

## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ  
СИБИРСКОГО  
ОТДЕЛЕНИЯ РАМН,  
ЧЛЕН-КОРРЕСПОНДЕНТ  
РАМН, ДОКТОР  
МЕДИЦИНСКИХ НАУК,  
ПРОФЕССОР  
Любомир Иванович  
Афтанас



По данным ВОЗ, от 38 до 42% всех пациентов, посещающих врачей общей практики, относятся к группе психосоматических больных. Строго говоря, психосоматическое направление не является самостоятельной медицинской дисциплиной – это подход, учитывающий многообразие причин, приведших к болезни. В современной медицине наблюдается тенденция к интеграции усилий специалистов различного профиля в оказании помощи больным с так называемыми психосоматическими расстройствами.

По мере эволюции человека постепенно нарушался универсальный механизм приспособления его психики к окружающей среде, увеличились информационные нагрузки, от которых нет программ генетической защиты. В настоящее время приспособление к окружающей среде зависит от психических возможностей человека во много раз больше, чем от силы его мышц или, например, скорости бега. Опасным стало не оружие врага, а слово. Эмоции человека, изначально призванные мобилизовать организм на защиту, теперь чаще подавляются, встраиваются в социальный контекст, а со временем извращаются, перестают признаваться их хозяином и могут стать причиной разрушительных процессов в организме.

Согласно современным представлениям, к психосоматическим заболеваниям относятся расстройства, в основе которых первичная телесная реакция на кон-

фликтное переживание в последующем ассоциируется с морфологически устанавливаемыми изменениями и патологическими нарушениями в органах. Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется взаимодействием целого ряда факторов:

- неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами;
- наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам;
- нейродинамическими сдвигами (нарушениями) в деятельности центральной нервной системы;
- личностными особенностями;
- психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий;
- фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов;
- особенностями психотравмирующих событий.

Перечисленные факторы не только участвуют в формировании психосоматических расстройств, но повышают уязвимость индивида к психологическим и эмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и утяжеляют течение соматических нарушений. Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-иммунно-эндокринных изменениях и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической, эмоциональной и соматической сферами. При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему функциональную систему. Функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как повреждающий.

Существует целый ряд заболеваний, которые принято называть истинными психосоматическими болезнями, соматогениями или психосоматозами. Пер-

воначально были выделены такие психосоматозы, как бронхиальная астма, язвенный колит, эссенциальная гипертония, нейродермит, ревматоидный артрит, язва двенадцатиперстной кишки, гипертиреоз. В последующем в эту же группу отнесли онкологические и инфекционные заболевания.

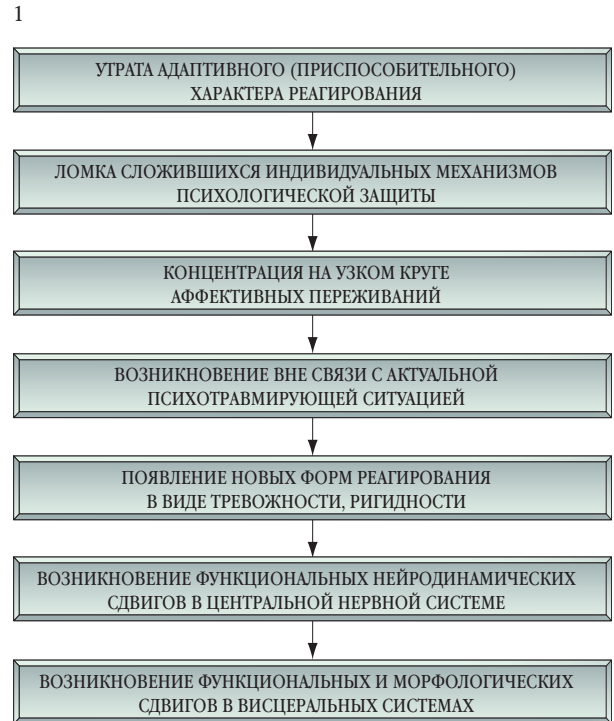
Таким образом, к психосоматическим в узком смысле относятся соматические заболевания, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психологические факторы.

По мнению В.Д. Менделевича, психосоматические расстройства представляют собой симптомы и синдромы нарушений соматической сферы, обусловленные индивидуально-психологическими особенностями человека и связанные со стереотипами его поведения, реакциями на стресс и способами переработки внутрличностного конфликта (рис. 1).

Быстро меняющаяся жизнь подтверждает декларируемую многими клиницистами взаимосвязь соматического, психического и социально-экономического в генезе относительно новой, малоизученной хронически протекающей «микстовой» патологии: происходящие социальные катаклизмы выдвинули на передний план многообразные психосоматические заболевания, протекающие в «завуалированной» форме, на стыке интересов специалистов различных медицинских дисциплин. Чрезвычайно важными являются распознавание и направленное устранение скрытых, ларвированных, лигированных картин депрессий, хронической усталости, состояний профессионального выгорания, различных форм аддиктивного поведения, представляющих собой важнейшие социальные проблемы общественной жизни.

При изучении психического здоровья населения Сибири и Дальнего Востока выявлены новые специфические донозологические расстройства: психоадаптационный и психодезадаптационный синдромы, ведущие к возникновению психосоматических расстройств. В ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН успешно разрабатывается концепция взаимодействия патогенных и саногенных механизмов развития всего спектра непсихотической нервно-психической патологии. Актуальным задачам отвечают две тенденции в реализации психосоматических исследований: изучение психопатологических расстройств при соматической патологии и соматических заболеваний при психических расстройствах.

Междисциплинарные исследования в области психиатрии и кардиологии первоначально охватывали вопросы дифференциальной диагностики и терапевтической тактики при кардиофобическом синдроме. Показана частота психических расстройств, сопровождающихся функциональными кардиоваскулярными нарушениями в общей структуре заболеваний в амбулаторной кардиологической практике – 16,2%. Описаны закономерности формирования коморбидных тревожно-фобических, депрессивных и соматоформных расстройств; установлена взаимосвязь клинического полиморфизма психических расстройств, сопровождающихся функциональными кардиоваскулярными нарушениями, с особенностями семейного анамнеза



МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

больных по психическим и психосоматическим заболеваниям; а также в зависимости от условий воспитания пациентов в детстве (эмоциональный симбиоз/эмоциональная депривация) у больных, перенесших инфаркт миокарда, описаны варианты депрессий: тревожные, меланхолические, дисфорические и маскированные. Показано, что в 35,1% случаев депрессии предшествовали инфаркту миокарда и при наличии выраженного болевого синдрома утяжеляли клиническую картину и прогноз кардиологического заболевания.

Клинико-патогенетические взаимосвязи соматической и психической патологии в рамках пограничной психиатрии многовариантны и переплетаются с конституционально-биологическими, соматогенными и нейрорпсихогенными сдвигами. Центральным звеном такого взаимодействия часто являются психоэмоциональный стресс и преморбидные особенности личности.

В ГУ НИИПЗ ТНЦ СО РАМН впервые разработан и реализуется системный подход к исследованию психосоматического больного. Сущность данного подхода заключается в установлении взаимосвязи клинко-лабораторных, клинко-морфологических особенностей патологии внутренних органов с клиническим полиморфизмом непсихотических психических нарушений, а также нозологической и синдромально-феноменологической оценкой структуры психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями (на модели наиболее часто встречающихся и социально значимых мультифакториальных заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, сахарный диабет 2-го типа, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, гастродуоденальные эрозии и др.). Выявлены и учитываются дифференциально-



диагностические критерии общих соматопсихических и психосоматических симптомокомплексов, затрудняющих диагностику заболеваний внутренних органов и психических расстройств в общей врачебной практике. Предложен алгоритм обследования психосоматического больного, предусматривающий оценку совокупности конституционально-биологических, психических, соматических, психосоциальных факторов, с целью установления дополнительных прогностических критериев стратификации риска тяжести течения заболеваний внутренних органов и разработки индивидуальных методов лечения и профилактики.

Апробированная модель комплексного исследования больных с пограничными нервно-психическими расстройствами позволяет осуществлять первичную диагностику ишемической болезни сердца в 18,9% случаев, язвенной болезни – в 24,9%, гастродуоденальных эрозий – в 73,8%, сахарного диабета 2-го типа – в 21,7%, нарушения толерантности к глюкозе – в 46,8%. Своевременная диагностика указанных расстройств в общесоматической сети затруднена ввиду их атипичности, стертости, недифференцированности симптоматики при многообразии общих соматовегетативных и психовегетативных клинических проявлений. Манифестация пограничных психических расстройств предшествует первичному выявлению и верифицированной диагностике заболеваний внутренних органов.

Технология системного исследования психосоматического больного предусматривает взаимодействие специалистов различного профиля (психиатра, интерниста, психолога, психотерапевта) в комплексной оценке «общих» симптомов коморбидных расстройств, при выборе оптимальных подходов к диагностике, комбинированной терапии психотропными и соматотропными препаратами, профилактике и реабилитации. Разработан перечень наиболее безопасных комбинаций препаратов при сочетанной психической и соматической патологии, минимизирующий как количество назначаемых препаратов, так и последствия их побочных действий.

Реализация такого интегративного подхода в диагностике и терапии психических расстройств непсихотического уровня у пациентов с сочетанной соматической патологией в отделении пограничных состояний позволяет достичь выздоровления в 44,8% случаев, клинического улучшения – в 47,3%. Интегративный подход, лежащий в основе диагностической и терапевтической тактики в отношении пациентов с пограничными психическими расстройствами, позволяет повысить эффективность медицинской помощи пациентам и качество их жизни, способствуя своевременному выявлению наиболее трудно дифференцированных состояний, профилактике возможных осложнений, восстановлению трудоспособности.

Описанный вид психиатрического сервиса реализуется на базе клиники ГУ НИИПЗ ТНЦ СО РАМН, максимально ориентирован на интересы пациента, предусматривает централизованную курацию плана обследования, опирается на целостную оценку состояния здоровья пациента и комплексную систему реабилитации, включающую согласованную медикаментозную коррекцию

психотропными и соматотропными препаратами; психотерапевтическую, симптомо- и (или) личностно ориентированную помощь, а также по показаниям семейную психотерапию для восстановления оптимальных микросоциальных условий и формирования «группы поддержки» пациента вне стационара. Психотерапевтическая помощь осуществляется как индивидуально, так и в групповом взаимодействии. Предложенная технология интегративного подхода характеризуется прежде всего доступностью к психотерапевтической помощи, согласованными действиями специалистов, профессиональной подготовкой в области психосоматики как врача общей практики, интерниста, так и психиатра, психотерапевта и активным участием самого пациента.

Рост заболеваемости бронхиальной астмой (БА) и ревматоидным артритом (РА) в последние годы заставляет клиницистов уделять все большее внимание малоизученным аспектам этих заболеваний, и на передний план выходит анализ психосоматических аспектов этих заболеваний в контексте психонейроиммунных взаимоотношений. Известно, что мозг и иммунная система являются двумя ведущими адаптивными системами человека. Во время иммунного ответа осуществляется «диалог» между ними, характер которого является определяющим для поддержания гомеостаза. В расшифровке этого диалога ведущая роль принадлежит исследованиям нескольких факторов. Результаты изучения индивидуальных различий у человека указывают на связь факторов индивидуальной психоэмоциональной реактивности (тревожность, депрессия, агрессивность и др.) с активностью центральной, вегетативной, нейроэндокринной и иммунной систем и их вовлечение в целый ряд иммунопатологических состояний, включая БА и РА. В этом же ряду находятся индивидуальные стратегии совладания со стрессом (так называемые копинг-стратегии) или механизмы психологических защит (МПЗ), функция которых заключается в «защите» индивида на психоэмоциональном уровне от «чужеродной» (неприемлемой на индивидуальном уровне) психотравмирующей информации. Перечисленные выше факторы во многом отражают индивидуальное состояние систем стрессовой реактивности и играют важную роль в иммунопатогенезе БА и РА. Другим важным аспектом нейроиммунных взаимоотношений при БА и РА является состояние систем нейровегетативной регуляции, которые обнаруживают выраженные и во многом специфичные для каждого из этих заболеваний признаки дисрегуляции.

При комплексном изучении патофизиологических особенностей психонейроиммунных взаимоотношений у больных БА и РА в совместной работе ГУ НИИ физиологии СО РАМН и ГУ НИИ клинической иммунологии СО РАМН впервые установлено, что в процессы физиологической нейроиммунной интеграции вовлекаются функциональные межполушарные асимметрии головного мозга, а характер сопряжения (знак и сила корреляции) между коэффициентами региональных межполушарных функциональных асимметрий мощностей спектра ЭЭГ и иммунными показателями зависит от переднезаднего топографического градиента коры больших полуша-



рий, частотного диапазона ЭЭГ и функционального звена иммунной системы. Результаты комплексного анализа процессов межсистемной интеграции у здоровых свидетельствуют, что ключевые конструкты, характеризующие психоэмоциональный статус, межполушарные функциональные активационные асимметрии передних и задних областей коры больших полушарий головного мозга и показатели активности парасимпатического контура регуляции вегетативной нервной системы являются достоверными предикторами функциональной активности клеточного, фагоцитарного и гуморального звеньев иммунной системы. Напротив, основной психонейровегетоиммунный паттерн больных БА характеризуется сочетанием повышенных показателей тревожности и нейротизма с неадаптивными МПЗ, в основе которых лежат стратегии регрессионных реакций, нарушением реактивности мозговых регулирующих систем по тормозному типу за счет низкочастотных мозговых осцилляторов (дельта-активность ЭЭГ), усилением парасимпатических влияний в вегетативном контуре регуляции в ответ на стрессовую провокацию. «Автономизация» функционирования иммунной системы заключается в выраженном разобщении с активностью вегетативных отделов нервной системы (уменьшение физиологических сопряжений), а также формированием патофизиологических сопряжений с факторами индивидуальной эмоциональной реактивности, мозговой и нейровегетативной активности. Патофизиологические психонейровегетоиммунные сопряжения с высокой вероятностью предсказывают состояние гуморального звена иммунной системы (IgE). Основной психонейровегетоиммунный паттерн пациентов с РА характеризуется сочетанием интроверсии и депрессии с выраженным чувством вины (аутоагрессия), малоадаптивными МПЗ (имеющими в основе стратегию вытеснения нежелательной информации), нарушением реактивности мозговых регулирующих систем по возбудимому типу за счет высокочастотных мозговых осцилляторов (бета-активность ЭЭГ), усилением симпатических влияний в вегетативном контуре регуляции в ответ на стрессовую провокацию. Выраженная «автономизация» функционирования иммунной системы проявляется в сохранении предиктивных свойств на активность функциональных звеньев иммунной системы, главным образом, у факторов психоэмоциональной реактивности. В целом можно констатировать, что исследованные иммунопатологические заболевания различного генеза (БА и РА) характеризуются, с одной стороны, нарастающей разобщенностью психонейровегетоиммунных сопряжений, что является отражением разрушения физиологических взаимосвязей между функциональными системами и «автономизации» функций иммунной системы. С другой стороны – образованием характерных для каждой из исследованных патологий патофизиологических психонейровегетоиммунных сопряжений, отражающих формирование патологических межсистемных взаимоотношений, нарушающих нормальное функционирование всех звеньев иммунной системы. Полученные данные позволяют рассматривать выявленные нарушения психонейровегетоиммунных вза-

имоотношений в качестве этиопатогенетической основы БА и РА как психосоматических расстройств.

Междисциплинарные исследования в области фтизиатрии были инициированы ГУ НИИ физиологии СО РАМН. В течение последнего десятилетия в Российской Федерации и ряде других стран отмечен рост заболеваемости туберкулезом, в том числе его лекарственно-устойчивыми формами. В настоящее время во многих странах мира, в том числе и в России, внедряется стандартизованная программа лечения туберкулеза, в которой в недостаточной степени учтены индивидуальные особенности течения болезни, а ключевым звеном в терапевтической стратегии по-прежнему остается совершенствование специфической антибактериальной терапии с использованием многочисленных патогенетических средств коррекции наблюдаемых патофизиологических нарушений. Между тем фтизиатры, даже при индивидуальном подходе к терапии, далеко не всегда принимают во внимание факт стрессогенного воздействия заболевания в ответ на сообщение больному о диагнозе «туберкулез», особенности эмоционального статуса больного, состояние его регуляторных систем и влияние совокупности этих факторов на течение и исход заболевания. В то же время данные литературы последних лет позволяют считать, что одним из существенных факторов полноценного заживления туберкулезного воспаления является высокий индивидуальный биологический ресурс макроорганизма, особенности его эмоционального, нейровегетативного, иммунного и гормонального статусов.

По данным ряда исследований, на эмоциональном уровне больные острыми формами туберкулеза характеризуются внутренней напряженностью, сниженным настроением и/или суицидальными тенденциями, эмоциональной холодностью, неадекватностью эмоциональных реакций, нарушениями психовегетативного взаимодействия. Со стороны центральной нервной системы отмечаются признаки ее органического поражения, со стороны высших психических функций – угнетение когнитивных процессов, а на уровне вегетативной нервной системы – синдромы вегетативной дисрегуляции. Развитие, течение и исход туберкулезного процесса во многом определяются и состоянием иммуно-гормонального статуса организма. Кроме того, противотуберкулезные химиопрепараты оказывают токсическое влияние на системы неспецифической резистентности и специфического иммунитета, которые обеспечивают регрессию туберкулезного воспаления. В настоящее время сформированы определенные представления об иммунных реакциях при туберкулезе. На фоне имеющихся изменений количества клеточных субпопуляций лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, CD4/CD8, CD16+, CD19+) у больных туберкулезом нарушается координация клеточного взаимодействия и функциональная активность лимфоцитов. В то же время основным нарушением в иммунной системе при туберкулезе является снижение активности ее фагоцитарного звена, а тенденция к восстановлению этой функции в условиях стандартной химиотерапии весьма низкая.



Гормональные нарушения при туберкулезе также высоко вероятны. Между тем характер гормонального ответа при данной патологии изучен в недостаточной мере. В сравнительно немногочисленных работах отмечают, что у пациентов в целом сохраняется центральный контроль продукции глюкокортикоидов, однако периферический метаболизм, особенно в легких, нарушается в сторону увеличения активного метаболита кортизола. В ряде публикаций показано глубокое подавление концентраций дегидроэпиандростерона (ДЭА), дегидроэпиандростерон-сульфата (ДЭА-С) и тестостерона наряду с умеренным повышением концентраций кортизола, эстрадиола, пролактина и тиреоидного гормона. А разнонаправленные изменения ДЭА-С и кортизола предлагается использовать в качестве клинического маркера эффективности терапии. С учетом изложенного выше особую актуальность приобретают вопросы как индивидуальной индикации состояния систем резистентности макроорганизма при туберкулезе (до лечения и в процессе терапии), так и повышения эффективности комплексного лечения с дополнительным использованием нефармакологических технологий коррекции и оптимизации функционирования этих систем.

В совместном динамическом исследовании ГУ НИИ физиологии СО РАМН и ФГУ Новосибирский НИИ туберкулеза Росздрава с помощью комплексного подхода установлено, что больные впервые выявленным туберкулезом легких характеризуются рядом системных патофизиологических нарушений, свидетельствующих о снижении неспецифической резистентности макроорганизма и уменьшении его адаптивного ресурса. Это отражается в эмоциональном статусе – в более высоких показателях депрессии и алекситимии; в психомоторном – в ухудшении работы механизмов оперативного и распределенного внимания; в нейровегетативном – в снижении интегральных показателей variability сердечного ритма; в иммунном и гормональном статусах – в выраженном подавлении активности фагоцитарного звена иммунной системы и продукции нейростероида дегидроэпиандростерон-сульфата. Впервые показано, что сочетанное применение наряду с традиционной химиотерапией метода антистрессовой нейротехнологической коррекции достоверно повышает адаптивные ресурсы больного туберкулезом, оказывая более выраженное оптимизирующее и/или протективное влияние на психомоторные, нейровегетативные, иммунные и гормональные процессы. А по данным длительного клинического наблюдения (до 8 месяцев от момента поступления в стационар), впервые установлено, что клинические эффекты сочетанного применения метода антистрессовой нейротехнологической коррекции заключаются в достоверно более благоприятной динамике закрытия полостей распада терапевтическим путем, сокращении сроков бактериовыделения и снижении количества случаев возникновения токсических эффектов на антибактериальные препараты.

Одной из ключевых проблем психосоматической медицины является изучение особенностей формирования психосоматических расстройств в детском возрасте.

Значительное увеличение стрессовых воздействий на детей дошкольного и школьного возраста с одновременным снижением их адаптационных возможностей неизбежно приводит к широкому распространению и постоянному росту психосоматических расстройств. Эта тенденция наблюдается практически во всех регионах Сибири и во всех возрастных группах. В детском и подростковом возрасте отмечается самое начало формирования психосоматических изменений, поэтому, несомненно, в этом возрасте должна наблюдаться высокая эффективность профилактических и корригирующих лечебных, психологических и педагогических мероприятий.

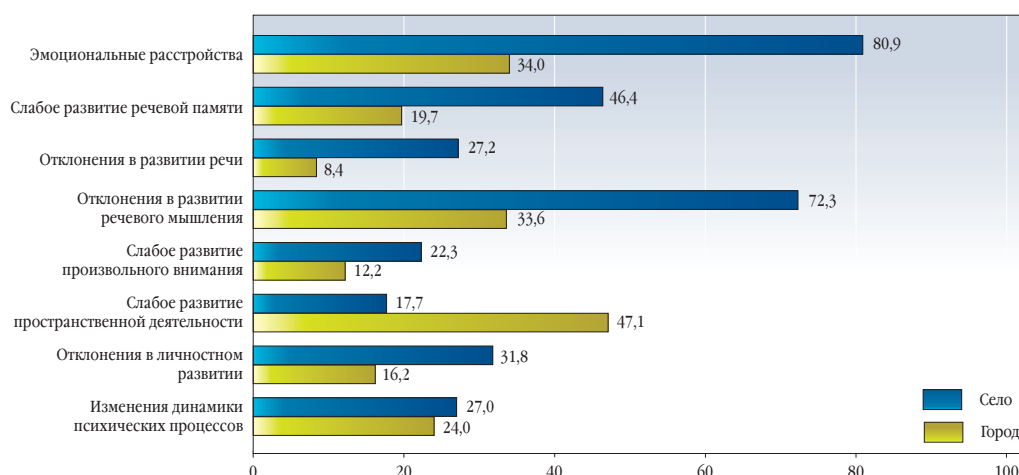
Изучением психосоматической патологии занимаются ученые ГУ НЦ медицинской экологии ВСНЦ СО РАМН. При этом наиболее адекватной моделью для изучения формирования психосоматических расстройств на ранних этапах онтогенеза являются устойчивые детские популяции, развивающиеся в разных условиях среды. К таким популяциям могут быть отнесены городская и сельская популяции детей. Характер и выраженность психосоматических расстройств в таких популяциях определяются особенностями психического онтогенеза, распространенной соматической патологией, а также социально-экономическими характеристиками.

Анализ репрезентативной выборки, в которую вошли 3392 ребенка в возрасте от 1 до 15 лет (в том числе 2085 городских и 1307 сельских), проживающих в Восточной Сибири, показал высокий уровень психосоматических расстройств у детей и подростков региона в целом. Однако структура и выраженность этих нарушений заметно различались в городской и сельской популяциях детей. Эти различия формировались в значительной степени под влиянием популяционных факторов риска, приводящих к накоплению в каждой популяции признаков неблагополучия, которые могут принимать участие в патогенезе психосоматической патологии.

Один из таких основных факторов риска состоял в особенностях психического развития городских и сельских детей. Нейропсихологический анализ развития процессов межполушарной асимметрии мозга и высших психических функций показал, что городская и сельская популяции детей имеют разные векторы психического развития и каждая из них формирует свою популяционную норму. При этом сельская популяция опиралась преимущественно на развитие правополушарных, а городская – на форсированное развитие левополушарных функциональных систем мозга. Распределение типов латерализации свидетельствовало о появлении «правого сдвига» у городских детей уже в дошкольном возрасте, когда стало преобладать число правшей, в то время как в сельской популяции такой сдвиг не отмечался даже у детей в начальной школе. Таким образом, вектор психического развития городской популяции детей был направлен на интенсивное формирование процессов межполушарной асимметрии и преимущественную стимуляцию психических процессов, связанных с речью и опирающихся на речевую деятельность и произвольную регуляцию функций. Относительно слабое развитие получают процессы, непосредственно отражающие



2



ОТКЛОНЕНИЯ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ ДЕТЕЙ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИЙ

действительность – зрительно-пространственные, (симультанно) гностические. Сельская популяция детей отличалась умеренным темпом формирования процессов латерализации функций и доминированием в развитии невербальных компонентов психической деятельности, с относительным функциональным отставанием вербальной и произвольной деятельности.

Следовательно, развитие детей в определенном популяционном окружении и в разных средовых условиях может приводить к определенным особенностям в формировании межполушарной асимметрии и высших психических функций, а также к различиям в динамике созревания мозговых структур, участвующих в реализации тех или иных психических процессов. Разный тип психического развития детей в популяциях обуславливает особенности их адаптации к социальным факторам и школьному обучению и приводит к появлению разнонаправленных расстройств и отклонений в психической сфере (рис. 2). Это, в свою очередь, служит основанием для риска появления психосоматической патологии, характерной для каждой популяции.

Другим популяционным фактором риска возникновения психосоматической патологии является характер и степень выраженности основной соматической патологии в той или иной популяции. Прежде всего необходимо отметить статистически достоверное преобладание патологических отклонений во время беременности и родов у матерей, проживающих в сельской местности. Патологические особенности периода новорожденности также чаще отмечались в сельской выборке. В то же время частота встречаемости внешних микроаномалий развития и их сочетаний у одного ребенка была выше в городской популяции детей, что отражает неблагоприятное влияние средовых факторов на развитие плода во время беременности.

Применение метода логистической регрессии для построения модели прогнозирования возникновения психосоматических нарушений в городской и сельской популяции детей позволило отобрать ряд признаков,

имеющих точность предсказания более 80% для каждой выборки. Наиболее значимыми предикторами для сельской группы детей оказались расстройства эндокринной системы (диффузный нетоксический зоб, гипертрихоз, задержка физического развития), неврологическая патология (следствие более частых патологических отклонений во время беременности и родов у сельских матерей), хронические тонзиллиты и аденоидиты, анемии, паразитарные инфекции. Для городских детей было характерно сочетание вторичных иммунодефицитных состояний, инфекций мочевыводящей системы и пиелонефритов, нарушений сердечного ритма, ОРВИ, в том числе острые пневмонии и дисбактериозы. Эти особенности соматических нарушений в популяциях вносили свой существенный вклад в формирование психосоматической патологии на популяционном уровне.

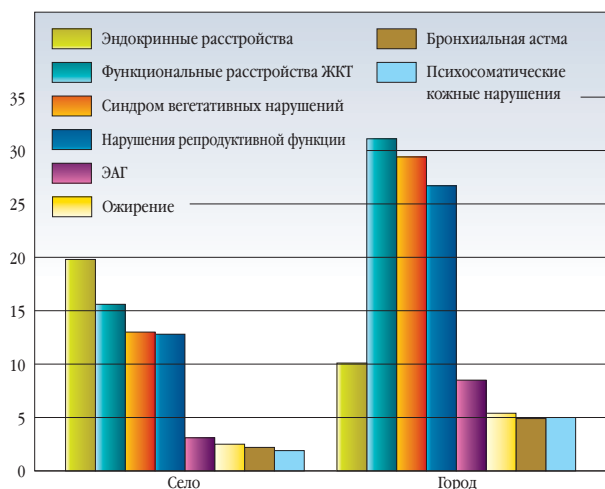
Еще один популяционный фактор риска возникновения психосоматических расстройств был связан с социальным окружением ребенка. В городской популяции была выделена так называемая социальная (семейная) триада, формирующая основные риски психосоматизации у детей. Сюда вошли занятость матери на производстве в сочетании с ее низким образовательным уровнем и неудовлетворительными социально-бытовыми условиями. Для сельской популяции «рискообразующие» показатели были связаны с неполной семьей, посещением детских учреждений и пьянством родителей.

Таким образом, особенности формирования психосоматической патологии на популяционном уровне зависят от адаптации к средовым воздействиям, социально-психологических факторов развития, а также от характера распространенности основной соматической патологии в той или иной популяции.

Распространенность и структура психосоматических расстройств в детских популяциях приведена на рисунке 3. Обращает внимание тот факт, что на первый план выступают заболевания, в развитии которых ключевую роль играют вегетативные механизмы. Как видно из рисунка, структура и распространенность пси-



3



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИЯХ ДЕТЕЙ (В ПРОЦЕНТАХ)

психосоматической патологии в городской и сельской популяции детей оказались различными.

Кратко эти различия можно сформулировать в виде следующих положений:

- уровень психосоматической патологии достоверно выше в городской популяции детей;
- у подавляющего большинства городских детей (около 70%) фоном для формирования психосоматических расстройств служат ипохондрические и депрессивные реакции, тогда как у сельских детей механизмы появления этой патологии несут иной характер, так как ипохондрические и депрессивные проявления выявляются относительно редко;
- в городской популяции достаточно отчетливо выражена дифференциация в проявлении различных психосоматических расстройств в половом аспекте. У сельских детей четкого различия между мальчиками и девочками в распространенности психосоматической патологии не наблюдается;
- в городской популяции детей наибольшее распространение психосоматических расстройств приходится на старший школьный возраст, а для детей, проживающих в сельской местности, максимальное количество случаев психосоматических расстройств выявлено у детей младшего и среднего школьного возраста;
- для городской и сельской популяций детей может быть определен круг наиболее типичной для каждой из популяций психосоматической патологии, связанный с особенностями онтогенетического развития.

Таким образом, все более расширяющийся круг факторов риска возникновения психосоматических расстройств, включающих в себя резидуально-органическую симптоматику, соматические заболевания, неблагоприятный социальный фон и особенности психического развития, делает детские популяции (в первую очередь городскую) уязвимыми к психосоматическим

нарушениям. Поэтому такие заболевания, в которых решающую роль играют психосоциальные факторы, начинают выступать на передние позиции в структуре общей детской заболеваемости. Эта тенденция, на наш взгляд, будет продолжаться еще многие годы.

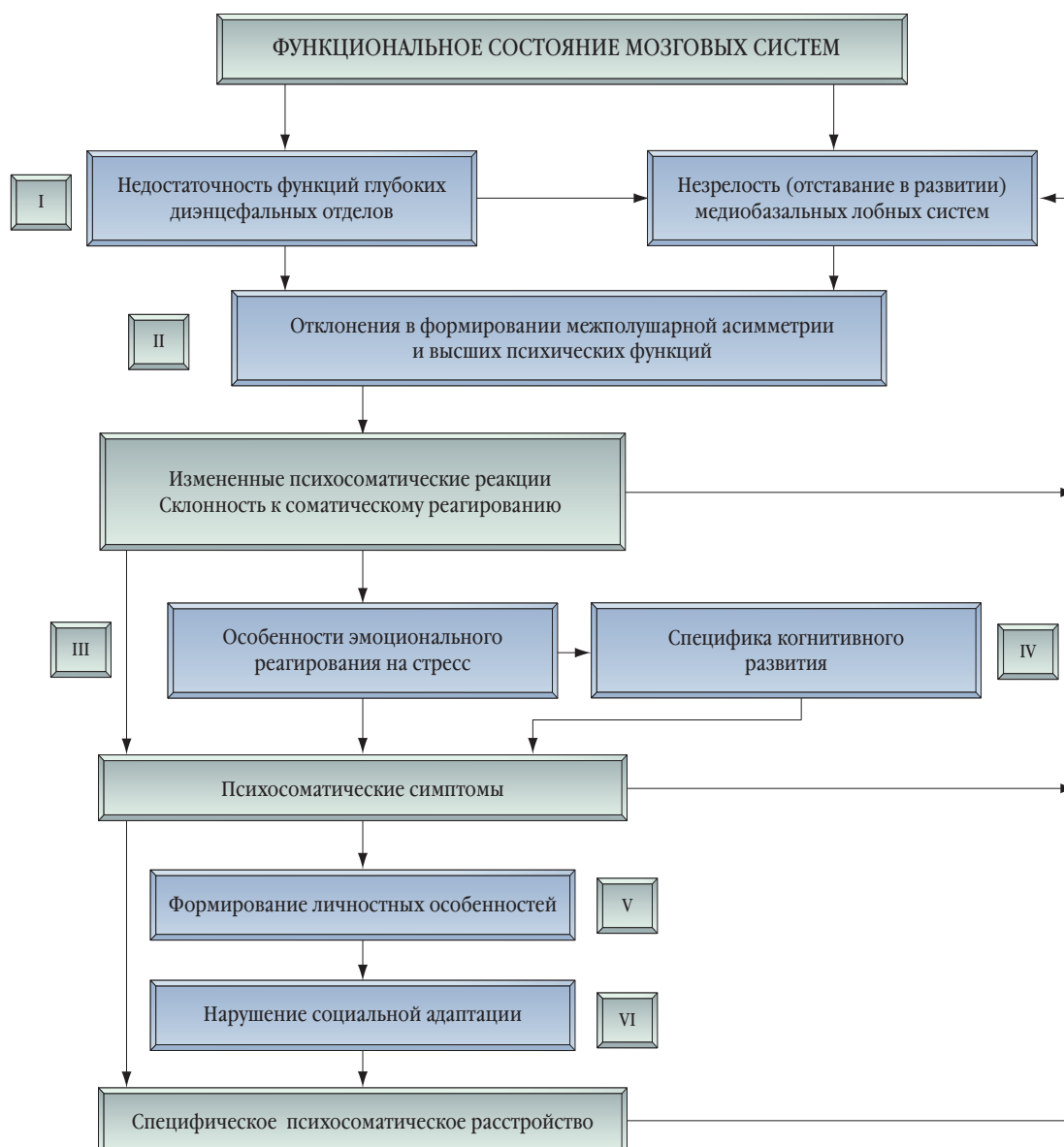
Другой актуальной проблемой изучения психосоматической патологии детского возраста является исследование патологических механизмов на модели конкретного психосоматического заболевания – эссенциальной артериальной гипертензии (ЭАГ).

На основании комплексного исследования детей с ЭАГ была разработана многоуровневая схема участия социально-психологических механизмов на разных этапах патогенеза этого заболевания (рис. 4). Она выглядит следующим образом:

- I уровень (церебральный). Нейропсихологический анализ показал наличие у детей с ЭАГ легкой, но стойкой функциональной недостаточности глубоких (диэнцефальных) отделов мозга и медиобазальных структур лобной области, которые образуют единую патологическую систему, на фоне которой формируются высшие психические процессы у этих детей;
- II уровень (латеральный). У детей с ЭАГ, начиная с раннего онтогенеза, отмечаются трудности в формировании межполушарной асимметрии. В группе детей-гипертоников накапливаются леволатеральные и амбидекстральные признаки, свидетельствующие об определенной незрелости и задержке в становлении функциональной межполушарной асимметрии. I и II уровни можно отнести к базальным системам в формировании ЭАГ. Это, собственно, нейрофизиологический или нейропсихологический аспекты патогенеза. Имеющиеся изменения на этих уровнях несут во многом неспецифический характер и не дают еще возможности прогнозировать развертывание того или иного специфического психосоматического синдрома, либо даже наличие вообще каких-либо психосоматических расстройств в будущем. Именно на этом этапе появляются измененные психосоматические реакции и начинает появляться склонность к соматическому реагированию в ответ на действие неблагоприятных воздействий. Следующие уровни дают возможность проследить конкретные психологические механизмы, участвующие в патогенезе ЭАГ;
- III уровень (эмоциональный). Изменения в эмоциональной сфере у детей и подростков с ЭАГ проходили в направлении повышения тревожности в сочетании с эмоциональной лабильностью и склонностью к незрелости эмоционального реагирования. Отличительным признаком у этих детей была повышенная склонность к депрессивным состояниям, возникающим при различных, в том числе школьных, нагрузках;
- IV уровень (когнитивный). Трудности становления когнитивных процессов были связаны с колебанием активности и явлениями истощаемости



4



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ДЕТЕЙ (НА ПРИМЕРЕ ЭАГ)

во всех видах психической деятельности: перцептивной, мнестической, зрительно-пространственной и вербальной.

На III и IV уровнях начинают впервые появляться и постепенно закрепляться психосоматические симптомы. Особенности эмоциональной сферы уже более определенно указывают на путь психосоматического развития, а трудности формирования когнитивной деятельности делают более отчетливым этот процесс;

– V уровень (личностный). Особенности развития личности детей и подростков с ЭАГ характеризовались сочетанием высокой мотивированности достижений, склонности к манипулятивному поведению с одновременной задержкой реакций эмансипации, что еще раз подчеркивало их чувствительность к стрессовым воздействиям;

– VI уровень (социальный). Неадекватные детско-родительские отношения имели место у 62,1% от всех обследованных детей и подростков с ЭАГ. Сюда относились как эмоциональный симбиоз, так и эмоциональное отвержение. Следовательно, нарушение внутрисемейных контактов в раннем возрасте способствует формированию неадаптивных форм поведения у детей и снижает их устойчивость к действию различных неблагоприятных факторов, что, в свою очередь, приводит к усилению стрессовых воздействий на ребенка. Не случайно в семьях детей с ЭАГ выявляется большое число конфликтных взаимоотношений, а эффективность их решений значительно ниже, чем в семьях здоровых детей. Таким образом, можно сформулировать основные механизмы патогенеза ЭАГ у детей и подрост-





тков. В раннем онтогенезе появляются негрубые, но устойчивые нейрофизиологические (нейропсихологические) изменения, способствующие формированию психосоматических механизмов реагирования у детей. Дальнейшее развитие психосоматической симптоматики неразрывно связано с особенностями становления психической деятельности ребенка, его отношениями с ближайшим социальным окружением (семьей), то есть формирование нарушений, типичных для ЭАГ, происходит одновременно (параллельно) с развитием психических процессов. «Помогая» становлению психосоматического способа реагирования, специфической симптоматики ЭАГ, психологические факторы являются одним из основных механизмов этиопатогенеза. Можно предположить, что при отсутствии этих факторов симптомы ЭАГ не смогут сформироваться в развернутое заболевание.

На основании проведенных исследований была предложена концептуальная модель психосоматических нарушений.

Таким образом, поиски путей преодоления дифференциально-диагностических трудностей выявления соматической патологии у пациентов с пограничными нервно-психическими нарушениями и в одинаковой мере – распознавание психопатологических нарушений у больных с заболеваниями внутренних органов при обращении в лечебно-профилактические учреждения составляют основные направления кооперативной деятельности: создание клинко-диагностических моделей и выбор адекватной стратегии лечения. Актуальны

вопросы повышения уровня знаний врачей по проблемам психосоматической медицины как типа врачебного мышления. Проблема соотношений соматических заболеваний и психических расстройств пограничного уровня приобретает особое значение в связи с необходимостью интеграции различных отраслей медицины и подготовки кадров, специализирующихся в области психосоматики. Чрезвычайно актуальной является проблема своевременной диагностики психосоматических расстройств в детском возрасте, в котором профилактические и коррекционные мероприятия оказываются наиболее эффективными. Не менее важным аспектом психосоматической медицины в настоящее время является разработка и внедрение адекватных технологий нарушенных психосоматических взаимоотношений. Данные единичных пока исследований свидетельствуют, что включение в комплекс лечения специальных нефармакологических методов коррекции психологического и эмоционального статуса пациентов (психотерапия, методы психофизиологической нейротехнологической коррекции) приводит к существенному повышению эффективности комплексной терапии: у пациентов отмечается редукция эмоционального стресса, депрессии и суицидальных тенденций, повышение эффективности когнитивного функционирования, нормализация психонейроиммунных взаимоотношений. В целом формирование у врачей общесоматической сети системы представлений о психосоматических аспектах распространенных заболеваний как в диагностическом, так и коррекционном аспектах может явиться важнейшим шагом в повышении качества специализированной медицинской помощи населению.