за степень сексуального влечения женщины!). Такое лечение имеет не такой уж и выраженный эффект, но все лучше крайней ситуации, когда врач вынужден вводить специальный гормон, прерывающий менструальную функцию вовсе, напоподобие химической кастрации у мужчин, как,

например, при раке простаты! А ведь приходится иногда идти и на такое, когда, например, женщина перед менструацией впадает в такую депрессию, что пытается покончить жизнь самоубийством!

Закончу эту главу обращением к женщинам и мужчинам.

Женщины! Перепады настроения в связи с гормональными всплесками – это нормальное состояние. Только не упустите момент, когда это может развиться в болезнь и начнет мешать жизни, вовремя обратите на это внимание и начинайте принимать меры, главная из которого – здоровый образ жизни и позитивный образ мыслей!

Мужчины! Из регулярных обязанностей, наложенных на нас природой, самой тяжелой является обязанность ежедневного бриться по утрам. Будем же терпимыми к нашим женщинам, ведь их организм настолько тоньше и сложнее нашего!

Эту главу закончу историей про хрупкую мужественную женщину и про brutальных чутких мужчин.

### *Заметки на полях*

Многие со школы помнят историю о «Буридановом осле». Философский парадокс об осле, который умирает от голода, стоя на равном расстоянии от двух стогов сена – не знает какой выбрать! Выведен средневековым философом Жаном Буриданом. Так вот этот самый Буридан, как вы сами сейчас поймете, был падох на слабый пол. Причем настолько, что совсем потерял осторожность и оказался в любовниках у жены короля Филиппа Красивого – Жанны Наварской. Но слабый пол только так называется. Особенно, если его представительница – королева! Не знаю, что у них там произошло, поговаривают о ветреном характере философа, но как-то королева вышла из себя и приказала зашить Буридана в мешок и бросить в Сену! Не сомневаюсь, что у королевы в тот день был жесточайший ПМС! (Вот интересно – предоставляла ли она два мешка ему на выбор?!). Смертью философа дело не закончилось – вскоре Жанна умерла сама при подозрительных обстоятельствах – летописи смутно намекают, что муж-король прознал об измене.

Эта история выведена в балладах Франсуа Вийона. Жизнь и судьба самого поэта – совершенно не вероятно! Разбойник, вор и убийца и в то же время один из самых утонченных лирических поэтов! Говоря современным языком за ним 105 статья УК (убийство по неосторожности), 162 – (вооруженный грабеж) и 102 – (умышленное убийство). Три смертных приговора, которых избежал по чистой случайности! А теперь прочитайте это:

Я у ручья томлюсь, палимый жаждой;  
Огнем горю, от стужи трепеща,  
На родине, где звук и вид мне каждый  
Далек и чужд. Лохмотья и парча;  
Гол, как червяк, в одежде богача.  
В слезах смеюсь. Хочу лучей и грома.  
Жду новизны, что мне давно знакома,  
И радуюсь, съедаемый тоской.  
Я всемогущ, бессильный, как солома;  
Я званный гость у всех, для всех изгой.  
Я убежден лишь в том, что непонятно,

И только то, что явно, мне темно.  
Мне кажется обычным, что превратно;  
Сомнительным, что ведомо давно.  
Всегда везет – а счастья не дано.

Помните первое появление Д'Артаньяна на страницах «Трех мушкетеров»? Встреча с Миледи и графом Рошфором, ссора из-за насмешек над нелепой расцветкой лошади Д'Артаньяна? Это произошло в Мэнге, сегодня этот городок называется Мэнг сюр Луар. В мощном Епископском замке Мэнга есть жуткая подземная тюрьма. И сегодня при посещении мурашки по коже! Настоящий каменный мешок! В нем когда-то Франсуа Вийон дождался смертной казни. Бродил в цепях между тел умерших и их экскрементов и ждал когда лязгнет засов и он увидит солнце в последний раз. Ему очередной раз невероятно повезло – Мэнг посетил король и в честь его приезда всех приговоренных отпустили на свободу! Зря говорят, что чудеса не повторяются – в судьбе Франсуа такое уже было: его выпустили из подземной тюрьмы Орлеана накануне повешения в честь помолвки дочери тамошнего влиятельного герцога! Потом были еще замечательные стихи, новые приключения.

и новых смертный приговор за соучастие в очередном убийстве. Вийон на этот раз написал прошение о помиловании – первый раз! Раньше было по заслугам, считал он, а вот как раз здесь он был «не при делах»! Ни на что не надеясь, и – о чудо! – помилование пришло! Заменяли на 10-ти летнюю высылку. В 32 года Франсуа покинул Париж и о дальнейшей судьбе его ничего не известно...

«Господь простит – мы знали много бед.  
А ты запомни – слишком много судей.  
Ты можешь жить – перед тобою свет,  
Взглянул и помолишь, а Бог рассудит».

## 1.13. Нарушение сна и о чем писали У. Коллинз и Ч. Диккенс

Статистика показывает, что нарушениями сна страдает около 60 % населения развитых стран. Кто-то не может заснуть до утра, кто-то, едва заснув, просыпается и больше уже глаза не закрывает. И потом весь день его преследует плохое самочувствие, разбитость, подавленное настроение. В общем, чувствуешь себя не в своей тарелке.

### 1.13.1. Бессонница

Причин бессонницы много. Избыток стресса, мозг продолжает работать, переживать, несмотря на позднее время.

Бессонница – один из классических критериев депрессии и заболеваний, с ней связанных: синдрома хронической усталости, фибромиалгии, синдром раздраженного кишечника. Поэтому понятно, почему мы рассматриваем это состояние в книге, посвященной соматоформным расстройствам, притом, что и здесь приходится повторяться. Иногда бессонница является спутником некоторых неврологических заболеваний. Так что же с бессонницей делать? Таблетки? Таблетку выпить просто. Но через короткое время она уже не помогает, увеличиваем дозу, потом полдня ходим дурные. Даже люди далёкие от медицины все больше начинают понимать, что снотворные – это тупиковый путь!

**Бессонница – один из классических критериев депрессии и связанных с ней заболеваний. С ней можно и нужно справиться. На с. 102 дан научный способ, довольно жесткий, но без лекарств и более эффективный, чем подсчет баранов и овец.**

Тогда что? Прием алкоголя на ночь? Знаю, что даже некоторые врачи неофициально советуют выпить стакан вина на ночь. Да, алкоголь на ночь может помочь заснуть и раз, и два, но постоянный приём алкоголя бессонницу только усугубляет. Забудешься на час, но потом проснешься и уже не заснуть.

Но на самом деле существует несколько правил, выполняя которые можно наладить сон. Первое – это гигиена сна.

Надо знать её правила и взять на себя каждодневный труд их соблюдать! Что за правила? Вот они вкратце:

1. Кровать – только для сна. Дотошные американцы добавляют в своих официальных рекомендациях – используйте кровать только для сна и секса (никакой фантазии у людей!). Всякие там: полежать, поваляться с компьютером или перед телевизором – недопустимо.

2. Спите ровно столько, чтобы чувствовать себя отдохнувшим. Не пересыпайте, не валяйтесь.

3. Привыкайте в одно и то же время ложиться, в одно и то же время вставать. Это очень важно.

4. Не заставляйте себя спать. Если вы лежите больше 20 минут и не заснули – встаньте, пойдите в другую комнату. Почитайте, еще что-нибудь поделайте до тех пор, пока не захотите спать. (Но если вы решите поесть или посчитать деньги – вернее, сколько их вам не хватает, чтобы выплатить или заплатить, посмотреть новости, это вас только возбудит и заснуть не поможет!) Захотели спать – пошли опять в кровать. Опять 20 минут полежали и поняли, что не можете заснуть. Опять встали и пошли читать. И так пока окончательно не заснете.

5. Будильник у вас должен быть заведен всегда на одно и то же время, включая субботу и воскресенье. Это очень важно. Так как у тех, кто не высыпается в будни, но старается высыпаться в выходные, бессонница протекает в гораздо худшем варианте

6. Надо избегать крепкого чая и кофе после обеда.

Потому что, как ни крути, кофеин влияет на бессонницу. Есть люди, которые могут выпить перед сном две чашки крепкого кофе и пойти спать! Но это исключение. Если про кофе многие знают, то к чаю мы относимся значительно более легкомысленно. А ведь иногда в чае содержится больше кофеина, чем в кофе.

Где-то читал, что максимальное количество кофеина в чае достигается в первые минуты после заварки. Потом он замещается молекулами других биологически активных веществ и его концентрация падает. Многие же, наоборот, настаивают поменьше: «а то будет слишком крепкий!».

7. Если вы курите, то не курите перед сном – никотин обладает возбуждающим действием. Если вы голодны, съешьте яблоко или что-то другое, легкое.

8. В спальне не должно быть лишних звуков и света.

9. Температура в комнате, как считают, должна быть не выше 16–17 градусов. Хоть один, кого вы знаете, спит при такой температуре? Жители Дальнего Востока, в поселки которых опять не завезли вовремя уголь, не в счёт!

10. В гигиене сна большое значение имеет физическая нагрузка. Но, разумеется, упражнения нужно делать не за несколько минут до сна.

И вот вы прислушались ко всем советам, все выполняете и все равно нормализовать сон не получается! Тогда попробуйте следующее. Приём связан с ограничением сна. Предупреждаю – будет непросто, потребует силы воли! Итак.

Вы назначаете себе фиксированное время подъёма. Всегда одно и то же. Независимо от того, когда вы заснули.

Вы замечаете время, сколько вы в итоге проспали.

Например, подъем в 7, легли вы в 11, но заснули только в 2. Итого вы спали 5 часов. Днём к кровати даже не подходить и никаких «подремлю в кресле»!

Теперь вы идете ночью спать в 7 минус 5 = в 2 часа ночи. Заснули, в 7 подъем – глядишь, свои 5 часов проспали.

Если опять заснули не сразу: пролежали час без сна и в итоге спали всего 4 часа, – следующую ночь ложитесь 7 минус 4 = 3 часа. И ни минутой раньше, как бы ни хотелось, как бы вы ни вырубались! Это делается, чтобы убрать лишнее время лежания в кровати без сна. Вы должны себя приучить засыпать сразу, как ложитесь в кровать и вот вы такими мучениями достигли того, что упали и заснули. Теперь начинаем прибавлять по полчаса сна.

Например, вы предыдущую ночь спали 5 часов, теперь ложимся в 1.30. Несколько ночей удалось поспать по 5 с половиной часов – теперь прибавляем ещё и ложимся в час. И так до полноценных 7–8 часов!

Не получилось, где-то сбой: с той точки опять начинаем по новой. Те, кому такая методика кажется очень жесткой, могут попробовать технику расслабления.

Надо лечь, сосредоточиться и мысленно начать расслаблять все мышцы, сверху вниз. Мышцы вокруг глаз, лица, потом рук, туловище, живот, ноги, пальцы ног. После нескольких раз уже начинает получаться. И каждый час повторять эту релаксацию, пока не заснул.

**Есть 3 основных способа наладить хороший сон, они описаны на стр. 188–189.**

**Они помогут, но на всякий случай познакомимся с лекарствами, помогающими от бессонницы.**

Это более эффективно, чем считать баранов! В борьбе с бессонницей может помочь яркая лампа, особенно в нашем климате. Называется фототерапия. При пробуждении включаем яркий свет и находимся под ним не менее получаса (представляете: только под утро заснул, темнота, кажется – глухая ночь, тут трезвонит будильник и зажигается ярчайший свет, вызывая рези в глазах! Бррррр!).

Про снотворные мы уже упоминали: привыкать не стоит, хотя бывают ситуации, когда без них не обойтись. Но это вам надо решать уже с вашим лечащим врачом. Сейчас рекламируют такой препарат как «Мелатанин»... Это гормон шишковидной железы (есть у нас и такая!), который участвует в регуляции ритма сна.

Как мелатонин, так и лекарства, которые усиливают его естественную продукцию, достаточно эффективны при бессоннице, вызванной сменой часовых поясов, в других случаях эффект может быть недостаточным.

В качестве борьбы с бессонницей часто применяют лекарства от аллергии, первое их поколение, которое действительно обладает побочным снотворным эффектом. Например, старый добрый «Димедрол»! Но сон после него очень тяжелый и потом на весь день обеспечена сонливость и головная боль!

«Корвалол» и «Валокардин» – очень популярные у нас капли, запрещенные к применению во всём мире.

Почему? Ведь помогают же?! Да потому, что содержат фенобарбитал – очень тяжелое снотворное, от которого отказались уже очень давно из-за выраженных побочных эффектов.

Валериана. Казалось бы, и растительное, и «мягкое», и невредное.

Было несколько исследований действия валерьянки на сон, действие оказалось не выше эффекта плацебо. Но вот что выяснили американцы: за 2013 год список лекарств, наиболее часто вызывающих токсическое поражение печени, возглавила – да, да, именно валериана (видимо, у котов какая-то другая печень!).

И вообще, таблетки от бессонницы, которые мы так или иначе пытаемся применять, приносят, как правило, больше вреда, чем пользы. Кто-то за рулем заснет, а кто-то лунатиком становится. Да-да, лунатиком, как в «Лунном камне». Там герой тоже настойку для сна принимал, потом во сне так этот Лунный камень запрятал, что на протяжении всей книги найти не могли. Но камень – ладно, не у каждого алмазы есть, но ведь люди начинают кому-то звонить, не отдавая себе отчета (они утром не помнят об этом), человек может сесть в машину и уехать неизвестно куда. Или заняться сексом, опять же безотчетно и потом не помнить об этом! (И потом с утра удивляться: что это с женой – и завтрак с улыбкой, и ботинки почистила?!)

Бывает, что из-за снотворных человек не помнит вообще, что было с ним весь предыдущий день!!!

## 1.13.2. Апноэ Сна

*«Апноэ» обозначает «остановка дыхания». Апноэ сна – термин, обозначающий кратковременную остановку дыхания во время сна. Многим знакома ситуация, когда тучный человек засыпает на спине и начинает сильно храпеть. Потом затихает на секунды, и потом вновь жуткий храп! Вот в эти секунды у него дыхание и останавливается: верхнее небо западает и закрывает вход в дыхательные пути. Он из-за этого просыпается, причём несколько раз за ночь, потом весь день мается – сонливость, усталость и того хуже: быстро развивается гипертония, повышение сахара, болезни сосудов, сексуальная неспособность... Таких больных снотворное может просто убить – так во время остановки*

*дыхания они просыпаются, а под снотворным просят последнюю возможность вздохнуть! Так что, перед тем как назначить «храпуну» какое-либо снотворное, врач должен сначала убедиться: нет ли тут апноэ сна.*

Кто подвержен вот таким кратковременным остановкам дыхания во сне в первую очередь?

Во-первых, мужчины. Во всяком случае, значительно чаще, чем женщины.

Во-вторых, люди с избыточным весом – это самый главный фактор риска для этого состояния.

Далее: курильщики, люди с хронически заложенным носом, с резко увеличенными миндалинами. Также больные с пониженной функцией щитовидной железы, с сердечной недостаточностью, беременные и некоторые другие.

**Иногда снотворное может быть смертельным: если его станет принимать человек, склонный к апноэ сна. Обычно во время остановки дыхания они просыпаются и делают вдох, а под снотворным просят последнюю возможность вздохнуть!**

В медицине известен синдром Пиквика – когда тучный человек постоянно неконтролируемо засыпает на протяжении дня – классическое проявление апноэ сна. Ирония в том, что сам мистер Пиквик («Посмертные записки Пиквикского клуба» Ч. Диккенса) ничем таким не страдал. Чрезмерно толстым и постоянно засыпающим был его слуга Джо. Но, видимо, кому-то показалось, что слуга – не та фигура, чтобы в его честь называть синдром и тем самым увековечивать имя! И синдром назвали именем его хозяина! Подсказка врачам – если ваш пациент имеет избыточный вес (пусть и не чрезмерный), при этом постоянно усталый, сонный, с гипертонией и повышенным сахаром – спросите его жену: а не храпит ли он ночью?! Если да, то пошлите пациента на полисонографию (исследование сна, во время которого у больного регистрируют несколько параметров, в том числе и насыщение крови кислородом). Применение специального вспомогательного аппарата ночью очень помогает таким больным и резко улучшает качество жизни.

## 1.14. Черная желчь

*«Меланхолия» – в переводе с греческого «чёрная желчь» – именно такой термин предложил еще Гиппократ для определения состояния, которое мы сегодня зовем депрессией.*

«Черная желчь» разъедает наши души в ужасающих масштабах! По материальным затратам, которые здравоохранение различных стран тратит на борьбу с ней, депрессия превосходит затраты на сердечно-сосудистые болезни и онкологию, вместе взятые! Например, в США депрессией страдает 6,5 % населения, притом, что на протяжении жизни шанс заболеть ей есть еще у 10 % людей.

Страдают не только сами, но и их семьи, работодатели, друзья, знакомые. По числу дней потери трудоспособности депрессия в 2010 году вышла на ВТОРОЕ место!

На борьбу с депрессией и её последствиями ежегодно тратятся миллиарды долларов! К врачу первичного звена в поликлинику или медицинский офис больные с депрессией обращаются, как правило, не с депрессией, не с подавленным настроением как таковым, а с многочисленными жалобами медицинского характера. Боли различной локализации, головокружение, тошнота и все то, о чем мы уже подробно говорили. Потому эта глава, в которой дается лишь краткий обзор депрессивного расстройства, и включена в книгу, посвященную соматоформным расстройствам, что депрессия часто или неотделима от них, или является их составляющей частью.

### *Заметки на полях*

Не так давно в Англии была опубликована работа, доказывающая, что... счастье заразно! Раздали населению района близ Лондона специальные опросники и выяснили: соседи тех семей, что отвечали, что они абсолютно счастливы, тоже, как правило, были довольны жизнью.

Причем, чем ближе они жили к домам тех счастливых, тем более позитивно смотрели на жизнь и сами. На расстоянии 2–3 миль от жилья наиболее оптимистично настроенных людей начинает преобладать менее радужное настроение.

Нам не надо никаких статистических выкладок, чтобы осознать и другую истину: депрессия тоже заразна, да еще как! Рядом с такими людьми становится душно, настроение резко портится!

Для диагноза депрессии необходимо сочетание не менее пяти симптомов из приведенных ниже:

1. Угнетенное настроение.
2. Потеря интереса к жизни и невозможность получить удовольствие от того, что человек делает.
3. Бессонница или, наоборот, избыточная сонливость.
4. Изменение аппетита и резкие колебания веса.
5. Психомоторное возбуждение.
6. Повышенная утомляемость.
7. Неспособность концентрировать мысли.
8. Чувство безнадежности или вины.
9. Неоднократные мысли о смерти или самоубийстве.
10. Злоупотребление алкоголем.

При этом психиатры добавляют: эти симптомы должны присутствовать почти каждый день на протяжении не менее 2 недель (DSM-5). Примерили эти вопросы на себя?

Насчитали 5? И уже довольно давно? У вас депрессия!

Врачей общей практики учат активно выявлять депрессию у пациентов с наличием сочетания факторов риска с соответствующим поведением. Эти факторы риска лежат в области генетики, состояния здоровья, социально-экономической области:

1. Наличие предыдущих депрессивных эпизодов.
2. Семейная история депрессии.
3. Принадлежность к женскому полу.
4. История послеродовой депрессии.
5. Психологические (и не только) травмы в детстве.
6. Наличие избыточных стрессов.
7. Наличие серьезных заболеваний.
8. Плохая социальная поддержка.
9. Вредные привычки (злоупотребление алкоголем, наркотиками).

#### ***Заметки на полях***

С детства зачитывался А. Дюма. Я – подвижный и веселый, как и все дети – очень переживал за Атоса, ну что же он так страдает! Так впервые и познакомился с описанием классического депрессивного состояния: «В дурные часы Атоса – а эти часы случались нередко – все светлое, что было в нем, потухало, и его блестящие черты скрывались, словно окутанные глубоким мраком.

Полубог исчезал, едва оставался человек. Опустив голову, с трудом выговаривая отдельные фразы, Атос долгими часами смотрел угасшим взором то на бутылку и стакан, то на Гримо, который привык повиноваться каждому его знаку и, читая в безжизненном взгляде своего господина малейшие его желания, немедленно исполнял их. Если сборище четырех друзей происходило в одну из таких минут, то два-три слова, произнесенные с величайшим усилием, – такова была доля Атоса в общей беседе. Зато он один пил за четверых, и это никак не отражалось на нем, – разве только он хмурил брови да становился еще грустнее, чем обычно». Уже в зрелом возрасте узнал истинную историю мушкетеров. Портос был сослуживцем д'Артаньяна во время службы в гвардейском полку господина Дезессара и носил имя Исаак. Арамиса звали Генрихом, он был дальним родственником де Тревиля и действительно служил в мушкетерах. Как и Адриан д'Атос. Он никогда не был графом, но действительно водил дружбу с остальными тремя мушкетерами (тем более что они все были земляки из Гаскони). Но эта дружба длилась недолго – когда лейтенанта мушкетеров д'Артаньяна уличные бретеры прижали к решетке Люксембургского сада и тот, отбиваясь от превосходящего противника, позвал на помощь, Атос прибежал первым (от улицы Феру, где он жил, там всего 100 метров!) и был в той злополучной неравной дуэли убит в возрасте 25 лет! Так что все остальные тома великой книги касательно этого персонажа – увы, вымысел! Шарль да Баац д'Артаньян и правда стал капитаном королевских мушкетеров, последние годы жил напротив Лувра на rue de Vas номер 1 – там и сейчас висит мемориальная доска. Погиб в возрасте 45 лет при осаде Маастрихта – там сегодня стоит ему памятник. В реальной жизни всех пережил Исаак Портос, он умер в возрасте 95 лет!

Врач не должен ожидать, что пациент начнет ему жаловаться на подавленное настроение и черные мысли. Статистика показывает, что так поступает лишь незначительное меньшинство больных. Врач общей практики или терапевт должен проводить активный скрининг на выявление депрессии. Для этого он должен задать пациенту всего 2 вопроса:

1. Было ли у Вас подавленное настроение, чувство безнадежности в течении последнего месяца?

2. Потеряли ли Вы интерес к тому, что делаете, перестали ли получать удовольствие от жизни в течение последнего месяца?

Если пациент ответил «да» хоть один раз – на 83 % у него депрессия и он должен быть направлен к специалистам!

(Kroenke K, Spitzer RL, Gen Hosp Psychiatry. 2010)

На самом деле при депрессии, как и при других психиатрических заболеваниях, происходит изменение в количестве так называемых нейротрансмиссеров, исследователи проследили, как меняется их концентрация, как перераспределяется активность различных областей головного мозга. Более того, доказано, что один из участков головного мозга – гиппокамп, при депрессии уменьшается в размерах. Так что за психиатрическими симптомами стоят совершенно конкретные патофизиологические процессы.

Из перечисленных факторов риска давайте остановимся на роли различных заболеваний в развитии депрессии. Не появление угнетенного настроения как реакции на вновь выявленную или уже существующую серьезную болезнь, а именно развитие депрессии, как составляющей части клинической картины конкретного патологического процесса.

1. В первую очередь, это различные неврологические заболевания – нарушения мозгового кровообращения, как острые, так и хронические, эпилепсия, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, опухоли мозга. Особую роль играют травмы головы. Так, травма головы в возрасте между 11 и 15 годами очень часто ведет к последующему развитию депрессии.

2. Инфекции: нейросифилис, СПИД.

**Человек попадает в психиатрическую клинику и спрашивает на ресепшн:**

- Тут никто не носит халатов, как отличить врача от пациента?
- Врач – это тот, кто без бахил!

**Это, конечно, анекдот, но критерии нормы и патологии в психиатрии иногда кажутся настолько зыбкими!**

3. Эндокринологические заболевания и метаболические нарушения. Классически – это нарушение функции щитовидной железы – гипотиреоз, далее диабет, витаминная недостаточность. Особенно явственно это видно при недостатке витамина D, его низкий уровень напрямую связан с развитием депрессивных состояний.

4. Сердечные болезни – атеросклероз сосудов сердца, инфаркты, кардиомиопатии, сердечная недостаточность.

5. Воспалительные процессы – ревматологические заболевания, воспалительные заболевания кишечника, суставов.

6. Медикаменты. Родственники и друзья пациентов, которые лечат хронический вирусный гепатит специальными лекарствами – интерферонами, хорошо знают, как меняется их настроение. Интерфероны, стероидные гормоны, некоторые обезболивающие могут провоцировать депрессию. Хорошо известные лекарства для лечения гипертонии – бета-блокаторы («Атенолол», «Конкор», «Беталок» и др.) – также могут быть причиной депрессивных состояний.

Пару лет назад с рынка было отозвано очень многообещающее лекарство для борьбы с ожирением и никотиновой зависимостью – «Римнобант». Ему предсказывали повторение коммерческого успеха «Виагры». Но все рухнуло, когда оказалось, что «Римнобант» вызывает депрессию и даже увеличивает число самоубийств!

Самоубийства – отдельная история!

Депрессия, шизофрения, другие психиатрические состояния, «пограничные» персональные расстройства стоят за попытками самоубийства в 90 % случаев!

Я думаю, вы удивитесь, познакомившись со следующими цифрами: от самоубийств на планете ежегодно погибает 1 миллион человек! И еще от 10 до 20 миллионов делают попытки себя убить! Что делает самоубийства серьезной медицинской проблемой!

От СПИДА ежегодно умирают полтора миллиона человек, от туберкулеза – тоже полтора. Рак легкого уносит те же полтора миллиона жизней в год. Но это состояния, которые у всех на слуху, все о них знают и боятся заболеть, медики проводят скрининг и профилактику этих заболеваний, а тут 1 миллион потерянных жизней в год – и тишина!

Самоубийства среди взрослого населения являются одной из лидирующих причин смерти! В Австралии – это причина номер 4, в Восточной Европе – номер три (лидирует Венгрия), в Западной Европе – номер 7, как и в Америке, Индия – номер 9. Россия занимает по числу самоубийств 4-е место в мире.

**Самоубийства, от которых ежегодно в мире погибает 1 млн (!) человек, в 90 % случаев связаны с депрессией, шизофренией, другими психическими состояниями и «пограничными» персональными расстройствами.**

Но это взрослые. Среди подростков все еще хуже, у них самоубийства, как причина смерти, устойчиво занимают «призовые места» в разных странах, деля их с травмами и инфекционными заболеваниями. По данным ЮНИСЕФ (Международный фонд помощи детям при ООН), в России 45 % девочек и 27 % мальчиков хоть однажды, но всерьез задумывались о самоубийстве. Об этой печальной статистике надо помнить и нам – врачам общей практики, терапевтам. Исследования показывают, что больше 75 % тех, кто пытался совершить самоубийство, и почти половина лиц, у которых эта попытка удалась, в течение нескольких месяцев до этого посещали врача общей практики или терапевта. Не психиатра – к ним обращаются в разы реже, а терапевта! И учитывая, что за попытками самоубийства часто стоит депрессия и другие психические заболевания, не стесняйтесь задавать пациенту вопросы, которые могут выявить его душевное состояние, ведь он за этим к вам и пришел!

В проблеме с самоубийствами отдельно стоят антидепрессанты. Казалось бы, кому их назначать, как не больному с депрессиями? Да, но дело в том, что антидепрессанты в первые недели применения резко повышают число самоубийств у лиц, их принимающих, особенно молодого возраста! Это настолько очевидно, что в Америке на упаковках антидепрессантов в законодательном порядке наклеивают предупреждение:

#### ***Заметки на полях***

В Сибири есть прочное поверье, что если разорить припасы бурундука, которые он с таким трудом собирал все лето на зиму, то это маленькое милое полосатое животное покончит жизнь самоубийством! Я сам видел тельца несчастных бурундучков с шеей, зажатой в развилке ветки. Многие, правда, утверждают, что умысла тут нет и это случайность (или так коршуны на них охотятся и загоняют таким образом – в Африке подобное делают леопарды, затаскивая жертву на дерево). Не знаю, но многие добытчики

кедрового ореха никогда не тронут запасов бурундука, хоть в их «кладовых» очищенные и самые отборные орехи!

«Осторожно! Могут провоцировать попытки самоубийства у лиц 18–24 лет! Вот интересно – сколько у нас врачей, выписывающих вам всем антидепрессанты, об этом знают? Конечно, антидепрессанты нужны, но далеко не всякие и приниматься должны под особым контролем!

Ну вот вам еще пример: депрессия может существовать сама по себе, а может быть частью биполярного расстройства, маниакально-депрессивного синдрома. Когда периоды депрессии сменяются периодами повышенной активности, возбуждения. Человек проявляет бешеную активность, будто это не он совсем недавно сидел часами, уставившись в одну точку, и ничего больше от жизни не хотел, мало спит, успевает делать несколько дел сразу. Проходит какое-то время, и депрессия наваливается опять. Так вот, если больному с маниакально-депрессивным расстройством дать антидепрессант, то ему станет только хуже! А ведь маниакально-депрессивное состояние далеко не всегда очевидно, часто период повышенной (маниакальной) активности отсутствует, и диагноз ставит только профессионал-психиатр.

## 1.15. Когда «основной инстинкт» дает сбой...

*СЕКС играет в нашей жизни огромную роль. Ну, хотя бы потому, что необходим для продолжения жизни. Хотя обычно такие высокие мысли приходят не в первую очередь. Инстинкт – они есть инстинкт, в таких делах мозг не всегда участвует первым номером! Может быть, поэтому мозг и начинает мстить! Особенно мужчинам! Вот с их проблем в этой области и начнем.*

### 1.15.1. Проблемы с сексом у мужчин

Они часто идут рука об руку с наличием хронических болезней. Однако в подавляющем большинстве случаев они не первопричина проблем с сексом, а лишь факторы риска.

Причина номер один – в нашей голове, результат депрессии, беспокойств, тревоги. Хотя здесь огромное значение имеют и образ жизни, и питание, и наличие сопутствующих болезней (как и было сказано), и принимаемые лекарства, и многое другое!

Сексуальную (эректильную) дисфункцию отмечают 40 % мужчин в возрасте 40 лет! И эта цифра увеличивается на 10 % каждое последующее 10-летие (Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, J Urol. 1994.) 10–15 % мужчин просто теряют интерес к сексу.

Но прежде чем говорить о дисфункции, надо определиться с понятием нормы, что, собственно, не так и просто, учитывая индивидуальные особенности и субъективность ответов на медицинские опросники.

#### *Заметки на полях*

Я помню, в начале 2000-х, когда еще не вывелась порода ярких представителей «братков», у дверей нашей клиники остановилась удлиненная модель «БМВ» и в холле появился крепкий, бритый наголо мужчина с замысловатыми татуировками, видными в вырезе рубашки. Он сразу перешел к делу, поймал меня за руку и начал пытаться вложить мне в карман пачку долларов («котлету»):

– Доктор, вы должны помочь, я вам сразу поверил!

– Хорошо, хорошо, а что случилось?

– С женщинами проблемы. Причем все функционирует. Но, вот начинаю и во время процесса думать – а зачем мне все это надо?!

Греческая мифология утверждает, что по приказу микенского царя Геракл за одну ночь оплодотворил 40 девственниц. («Бывают же приказы!» – подумали бойцы взвода десантников, почитав «Легенды и мифы Древней Греции»).

Но это из серии: «А мой сосед говорит, что может 10 раз за ночь!» «Ну, так говорите и вы!»

Попытки регламентировать количество половых сношений можно увидеть и в Библии, и в Талмуде. Речь идет о 1–2 разах в неделю. Если объединить все современные источники и исследования, то мы выйдем примерно на такую же цифру.

Понятно, что это очень усредненно: у кого-то норма 1–2 раза в день, у кого-то 1–2 раза в месяц. Но для мужчины главное – сохранять половую активность в принципе. Англичане говорят: «Use it or lose it» (Используй, или потеряешь!).

Исследования показали, что у мужчин в возрасте 55–75 лет, занимающихся сексом раз в месяц, чаще развивается эректильная дисфункция, чем у тех, кто делает это раз в неделю.

Кстати, о возрасте – в том же исследовании есть следующие цифры: 40 % мужчин 75–85 лет еще сексуально активны, женщины же того же возраста сохраняют сексуальную активность лишь в 17 % случаев.

Для того чтобы понять механизмы развития сексуальной дисфункции, давайте посмотрим, как это всё работает.

Нормальная сексуальная функция мужчины требует нормального взаимодействия сосудистой, нервной систем, гормонов и психики.

Рефлексы, стимулирующие эрекцию, проводятся через нервы, проходящие между позвонками в месте, где заканчиваются грудные и начинаются поясничные позвонки («торако-люмбальный центр эрекции»), а также в области крестца («сакральный центр эрекции»). Поэтому, оценивая серьезность сдавления нервных корешков грыжей межпозвоночного диска, врач всегда спросит: а всё ли в порядке с эрекцией? Потому что если появилась дисфункция, то это уже тревожный симптом сдавления крупного нервного пучка.

### **Сексуальную дисфункцию отмечают 40 % мужчин в возрасте 40 лет, и чаще всего причина – в нашей голове.**

Эрекция по сути не что иное, как нагнетание крови в пористые («кавернозные») ткани полового члена, поэтому роль местного кровотока здесь определяющая. Кто хоть раз надувал резиновый матрас, знает, что надо не только с силой дуть, но и тщательно перекрывать сосок, в который вдувается воздух, в перерывах между вздохами, чтобы избежать его утечки. Так же и здесь – процесс состоит в резком повышении местного кровяного давления в кавернозных телах и в одновременном перекрывании венозного оттока.

Все эти важнейшие локальные изменения кровотока под влиянием нервных импульсов регулируются на месте уровнем оксида азота. Зачем вам это знать? Наверное, не обязательно, но может, кто заинтересуется для общего развития. Оксид азота служит как локальный нейротрансмиттер. Если его уровень низок, то с эрекцией будут проблемы (кстати, уровень оксида азота – доказано – ниже у курильщиков по сравнению с теми, кто не курит). Поддержанием на адекватном уровне концентрации оксида азота объясняется механизм работы «Виагры» и сходных с ней препаратов. Они блокируют действие фермента (фосфодиэстераза-5), который ускоряет метаболизм и выведение оксида азота из кавернозных тел.

Что еще влияет на развитие эректильной дисфункции и сниженного либидо (полового влечения), кроме депрессивных и тревожных состояний, стресса?

♦ **Курение.** Уже говорили.

♦ **Алкоголь.** Думаю, доказывать не надо, многие сталкивались.

♦ **Наличие заболеваний, таких, как сердечные болезни, диабет, недостаток тестостерона, легочные заболевания** – храп, особенно апноэ сна (помните – разбирали в разделе про бессонницу?). Те, кто тяжело храпит с паузами в несколько секунд, почти наверняка имеют ту или иную степень эректильной дисфункции.

♦ **Ожирение и вообще избыточный вес.**

♦ **Физическая неактивность.**

♦ **Прием медикаментов.** Ознакомьтесь со списком ниже.

Когда-то думали, что самое большое зло в смысле побочного действия на сексуальную функцию имеют препараты от гипертонии – бета-блокаторы («Атенолол», «Беталок», «Конкор» и прочие). Оказалось, это совсем не так – подобное встречается только у 5 из 1000 принимающих лечение бета-блокаторами. У препаратов, перечисленных ниже, статистика выглядит значительно хуже.

**1. Номер один** – это **антидепрессанты нового поколения** – с трудно понятным названием «ингибиторы обратного захвата серотонина» («Целекса», «Циталопрам», «Золофт»).

Проблемы с сексом могут возникнуть в 15–80 % случаев.

Если такое случилось, не надо сразу препарат отменять – уменьшите дозу и подождите, обычно все восстанавливается.

**2. «Спирополактон».** Это многим хорошо знакомый «Верошпирон» или «Альдоктон». Часто применяется как мочегонное, хотя имеет более сложный механизм действия.

**3. «Гипотиазид».** Да-да, знакомое нам уже столько лет старое доброе мочегонное. Входит в состав очень многих таблеток от гипертонии. Исследование показало, что гипотиазид отрицательно влияет на половую функцию значительно сильнее, чем бета-блокаторы.

**4. «Клофелин»** – уже давно для лечения гипертонии не употребляется, но в списках значится. Другие лекарства от гипертонии – «Эналаприл» («Энап»), «Амлодипин» («Норваск») отрицательно на половую функцию не влияют – специально исследовали этот вопрос.

**5. Кетоконазол** – средство для лечения грибка.

Есть серьезные подозрения, что к эректильной дисфункции может вести езда на велосипеде! (Schwarzer U, Sommer F, Klotz T, Eur Urol. 2002). Понятно, что если немного покататься по лесу, то это только способствует хорошему настроению, но для серьезных велосипедистов проблема может быть.

Важное отличие эректильной дисфункции в результате стрессов, депрессий и нездорового образа жизни от последствий неврологических или сосудистых заболеваний – сохранение спонтанной эрекции ночью. Если она есть – еще ничего не потерянно и все достаточно легко обратимо.

Поскольку ночью не каждый проснется проверить – как там у него, то врачи придумали примитивное, но эффективное приспособление. Одевается на половой член и утром проверяется: если особый стерженек распрявился – значит эрекция была.

Что со всем этим делать? Первое и обязательное: вести здоровый образ жизни. Бросить курить! Похудеть! Перестать переживать по поводу происходящего: «осечки» бывают абсолютно у всех, и не надо на них заикливаться.

Реально работающих лекарств не так много. Это уже упомянутые ингибиторы 5-фосфодиэстеразы:

**1. «Виагра»** («Силденафил») начинает работать через один час, длительность, когда эффект еще возможен, 4 часа.

**2. «Сиалес»** («Тадалафил») – начало через 15 минут, длительность, при котором действие лекарства еще сохраняется, – 36 часов. (Не длительность эрекции, а именно период, когда при соответствующей стимуляции лекарство может помочь.)

**3. «Левитра»** («Варденафил») – начало через 30 минут, длительность – 4 часа.

**4. «Стендра»** («Аванафил») – появилось совсем недавно. Начинает действовать через 15 минут.

Вниманию сердечников: если вы приняли «Виагру» – сутки нитроглицерин или нитросорбит не принимать, если «Сиалис» – то двое суток. Иначе все может закончиться плохо.

Также надо помнить, что грейпфрутовый сок замедляет выведение «Виагры» из организма. Как и некоторые антибиотики (группы эритромицина) и противогрибковые средства («Кетоконазол»). Это может привести к появлению побочных явлений.

Лекарства для лечения аденомы и гипертрофии простаты:

«Доксазозин» («Кардура») и «Теразолин» («Корнам»), применяемые вместе с препаратами типа «Виагры», могут привести к опасному снижению артериального давления.

Остерегайтесь заказывать «Виагру» и сходные с ней лекарства по Интернету: почти наверняка получите подделку, и не всегда безвредную!

Всевозможные БАДы для усиления потенции, вся эта реклама с дядьками в семейных трусах и отвисших майках с их криками «иду, уже иду!» и с мерзким подмигиванием – просто разводка на деньги. «Но ведь некоторые работают!» – скажете вы. А вот когда вы принимали то, что работает, покраснение лица было? А желтые круги перед глазами?

Было? Вот потому и работает – в капсулу с БАДом добавлена «Виагра»! Доказано не раз анализами. Ведь «Виагра» дорогая, рынок ограничен ценой. Ее размалывают в порошок и добавляют в БАД: по чуть-чуть. У БАДов рынок значительно шире, если за ним утвердится репутация «работающего», то окупится многократно! Только уже не один мужчина умер, вот так вслепую принимая «Виагру» под видом БАДов.

Помните про сердечников и нитроглицерин? Таблетка подобного БАДа – и обширный инфаркт!

**Обязательные условия для борьбы с «осечками»: бросить курить! похудеть! перестать переживать по поводу происходящего! Осечки бывают абсолютно у всех.**

Есть и еще работающие подходы в лечении эректильной дисфункции. Например, инъекции папаверина в половой член. Больно, конечно, но работает. Причем, если «Виагре» нужна соответствующая стимуляция, то здесь эрекция возникнет независимо ни от чего, просто по факту инъекции.

За рубежом популярна групповая психотерапия и секс-терапия. В США секс-терапевты выделены в отдельную группу врачей-психологов, проходят обязательную сертификацию и проч. Работают как с индивидами, так и с парами.

#### ***Заметки на полях***

Эректильная дисфункция и сниженное либидо – не самая большая проблема, с которой может столкнуться мужчина.

Например, в Южной Африке по сей день существует ритуальный обряд обрезания. Причем не такого щадящего, как у евреев или мусульман, а с более обширным иссечением кожи. Неумелые действия «манипулятора», инфекции часто ведут к тяжелым последствиям и даже к смерти! Ежегодно в ЮАР мужского достоинства лишается 250–300 человек!

Неудивительно потому, что пионерами в области пересадки пениса стали южноафриканские врачи! Как когда-то и в случае пересадки сердца – мы в институте пели песню про доктора Кристиана Бернарда из ЮАР: «доктор Бернард нам подал пример, доктор Бернер, хирург-пионер!» Сейчас подобрать рифму для подобной песни трудно: имя главного хирурга команды врачей Андре Ван дер Мерв... Пересадка пениса очень трудна технически из-за особенностей его кровоснабжения. Первые попытки такой операции в 2006 году в Китае потерпели неудачу именно по этой причине. Много этических проблем: если сердце или печень погибшего донора родственники соглашаются отдать, то хоронить без пениса – нет. Андре Ван дер Мерв потратил много времени на поиски донора и получил согласие родственников только после того, как пообещал сделать вместо изъятого органа его имитацию из кожи руки. А между тем в нашем беспокойном мире проблема утери пениса весьма актуальна! За 10 лет современных локальных войн только американцы насчитали подобных санитарных потерь более 1300 мужчин. В ближайшем будущем пенисы для трансплантации предполагают выращивать в лабораторных условиях из стволовых клеток пациента. Первый опыт пересадки лабораторно выращенного влагиалища травмированной женщине уже есть (Raya-Rivera A et al, Lancet 2014). Кроме

людей с травмами или болезнями (например, рак полового члена), развития этой области медицины с нетерпением ждут индивидуумы, желающие сменить пол!

### 1.15.2. Женские проблемы с сексом

Оставим в стороне мало подвергаемый сомнению постулат «все мужики – сво-лочи!» (Во всяком случае, в вопросах секса.)

Утверждение, что женщине все намного проще, так как ей нет никаких забот с эрекцией, не выдерживает никакой критики (так в основном думают мужчины из упомянутой выше категории). У женщин свои проблемы. Женский цикл последовательных изменений, связанных с сексом, состоит из:

1. То же либидо – половое влечение к партнеру;
2. Возбуждение, когда учащается пульс, дыхание, увеличивается выброс гормонов и кровенаполнение соответствующих органов;
3. Оргазм;
4. Период восстановления.

И на каждом этапе может произойти сбой! Что и случается у 40 % женщин (заметили совпадение с таким же процентом мужчин с эректильной дисфункцией?!).

В странах Южной Азии (Таиланд, Малайзия, Сингапур) процент женщин с сексуальными проблемами выше, чем, например, в Европе (Австрия, Бельгии, Германия, Англия).

Как и в случае с мужчинами, эпизодические сбои нормальной сексуальной функции бывают у всех женщин.

Расстройство – это совсем другое. Чтобы поставить диагноз женского сексуального расстройства, Американская психиатрическая ассоциация опубликовала специальную систему диагностических критериев. Вот вариант 2013 года.

Расстройство можно считать установленным, если на протяжении последних 6 месяцев у женщины отмечалось минимум три пункта из перечисленных ниже:

1. Отсутствие или снижение интереса к сексуальной активности.
2. Отсутствие сексуальных / эротических мыслей или фантазий (это не Я придумал, это американские психиатры!).
3. Отсутствие попыток проявить инициативу в плане сексуальной активности или неприятие таковой активности со стороны мужчины.
4. Отсутствие или снижение сексуального возбуждения при половой активности.
5. Отсутствие или снижение сексуального возбуждения при эротической стимуляции, такой как письменный текст, картинки, видео и тому подобное.
6. Отсутствие положительных ощущений при половом акте.

Отдельно отмечается отсутствие оргазма или снижение его частоты и/или интенсивности.

(Юмор смягчает самое сухое изложение, а изложение критериев американских психиатров утомило даже меня! Поэтому вот анекдот: Жена после посещения врача: «Дорогой, то, что мы столько лет принимали за оргазм, оказалось приступами бронхиальной астмы!»)

**Сексуальные расстройства встречаются у 40 % женщин – примерно столько же сколько эректильных дисфункций у мужчин.**

**В странах Южной Азии (Таиланд, Малайзия, Сингапур) таких женщин больше, чем в Европе (Австрия, Бельгии, Германия, Англия).**

У женщин так же, как и у мужчин, в основе сексуальной дисфункции лежат неумение бороться со стрессами, депрессии, тревога, неустойчивое эмоциональное состояние! Развернутую депрессию отмечают до 30 % опрошенных женщин!

Конечно же есть и факторы риска, наличие которых усугубляет состояние. Те же антидепрессанты, многие препараты для лечения гипертонии, противосудорожные препараты.

Прием гормональных противозачаточных снижает уровень активного тестостерона в крови у женщин, а это может вести к снижению полового влечения. Да-да, наш мужской тестостерон отвечает за женское половое влечение в значительной мере. Вырабатывается у женщин яичниками и надпочечниками.

Понятно, что околоменопаузальный возраст сопровождается определенными гормональными изменениями, резко падает уровень эстрогенов, что сказывается и на сексуальной функции. Как и в случае с мужчинами, негативную роль играет алкоголь, курение, многие сопутствующие заболевания. Женщина так же часто испытывает боли и дискомфорт во время полового акта, как часть соматоформного расстройства, что не может не сказаться на сексуальной функции. Вырабатывается порочный круг: боль ведет к дисфункции, дисфункция усиливает боль и провоцирует неприятные ощущения.

Может медицина помочь со всеми этими проблемами?

Пока существует лишь один разрешенный препарат для лечения женской сексуальной дисфункции – «Флибансерин» («Аддий»). Как же так, скажете вы, вон их сколько в Интернете, много и американских?! Не путайте биодобавки с лекарствами. БАДы изначально не претендуют на выраженный эффект. Все их достоинство – в безвредности (и то не всегда очевидной!). Вот вам определения БАДов в американской специальной литературе:

«БАДы не предназначены ни для диагностики, ни для предотвращения, ни для лечения какого-либо заболевания!»

Ну а для чего же тогда, спросите вы? «Не знаем, мы вас предупредили! Зато у ваших юристов к нам теперь не будет никаких претензий!». Применение БАДов – это вопрос веры в них. Предсказуемый эффект плацебо («пустышки») – 30–40 %, ни один БАД – доказано – за эти показатели не выходил.

Один из подобных популярных травяных препаратов для лечения женской половой дисфункции в Америке – «Авлимил».

**Если сексуальная дисфункция обусловлена сочетанным приёмом антидепрессантов или сопутствующими заболеваниями – диабетом, рассеянным склерозом и некоторыми другими, – то прием Виагры оказывается эффективным и у женщин.**

Его заказывают по Интернету и в России, дорого, но малоэффективно. Более того – травы, в состав препарата входящие, относятся к эстрогенам и в эксперименте с животными могут провоцировать у них опухоли молочных желез. Другое средство – крем из экстрактов растений «Зестра», который надо применять местно, – также не имеет доказанной эффективности.

Так вот, возвращаемся к «Флибансерину». В 2015 году американское агентство по контролю за лекарствами (FDA) наконец разрешило его применение для лечения сексуальной дисфункции у женщин. Почему наконец? Дважды FDA откладывало утверждение этого лекарства из-за сомнения в его безопасности для женщин и плода (при применении беременными).

Изначально этот препарат разрабатывался как антидепрессант, однако с этой стороны надежд не оправдал.

Зато проявилось другое его свойство – увеличивать сексуальное желание женщин и облегчать достижение оргазма при ежедневном применении. Повторилась история со зна-

менитой «Виагрой», которая изначально также разрабатывалась как препарат для борьбы с артериальной гипертензией.

Кстати, о «Виагре». Она применяется для лечения сексуальной дисфункции не только у мужчин, но и у женщин.

Строго говоря, то же FDA резервирует применение «Виагры» только для мужчин, однако исследования говорят, что ее применение у женщин также довольно эффективно, особенно когда сексуальная дисфункция обусловлена сочетанным приёмом антидепрессантов или сопутствующими заболеваниями – диабет, рассеянный склероз и некоторые другие.

Прием большинства современных антидепрессантов может приводить к сексуальным проблемам – как у мужчин, так и у женщин. Однако такой препарат из этой группы, как «Бупропион» («Зибан»), наоборот, демонстрирует свои возможности как лекарство, увеличивающее женское половое влечение. Кстати, также с умеренным успехом применяется для избавления от табачной зависимости и лишнего веса.

## 1.16. Так ли страшны паразиты, как их малют?!

*Мало нам проблем со здоровьем и медициной? Мы что – уже справились с валом сердечно-сосудистых заболеваний? Победили онкологию? Научились правильно питаться? Стали жить дольше, чем в других странах? По уровню заболеваемости, наконец, перестали опережать Чад? Нас перестали лечить бессмысленными лекарствами? Ну зачем же мы на свою голову взвалили еще и повсеместную боязнь паразитов?! Тошнит? Болит живот (грудь, голова, спина, руки-ноги)? Горечь во рту? Понос? Это все паразиты! Откройте Интернет – сотни клиник ПАРАЗИТИРУЮТ на ВАШЕМ КОШЕЛЬКЕ, запугивая мифическими паразитами, псевдоисследованиями, доказывая их, якобы, существование и предлагая очиститься. За деньги, конечно!*

Вы никогда не задумывались, почему нигде это не предлагают бесплатно? Потому что при всем несовершенстве нашей официальной медицины свои деньги на иллюзорную болезнь он тратить не будет. Так что же, паразитов не существует и болезней от них нет?! Есть, конечно, и об этом мы поговорим ниже! Только надо разделять реальные болезни у отдельных людей и ту паранойю, которую проявляет огромная часть нашего населения.

В предыдущих главах были подробно описаны соматоформные состояния. Симптомы есть, а зримых причин для них нет.

Человеку в это трудно поверить: «что я, сумасшедший, что ли?! У меня болит, тошнит и кружится, а вы говорите, что все в порядке?!» Вот где благодатная почва для жуликов от медицины и просто неграмотных и непрофессиональных медиков! Анализ по капле крови или биорезонансное исследование ясно «докажет» наличие паразитов! «Так вот оно! – торжествующе воскликнет пациент. – Я так и знал! А эти недоучки говорят, что ничего нет! Так не бывает! Паразиты, ясно! Что ж, будем лечить, чиститься!»

И лечатся, и чистятся! А паразиты – они упорные (особенно когда они ни при чем!), выводиться не желают, так мы их теперь еще и капустным соком с горчицей!

– Доктор, проверьте опять меня по капле крови – они еще там?!

И таких много миллионов людей – столько же, сколько пациентов с соматоформными расстройствами, даже не миллионы – десятки миллионов!

На самом деле с точки зрения медицины у них и правда паразитоз. Делюзионный. Есть такое заболевание в Международной классификации болезней. В разделе ПСИХИАТРИЯ. Читаем: «делюзионный паразитоз – стойкое убеждение человека, что он заражен червями, паразитами, жучками и другими живыми организмами».

И, к сожалению, как и при всех делюзиях, убеждения, аргументы и логика здесь работают мало.

Это, кстати, используется врачами, чтобы определить: перешли ли сомнения человека «а вдруг у меня паразиты?!» в стадию болезни. Простой вопрос врача: «Вы почувствуете облегчение, если мы никаких паразитов у вас не найдем?» выявит больного, который скажет: «Хм, тогда чего же у меня там?!»

Говоря строгим языком психиатра: «делюзионный паразитоз – наиболее распространенная форма ипохондрического психоза».

Раньше в ходу были термины «психогенный паразитоз», гельминтофобия» и много других. Смысл тот же.

**Людей, убежденных, что они заражены паразитами, – в нашей стране много миллионов, гораздо больше, чем в других странах. На них делается многомиллионный же бизнес.**

Что обидно, так это то, что психогенный, делюзорный паразитоз в других странах считается редкостью. Действительно, как болезнь он спонтанно возникает лишь у 3,7 на 100 000 населения (исследование Morgellons). Но это там, где нет оголтелой пропаганды паразитоза как реальной болезни, где эта пропаганда не подпитывается нашим желанием во что бы то ни стало найти причину своего плохого самочувствия, и не финансировалась бы нами же на уровне космических технологий! (Сколько стоит одно исследование по капле крови или биорезонанса? Надо сделать минимум два раза – до начала «лечения» и после. А сами «лекарства» – БАДы? А помножить это на несколько миллионов раз? Думаю, что был не прав: космос сегодня финансируется хуже!)

Даже там, где подобная «пропаганда» паразитоза отсутствует, где он считается редкостью, доказано – 25 % новых случаев возникают после общения с больным психогенным паразитозом!

Понятно, что в любом случае наличие реальных паразитов должно быть исключено в первую очередь. Чтобы не было, как в анекдоте про психиатра:

«Врач спрашивает медсестру: «Что-то давно не приходит мистер Джонс, ну тот, кого мы уже год лечим от мании преследования?»»

Сестра: «Так его застрелили еще месяц назад!».

Пациенту назначают общий анализ крови, чтобы проверить уровень эозинофилов – он резко повышается при паразитарных расстройствах. Особое внимание тем, кто приехал из жарких стран, стран третьего мира, из областей, эндемичных для тех или иных паразитов.

У нас в России, в Сибири и на Дальнем Востоке довольно высок уровень заболеваемости описторхозом. Что это и насколько это опасно? Разновидностей описторхоза несколько.

Объединяет то, что источник – рыба и те животные, которые эту рыбу едят (кошки, собаки). Описторхоз действительно очень распространен в некоторых странах: различные районы Китая, нашей Сибири, Таиланд, Лаос, Камбоджа, Мьянма (Бирма), обе Кореи. В некоторых районах Таиланда и Лаоса зараженность может достигать 80 %! Селится описторхоз в печени человека и его желчновыводящих путях. Подавляющее количество людей являются просто носителями и не испытывают никаких симптомов. При этом иммунитета на инфицирование не наблюдается, и человек вполне может заразиться вновь. Даже при массивной инфекции симптомы развиваются только у 10 % зараженных. Это слабость, боли в животе, тошнота. Особенно если это появилось после употребления непрожаренной рыбы или суши. Именно поэтому в суши допускается рыба лишь ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ЗАМОРОЖЕННАЯ, при минус 4 и не менее, чем на 7 часов! Наиболее серьезное осложнение хронического описторхоза – воспаление или даже онкология желчно-выводящих путей: как раз беда Северного Таиланда.

Наличие описторхоза выявляют, помимо повышенного количества эозинофилов в крови, анализом кала на яйцеглист.

Подчеркну, а то мои читатели иногда путают: Я против анализа кала на «дисбактериоз», поскольку это бессмысленно, а яйца глист необходимо, конечно, определять! Лабораторные тесты крови тоже есть, но они не имеют повсеместного распространения.

Чем лечить, если нашли? «Празиквантел», «Мебендазол», на подходе новое, пока экспериментальное лекарство «Трибендимидин». Профилактика – строгая гигиена, правильное употребление рыбы.

Наиболее распространённая в мире паразитарная инфекция – аскаридоз. В той или иной степени аскаридами в мире заражено более миллиарда человек! Так и слышу, как чита-

тель воскликнет: «Вот видите! Значит, и я вполне могу быть заражён!». Можете, хотя аскаридоз – это больше удел жарких стран: 73 % заражённых живут в Азии, 12 % – в Африке и 8 % – в Южной Америке. В США всего 2 %.

#### ***Заметки на полях***

Хочу сказать, что вы все не того боитесь! В теплых пресных озерах в США может водиться (к счастью, очень редко!) смертельный паразит. Он проникает в организм человека во время плавания через нос, проникает в мозг и вызывает скорую смерть. Лечения нет! Несмотря на крайнюю редкость заболевания – всего зарегистрировано 134 подобных случая, – в Америке в летний период, в жару на озерах появляются изображения человека в бельевой защепкой на носу!

#### ***Заметки на полях***

В регионах, где аскаридоз чрезвычайно распространен и уровень заражения аскаридами индивидуума очень высок, встречается такое осложнение, как закупорка кишечника. Зрелые особи червей массой выходят через кишечник и могут закупоривать его просвет своими телами (длина взрослого червя до 40 см!). Иногда это может закончиться смертью. Острый живот по причине закупорки кишечника аскаридами в Южной Африке и Бирме (ныне Мьянма) встречается наиболее часто. В мире всего в год регистрируются 20 000 смертей по этой причине.

Передаётся через воду и пищу, заражённую яйцами аскарид.

Однако подавляющее число носителей аскаридоза не проявляют каких симптомов, с ним связанных!

Вообще каждая болезнь, в том числе и инфекционная, имеет свою клиническую картину. Поэтому, если у вас хроническая боль или диспепсия – не надо все списывать на носительство аскаридоза, даже если оно у вас есть! Вот у большинства из нас в носоглотке обитает менингококк, так что же теперь, любую головную боль и головокружение объяснять менингитом?!

Аскариды, развиваясь в организме человека от яйца до взрослого состояния, проходят определенный цикл, мигрируя из кишечника с током крови по различным органам и в итоге попадая опять в желудочно-кишечный тракт.

Меры предохранения – гигиена! Передача «орально-фекальным» путём не обозначает, что кто-то ест чей-то кал! Это обозначает, что с невымытых рук или даже просто с землёй (пыль!), яйца глист попадают в воду и пищу. Мытьё рук, обливать тарелки кипятком, кипятить воду – вот реальные пути профилактики. Яйца аскарид могут при благоприятных для них условиях выживать в земле до 10 лет!! Причём многие дезинфицирующие средства на них не действуют. А вот кипяток – да!

Паразитарные болезни можно описывать долго. Это отдельная отрасль медицины со своими подходами в диагностике и лечении.

Во многих странах Азии и Африки приняты специальные программы искоренения этой напасти. Санируются источники в воде и почве, ведется санитарно-просветительная работа среди детей и взрослых, население целых провинций массово получает противоглистное лечение. Я не буду дальше описывать все разнообразие возможных вариантов глистной инфекции – это в моей другой книге – «Свой – чужой». Продолжать приводить подобные примеры здесь – только индуцировать делузионный психоз дальше: «Значит, бывает?!» Бывает! Только умейте отделять зерна от плевел и скажите «нет!» тем, кто индуцирует в вас ипохондрию (психогенный паразитоз) и при этом наживается на вашей наивности!

## 1.17. Принцесса на горошине

*«Жил-был принц, и хотелось ему взять за себя тоже принцессу, только настоящую. Вот он и объездил весь свет, а такой что-то не находилось. Принцесс-то было вволю, да были ли они настоящие? До этого он никак добраться не мог; так и вернулся домой ни с чем и очень горевал, – уж очень ему хотелось достать настоящую принцессу.*

*Раз вечером разыгралась непогода: молния так и сверкала, гром гремел, а дождь лил как из ведра; ужас что такое!*

*Вдруг в городские ворота постучали, и старый король пошёл отворять. У ворот стояла принцесса. Боже мой, на что она была похожа! Вода бежала с её волос и платья прямо в носки башимаков и вытекала из пяток, а она всё-таки уверяла, что она настоящая принцесса! «Ну, уж это мы узнаем!» – подумала старая королева, но не сказала ни слова и пошла в спальню. Там она сняла с постели все тюфяки и подушки и положила на доски горошину; поверх горошины постлала двадцать тюфяков, а ещё сверху двадцать пуховиков.*

*На эту постель и уложили принцессу на ночь. Утром её спросили, как она почивала.*

*– Ах, очень дурно! – сказала принцесса. – Я почти глаз не сомкнула! Бог знает, что у меня была за постель! Я лежала на чём-то таком твёрдом, что у меня всё тело теперь в синяках! Просто ужасно! Тут-то все и увидали, что она была настоящею принцессой!*

*Она почувствовала горошину через сорок тюфяков и пуховиков – такую деликатною особой могла быть только настоящая принцесса. И принц женился на ней. Теперь он знал, что берёт за себя настоящую принцессу! А горошину отдали в кунсткамеру; там она и лежит, если только никто её не украдет.*

*Знай, что история эта истинная!»*

По всей вероятности, Ганс Христиан Андерсен оставил нам первое описание «синдрома идиопатической непереносимости факторов окружающей среды». Да, есть среди сонма болезней и такой!

Собственно, добавить к описанной Андерсеном клинической картине можно не так и много. После соприкосновения человека с некоторыми химическими и биологическими субстанциями в микроскопических концентрациях или с физическими предметами (горошина!) у него развиваются определенные симптомы: боли, зуд, одышка, кашель, потливость и многое, многое другое.

Пациенты ставят появление подобных симптомов в прямую связь с воздействием различных химических и физических субстанций. Но ни к аллергии, ни к явным токсическим воздействиям синдром идиопатической непереносимости – доказано – не относится.

Ни лабораторные, ни инструментальные методы обследования в таких случаях не выявляют никакой патологии. Что автоматически относит синдром идиопатической непереносимости факторов окружающей среды к соматоформным расстройствам. Некоторые медицинские организации, например Американская медицинская ассоциация, вообще сомневаются в целесообразности выделения подобного симптома из общей массы соматоформных расстройств. Однако ВОЗ продолжает выделять подобный симптомокомплекс в отдельный синдром.

На самом деле грани здесь очень тонкие. Например, недовольство некурящего человека от нахождения в накуренном помещении по своим последствиям сильно отличается от спровоцированного тем же табачным дымом приступа бронхиальной астмы! В первом случае это просто неприятное ощущение, во втором – уже определенная болезнь.

**После соприкосновения человека с некоторыми химическими и биологическими субстанциями в микроскопических концентрациях у него развиваются боли, зуд, одышка, кашель, потливость, хотя ни лабораторные, ни инструментальные методы обследования не выявляют никакой патологии. Это «синдром идиопатической непереносимости факторов окружающей среды».**

А как быть, если от этого табачного дыма постоянно режет глаза и болит голова? А если и курили-то в этой комнате неделю назад, а голова все болит, как только пациент туда заходит?

Симптомов идиопатической непереносимости обычно множество, и нет ни одного специфичного именно для этого состояния. В одном исследовании, где участвовали 295 человек, количество разнообразных жалоб от этих пациентов составило 245! (Hausteiner C, Bornschein S, Bickel H, Zilker T, Forstl H. SO J Nerv Ment Dis. 2003;191(1):50.) Наиболее часто встречаются одышка, кашель, сердцебиение, зуд, рези в глазах, заложенность носа, тошнота, рвота, нарушение менструального цикла, учащенное мочеиспускание, боли в суставах, мышцах, диффузное выпадение волос, жажда, увеличение лимфоузлов, тремор и многое другое.

Провоцировать подобные симптомы могут разные факторы. Упомянутый табачный дым, дезодорант, другая парфюмерия, пестициды, запах новой мебели или нового ковра, разнообразные пищевые продукты, электромагнитное излучение, металлы, материал зубных пломб или коронок и «далее везде»!

Условием постановки диагноза синдрома идиопатической непереносимости факторов окружающей среды является соответствие клинической картины следующим критериям (согласно доктору Gullen MR, который опубликовал их в 1987 году с тех пор так и говорят – критерии Галлена):

1. Расстройство появляется после документированного воздействия вещества на пациента.
2. В симптоматику вовлечены несколько органов.
3. Эти симптомы появляются опять при повторном воздействии.
4. Воздействие, вызывающее симптомы должно быть минимальным. Поясню – концентрация раздражающего больного вещества должна не превышать 1 % (!!!) от той, которую могут почувствовать обычные люди.
5. Обследование не выявляет какой-либо патологии, все анализы и исследования нормальные.

Вот эти два последних пункта и отличают синдром идиопатической непереносимости факторов окружающей среды от других заболеваний, связанных с этими факторами.

При них в крови или тканях определяется повышенный уровень провоцирующего болезнь вещества, известны опасные его концентрации. Примером таких болезней может быть отравление, например, мышьяком, ртутью, солями тяжелых металлов.

Например, свинец. Что мы о нем знаем? Ну, пули из него делают, в трубах он где-то ли есть, то ли был. Люди постарше, вспоминая лихую молодость, помнят, как на газовых плитах плавил пластинки свинца и отливали примитивные кастеты. (Да, и я отливал.). А спроси я вас про паразитов? О!

Стон бы по стране понесся: мы все ими заражены, все болезни от них, мы вот прямо чувствуем, как они внутри ползают, доктор, спасите – избавьте!

Меж тем многие и многие из наших проблем со здоровьем (в том числе, на первый взгляд, вроде и необъяснимые) связаны не с мифическими паразитами, а с повышенным уровнем свинца в организме. Слабость, утомляемость, боли в мышцах, онемение конечностей, малокровие, плохой сон, сниженный аппетит, гипертония и многое, многое другое может быть проявлением небольшого, «детоксического» повышения уровня свинца в крови и последующего накопления в костях. Спросите, откуда? Ну, работники производств по выпуску аккумуляторов и батареек, проводов, красок и красителей, посуды, пластика, автомеханики, водопроводчики, строительные рабочие наверняка осведомлены о своих профессиональных рисках.

**Свинец даже при небольшом повышении уровня вызывает артериальную гипертонию, многочисленные неврологические симптомы – головную боль, раздражительность, повышенную возбудимость, бессонницу, нарушения чувствительности, онемения.**

А другие? Сейчас я прямо как Михаил Задорнов спрощу: «Готовы?!»

Табачный дым – раз! Краска, которой окрашены стены вашего дома – два!

«Выхлопы» предприятий – три! Косметика, некоторые дезодоранты – четыре! Лекарства нетрадиционной медицины (особенно аюрavedческие) – пять! Показано – женщины, употребляющие любые препараты «из натуральных трав», имеют уровень свинца в крови в среднем на 10 % выше, чем те, кто их не употребляет! Считать больше не будем, но список продолжим: свинец содержит керамика, проводка, многие разновидности посуды, рентгеновская пленка, пластиковые коврики в спортивных залах, консервные банки, те же краски.

До начала 80-х в мире не «заморачивались» о регулировании производства краски, в нее обильно добавлялся свинец. В итоге в Америке, например, 86 % всех стальных мостов и около миллиарда квадратных метров помещений покрыты краской с высоким содержанием свинца! (Интересно, у нас кто-нибудь считал?!). После разрушений, которые нанес в Луизиане ураган «Катрина», большое количество такого свинца ушло в почву и воду, являясь дополнительным источником заражения окружающей среды. А бензин? Еще совсем недавно в него в обязательном порядке добавляли свинец. В некоторых странах и по сей день добавляют! У нас в России – нет, но у нас другая беда – поддельный алкоголь!

Содержит повышенное количество свинца. Как, кстати, и марихуана!

Особенно подвержены воздействию свинца дети. Еще в утробе матери они начинают получать повышенное его количество с кровью матери. Именно поэтому в Америке уровень свинца в крови входит в пренатальный (дородовый) скрининг у матерей с наличием факторов риска токсического воздействия свинца. Дети все тянут в рот, поэтому загрязненная вода, земля, пыль, краска для них особенно опасны. Как, кстати, и игрушки неизвестно кем и как произведенные, у нас такие продаются в изобилии! Во многих странах врачи прямо советуют родителям:

- ◆ не покупать игрушки неизвестных производителей;
- ◆ не покупать игрушки в магазинах уцененных товаров или с рук;
- ◆ не брать старые игрушки;
- ◆ не дарить детям дешевые ювелирные украшения (можете себе представить сколько в них золота, а сколько свинца!);

Свинец обладает присущими ему, как и каждому металлу, свойствами.

Он положительно заряжен, поэтому в костном мозге прочно связывается с отрицательно заряженными частицами одного из составляющих гемоглобина и провоцирует малокровие – анемию.

Накапливается в костях – там его период полувыведения 25 лет (в крови – чуть больше месяца). Легко проникает через природный барьер, который охраняет внутреннюю среду нашего головного мозга, вызывая многочисленные неврологические симптомы – головную боль, раздражительность, повышенную возбудимость, бессонницу, многочисленные полинейропатии, нарушения чувствительности, онемения и проч. Даже при небольшом повышении уровня свинца развивается артериальная гипертония. Выводится свинец из организма почками, поэтому там его концентрация особенно велика, что ведет к многочисленным почечным заболеваниям. Уровень витамина D обратно зависит от уровня свинца в организме: больше свинца – меньше вырабатывается витамина (Витамин D – единственный витамин, который вырабатывается нашим организмом). А от уровня витамина D зависит адекватный рост и развитие наших детей. *Почему я* так подробно на этом остановился: в Америке об этой проблеме хорошо осведомлены, врачи имеют настороженность в отношении неё, принята Национальная программа предотвращения токсического воздействия свинца на детей и взрослых, а что делается в этом направлении у нас?!

Официальное лечение синдрома идиопатической непереносимости состоит в назначении антидепрессантов и психотерапии. Подобный подход не всегда устраивает пациентов и они тратят время и деньги в поисках специальных диет, программ детоксикации, «очищения». И кстати немаленькие деньги уходят из семейного бюджета-дотозные американские исследователи подсчитали – 7000\$ в год! (Почему из семейного? Та же статистика показывает, что синдромом идиопатической непереносимости неженатые/незамужние страдают значительно реже!)

Еще раз хочу подчеркнуть, что синдром идиопатической непереносимости факторов окружающей среды никакого отношения к аллергии не имеет и патофизиология состояния на данный момент неясна.

Но и в вопросах аллергии мы часто осведомлены совершенно недостаточно. Например, вы знаете, что бывает аллергия на мясо?! И не так редко: до 15 % у детей и 3 % у взрослых. И знаете, кто в этом во многом виноват? Клещи! Для того чтобы аллергия возникла, в принципе надо, чтобы организм вначале столкнулся с аллергеном впервые и произошла «сенсibilизация» (повышение чувствительности организма к воздействию раздражителей, вызывающее аллергическую реакцию).

В случае аллергии на мясо таким аллергеном служит галактоза-альфа. Содержится в пищеварительном тракте некоторых клещей. После укуса вместе со слюной попадает в организм человека и вызывает его сенсibilизацию. Конечно же, это не единственный механизм развития аллергии на мясо. Разнообразие этих механизмов можно понять, зная, что аллергия может проявляться довольно избирательно. Например, может быть аллергия на свиные почки и не быть – на мясо. Или быть на курицу и не быть на яйца. Перекрестная реактивность между видами аллергии на мясо может быть, а может и не быть. Человек с аллергией на свинину и баранину может спокойно есть курицу или рыбу, а кто-то с аллергией на курицу может есть индейку. Особенно аллергии на мясо подвержены люди с первой и четвертой группами крови.

## 1.18. Всё ли мы знаем об обезболивающих?!

Казалось бы, заболело – прими таблетку! В принципе все так, но за этими тремя словами стоит целая наука управления болью!

Особенностей и нюансов здесь не счесть!

В этой главе мы кратко рассмотрим разновидности обезболивающих таблеток.

### *Заметки на полях*

Как иллюстрацию всех тонкостей, которые в медицине могут влиять на принятие решения, могу привести рекомендации, которые дают американцы родителям, дети которых потерялись на пляже. Бывает: на секунду отвел глаза, а его (ее) уже нет! И куда бежать, где искать?! Совет: ребенок никогда не пойдет против ветра или так, чтобы солнце его слепило! Значит, в первую очередь надо идти по ветру и так, чтобы солнце оставалось сзади! Думаете наивно?! Может быть. Но если этот совет поможет родителям найти хоть одного ребенка до того, как он попадет в воду, то значит, к нему стоит прислушаться!!!

Именно таблеток, более интенсивные вмешательства – это уже специальная тема для врачей-анестезиологов. Ведь для нас обезболивающие что? «Анальгин», «Вольтарен», «Напроксен» – легион подобных средств. Все так, но посмотрите на классификацию обезболивающих препаратов:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты, иные, чем «Аспирин»
2. Нестероидные противовоспалительные препараты избирательного действия (COX-2 ингибиторы)
3. «Аспирин»
4. «Парацетамол»
5. Антидепрессанты
6. Противосудорожные
7. Снимающие мышечный спазм препараты
8. «Грамадол»
9. Опиоиды

Арсенал обезболивающих препаратов весьма обширен, только им надо с умом пользоваться. Применение любых обезболивающих – это умение балансировать между обезболивающим эффектом и побочными действиями.

### 1.18.1. «Нестероидные противовоспалительные препараты»

Так заумно называется группа лекарств, к которым относятся и аспирин, и парацетамол, и «Вольтарен» («Диклофенак»), и «Напроксен» и «Ипобруфен», и «Индометацин» и даже всенародно любимый «Анальгин».

Перечень можно продолжить, обезболивающие – одни из самых популярных препаратов, и фармакологи множат их количество, несмотря на то, что по своему эффекту все нестероидные противовоспалительные препараты, в общем примерно одинаковые. Вопрос – в потенциально опасных побочных действиях.

Наиболее очевидна здесь ситуация с «Анальгином» – он просто запрещен из-за своих побочных действий во многих странах, причем давно! Что у нас – продается и вам помогает?

Да, у нас продается. А вот в Европе (кроме единичных стран) и Америке – нет! Дело в том, что он вызывает смертельно опасное осложнение на систему кровотока. Также токсичен для почек и печени.

Существует огромный арсенал нестероидных противовоспалительных препаратов, и медики развитых стран резонно решили – к чему рисковать и продавать «анальгин» дальше, есть же из чего выбрать!

Проблема в том, что и остальные препараты этой группы, хоть и лишены побочных действий «Анальгина», тоже «не сахар»! Мы все еще как-то помним, что эти обезболивающие вредят желудку. От себя добавлю – не только при приеме внутрь, но и в виде уколов, и в виде мази. Почему? Потому, что они действуют не местно, раздражая слизистую желудка (это особенность «Аспирина», о нем потом), а блокируя действие очень важных биологически активных веществ – простагландинов. Не вдаваясь в подробности, что это такое, скажу только, что простагландины, помимо всего прочего, защищают наш желудок от воздействия кислоты. Дальше понятно. Поэтому при регулярном приеме нестероидных противовоспалительных обезболивающих необходимо одновременно принимать препараты, снижающие кислотность, – «Омес», «Нексиум», «Лосек»...

Но наибольшая опасность при применении противовоспалительных нестероидных препаратов угрожает не желудку, а сердцу! Они могут вызывать изменения вплоть до развития инфаркта или гипертонического криза. А больным с сердечной недостаточностью прямо противопоказан прием подобных препаратов – они её резко усиливают! Некоторые новые обезболивающие из этой группы были отозваны с рынка США именно из-за их неблагоприятного воздействия на сердце. А ведь на стадии клинических испытаний эти препараты были весьма многообещающими!

Другой орган – мишень побочного действия противовоспалительных обезболивающих – почки. Классические последствия – нефриты и почечная недостаточность. Иногда врач не может докопаться до причины имеющегося у пациента нефрита. При расспросе выясняется, что у человека часто болит голова и он принимает колоссальные дозы обезболивающих, не считая это чем-то необычным.

Причина изменений в почках налицо! Вы не поверите, но иногда общее количество обезболивающих таблеток в месяц у некоторых пациентов измеряется килограммами! Какие почки выдержат такую нагрузку?! Но для того чтобы оказать негативное влияние на почки, нестероидным противовоспалительным препаратам и не требуется такая высокая доза. Даже в терапевтических дозах они могут ухудшать почечный кровоток и приводить к развитию почечной недостаточности.

Печень – еще один орган, очень чувствительный к нестероидным противовоспалительным обезболивающим.

Повышаются ферменты, развиваются лекарственные гепатиты, все может кончиться острой печеночной недостаточностью.

Уверяю вас, что это не страшилки, а ежедневная клиническая практика.

**Наибольшая опасность при применении нестероидных противовоспалительных препаратов угрожает даже не желудку, а сердцу, почкам и печени!**

Особенно чувствительны к обезболивающим люди старше 65 лет. То, что выдерживает молодой организм, у пожилого человека вызывает большие проблемы. А из-за того, что одни и те же обезболивающие продаются под разными названиями, часто возникает ситуация, когда пожилые люди не помнят, что именно им выписывал доктор и что они уже принимают. Некоторые бабушки умудряются принимать до трех различных противовоспалительных нестероидных препаратов одновременно, считая, что пьют разные лекарства. Конечно,

бабушка – не врач, чтобы помнить и понимать все назначения, она не выкидывает старые лекарства, пьет их все, как говорят, «до кучи». Таких потом привозят с желудочно-кишечным кровотечением в результате бесконтрольного приема обезболивающих! Часто кровотечение бывает настолько интенсивным, что его нельзя остановить эндоскопически, без серьезной операции. А если приходится брать такого больного на стол по-срочному, без подготовки, то смертность может достигать 30%! Поэтому всем нам надо быть по-настоящему бдительными. Настоятельно рекомендую проверять аптечки своих пожилых родственников и контролировать, что и в каких количествах они принимают.

В последнее десятилетие появились новые противовоспалительные обезболивающие с иным механизмом действия, так называемые СОХ-2 ингибиторы, к ним относятся «Нимесулид», «Целебрекс» и другие. Поскольку они блокируют лишь один из механизмов воспалительной реакции, то их противовоспалительное действие значительно слабее.

Считается, что они обладают значительно меньшим спектром побочных явлений. Когда этот класс препаратов появился в клинической практике, все ждали потрясений и революции на фармакологическом рынке: еще бы – 12% всех препаратов, которые выписывают врачи, это обезболивающие, и еще вдвое больше покупается там, где они доступны без рецепта! А тут – обезболивающие без побочного действия! Но оказалось, что побочные действия все-таки есть. И в принципе те же, что и у других противовоспалительных средств. Их избирательность оказалась весьма относительной. И желудочные кровотечения случаются, а главное – упомянутые побочные действия на сердце, даже более выраженные, чем у своих собратьев. Как раз препараты из этой самой группы и были тогда отозваны FDA в 2004 году («Рофекоксиб», или «Виокс»)...

Нестероидные противовоспалительные препараты применяются в ситуациях, когда в генерировании болевого процесса участвует воспаление: боль в суставах, пояснице, мышцах, связках, головная боль напряжения. При неврологических болях – фибромиалгия, невралгия, кластерная головная боль, фантомные боли – нестероидные противовоспалительные средства, как правило, не помогают.

Как уже упоминалось, по силе эффекта все нестероидные противовоспалительные препараты (а их продают более 20 разновидностей) примерно одинаковы. Тем не менее по неизвестным причинам одному человеку один препарат помогает, а другой – нет. При переходе с одного препарата на другой надо, чтобы прием предыдущего составил хотя бы несколько дней в адекватной дозе – мы часто принимаем обезболивающие только когда болит. И ждем, когда через день заболит опять. И так неделями! Тогда как правильно принимать препарат курсом до 4 и более недель под прикрытием лекарств, снижающих кислотность желудка. Считается, что самый безопасный препарат этой группы – «Напроксен», наиболее опасный для сердца – «Вольтарен».

## 1.18.2. «Аспирин»

Также относится к группе нестероидных противовоспалительных препаратов. Отличается от них тем, что обладает уникальными свойствами, которые, с одной стороны, сделали этот препарат необычайно популярным в некоторых областях медицины, с другой – ограничивают его применение.

Желудочные кровотечения, инсульты, частая аллергия на препарат, приводящая к астме и дерматиту, практически обесценили использование «Аспирина» как обезболивающего и жаропонижающего лекарства. Тем более он запрещен детям из-за возможного смертельного осложнения – острого васкулита (синдром Рея).

Одно из неприятных побочных явлений – появление шума в ушах. Причем, однажды возникнув, шум уже останется навсегда, даже если прекратить принимать «Аспирин»!

**Аспирин относится к группе нестероидных противовоспалительных препаратов, но отличается от них рядом уникальных свойств, которые, с одной стороны, сделали его необычайно популярным, но с другой, – ограничили его применение.**

Однако из-за своего мощного кроверазжижающего действия и некоторых других уникальных свойств препарат оказался незаменимым в кардиологии и многообещающ как средство химиопрофилактики рака. Сейчас врачи еще спорят о месте аспирина в профилактике сердечно-сосудистых болезней. Как всегда, дело в балансировке между возможной пользой и побочными явлениями. Если применение аспирина у больных с установленной болезнью сердца или диабетом не вызывает разногласий, по поводу первичной профилактики единства подходов нет.

Первичная профилактика – это когда у человека еще нет никаких симптомов болезней сердца. Здесь в последнее время взгляды американцев и европейцев расходятся.

Американские медицинские ассоциации считают, что у лиц старше 50 лет аспирин:

1. Уменьшает риск развития инфаркта
2. Уменьшает смертность
3. Уменьшает риск онкологии, особенно рака кишечника (это хорошо доказанный факт, правда, принимать аспирин надо годами)

Европейцы же считают, что эти положительные факторы не всегда перевешивают риск кровотечения, и поэтому для первичной профилактики аспирина рекомендовать перестали.

Американцы рекомендуют аспирин пациентам без установленной стенокардии и диабета, если:

1. Возраст 50 и более лет
2. Есть сочетание нескольких факторов риска для ССБ: повышенный холестерин, повышенное давление, повышенный сахар, курение
3. Низкий риск желудочного кровотечения (отсутствие язвенной болезни в прошлом)
4. Семейная история рака толстого кишечника. Раньше считалось правильным принимать аспирин в малых дозах: 70-100 мг, теперь доказано, что в плане риска кровотечения маленькие дозы не имеют предпочтения перед дозой 350 мг.

### **1.18.3. «Парацетамол»**

История применения этого препарата насчитывает более 120 лет, однако до сих пор неясен точный механизм его действия. Что не помешало ему стать самым распространенным обезболивающим безрецептурным лекарством в мире. По силе обезболивающего эффекта в адекватных дозах он не уступает нестероидным противовоспалительным средствам. Но уже без их побочного эффекта. Конечно, побочный эффект есть и у парацетамола – при передозировке страдает печень. При этом такое возможно даже и без превышения максимальной суточной дозы парацетамола (4 грамма в сутки). Особенно у тех, кто злоупотребляет алкоголем.

Парацетамол входит в огромное количество противогриппозных комбинаций – «Фервекс», «Колдфлю», «Колдрекс» и многие другие. Чтобы избежать неумышленного превышения дозы неинформированным человеком, который не станет читать – что там на упаковке с «Фервексом» написано мелкими буквами, с 2014 года в США запретили продавать все эти комбинации! Теперь всё только порознь!

Парацетамол показан тем, кто не может принимать нестероидные противовоспалительные средства из-за повышенного риска их побочных действий: например, пожилым людям с остеоартрозом. Препарат очень популярен в педиатрии.

## 1.18.4. Антидепрессанты

Ну вот дошли и до них! Да-да, антидепрессанты относятся к обезболивающим и прочно занимают среди них свою нишу.

Применяемые антидепрессанты могут относиться к различным группам. Чтобы не вдаваться в излишние подробности, мы разделим обезболивающие антидепрессанты на 2 группы, к группе 1 относятся исторически более старые препараты – «трициклические антидепрессанты». Классически это «Амитриптилин» и «Нортриптилин». В группу 2 входят более современные, так называемые «блокаторы обратного захвата серотонина» – «Золофт», «Прозак», «Дулоксетин» («Симбалта») и прочие.

Обезболивающий эффект антидепрессантов существует вне всякой связи с их воздействием на психику и настроение. Он появляется значительно раньше, чем антидепрессивное действие, и в меньших дозах. Считается, что антидепрессанты как обезболивающие работают на уровне болевых рецепторов. Есть теория, объясняющая обезболивающее действие антидепрессантов стимуляцией наших собственных опиоидных рецепторов. Антидепрессанты первой группы («трициклические») обладают более выраженным обезболивающим действием, чем 2 группы («блокаторов обратного захвата серотонина»).

Антидепрессанты весьма эффективны при лечении невралгий и тех состояниях, когда нестероидные противовоспалительные препараты не помогают. Головные боли, остеоартриты, невралгии, неврологические осложнения диабета, хроническая боль в пояснице, вообще синдром хронической боли, фибромиалгия – всего и не перечислишь!!!

**Антидепрессанты обезболивают при остеоартритах, невралгии, неврологических осложнениях диабета, хронической боли в пояснице. Обезболивающий эффект не связан с их воздействием на психику и настроение, считается, что они работают на уровне болевых рецепторов.**

Надо только помнить, что для достижения максимального обезболивающего эффекта необходимо несколько дней (а то и недель) приема препарата. Иногда назначенный антидепрессант работает плохо, в таких случаях надо переходить на другой. Есть, конечно, и побочные эффекты.

1. Седативный, успокаивающий эффект. Особенно выражен у препаратов первой группы. Наступает приблизительно через 3 часа после приема. Поэтому их принимают обычно на ночь. В малых дозах подобный эффект почти не заметен.

2. Запоры. Увы!

3. Сухость во рту. Проходит после нескольких недель применения. Как и сонливость.

## 1.18.5. Противосудорожные

Противосудорожные препараты применяются с целью обезболивания с 1960 года. Как видите, все началось не вчера!

Противосудорожные препараты «Габапентин» («Нюронтин»), «Прегабалин» («Лирика») и «Карбамазепин» («Финлепсин», «Тегретол») входят в пятерку лекарств, официально рекомендуемых FDA (Федеральное агентство США по контролю за лекарствами) к применению для лечения неврологической боли (остальные два – антидепрессанты «Амитриптилин» и «Дулоксетин»). Обратили внимание – в этом списке нет нестероидных противовоспалительных препаратов? А у нас применяют практически всегда только их, оставляя без помощи миллионы людей с невралгиями, фибромиалгией, синдромом хронической боли! Как обезболивающие применяют и многие другие противосудорожные: «Депакот», «Клоназепам», «Фенитоин» и прочие. Механизм действия может у различных

препаратов этой группы различаться, но это уже удел врачей знать эти тонкости (наивный я, да?).

### **1.18.6. Препараты, снимающие мышечный спазм**

Эффективны там, где боль в основном генерируется этим самым спазмом. Например, боль в пояснице. Обладают также седативным (успокаивающим) действием. К этой группе относятся «Баклофен» («Лиорезал»), «Карисопродол» («Сома»), «Метокарбамол» («Рибоксин»).

### **1.18.7. «Трамадол»**

Воздействует на наши внутренние опиоидные рецепторы («мю-рецепторы»). Таким образом, строго говоря, препарат по своему действию относится к слабым опиоидам. Также может задерживать «обратный захват серотонина», что роднит его с антидепрессантами. Кстати, как и они, увеличивает риск самоубийств, о чем предупреждает обязательная в США надпись на упаковке. Применяется для лечения неврологических болей и фибромиалгии. Побочные явления – склонность к запорам, диспепсия. Редко может провоцировать судороги.

Существует и везде широко применяется группа опиоидов, то есть наркотических средств. У нас их оборот строго (очень строго!) регулируется, и, вероятно, не имеет смысла на них подробно останавливаться. Только хочу сказать – в случаях тяжелого болевого синдрома, например при онкологии, эти лекарства не должны применяться «по необходимости»! Какая необходимость?! Действие наркотика заканчивается, и боль нарастает опять.

Онкологический больной не должен чувствовать боли. Совсем! Все эксперты – и ВОЗ в том числе – настаивают на РЕГУЛЯРНОМ, постоянном приеме наркотических обезболивающих при онкологических заболеваниях и болевом синдроме. Мне вообще непонятно, почему мы мучаем онкологических больных так, что они от боли выбрасываются из окна?! Сами по себе опиаты ничего не стоят! Что – ослабим контроль, уменьшим количество бумаг (сегодня меньше документов заполнять надо для получения визы бывшему террористу в американском посольстве!) – и наркотик уйдет на сторону? Кому?! Наркоману?! Так наркоман и так найдет! И почему мы заботимся о практически конченном человеке (давайте смотреть правде в глаза!) и обрекаем на мучения больных, проживших жизнь и в подавляющем числе отдавших ее на благо Родины?! Тем более это я утрирую, ведь вопрос такого выбора и не стоит: чтобы правильно все организовать – много ума не надо, надо иметь совесть и минимальные профессиональные знания. Тогда перестанут множить контролирующие организации, дублирующие друг друга, и плодить гору бумаг с угрозой реального срока врачу в случае неправильного их заполнения!

### **1.18.8. Алгоритмы применения обезболивающих**

**А.** Невралгия, диабетическая нейропатия, фибромиалгия, кластерная головная боль, медикаментозная головная боль, профилактическое лечение головной боли, хронический болевой синдром (боли в спине, пояснице, шее), синдром раздраженного кишечника, синдром тазовой боли, интерстициальный цистит – последовательность применения:

1. «Амитриптилин»
2. «Дулоксетин» («Симбалта») или сходное
3. «Габапентин» («Нейронтин»), «Прегабалин» («Лирика»)
4. Другие противосудорожные («Депакот») или «Трамадол»

5. «Баклофен»
6. При невралгии тройничного нерва препарат первой линии – «Карбапрамазин» («Финлепсин»)

**Б.** Боль при воспалении, растяжении и травме мышц и связок, артриты, головная боль напряжения, ишиас и проч.

Последовательность применения:

1. «Парацетамол»
2. Нестероидные противовоспалительные средства
3. «Амитриптилин»
4. «Трамадол»
5. «Баклофен»

Список обезболивающих методик всем этим не исчерпывается.

Тут и инъекции «Ботокса» при сильном спазме, и местное применение лидокаина и капсаицина (препарат на основе чилийского красного перца), и бензодиазепины – успокаивающие препараты типа «Ксанакса» и «Седуксена», и многое другое.

«Управление болью» – отдельная медицинская специальность, и вы все не хуже меня знаете, насколько она востребована!

### **1.18.9. Некоторые вопросы лечения остеоартрита**

Как иллюстрацию трудности в лечении боли, приведу обзор современных методов лечения такой распространенной болезни, как остеоартрит. Вся проблема в том, что традиционная медицина мало что может предложить для лечения суставных болей.

Обезболивающие в массе опасны, и практически весь выбор сводится к «Парацетамолу» в больших дозах. Нестероидные противовоспалительные средства – только при неэффективности парацетамола. Если и они помогают плохо, то прежде чем прибегать к наркотическим обезболивающим, рекомендуется местно попробовать «Капсаицин» – алкалоид, найденный в красном перце. Раздражающее вещество, используемое как основа для газовых защитных баллончиков, известен очень давно. Уникальные свойства перца были использованы инками в борьбе против испанских колонизаторов. При сражении у реки Ориноко в 1532 году жгучий дым от горящего перца обратил испанских колонизаторов в бегство.

Местные внутрисуставные инъекции гормонов довольно эффективны, но не могут делаться часто (не более 3 раз в год в каждый сустав). Для рефракторных случаев – внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты («Синвиск», «Ферматрон», «Остенил», «Дьюралан») и операция по замене сустава.

Гиалуроновые внутрисуставные инъекции весьма эффективны, но их эффект достигает максимума на 8-й неделе, потом он начинает снижаться. Также пытаются использовать колхицин для воспалительного остеоартрита, включая профилактический прием, как и при подагре. В некоторых случаях пробуют применять хлорохин. Большинство больных не устраивает то качество жизни, которое им может дать традиционная медицина, и они пытаются облегчить себе ситуацию приемом альтернативных препаратов. В Америке и в Европе 2/3 больных применяют препараты помимо (или вместо!) тех, что им выписывают их ревматологи. Часто они даже не сообщают врачам об этом, и случается перекрестное вредное воздействие такого сочетания. При таком массовом применении альтернативных препаратов от этого уже не отмахнуться – «бред это все!», необходимо исследовать научно возможные положительные и отрицательные стороны их применения. Начали с пресловутых «Глюкозамина» и «Хондроитина».

Проводились обширные и долгие испытания в различных странах. В каких-то отмечался эффект, в каких-то нет. В итоге на сегодняшний день считается, что их эффект не превышает эффекта плацебо. При этом врач не будет возражать против их применения, после того как предупредит о недоказанности их эффекта. Однако посоветует прекратить их прием, если облегчения болей не наступит после 6 месяцев применения.

Биодобавки и травы. В эксперименте на мышах были получены данные о возможном благоприятном эффекте при ОА солей меди, селениума, цинка, витамина В<sub>6</sub> и С. (Отсюда, кстати, пошла мода на ношение медных браслетов!)

Многочисленные исследования не подтвердили полезности этих веществ, некоторые из которых оказывали к тому же и побочное действие (те же соли меди).

**Большинство больных остеоартритом не устраивает качество жизни, предлагаемое традиционной медициной, и они пытаются облегчить состояние приемом альтернативных препаратов. В Америке и в Европе 2/3 больных применяют препараты помимо (или вместо!) тех, что им выписывают их врачи-ревматологи.**

На рынке существует огромное количество лекарственных трав для лечения болей в суставах. Некоторые из них подвергались клиническим испытаниям, большинство – нет. За единичными исключениями (Tripterydium Wilfordii Hook F – экстракт китайской травы для РА, например) эффект был не выше плацебо. При этом надо помнить о непредсказуемом влиянии приема плохо изученных трав на различные органы с возможным развитием токсического поражения печени, почек, щитовидной железы и проч.

Гомеопатия. Применяется уже 200 лет. По воззрениям доказательной медицины – эффект не выше плацебо. Однако, например, во Франции к ней прибегают 2/3 пациентов с болями в суставах. Более того, страховка оплачивает 30 % стоимости этих препаратов. Пример того, как традиции и вера пациентов создали индустрию, которую низвергнуть пока доказательная медицина не способна. Сегодня для той же Франции это экономически невыгодно.

Гирудотерпия, лечение пиявками. Были исследования, показывающие их неплохой обезболивающий эффект (даже по сравнению с вольгареновой мазью), который, правда, оказался кратковременным. К тому же большинство пиявок являются носителями бактерии *Aeromonas Hydrophillia* и могут являться источником целлюлита и бактериемии у людей.

Пчелиный яд – показал свои возможные противовоспалительные способности в эксперименте, но объективные данные при применении на людях отсутствуют. Более того, хорошо известен «артрит пасечников».

Гиперболическая оксигенация – эффект не доказан. Лазерное облучение. Предварительные данные говорят о возможной эффективности при ревматоидном артрите, но не остеоартрите. При этом протоколы лечения очень разнятся (частота и интенсивность облучения и т. д.), необходимы дальнейшие исследования.

Новые подходы в лечении остеоартрита состоят в попытках применения препаратов против остеопороза, моноклональных антител и некоторых других: бисфосфонаты («Фосамакс», «Бонвива» и проч.). Улучшают состояние кости под хрящом и показывают обезболивающий эффект значительно выше, чем плацебо. Этот эффект практически исчезает после 4-х лет применения. Идут дальнейшие испытания.

«Стронций реналат» («Бивалос»). Препарат также для лечения остеопороза. В дозе 2 грамма в сутки значительно уменьшал боль и сужал межсуставное пространство. Испытания при остеоартрите еще идут. Осложнения: повышенный риск тромбозов и инфарктов миокарда.

«Кальцитонин». Также из арсенала лечения остеопороза. При остеоартрите повреждение хряща происходит не только в результате механического воздействия, но и в результате активации определённых рецепторов (Toll-like receptors), которые выделяют агрессивные цитокины и вещества, провоцирующие воспаление. «Кальцитонин» как раз и блокирует эти рецепторы. Исследования продолжаются.

**При массовом применении альтернативных способов для лечения остеоартрита продолжается изучение положительных и отрицательных сторон гомеопатии, трудотерапии, пчелиного яда, гиперболической оксигенации, моноклональных антител.**

«Сприфермин» (Sprifermin) – рекомбинантный фактор роста человеческого фибробласта 18 (recombinant human fibroblast growth factor 18). При введении внутрь сустава останавливает распад хряща и даже может его восстанавливать – исследования идут.

«Верапамил» («Изоптин») – лекарство, широко применяемое в кардиологии. При чем тут остеоартрит? Дело в том, что клетки, отвечающие за структуру кости и хряща – остеоциты и хондроциты, регулируются по сложной цепочке сигналов, которая в части своей состоит из специализированных белков (sclerostin, frizzles-related protein ect). «Верапамил», возможно, увеличивает выработку одного из таких белков, который препятствует распаду хряща.

Плазма, обогащенная тромбоцитами. Данные многообещающие: снимает боль, восстанавливает функцию и даже, возможно, восстанавливает хрящ! Механизм действия не ясен, вероятно, содержит специфические факторы роста для хряща.

«Танезумаб» – (Tanezumab), моноклональное антитело, которое ингибирует (подавляет) фактор роста нервов. В клинических испытаниях имело выраженный эффект, однако исследование было остановлено из-за фактов развития некроза кости у некоторых пациентов. Ингибиторы факторов роста нервов еще в стадии разработки, не исключено, что они разовьются в класс резервных препаратов для лечения резистентных случаев остеоартрита.

## 1.19. Почему допинг оказался в главе про соматоформные расстройства

*Большой спорт давно перестал быть честным состязанием равных атлетов. О чем вы говорите, когда такие деньги на кону?!!*

Да, престиж страны, да, чувство гордости и Гимн, когда стоишь на первой ступеньке, но деньги, участие в рекламных кампаниях, а значит, опять деньги – определяют все! «Ничего личного – просто бизнес», – когда-то впервые произнес Аль Капоне, бейсбольной битой раскроив череп сидевшему с ним за одним столом человеку.

Конечно, далеко не всегда бывшие «первачи» купаются в золоте! Чаше как раз наоборот. Ведь и им приходится выбирать!

Андрей Курнявко – бывший чемпион мира по боксу. Более 300 боев, в половине случаев заканчивал досрочно нокаутом! В зените его славы рухнул СССР. Сразу поступило предложение из-за океана – войти в их профессиональный бокс. Но была мечта: Олимпийские игры, ведь все, что возможно в боксе кроме них, он уже выиграл! А карьера профи закрывает путь на Олимпийские игры. Отказался, а когда пришло время, в Олимпийском комитете сказали: ты, конечно, чемпион, но придется «занести» 10 тыс. долларов. В те смутные времена много чего могло быть.

Возмутился, послал на три буквы, и в итоге поехал другой (там в первом же бою и выбыл!). Потом много чего было, 90-е проехали по судьбе в полной мере: пулевые ранения, срок.

**Когда борются равные соперники, победа может зависеть от того, что тот и другой ел сегодня на завтрак и какая квалификация у их врача-фармаколога.**

Осталось одно – честность и характер бойца! И еще – неспособность говорить «ты»! Никому! Так воспитан с детства, и маму, и папу – на «вы». Я горжусь знакомством с ним и злоупотребляю его дружбой, упробив меня тренировать!

Сегодня большой спорт невозможен без фармакологии. Когда борются равные соперники, когда победа может зависеть от того, что тот или иной ел сегодня на завтрак, решающее слово говорит его превосходительство допинг! Примитивные анаболические гормоны уже практически отошли в прошлое, сегодня допинг стал намного утонченнее! Эритропозтин – гормон почек, стимулирующий кроветворение, переливания фракций крови, таинственные средства, позволившие атлетам Китая показать совершенно фантастический результат на Олимпийских играх в Пекине, моноклональные антитела и многое другое. Что ж, «на войне как на войне», оставим в стороне мораль: «кто с мечом к нам придет, тот от меча и погибнет!» и что же противопоставляем мы, с чем идем в бой в этой войне спортивных фармакологов?!

В начале 2016 года мы все стали свидетелями очередного антироссийского антидопингового скандала с «Милдронатом («Мельдонием»). Причём очень для нас чувствительного, тут СМИ были правы! Но самое в нем обидное, так это то, что он состоялся абсолютно на пустом месте и стал возможен лишь по неграмотности и недостаточной ответственности наших спортивных (и не только спортивных) врачей. Почему? Да потому что «Милдронат» – препарат с недоказанной эффективностью.

За стыдливым термином «недоказанная эффективность» обычно скрывается факт, что лекарство не действует вовсе. Мы уже привыкли и почти смирились с тем фактом, что большинство лекарств, широко применяющихся в нашей стране, – с той самой недостаточной

эффективностью! (Речь идёт о тех, кто это знает, подавляющая часть населения пребывает в блаженном неведении.)

Этот самый «Милдронат» изначально предназначался для адаптации сердечной мышцы к недостатку кислорода, что бывает при атеросклерозе и сужении артерий, питающих сердце. Своё предназначение он не оправдал, нигде в мире его не признали, и «Милдронат» тихо – нет, не почил в бозе – перешёл в категорию «недоказанной эффективности».

Его стали применять в спортивной медицине – там ведь тоже очень важно адаптировать мышцы к гипоксии, что встречается при экстремальных нагрузках. То, что эффективность его не доказана, никого из спортивных врачей особо не волновало – хуже не будет, а вдруг поможет, вот «мои подопечные говорят, что восстанавливаются быстрее!». Возможно, эффект плацебо достигает 40 %, дай красивую таблетку или укол (лучше болезненный!) и скажи, что это чудо-лекарство, – и у многих и правда возникнет ощущение улучшения ситуации!

И наконец для «Милдроната» настал звездный час!

Международное признание пришло! Безвредная пустышка объявлена допингом! Преклоняюсь перед политизированным WADA (Всемирным антидопинговым агентством)! Люди в спорте понимают! Многолетним пренебрежением неэффективным препаратом усыпили бдительность наших врачей (сколько у нас таких препаратов!), потом пассивным наблюдением потворствовали его молчаливому распространению. И вот резкий финт, короткий встречный удар – и мы в нокауте!

Предупреждение WADA проморгали, а среди пострадавших по определению не могло быть спортсменов из западных стран: ну не применяют они неэффективные препараты! Это только наши.

Исключительно! Вуаля! И вы говорите – это не политика?! «Сделали» нас чисто и красиво!

Для иллюстрации, что ещё может быть на очереди:

1. «Виагра», «Сиалис» и сходное. Усиливает мышечную силу и в список WADA не входит.
2. Питьевая сода – усиливает взрывную силу, в список входит, но обнаружить практически невозможно. Но вдруг найдут способ!
3. Препарат для лечения гипертонии – «Эналоприл» («Энап»). В список пока не входит.
4. Никотин. Да, это ведь симулянт, в список пока не входит. (С удивлением узнал в свое время, что алкоголь в качестве допинга принимают – кто бы вы думали? Мотогонщики!!!)

В общем, непреложный факт: если на кухне постоянно грязно, то однократная поверхностная уборка не поможет – мухи будут продолжать кружиться, выдавая истинное положение вещей. И за ними может приползти серьезная жаба! (Сходность слов ЖАБА и WADA чисто зрительная, и прошу не рассматривать её как умышленное сопоставление.)

А нам надо перестать выдумывать мифические болезни, мифические лекарства, в общем-то навести на кухне полный и постоянный порядок!

Мы, как всегда, не ищем легких путей! Наши медики сталкиваются с проявлением соматоформных расстройств никак не реже своих зарубежных коллег. Только по своей «душевной чуткости» они не могут сказать пациенту, что диагноз его ясен, дальнейшего исследования не нужно и основное в его лечении – это изменение образа жизни и мышления, а при необходимости – антидепрессанты и психотерапия! Куда как легче «привязать» имеющиеся симптомы к какой-либо болезни. Не укладывается в известные из Международной классификации болезней? Придумаем другие, свои! И вот уже врачи всего мира ломают головы над выписками из российских больниц, пытаются понять, что имеется ввиду за понятиями «вегетососудистая дистония», «дисбактериоз», «остеохондроз», «эрозия шейки

матки», «паразитоз». Добро бы мы по-другому называли известные повсеместно болезни! Но нет, тут не трудности перевода, тут именно другая идеология подхода к подобным состояниям. И эта идеология как прожорливый червь сжирает нашу экономику, те и так небольшие деньги, отпущенные на медицину. И не только деньги! Людей вовлекают в бег по замкнутому кругу, обещая призрачное выявление причин и предлагая абсолютно неэффективное лечение. Потому что, если нет ясности в природе происходящих патологических процессов, то о каком лечении может быть речь?! Я думаю, что в словах про «душевную чуткость» вы распознали неприкрытую иронию: если бы!

Проблема куда глубже – проблема в нашей оторванности от мировой медицины и нежелании, наконец, «шагать в ногу»! Нет медицины российской, американской, израильской, французской! Есть медицина правильная и не очень! Почему я решил, что правильная там, а у нас как раз «не очень»? Ну, а вы-то сами как думаете? Когда наши сограждане едут на лечение за рубеж, они едут не к какому-то светилу. В 99,99 % случаев едут в другую СИСТЕМУ, к правильной медицине. Зачастую «светила» как раз «круче» у нас! Но в системе, где остеондроз и вегетососудистая дистония являются чуть ли не «высочайше утвержденными» болезнями, где львиная доза лекарств – это в лучшем случае безвредные пустышки, а фраза врача «Ваши симптомы не связаны с какой-либо патологией внутренних органов» (например) – считается признаком профнепригодности, что эти одиночные «светила» могут сделать?!

Выйдешь ты из крупного федерального центра от такого «светила» и попадешь куда? В родную поликлинику? Там хорошо если в лицо не рассмеются, прочитав выписку.

В систему, где больницам запрещают госпитализировать больного, если он пришел (привезли) в больницу сам? Не знали? По требованию свыше мы должны вызвать в больницу (!) «Скорую помощь», и та отвезет его туда, куда у нее разрядка. Если успеет.

Где требуют высоких показателей операционной активности?! Раз лег в хирургию – должен быть оперирован! «Доктор сказал – в морг, значит – в морг!»

Где выговаривают за непрофильную госпитализацию? Почему вы перевели в нейро-реанимацию больного с отеком легкого? Так это реанимация – где случилось, туда и перевели! Мало ли какая вывеска на ней, профиль – это вторично! «Что в имени тебе моем? Роза пахнет розой, хоть розой назови её, хоть нет!»

Где представители страховой компании отказывают больнице в оплате по ОМС, если на стол взяли крайне тяжелого больного, поставили ему дорожный стент, а больной не выжил?

«А зачем вы его брали, вы же видели, что он в шоке?! Вот теперь это ваши проблемы!» Так что – мужчину в 40 лет с кардиогенным шоком уже и не пытаться спасать?! Ведь неоплата стента приведет к тому, что мы не сможем купить следующий, и это по цепочке обернется большой бедой еще и для того пациента, которому его не хватит в нужный момент?!

Проблема давно выросла из рамок узко медицинской! Система, при которой тяжелые и потенциально опасные болезни диагностируются поздно и лечатся в массе своей неправильно, где диспансеризация ведется «по площадям», без учета групп повышенного риска, и только множит число выявленных состояний «неясной клинической значимости», где миллионы людей с соматоформными расстройствами не могут получить адекватную помощь, потому что природа их болезни оказывается нераспознанной, а подходы к лечению не определены – такая система должна быть демонтирована как можно скорее!

Медицина не может быть оторвана от социальной сферы, ведь медицина – это в первую очередь люди.

Великий ученый, врач, физиолог, биолог, политик Рудольф Карл Вирхов утверждал: «Медицина – наука социальная. Политика есть медицина в многократном масштабе! Врачи

– естественные адвокаты бедных, и значительная часть социального вопроса входит в их юрисдикцию».

Без реабилитационных центров, без четко налаженной системы помощи хроническим больным, без бесплатного лекарственного обеспечения медицина никогда не станет эффективной!

А что же делать людям? Так и ждать еще сто лет, пока хоть что-то сдвинется с места?! Надеяться на нашу национальную особенность: выживать всегда и везде, при любых обстоятельствах?!

Что-то мы все-таки можем сделать. При всех недостатках нашей медицины в целом адекватные врачи есть везде. Кто-то самообразовывается и много читает, кому-то не хватает на это ни времени, ни сил, но он еще не заостенел и сохранил отзывчивость и желание помочь людям. Эти врачи трудятся в существующей системе, требования которой не стимулируют их обучаться или работать с большей отдачей. Так давайте таким стимулом станете вы! Если вы будете понимать, что такое правильная медицина, то вы сможете правильно поставить вопрос перед врачом, а он сможет вовремя сориентироваться.

И это не самолечение: не надо быть портным, чтобы оценить, хорошо сшит костюм или нет. Я надеюсь, что книга, последние страницы которой вы читаете, поможет вам правильно оценить «фасон костюма», а наши врачи уже подгонят вам его «по фигуре».

## Глава 2

### Есть ли жизнь после 50

Предисловие Ольги Шестовой, главного редактора медицинского направления

1. «Мои года – моё богатство». И не только...
2. Движение – жизнь!
3. Едим всего понемногу
4. Кто кого? Вредные привычки
5. Не боимся ни жары, ни холода!
6. Кризис среднего возраста
7. Климакс
8. Гормональная заместительная терапия для женщин и мужчин
9. Пластическая хирургия и косметология. «Шьём из материала заказчика»
10. Болезни, которые мы выбираем



*Доктор Александр Мясников и Руководитель медицинского направления Ольга Шестова*

## Предисловие

Дорогие читатели!

Новая книга доктора Мясникова – особая, 10-я в его именной серии «О самом главном». Она завершает круг, начатый самой первой его книгой «Как жить дольше 50 лет: честный разговор с врачом о медицине и здоровье». С начала нашей совместной работы прошло больше 5 лет, и за это время доктор Мясников не только стал необыкновенно популярным писателем, но и заслужил уважение и доверие всех, с кем общался. Однажды, еще в самом начале этого пути, когда первые книги доктора Мясникова стали вызывать восторг читателей, а сам он – регулярно появляться на ТВ и других СМИ, критически настроенная читательница, ее зовут Ирина Булгакова, задала вопрос:

– Мне очень нравятся оригинальные и полезные книги доктора Мясникова, поэтому хотела бы знать: он – действительно настоящий врач, которому можно доверять, или просто раскрученный медиаперсонаж?

Приведу дословно свой ответ, полностью удовлетворивший Ирину. Он даст живое представление о том, почему серия «О самом главном с доктором Мясниковым» – самые читаемые в России книги о здоровье и почему их надо обязательно иметь в своей домашней библиотеке.

– Александр Леонидович – один из самых компетентных докторов. Объясню почему. Во-первых, у него за плечами прекрасная советская медицинская школа. Прежде всего из семьи, т. к. он прямой и единственный наследник знаменитой врачебной династии Мясниковых, признаваемой во всем мире. Во-вторых, он сумел всего за полгода сдать экзамены и подтвердить врачебную квалификацию в США. Это удается крайне немногим российским медикам и позволяет судить об уровне его знаний и квалификации, к тому же 3 года работы в американской скорпомощной больнице учит очень быстро и безошибочно ставить диагноз и оказывать помощь. Есть еще и «в-третьих», и «в-четвертых». То, как он сейчас мгновенно реагирует на медицинские вопросы во время теле-, радиоэфиров, на очных встречах с читателями, подтверждает актуальность его знаний. Он – несравненный диагност, и, что самое удивительное, при этом любит людей, хочет реально помочь и делает все, чтобы нас не обманывали, навязывая ненужные лекарства и услуги. Я могла в этом не раз убедиться, когда он на встречах с читателями не на камеру бесплатно консультировал какую-нибудь скромную старушку. Доктор Мясников – ВРАЧ, которому доверяют.

За годы нашего общения, прошедшие с момента начала работы над самой первой книгой, произошли изменения не только в отношении к доктору Мясникову со стороны тех, кто его знает, но и в нем самом. Кроме того, что он стал старше, немного спокойней, заметно мудрее и еще профессиональнее, он как будто зарядился новой энергией и с удвоенной силой движется по всем направлениям своей жизни. Он руководит огромной московской больницей, курирует медицинский центр второго мнения, снимается на центральном телевидении, дает бесчисленные интервью, каждую неделю появляется в радиоэфире и ведет большую общественную работу при Минздраве РФ. А еще он ведет рубрику в социальных сетях, где регулярно публикует потрясающие фотографии нетронутой природы из самых отдаленных уголков России, куда можно добраться только с надежными друзьями на маленьких вездеходных квадроциклах. А еще мастерски готовит; обожает своих огромных псов; купается в любой сезон и в любую погоду в подмосковной речке; может подпрыгнуть, опираясь на руки и ноги, из положения лёжа. А недавно на ринге не рассчитал силу и в дружеском бою сломал ребро чемпиону мира по боксу. И еще он воспитывает двух замечательных детей: студента Леонида и пятиклассницу Полину, продолжателей семейных традиций Мясниковых.

Возможно, знаю не всё о его жизни, но с уверенностью могу утверждать, что Александр Леонидович кроме всего прочего пишет книги в любую свободную минуту. Хотя вообще удивительно, что при таком бешеном темпе жизни он их где-то находит, свободные минуты. Эту книгу доктор Мясников написал как раз для тех кто, как он сам, хочет, чтобы с годами жизненные силы прибывали, а болезни, неизбежно сопровождающие практически любого человека, не превращались в препятствия.

Александр Леонидович Мясников – сам живой образец того, что жизнь с каждым новым десятилетием может становиться все более наполненной и интересной. Он все предусмотрел. Его огромный врачебный опыт и собственный пример – тому порука. Вам осталось прочитать и следовать.

От всей души желаю вам здорового долголетия!

*Ольга Шестова* Главный редактор медицинского направления, кандидат биологических наук.

## От автора

Моя первая книга называлась «Как жить дольше 50 лет». Многим такое название было не совсем понятно – мол, уж до 50 всяко-разно доживем! Belle indifférence... Блаженное неведение! Только в России еще совсем недавно до 50 не доживал КАЖДЫЙ ЧЕТВЕРТЫЙ! У нас этот показатель был вдвое хуже, чем в развитых странах, к счастью ситуация, хоть и чрезвычайно медленно, меняется к лучшему. Наши шансы растут, и мы все чаще начинаем задумываться – а какова она – жизнь после 50?!

Как-то я познакомился с очень интересным человеком, бывшим шефом спецподразделения израильской разведки. Он значительно меня старше был, и я его спросил: «Ну, как там дальше?!». Он рассмеялся и сказал: «Все так же, только медленнее...». Медленнее... Сегодня время летит с такой все убыстряющейся скоростью, что становится просто жутко! После майских праздников почти сразу наступает Новый год! Роды мелькают и вот впереди уже не 50, а страшно произнести сколько!

Так что же, от судьбы не уйдешь?! Пора на печку?! А вот и нет! Судьба тут как раз не причем! Судьбой человеку прописана долгая и активная жизнь! Почитайте Библию – до скольких лет там жили, в каком возрасте детей заводили? Мы сами своей слабой волей, ленью, чревоугодием, неумением бороться со стрессами, элементарной неграмотностью в медицинских вопросах снижаем свое качество жизни и её продолжительность. Впереди нам предстоит разговор о том, как оставаться активным и здоровым многие годы. Один мой хороший знакомый, посол России, как-то на своем юбилее сказал: «У меня каждое следующее десятилетие лучше, чем предыдущее!». Давайте учиться тому, как этого достигнуть!

Книга, которую вы держите – далеко не первая в серии «О самом главном с доктором Мясниковым». Очень многие проблемы, связанные с нашим здоровьем, уже были разобраны в предыдущих книгах. Поэтому на страницах этой, я не буду вдаваться в тонкости там, где это уже подробно обсуждалось. Конечно, полностью повторов не избежать, но даже и в этих случаях они будут составной частью главной темы: как обеспечить активную и долгую жизнь на радость себе и близким!

## 2.1. «Мои года – моё богатство». И не только...

В молодости я смотрел на календарь и прикидывал: сколько там до рубежа 1000-летья? А потом считал – сколько же мне тогда будет?! Цифра 47 сбивала с толку: нет, не увижу, люди столько не живут, а если и живут, то в маразме и на каталке! Конечно, прекрасно помню, как смеялся отец, когда я рассказывал ему про эпизод, как какая-то старушка упала в электричке в обморок. «Сколько лет было старушке?», – спросил отец. И мой великолепный ответ: «Да лет 30, наверное!». Молодость очаровательна! Ее специфическое мышление вероятно обусловлено определенными защитными природными механизмами: ведь если сразу представить, сколько всего придется перенести, незрелый и впечатлительный мозг может и не выдержать!

В любом случае, даже и при повторении жизненного цикла (допустим!), подразумевается определенный период жизни в зрелом возрасте. И вот здесь у всех складывается по-разному. Ну, например, многим известна болезнь под названием остеопороз. Ослабевают и разрушаются кости у женщин после наступления менопаузы, а также у многих мужчин в возрасте. Так вот, один умный доктор высказал парадоксальную мысль: «Остеопороз – проблема педиатров!». Подростковый возраст – время накопления костной массы и ее пик приходится на 17–20 лет. Много ел, мало двигался, пил сладкую газировку и налегал на пончики: костная масса набиралась медленно, своего генетически определенного пика не достигла – вот с возрастом кости слабеют быстрее! Но ведь это только одна из иллюстраций того, как бездумное отношение к своему здоровью в молодости приводит к хроническим болезням в зрелом возрасте.

### *Заметки на полях*

Не так давно ученые столкнулись с неукладывающейся в голову ситуацией: потенциальным бессмертием некоторых видов медуз! Бессмертием! В конце жизни они переходят вновь в фазу «детства», и их организм полностью обновляется! Значит, возможно?! Ну, а если медузам можно, то мы что хуже?! Вообще-то, это индуизм в чистом виде: каждый раз перевоплощаться, пока не достигнешь совершенства. И только после этого можно рассчитывать на рай! (Только в рай для медуз и остается верить, а с нашим, человеческим как-то не заладилось!)

Только что сейчас говорить – время вспять не повернешь! (Да и если бы – «где мои 17 лет?!» – верни их нам, мы что, вспомним, как собирались стать благоразумными?! Как бы не так!)

## **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.