

УДК 6161/4 – 085

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

В.П. Водоевич

Кафедра факультетской терапии

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

При обращении в поликлинику около четверти больных обращаются с жалобами психосоматического характера со стороны внутренних органов и отнимают около 50% рабочего времени врача [5]. Эти пациенты попадают под наблюдение врачей самых различных специальностей в связи с явной переоценкой имеющихся у них соматических изменений. В поликлинике они характеризуются как «знакомые лица» (уже достаточно примелькавшиеся врачам), «больные, у которых ничего нет» (с жалобами, которые не удается ни убедительно объективизировать, ни отвергнуть), «проблемные» больные, «хронические ходяки по врачам» («хронические жалобщики»), которые вечно на что-то жалуются и никогда не выздоравливают полностью или на длительное время, требуют все нового и нового лечения и никогда не доводят его до конца, так как выздоровление идет слишком медленно.

С этим контингентом «трудных больных» сталкиваются в своей повседневной работе клиницисты всех специальностей. Эти больные блуждают по медицинским учреждениям, скитаются от врача к врачу в поисках материальной причины своего страдания и действенной помощи, и каждый такой пациент – это практически сотни посещений поликлиники в первые годы «болезни». Стоимость многократных и, главное, бесполезных клинических, инструментальных и лабораторных исследований этих бесчисленных «проблемных» больных, бесконечного и в лучшем случае просто безрезультатного их лечения настолько велика, что несвоевременное распознавание психогенных висцеро-вегетативных расстройств расценивается сейчас во многих странах как неправомерная нагрузка на государственный бюджет, как социально-экономическая проблема государственного значения.

Последние полвека в экономически развитых странах развитие здравоохранения носило узкоспециализированный характер. Вместо комплексного изучения целостного организма человека медико-биологическая наука на определенном этапе пошла вглубь, исследуя тканевые процессы на клеточно-молекулярном уровне, а врачебную деятельность стали расчленять и специализировать по органам и системам. Такая специализация, безусловно, привела к более углубленному изучению отдельных направлений клинической медицины и к более интенсивному их развитию. Однако при этом четко выпятилась «оборотная сторона медали», которая деформировала основополагающий принцип: «ле-

чить надо не болезнь, и даже не больного, а человека». Специализация же «заиклила» врача на своем органе, разделила специалистов на отдельные группы, а самое главное, безмерно усложнила жизнь пациентов, которые вынуждены тратить много времени, прежде чем найдут лекаря для своей болезни.

Существующие в настоящее время в мировой клинической практике подходы к лечению психосоматических больных направлены на «отрыв» психовегетативных нарушений (их регистрируют психиатры, психоневрологи, психоаналитики) от соматических изменений (ими занимаются терапевты всех направлений). Такой подход способствует формированию более стойкой установки пациентов на собственное заболевание, что, несомненно, утяжеляет прогноз.

Функциональная патология внутренних органов чаще всего проявляется со стороны сердца. В 1871 году Da Costa подробно изложил клиническую картину и ввел термин «возбудимое сердце»; «синдром Да Коста» получил права гражданства.

Из описания Да Коста уже вполне четко вырисовывается «образ болезни» - страдание молодых людей, острие которого направлено в сторону сердечно-сосудистой системы: боль в области сердца, сердцебиение без признаков сердечной недостаточности. В дальнейшем многие авторы начинают использовать термин «невроз сердца», «сердечно-сосудистый невроз».

В 1918 году В.С.Oppenheimer и соавт. предложили термин «нейроциркуляторной астении» (НЦА), а в 1948 году Н.Н.Савицкий – термин «нейроциркуляторной дистонии» (НЦД), который используется и в настоящее время в практике врача терапевта. НЦД делится на три типа в зависимости от артериального давления: гипертонический, гипотонический и кардиальный, когда артериальное давление не изменено, но имеются боли в области сердца. Выделяют также и смешанный вариант НЦД, когда имеются жалобы и со стороны других органов.

Кроме терапевтов, функциональной патологией со стороны внутренних органов активно занимаются неврологи. Они переводят проблему из терапевтической плоскости в плоскость сугубо неврологическую, определяя различные уровни поражения нервной системы (сегментарный, надсегментарный). Чаще используются термины «вегетососудистой дистонии» (проявления симпатико- и ваготонии), «гипоталамического» синдрома, «вегета-

тивного невроза» и просто «вегетоза» [4]. По мнению С.А.Парцерняка вегетоз – это наднозологическая форма, представляющая собой широкую группу заболеваний, в основе которых лежит наследственная предрасположенность к возникновению нарушений регуляторных взаимодействий между центральной нервной, вегетативной нервной, эндокринной и иммунной системами; в клинической картине вегетозы проявляются в той или иной степени выраженности, психовегетативной симптоматикой, сочетающейся с признаками поражения сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной и других систем организма. Вегетозы – это «болезнь адаптации», развивающаяся у лиц в возрасте от 16-18 до 35-40 лет (в основном – женщины) в результате нервно-психических нагрузок, профессиональных вредностей, хронических инфекций, интоксикаций на фоне наследственной предрасположенности.

Психиатры, психотерапевты рассматривают функциональную патологию со стороны внутренних органов в рамках невроза навязчивых состояний.

В общем аспект изучения данной патологии во многом зависит от того, к какому специалисту впервые попадает больной. Однако симптоматика требует, прежде всего, исключить ряд соматических страданий, что является компетенцией терапевта. И, на самом деле, эти больные впервые обращаются за помощью к участковому терапевту.

Чаще обращаются к терапевту эти больные с жалобами со стороны сердца. Их беспокоят разнообразные болевые ощущения в области сердца, которые, в отличие от болей при стенокардии, не имеют резкого характера; обычно они тупые, ноющие или колющие, локализируются в области сердца, а не за грудиной, как при стенокардии. Больные ощущают свое сердце как инородное тело, или испытывают ощущение замирания, сжатия, жжения, онемения, переливания, укола и др. Нередко больные указывают болевую точку, чаще это верхушка сердца, область соска. В некоторых случаях болевые ощущения носят разлитой характер, в связи с чем возникают затруднения в указании их локализации. Иногда боли иррадиируют в левое плечо, редко в область левой лопатки. В ряде случаев речь идет не о боли, а скорее парестезиях, которые больные идентифицируют с болевыми ощущениями. Боль чаще нарастает постепенно, обычно продолжительна, длится часами, может иметь постоянный характер. При дифференциальной диагностике с болями при стенокардии следует иметь в виду, что при невротической кардиалгии, как правило, боль является следствием не физической нагрузки, а возникает в связи с эмоциональным напряжением.

Уже на первых этапах у больного возникает настороженность в связи с появлением необычных для него ощущений в области сердца. Эти ощущения в силу психологической оценки сердца как орга-

на, важнейшего для сохранения жизни, оказываются искаженными с преувеличением опасности заболевания и ведут к возникновению собственного страха смерти. Под влиянием этих представлений меняется поведение больных. Они начинают контролировать работу своего сердца, постоянно проверяют пульс, измеряют артериальное давление и т.д.

Наиболее часто боли в области сердца связывают с переутомлением, физическим перенапряжением, волнением, изменением погоды; боль часто возникает в предменструальном периоде, после приема горячих напитков и алкоголя, при форсированном дыхании. Иногда боль провоцируется переноской тяжести в левой руке, иногда появляется ночью во время кошмарных сновидений и, как правило, возникает после или во время вегетативных пароксизмов с тахикардией и повышением артериального давления. При этом внезапно возникает интенсивная боль в прекардиальной области с широким распространением по грудной клетке, часто сопровождающаяся вегетативной бурей, чувством нехватки воздуха, потливостью, дрожью, учащенным мочеиспусканием, иногда страхом смерти. Боль не купируется нитроглицерином, валидолом и, как правило, становится причиной вызова скорой медицинской помощи.

Помещение в стационар, знакомство со страданиями тяжелых сердечных больных приводит к быстрому и стойкому формированию фобий и фиксации страхов. В то же время, в кабинете врача, во время беседы не о болезни, больные оживляются, забывают о своем «тяжелом» состоянии, улыбаются, живо жестикулируют и, к своему удивлению, чувствуют себя к концу беседы почти здоровыми.

Помимо тахикардии, эти больные ощущают усиленное биение сердца, иногда сопровождающееся чувством пульсации сосудов шеи, головы, появляющееся в момент нагрузки или волнения, а иногда и в покое, ночью, что мешает сну, а также ощущение замирания, временной остановки, перебоев сердца. При снятии ЭКГ, действительно, иногда может быть зарегистрирована экстрасистолия, брадикардия, «синдром слабости синусового узла», миграция водителя ритма, синоаурикулярная блокада. В правых грудных отведениях изредка возникают «гигантские» зубцы Т или зубец Т становится «неспецифическим» отрицательным и возникает синдром ранней реполяризации желудочков, что расценивается как проявление ИБС (стенокардии или инфаркта миокарда) или миокардита. Эти изменения можно объяснить лабильностью вегетативной нервной системы, избыточной продукцией катехоламинов и повышенной чувствительностью к ним миокарда.

Помимо проявлений со стороны сердечно-сосудистой системы, у больных вегетососудистой дистонией по смешанному типу часто возникают дыхательные нарушения. Респираторный синдром характеризуется тахипноэ, учащенным поверхно-

стным дыханием при физических нагрузках и волнении, чувством затрудненного вдоха, неудовлетворенности вдохом, желанием и потребностью периодически глубоко вдыхать воздух («тоскливый вздох»).

Иногда дыхательные нарушения достигают степени «удушья» или «невротической астмы», «дыхательного» криза с увеличением частоты дыхания до 30-50 в 1 мин. («дыхание загнанной собаки»). К числу типичных, хотя и необязательных клинических особенностей психогенных псевдоастматических приступов относится также специфическое шумовое оформление дыхания: подчеркнуто стонущий его характер, вздохи, напоминающие иногда непрерывную судорожную икоту или какое-то оханье; легкое посвистывание на вдохе или просто очень звучный, шумный выдох через сомкнутые или сложенные в трубочку губы, а иногда – совершенно необычные инспираторные звуки, напоминающие свистящее дыхание, что может трактоваться как приступ бронхиальной астмы, астматического бронхита. Однако мокрота при этом, как правило, не отделяется (ни во время самого приступа, ни по его окончании) и какие-либо хрипы в легких (сухие свистящие или влажные) не выслушиваются.

В стертой форме дыхательные расстройства проявляются «дыхательным дискомфортом», чувством «комка» или сдавления горла, плохой переносимостью душных помещений, потребностью постоянно открывать окна, выходить на улицу и т.д.

Жалобы больных с психогенной одышкой необычайно разнообразны: сухость, жжение, щекотание, стеснение, сжимание, ощущение першения или прилипшей крошки хлеба, онемения или даже одеревенелости в горле с почти непрерывной потребностью откашляться. Приступы невротического кашля – громкого, лающего или чаще сухого, беспрерывного, хриплого – возникают обычно под влиянием резких запахов (гарь, газ, краски) в плохо проветриваемом помещении (нередко на кухне), на высоте аффективного напряжения, при засыпании и быстрой смене фронта погоды. Некоторые из этих больных настороженно следят за всеми метеорологическими сводками, испытывая страх перед понижением атмосферного давления и повышением влажности воздуха в связи с усилением при этом кашля. Сухой упорный кашель вызывает беспрерывное раздражение слизистой оболочки гортани и глотки (вплоть до развития в отдельных случаях ларингоспазма).

Довольно часто обращаются к терапевту больные с функциональными расстройствами со стороны желудочно-кишечного тракта. Может наблюдаться и психогенный спазм пищевода, возникающий внезапно под влиянием острой психической травмы. Заболевают чаще женщины в возрасте 20-30 лет. Во время еды наблюдается задержка прохождения пищевой массы, сопровождающаяся неприятными ощущениями в загрудинной области. Спастические явления, обуславливающие рас-

стройство питания (дисфагию), могут локализоваться не только в области «рта» пищевода, но и на любом другом его уровне. Пищевой ком некоторое время остается без движения, а затем либо с усилием проталкивается в желудок, либо выводится посредством так называемой пищевой рвоты. Весьма характерно, что больные со спазмом пищевода легче глотают твердую, чем жидкую пищу, что является важным дифференциально-диагностическим критерием для отграничения от органической патологии пищевода. Значительно реже наблюдается спазм кардиального отдела пищевода – кардиоспазм. В этом случае основная жалоба больных – дисфагия с затруднением прохождения пищи в нижней части пищевода. Дисфагии сопутствуют болевые ощущения в области мечевидного отростка грудины. Типичным для кардиоспазма являются срыгивания пищей, реж – отрыжка воздухом вследствие аэрофагии. Двигательные и чувствительные расстройства функции пищевода сопровождаются эмоционально-аффективными нарушениями, к числу которых относятся состояния тревоги, страха перед едой.

Помимо аэрофагии, рвоты, обусловленной расстройствами моторной функции пищевода и желудка, у некоторых больных, чаще женщин астенической конституции, развивается анорексия и значительное похудание. Нервная (психическая) анорексия впервые описана Мортонем в 1689 году под названием «нервной чахотки». Заболевание встречается в возрасте 14-18 лет, но может отмечаться и после 20 лет. Соотношение мужчин и женщин, по данным литературы, – 1:20 [2]. Анорексия развивается постепенно на фоне длительного нервно-психического перенапряжения, связанного с учебной работой в школе, сдачей экзаменов, подготовкой к поступлению в вуз и т.д. Сами больные редко обращаются за медицинской помощью, а идут к врачу только после длительных и настойчивых уговоров родственников или знакомых, когда развивается кахексия, гипотония, брадикардия, аменорея. Главным в их переживании становится не лечение или укрепление здоровья, а стремление продолжать учебу, обязательно поступить в вуз, получить высшее образование. Попытка указать больным на угрожающее состояние их здоровья с целью изменить их отношение к продолжению учебы встречает явное или скрытое сопротивление, негативизм и раздражение.

Часто наблюдаются боли в животе. Боль в животе разнообразна – в эпигастрии вскоре после еды с чувством тяжести и тошноты; приступообразная боль в области пупка с вздутием живота, урчанием, расстройствами стула (дискинезия кишечника); боль в правом подреберье как проявление дискинезии желчевыводящих путей. Эти ощущения не столь стойки, как при гастрите, холецистите, энтероколите. Зачастую их возникновение не связано с приемом пищи, а связано с эмоциональным перенапряжением. У ряда больных имеется постоянный болевой синдром, при котором паль-

паторно определяется болезненность в эпигастрии по ходу брюшной аорты (возможно, вследствие раздражения солнечного или мезентериальных нервных сплетений). Значительному числу больных ставят диагноз «хронический панкреатит» без достаточных на то оснований. Диспептические расстройства больные иногда связывают с приемом острой пищи, нередко кофе или крепкого чая и почти всегда алкоголя, вплоть до того, что у значительной категории больных развиваются идиосинкразия и страх даже перед его небольшими количествами.

Однократное возникновение в условиях эмоционального стресса выраженной перистальтики кишечника (синдром раздраженного кишечника, «медвежья болезнь»), проявляющейся громким урчанием, метеоризмом, иногда позывами на отхождение газов или дефекацию либо невозможностью освободить кишечник при наличии позывов, в дальнейшем фиксируется (часто по механизму условного рефлекса) и у больных развивается состояние тревожного ожидания повторения указанных расстройств в самых неподходящих ситуациях. Это первоначально невинное нарушение нередко является источником тяжелых переживаний для больного, затрудняющим его общение с незнакомыми людьми, посещение общественных мест и др.

Могут быть жалобы и со стороны мочеполовой системы. У женщин отмечается частое и болезненное мочеиспускание после острой пищи (цисталгия), расстройство менструального цикла, метроррагии, предменструальный синдром, снижение полового влечения, дискомфорт оргазма и вагинизм. У мужчин часто ошибочно фигурирует диагноз «простатит», проявляющийся психогенным расстройством эрекции и эякуляции, причем, часто при высокой сексуальной возбудимости отмечается быстро возникающая эрекция с преждевременной эякуляцией. При большей выраженности астенических компонентов половое влечение снижается, отмечается ослабление эрекции, преждевременная эякуляция, исчезают спонтанные эрекции. Торможение эрекционной фазы в момент половой близости крайне тягостно переживается больными и еще больше дезорганизует сексуальную функцию.

Однако, при всем разнообразии симптомов ведущими и постоянными остаются сердечно-сосудистые, вегетативные и невротические расстройства [3].

Наиболее важными и часто встречающимися являются расстройства сосудистого тонуса, которые могут быть регионарными или распространенными и выражаются как в спазмах сосудов и увеличении периферического сопротивления, так и неадекватном их расширении. Клиническими признаками сосудистых дистоний являются головная боль, головокружение, временные нарушения зрения, «мелькание мушек» перед глазами, ощущение пульсации в голове, пульсирующий шум в ушах.

Близка к этим симптомам плохая переносимость высоты, качелей, городского и водного транспорта.

Головная боль – очень частый и нередко ведущий симптом. Обычно эта боль охватывает теменную, височную и затылочную область в виде шлема. Как правило, она небольшой интенсивности, длительная, не требующая приема анальгетиков, в отличие от мигрени. В большинстве случаев головная боль усиливается к вечеру. Иногда она становится пароксизмальной, совпадает с изменением метеорологических условий, переутомлением, употреблением алкоголя, курением, предменструальным периодом. При сильной головной боли обычно умеренно повышается артериальное давление, появляются болезненные точки при пальпации в височных и затылочных областях. Четкой связи между головной болью и уровнем артериального давления, как правило, не обнаруживается.

У многих лиц на первом плане стоят «трудно-передаваемые» страдания, им «плохо», «дурно», они чувствуют «слабость», «теряют сознание» временами или постоянно в связи с эмоциями, переутомлением, «погодой» или беспричинно. Иногда присоединяются ощущения «дурной», «тяжелой, не своей» головы. Обморочные состояния в большей степени свойственны юношам и девушкам астенической конституции, высокого роста. Основной их причиной является несовершенство регуляции венозного тонуса с перераспределением крови в депо брюшной полости и нижние конечности. Уменьшение венозного притока обуславливает и временное снижение ударного выброса с гипоксией мозга и потерей сознания. Ортостатические обмороки безобидны, редко бывают устойчивым симптомом и со временем прекращаются. Обморочные состояния возникают в стрессовых ситуациях, при вагусных реакциях, в ответ на боль, при испуге и т.д.

Достаточно постоянны жалобы на боли или ломоту в суставах, мышцах, большей частью неопределенные и возникающие скорее в покое, нежели при движениях. Довольно часто у женщин отмечается преходящая отечность век с утра и пастозность ног к вечеру. Боль в суставах не сопровождается объективными признаками воспаления. Причем, больные не могут точно указать, что именно у них болит – сустав, кости, мышцы. Боль возникает чаще в покое и даже в постели, нежели при физической нагрузке, движениях, ходьбе.

Астенический синдром наблюдается практически у всех больных. Он проявляется в виде физической слабости или усталости с самого утра или постепенно усиливается, достигая максимума к середине дня или к вечеру. Ощущение слабости и постоянной усталости сопровождается вялостью, снижением настроения. Возможно, это связано с нарушением сна у этих больных. Причем, расстройство сна может наблюдаться как в первой стадии (засыпание), так и во второй стадии, когда сон не-

глубокий и сопровождается кошмарными сновидениями, содержание которых связано с доминирующими переживаниями. Пробуждение сопровождается состоянием тревоги и страха. Исследование «профиля личности» у таких больных (тест ММРІ) выявляет обычно некоторые психопатологические симптомы, прежде всего, по шкалам невротической триады (ипохондрия, депрессия, истерические нарушения) и по шкале тревожной мнительности [1].

Астенический синдром особенно проявляется после вегетососудистых кризов, которые наблюдаются у 64% больных [3]. Как правило, они встречаются при длительном и упорном течении заболевания. Эти пароксизмы возникают обычно внезапно и как будто беспричинно, чаще ночью во время сна или при пробуждении. Они проявляются дрожью, ознобом, головокружением, дурнотой, сердцебиением, потливостью, головной болью и болью в сердце, чувством нехватки воздуха, повышением артериального давления и страхом. Продолжительность кризов от 20-30 минут до 2-3 часов, в их конце бывает частое обильное мочеиспускание, иногда жидкий стул. После криза на протяжении нескольких часов, а изредка даже 2-3 суток остаются ощущение слабости, тревоги, боли в области сердца. Как правило, присоединение вегетативных кризов тяжело переносится больными, накладывая определенный отпечаток на их отношение к болезни, способствуя появлению или усугублению невротических расстройств. Тем не менее, вегетососудистые пароксизмы не относятся к числу устойчивых симптомов, с течением времени самостоятельно или в результате удачно подобранной терапии они прекращаются.

Больные плохо переносят резкие перепады температур. Они плохо чувствуют себя в холодных помещениях, зябнут, любят кутаться (в отличие от больных тиреотоксикозом). Жару они переносят тоже плохо, она вызывает обострение многих симптомов.

У 26% лиц [3] имеются периоды субфебрилитета от нескольких дней до многих месяцев. Обычно это следует за какой-либо инфекцией, чаще всего респираторным заболеванием или гриппом, и совпадает с обострением основных симптомов болезни. Повышение температуры неправильного типа и непостоянное. После сна температура тела чаще бывает нормальной или приближается к 37° , а в течение дня она неоднократно повышается до $37,2^{\circ}$ – $37,7^{\circ}$. Повышение температуры обычно не сопровождается ознобом или чувством жара, однако больные отмечают его по довольно неопределенным ощущениям слабости, тяжести или «тумана» в голове. Многие фиксируют на этом внимание, неоднократно на протяжении дня измеряют температуру и большей частью твердо убеждены, что у них имеется какой-то воспалительный процесс.

Длительное повышение температуры, наличие кашля, слабости дают право пульмонологу выставить

диагноз острого затяжного бронхита с астматическим компонентом. Назначение антибиотиков, особенно пеницилинового ряда, может привести к алергизации организма и усугублению состояния.

Иногда этим больным на основании рентгенологического исследования ошибочно выставляется диагноз острой пневмонии. Это происходит в том случае, если больной когда-то переболел острой пневмонией и она полностью не рассосалась, остался участок пневмосклероза, который рентгенологически отличить от острого воспаления практически невозможно.

Ревматолог при повышенной температуре, болях в суставах и области сердца, сердцебиении, одышке, изменениях на ЭКГ (см. выше) ошибочно выставляет диагноз полиартрита, миокардита. А если больному за сорок, то изменения на ЭКГ дают право кардиологу выставлять диагноз ишемической болезни сердца.

При диспептических проявлениях у гастроэнтеролога эти больные «проходят» под диагнозами хр. гастрита, хр. холецистита, хр. энтероколита, хр. панкреатита.

Уролог, при повышенной температуре, дизурических расстройствах вполне может выставить диагноз пиелонефрита.

Таким образом, многообразие жалоб, их различная выраженность и стойкость в разные периоды болезни, особенно субфебрилитет, создают впечатление разных болезней.

Объективное обследование больных помогает дифференцировать функциональную и органическую патологию. Иногда уже внешний вид больного характерен: часть из них напоминают страдающих гипертиреозом (блестящие глаза, тревожность, тремор), другие, напротив, унылы, с тусклым взором, адинамичны. Повышенная потливость ладоней, ног, подмышечных впадин также встречается часто. Гиперемия лица, кожи, груди, легко возникающий дермографизм или даже «нервная» крапивница выявляются у многих больных при первом осмотре, часто встречается немотивированная и очень живая «игра зрачков». О высокой реактивности сосудистой системы свидетельствует стойкий дермографизм. Конечности у таких больных холодные, иногда бледные, синюшные. У 8,4% женщин [3] выявляется увеличение щитовидной железы I-II степени, хотя показатели йодного обмена не выходят за пределы нормы.

Можно отметить частое, поверхностное дыхание, больные преимущественно дышат ртом (в связи с чем часто сохнут слизистые оболочки верхних дыхательных путей). Многие женщины с вегетососудистой дистонией не могут сделать фиксированный выдох. У части больных обнаруживается усиленная пульсация сонных артерий как проявление гиперкинетического типа кровообращения. Пальпаторно в прекардиальной области, особенно в III-IV межреберье по среднеключичной линии и слева парастернально, определяются участки бо-

лезненности межреберных мышц, как правило, в периоды обострения болезни.

При аускультации сердца могут отмечаться тахикардия, аритмия (чаще экстрасистолия), но тоны сердца довольно громкие в отличие от миокардита. Нередко у левого края грудины и на основании сердца выслушивается дополнительный тон в систоле (в ее начале – тон изгнания, а в конце – систолический щелчок). Наиболее характерным и частым аускультативным признаком является систолический шум. Этот шум весьма типичен – слабый или умеренный, с большой областью звучания – от верхушки сердца до основания (максимум звучания в III-IV межреберье у левого края грудины), нередко шум распространяется на сосуды шеи.

Основной особенностью пульса у этих лиц является его лабильность: легкость возникновения тахикардии при незначительных эмоциях и физических усилиях. У многих больных учащение пульса определяется исключительно в вертикальном положении, при этом частота пульса стоя может быть в 2 раза больше, чем лежа. Значительное урежение пульса при исходной тахикардии происходит после глубокого вдоха с задержкой дыхания (возбуждение блуждающего нерва в легких), что не бывает при органическом поражении сердца (миокардиты, пороки сердца, кардиосклероз).

Артериальное давление очень лабильное, поэтому на результаты его однократного измерения лучше не полагаться. Очень часто первое измерение показывает некоторое повышение верхней границы нормы, но уже через 2-3 минуты давление возвращается в пределы нормального. Часто определяется асимметрия артериального давления на правой и левой конечностях.

При пальпации живота у одной трети больных отмечается нерезкая разлитая болезненность в эпигастрии или вокруг пупка (см. выше). Следует обязательно смотреть язык: у больных вегетососудистой дистонией он без патологии, а у больных с органической патологией ЖКТ язык, как правило, обложен белым или желтовато-белым налетом.

Из лабораторно-инструментальных исследований, помогающих дифференцировать функциональную и органическую патологию у больного, следует указать, что главными являются самые простые анализы – это общий анализ крови и общий анализ мочи. Эти анализы при функциональной патологии, как правило, не изменяются. Конечно, если у больных имеются обильные и длительные месячные, нервная анорексия, то может возникнуть анемия.

Что касается инструментальных методов исследования – рентгенография (см. выше), УЗИ, эндоскопия, то иногда эти методы могут несколько «дезориентировать» в постановке диагноза.

Нахождение на УЗИ кист в печени, почке, поджелудочной железе, с которыми больной, возможно, родился и проживет 100 лет, накладывает большой отпечаток на психику больного и закликивает его на этих органах с появлением новых жалоб. Крайне редко, чтобы при гастрофиброскопии, даже у здоровых лиц, не был обнаружен очаговый гастрит.

Сложнее вопрос стоит в отношении электрокардиографии. Для дифференциальной диагностики функциональной и органической патологии со стороны сердца следует использовать физическую нагрузку и фармакологические пробы для изучения ЭКГ-изменений в динамике. При велоэргометрии нарушения ритма (чаще экстрасистолия), как правило, исчезают, что не происходит при органической патологии миокарда. При отрицательном зубце Т и опущении интервала ST производится проба с в-адреноблокатором обзиданом. У больных вегетососудистой дистонией происходит выравнивание интервала ST и зубец Т становится положительным, чего не происходит при ишемической болезни сердца.

Все вышеизложенное позволяет сделать вывод о том, что, как и участковому терапевту, так и узким специалистам терапевтического профиля (пульмонолог, кардиолог, ревматолог, гастроэнтеролог и др.) необходимо помнить о функциональной патологии со стороны внутренних органов. В то же время психотерапевту, к которому направляются эти больные для лечения от вышеуказанных специалистов, необходимо знать, как отличить органическую и функциональную патологию со стороны внутренних органов. Хотя психотерапевтическое лечение, даже включая медикаментозное, которое может назначить и участковый терапевт, особого вреда для пациента не принесет. В то же время, лечение больных, которым были ошибочно выставлены такие диагнозы, как пневмония, бронхит, миокардит, полиартрит и т.д., может принести определенный вред, т.к. больным назначаются антибиотики, нестероидные и стероидные противовоспалительные препараты, которые дают множество осложнений.

Литература

1. Виноградов В.Ф. Особенности личности у больных нейроциркуляторной дистонией по кардиальному типу. // Кардиология. – 1976. – №12. – С. 78-82.
2. Карварский Б.Д. Неврозы (руководство для врачей). – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
3. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. – М.: Медицина, 1985. – 192 с.
4. Парцерняк С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика. – СПб.: А.В.К. издательство, 2002. – 384 с.
5. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

Поступила 23.06.06