

Психосоматические аспекты инфекционной патологии человека

М.С.Григорович¹, М.В.Злоказова¹, Л.П.Мариничева², М.А.Мамаева³

¹Кировская государственная медицинская академия Росздрава;

²Кировская городская детская клиническая больница;

³Кировский лицей естественных наук

Исследование роли психосоматических и соматопсихических соотношений при инфекционной патологии свидетельствует о неразрывности данных процессов. Инфекционная патология может рассматриваться, с одной стороны, как результат воздействия эмоциональных факторов на организм, а с другой – как специфический стрессоген, способный вызывать психические отклонения разной степени выраженности. Для возникновения и течения инфекционных заболеваний важно то, что универсальные, типичные для конкретной патологии связи проявляют свое специфическое содержание у каждого пациента прежде всего на фоне индивидуальных особенностей развития и функционирования его организма и специфики субъективных переживаний. В значительной степени является задействованной и иммунная система. Многие из того, чего не хватает современной психосоматике в плане понимания инфекционной патологии, в патогенетическом плане может получить объяснение именно при изучении реакции иммунной системы на психические нагрузки.

Ключевые слова: психосоматические соотношения, инфекционная патология, иммунитет

Psychosomatic aspects of human infectious pathologies

M.S.Grigorovich¹, M.V.Zlokazova¹, L.P.Marinicheva², M.A.Mamaeva³

¹Kirov State Medical Academy;

²Kirov Municipal Pediatric Clinical Hospital;

³Kirov College of Natural Sciences

The study of the role of psychosomatic and somatopsychic relations in infectious pathologies shows the inseparability of these processes. Infectious pathologies can be regarded, on the one hand, as resulting from the action of emotional factors on the body, and on the other, as a specific stressor capable of inducing mental deviations of various degree. The important fact for the onset and the course of infectious diseases is that the universal relations, typical for a particular pathology, manifest their specific contents in each patient mainly against the background of individual specific features of the development and functioning of the body and specificity of subjective experiences. The immune system, too, is involved considerably. Many things that modern psychosomatic theories need to better understand infectious pathologies can be explained pathogenetically by studying reactions of the immunity to psychic loads.

Key words: psychosomatic relations, infectious pathology

Психосоциальные факторы часто играют решающую роль в возникновении, течении заболевания и его преодолении, поэтому все более широкое признание получает психосоматическое направление в медицине [1–3]. В этой связи отмечается изменение взглядов на природу возникновения целого ряда болезней, традиционно изучаемых в разделах педиатрии, неврологии, инфектологии и других медицинских дисциплин. Особого внимания заслуживает проблема соматогенных и психических нарушений, вызванных инфекционной патологией. Первые обобщающие работы, посвященные проблеме психосоматических соотношений при инфекционной патологии, в нашей стране стали появляться в 80–90 гг. прошлого столетия [4, 5]. Общеизвестно, что выраженность и характер течения инфекционной болезни за-

висят от особенностей возбудителя (его вида, вирулентности, наличия токсинов, инвазивных факторов, механизмов размножения) и состояния защитных сил организма человека. Различные психосоциальные факторы способны оказывать влияние на риск формирования инфекционной патологии и сопротивляемость организма [6, 7].

Подход к рассмотрению психосоматических и соматопсихических соотношений в настоящее время выходит за рамки принятого в классической научной медицинской и психологической литературе XX в., в основном, относившего к психосоматическим три группы расстройств: конверсионные симптомы (например, истерические параличи, психогенная слепота, глухота и т.д.); функциональные (соматоформные) расстройства (органные неврозы); психосоматические заболевания в более узком смысле («классические» психосоматозы – бронхиальная астма, язвенный колит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, нейродермит, гипертоническая болезнь и т.д.). Все большее число исследователей [4, 5, 8] признают взаимосвязь между психологическими и соматическими (в том числе, инфекционными) факторами при различных

Для корреспонденции:

Григорович Марина Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины Кировской государственной медицинской академии

Адрес: 610002, г. Киров, ул. К.Маркса, 112

Телефон: (8332) 37-6614

Статья поступила 23.12.2006 г., принята к печати 26.05.2007 г.

патологических состояниях. Согласно M.Geider et al. (1999), при рассмотрении связей между соматическим или инфекционным заболеванием и психическим расстройством целесообразно различать следующие пять типов связей: 1) психологические факторы как причина соматического заболевания; 2) психические расстройства, проявляющиеся соматическими симптомами; 3) психиатрические последствия соматического заболевания: а) органические нарушения; б) функциональные нарушения; 4) психическое расстройство и соматическое заболевание, случайно совпавшие во времени; 5) соматические осложнения психических нарушений (намеренное самоповреждение, злоупотребление алкоголем и некоторыми другими веществами и т.д.) [9].

Психическая патология, связанная с соматическим заболеванием, традиционно может быть представлена в рамках двух клинических категорий: соматогений и психогений [1]. Основываясь на данных позициях, инфекционная патология может рассматриваться, с одной стороны, как результат воздействия эмоциональных факторов на организм, а с другой – как специфический стрессоген, способный вызывать психические отклонения разной степени выраженности. К группе психогений относят расстройства, связанные с воздействием стрессовых ситуаций. Многие авторы [1–3, 10] отводят основополагающее место в возникновении психогений психотравмирующим факторам, подчеркивая при этом существенное влияние биологически-конституционального типа эмоциональности и характера реагирования, социальных факторов и индивидуальных особенностей личности, наличия следового невротического фона и событий, вызывающих серьезные эмоциональные реакции. С точки зрения К.В.Судакова (1978), стрессовая реакция характеризуется широким спектром действия. В экстремальных условиях и при воздействии повреждающих агентов в организме наблюдаются неспецифические, стандартные ответы более широкого диапазона: изъязвление желудочно-кишечного тракта и трофические расстройства, сопровождающиеся повышением активности коркового слоя надпочечников, инволюцией зубной железы и лимфатического аппарата. В значительной степени является задействованной и иммунная система. Распространенность психогенных нарушений велика и, по данным различных авторов, составляет от 15 до 90% при соматических и инфекционных заболеваниях [1, 2].

Среди других концепций в области психосоматики можно упомянуть теоретическую модель «стресса и болезни» Г.Селье (1936). Автор описал наблюдающийся при этом адаптационный синдром, который в функциональном и морфологическом смысле представляет собой трехфазную адаптацию, состоящую из фаз напряжения, тревожной резистентности и истощения. По мнению автора, адаптационный синдром осуществляется за счет реакции гипоталамо-гипофизарной системы путем мобилизации кортиколиберина, АКТГ, соматотропного гормона, кортикостероидов, адреналина и тиреоидных гормонов.

Еще А.Д.Сперанским (1935) отмечено, что организм на все многообразие повреждающих раздражителей отвечает относительно небольшим набором стандартных форм реагирования [12]. Физиологическое значение стрессовых реакций состоит в энергетическом обеспечении специфического компонента адаптации. Роль эмоционального компонента и соот-

ветствующих реакций гипоталамо-гипофизарной системы и ретикулярной формации в возникновении психосоматических нарушений подчеркивалась многими исследователями. Под влиянием чрезвычайных или длительно действующих неблагоприятных факторов стрессовая реакция способна превратиться из физиологического звена в патологическое, когда количественные изменения приводят к формированию нового качественного состояния, развитию «болезней адаптации», сопряженных с нарушением гомеостаза. Данный переход происходит тем позднее, чем выше адаптивность организма. В этой связи адаптоспособность можно рассматривать как меру здоровья организма, меру его резервных возможностей, которые определяются состоянием факторов, лимитирующих стресс [13]. Сходных взглядов придерживаются и инфекционисты [14–16], отмечая, что оценка иммунологических и эндокринологических показателей у больных острой инфекционной патологией с позиций общего адаптационного синдрома позволяет определить адекватность иммунного ответа. В случаях осложненного, ациклического течения у иммунокомпрометированных больных при неблагоприятных исходах нарушается фазность течения общего адаптационного синдрома, длительно сохраняются отклонения со стороны иммунологических показателей, что можно расценивать как неадекватный иммунный ответ.

В клинко-иммунологических работах все большее внимание уделяется данным, подтверждающим влияние эмоций, стресса, психологических особенностей и психических расстройств на сопротивляемость организма [4, 6, 17, 18]. Тревожность, общее эмоциональное напряжение способствуют перенапряжению психофизиологических систем организма, ранние признаки которого проявляются в виде психосоматических синдромов, в том числе снижения реактивности и учащения возникновения заболеваний.

В ряде исследований [19, 20] установлено, что длительно и интенсивно действующие стрессовые факторы сопровождаются нарушениями фагоцитарной активности лейкоцитов, в том числе снижением их бактерицидных свойств и ослаблением завершенности фагоцитарных реакций. Дисбаланс клеточных и гуморальных факторов выявлен, в частности, у здоровых людей, находящихся в состоянии эмоционального напряжения, тревоги [6, 21]. У детей с частыми проявлениями острых респираторных заболеваний определенные иммунодефицитные состояния могут быть связаны с патологией экстраиммунологической регуляции. В то же время состояние иммунной системы оказывает влияние на состояние психических процессов [19, 22]. Таким образом, взаимосвязь между изменениями психического статуса и изменениями иммунореактивности, как фактора, способного предрасполагать к частым инфекционным заболеваниям, становится очевидной. В 1975 г. было впервые отмечено, что восприимчивость человека к респираторным вирусам зависит от его эмоционального состояния [22]. Личностные факторы, по данным разных исследователей, могут оказывать влияние на специфическую картину болезни и течение инфекционного заболевания [23, 24]. Клинические наблюдения указывают на склонность к учащению ангины в подростковом и юношеском возрасте, когда наступают кризы в перегруженной конфликтами сексуальной сфере [22]. Существуют факты, свидетельствующие о том, что остро возникающие ангины могут быть связаны с кризисными

обострениями и потрясениями «генеративной сферы», т.е. связаны с амбивалентными сексуальными желаниями [25, 26].

А.М.Вейном (1991) была предложена трехфазная формула, иллюстрирующая влияние психологического состояния на соматическую сферу: психика–нейрогуморальная система–сома. Вместе с тем нейрогуморальная система выполняет для тела такую же регуляторную роль, как аффективная сфера для психики. Поэтому А.Ю.Березанцев (2001) отмечает, что предложенную схему можно было бы уточнить введением еще одного звена: психика–аффективная сфера–нейрогуморальная система–соматика. Изменения в аффективной сфере реализуются в область соматики через эндокринную систему и вегетативную систему, которым принадлежит основная регуляторно-гомеостатическая роль в организме.

Зачастую соматические нарушения рассматриваются в качестве неспецифических проявлений депрессии. Многие авторы указывают на частое сочетание тревожной и депрессивной симптоматики с соматическими проявлениями [2, 4, 8, 22, 28].

Дети с психогенными субдепрессивными состояниями излишне чутко реагируют на изменения в окружающей среде. У этих детей страдает иммунитет, степень угнетенности которого также зависит от характера депрессивных нарушений [29]. Как отмечают авторы, у детей со значительной продолжительностью субдепрессивных и депрессивных расстройств могут наблюдаться нарушения как со стороны дыхательной системы (кашель, одышка), так и со стороны желудочно-кишечного тракта (боли в животе, рвота, нарушение стула), субфебрилитет, реже – гипертермия. У детей раннего возраста на фоне психогенной депрессии могут отмечаться апатия со слабостью побуждений, отказ от игровой деятельности, утрата аппетита, похудание, склонность к «простудным» и инфекционным заболеваниям [4, 29–31].

Анализ анамнестических сведений больных пограничными расстройствами и психическими заболеваниями позволяет говорить о существенной роли неблагоприятных биологических факторов в возникновении различного рода отклонений в психическом здоровье, в том числе и соматической ослабленности [4, 8]. Так, у 78% больных с истерическим неврозом на протяжении всего препубертатного периода отмечена высокая заболеваемость, и, как правило, они относятся к группе часто болеющих [19].

Таким образом, признано, что защитная система представляет собой мультисистему, состоящую из нервной, эндокринной и собственно иммунной систем. Это дает основание рассматривать ее как единый «треугольник гомеостаза», обеспечивающий неразрывность функционирования данных систем организма [32, 33]. В последнее время иммунную систему определяют как «связующее звено в функциональной психосоматической цепи» [22]. Интуитивные знания опытных врачей о том, что характер реакции на инфекцию или на течение инфекционного заболевания зависит также от эмоциональных факторов, могут теперь опираться на дифференцированные исследования иммунной системы. Многие из того, чего не хватает современной психосоматике в плане понимания инфекционных заболеваний, в патогенетическом плане может получить объяснение именно при изучении реакции иммунной системы на психические нагрузки. Существуют также работы, доказывающие наличие влияния «иммунологического фона» на психический статус [34]. Не случайно у лиц

с признаками иммунологической недостаточности имеется высокий риск развития нервно-психических расстройств.

Группа соматогений включает расстройства, возникающие в результате действия «собственно соматической вредности», реализуемой на патогенетической основе этого соматического заболевания. Данная группа давно известна и при инфекционных заболеваниях. Первые описания психических расстройств при инфекционных заболеваниях появились еще в XIX в. В этих работах основное место отводилось острым психозам. Важное значение в понимании сущности инфекционных психозов сыграла концепция К.Бонгеффера об экзогенном типе реакции. В его работах высказывается мнение о том, что в процессе филогенеза человеческий мозг выработал ограниченный спектр реакций на все возможные внешние воздействия. Клиническая картина этих психопатологических состояний представлена явлениями помрачения сознания, явлениями спутанности или оглушенности, делириозными, галлюцинаторными и конфабulatorно-бредовыми синдромами. Поскольку при любых инфекционных заболеваниях в патологический процесс вовлекается ЦНС, психические расстройства могут возникать при многих общих инфекциях и при инфекциях ЦНС. Клиническая картина психических нарушений инфекционного происхождения крайне разнообразна. Однако, по мнению М.В.Коркиной, В.В.Марилова и соавт. (1999), разделение психических расстройств на симптоматические и органические является весьма относительным. Среди инфекционных психозов описаны как нейроинфекции, так и другие инфекционные заболевания, например, кишечные инфекции, гепатиты, воздушно-капельные инфекции, ВИЧ-инфекция.

Между тем, патогенные микроорганизмы, вызывая инфекционное заболевание, оказывают на организм человека действие, аналогичное стрессовому. Проблема влияния инфекционного заболевания на психозомоциональный статус больного привлекает внимание исследователей не случайно [8]. Известно, что на стрессовую реакцию, в том числе, связанную с инфекционным заболеванием, в первую очередь отвечает эмоциональный аппарат. Поэтому эмоциональная сфера является наиболее чувствительной к воздействию экстремальных и повреждающих факторов [36], активизируя вегетативные функциональные системы и специфическое эндокринное обеспечение, регулирующие поведенческие реакции.

Психические расстройства при острых инфекционных заболеваниях часто возникают у детей, у лиц, перенесших травму головного мозга или склонных к злоупотреблению алкоголем. Острые психотические нарушения обычно возникают на фоне астенического синдрома. Экзогенному психическому расстройству, как правило, предшествуют факторы, ослабляющие организм, снижающие его реактивность. Это особенности конституции, иммунной реактивности, состояния определенных отделов мозга, эндокринно-вегетативные, сердечно-сосудистые расстройства, водно-электролитные нарушения, перенесенные черепно-мозговые травмы, нейроинфекция и другая патология ЦНС [4, 9, 30]. По данным этого же автора, соматогенные депрессии невротического уровня у детей более чем в 20% случаев в первую очередь связаны с инфекциями, прививками и физическими травмами.

В наши дни распространенность соматогений, как при инфекционных заболеваниях, так и при другой соматической патологии, невелика и составляет 10–12% [1, 4].

Примечательно, что соматогенные психические расстройства, как правило, определяются симптомами, вызванными не только соматическим заболеванием, но и эндогенными, субъективными факторами, и в клинической картине отражается реакция личности на патологический процесс. Некоторыми авторами отмечено, что психологические факторы играют незначительную роль в этиопатогенезе таких соматических заболеваний, как инфекции, интоксикации, но также подчеркивается значимость психологического дискомфорта, психической травматизации в результате болезни и связанным с этим разнообразием вариантов психологической личностной реакции на недуг.

Нозогении (нозогенные реакции) возникают в связи с соматическим или инфекционным заболеванием [1], которое выступает как психотравмирующее событие и относится к категории реактивных состояний. Необходимо отметить, что в последние десятилетия наряду с инфекционными заболеваниями существенный патоморфоз претерпели и психические нарушения. Психотические формы по распространенности уступают место состояниям с ограниченными нарушениями психики [2]. По сути своей нозогенные реакции – это расстройства адаптации, возникновение которых связано с соматическим или инфекционным заболеванием. Необходимость пребывания в стационаре, соблюдения постельного режима, изменение в связи с болезнью привычного образа жизни играют роль психогенных воздействий, в значительной мере обуславливающих развитие психопатологических расстройств [29]. Рост инфекционной патологии с затяжным и хроническим течением, способствует снижению качества жизни не только больного, но и его окружения, в результате чего медицинские проблемы трансформируются в социальные и психологические [37–39]. Например, у ВИЧ-инфицированных лиц, выявлено наличие высокого уровня стресса, существование взаимозависимости между характером течения инфекционного процесса, уровнем вирусной нагрузки и появлением клинических признаков нарушения психической адаптации [40–42]. Авторы прослеживали у ВИЧ-инфицированных признаки, характеризующие дезадаптивное поведение.

Характер течения психопатологического процесса отражается на личности больного, его эмоциональных переживаниях. Влияние личностных и психотравмирующих факторов, принимающих участие в формировании соматогенных расстройств, может неблагоприятно сказаться на течении основного заболевания, что, в свою очередь, усиливает тяжесть психогенных реакций (так называемая «циркуляторная зависимость»). По клиническим проявлениям психогенные состояния у больного крайне разнообразны. Часто они выражаются расстройствами настроения, общей угнетенностью, заторможенностью. Данные литературы свидетельствуют о психических расстройствах при хронических вирусных гепатитах, в частности наличии у таких больных соматогенной депрессии [37, 41, 43, 44]. Общим в клинической картине у таких больных является наличие психической астенизации [3, 43]. Астения – психопатологическое состояние (в переводе с греческого – бессилие, слабость), характеризующееся наличием слабости, психической утомляемости, эмоциональной лабильности, гиперестезии, нарушениями сна. По происхождению астения может быть органическая, в том числе инфекционная и функциональная, реактивная, в т.ч. постинфекци-

онная [3, 4, 28, 45]. Нередко, являясь стержневым, астенический синдром сопровождается выраженными вегетативными реакциями, сенестопатически-ипохондрическими навязчивыми явлениями, нарушениями сенсорного синтеза. Как отмечает Ю.Ф. Антропов (2003), больные при соматогенных психических расстройствах легко и часто астенизируются, быстро устают, ограничивают себя в движениях.

При острых вирусных гепатитах наблюдаются психические расстройства в виде астении, нарушений сна, внутреннего беспокойства с гиперестезией и эмоциональной лабильностью, состояний с раздражительностью, злобностью, дисфоричностью [46]. Астения является наиболее постоянным, а частую и единственным, клиническим проявлением хронического гепатита С и приводит к развитию более тяжелых депрессивных и психоорганических расстройств [41, 47, 48]. Кишечные инфекции в начале характеризуются глубокой астенизацией, слабостью, вялостью, раздражительностью, а затем подавленностью и тревогой. В одном случае астеническая симптоматика полностью определяет клиническую картину, в другом – на фоне психической астении возникают дополнительные психические расстройства в виде маниакальных или параноидных включений, изредка – признаки нарушения сознания (брюшной тиф, грипп, тяжелая скарлатина, корь, паротит). Астенические расстройства при туберкулезе проявляются резкой раздражительной слабостью, слезливостью, беспомощностью [22, 46]. Течение бруцеллеза характеризуется стойкой астенией с гиперестезией и аффективной лабильностью, снижением адаптивных возможностей организма. Возможны при бруцеллезе острые и протрагированные психозы. Нередко развиваются психопатоподобные нарушения личности или выраженный психоорганический синдром [38, 46].

Нужно отметить, что развитие психических расстройств не всегда коррелирует с тяжестью течения инфекционного заболевания. Несмотря на доброкачественный и нетяжелый характер течения некоторых инфекционных заболеваний, нередко развивается постинфекционный синдром. Так, по данным многих авторов, у 65% лиц, перенесших ОРВИ и грипп, в течение одного месяца от начала болезни развивается синдром послевиральной астении. Последний сопровождается эмоциональными нарушениями, психическими расстройствами и постоянной усталостью, ухудшающими качество жизни и отрицательно влияющими на трудоспособность [50]. После перенесенной геморрагической лихорадки с почечным синдромом астеновегетативные нарушения отмечаются у всех больных, часто и длительно сохраняются неврологические проявления [51]. Общеизвестно значение фактора соматической ослабленности у часто болеющих детей, перенесших «цепочку инфекций», способствующих возникновению пограничных расстройств преимущественно с астеническим компонентом [17, 28].

Исследуя психоэмоциональное состояние больных серозным менингитом паротитной и Эпштейна-Барр-вирусной этиологии, Н.Ю. Тарасова (2002), отмечает наличие у 85–90% больных в конце острого периода сложного астенического симптомокомплекса, включающего умеренно выраженные депрессивные, тревожные и ипохондрические нарушения [52]. Автор подчеркивает следующие особенности выявляемых расстройств: полиморфизм и тесная взаимосвязь с соматическим состоянием больных, тенденция к соматизации

астении, влияние тревожных и депрессивных переживаний на степень выраженности болезненных ощущений.

Как правило, соматогенные психические расстройства проявляются в виде либо изолированного астенического симптомокомплекса, либо в сочетании с другими аффективными расстройствами – депрессивными, апатическими, эйфорическими включениями, тревогой, навязчивыми страхами, ипохондрическими проявлениями.

По данным авторов, аффективные расстройства при соматических, в том числе инфекционных, заболеваниях возникают довольно часто [28, 29]. Однако, как отмечает В.Я.Гиндикин (1997), распознавание их нередко затруднено в силу полиморфизма, замаскированности этих расстройств другими симптомами заболевания. Для клиницистов особенно важны обуславливающие аффективную патологию поведенческие реакции. В некоторых случаях клиника психосоматических расстройств имеет некоторые особенности.

При эндемических и других энцефалитах возможны тревожно-депрессивные состояния, протекающие циклически. Эйфорические состояния могут возникать при туберкулезе легких, при хронической пневмонии, в период реконвалесценции после тяжелых заболеваний (например, тифов), при гриппе [4, 8, 22, 46]. При сосудистых заболеваниях часто возникает депрессия. Известна постгерпетическая астенция [8, 53]. В целом у инфекционных больных преобладающими являются симптомы страха и тревоги, то есть, тревожно-фобический спектр расстройств.

Некоторые особенности психических нарушений, которые в свою очередь имеются при ряде инфекций, могут являться диагностическими. При скарлатине даже с легкой степенью тяжести уже на второй день характерно развитие астенического симптомокомплекса, при тяжелых и среднетяжелых формах характерно сочетание астенического синдрома с оглушенностью. Развитие психозов в виде делирия и онейроида происходит при тяжелых формах болезни. Астенические расстройства после скарлатины у детей являются почвой для формирования невротических реакций в детском возрасте [28]. При кишечных инфекциях психические нарушения включают в себя астенические расстройства с плаксивостью, тоской, тревогой. Брюшной тиф сопровождается астенией, адинамией, бессонницей, устрашающими галлюцинациями, нередко тревогой и страхом. В остром периоде рожистого воспаления характерен астенический синдром, астенодепрессивные и астеноипохондрические проявления, гипоманиакальный синдром [49]. При гриппе психозы в остром периоде характеризуются нарушениями сознания со зрительными галлюцинациями. При постгриппозном психозе развиваются аффективные расстройства, страхи, у детей появляются головные боли, анорексия, глубокая астения с расстройствами сна, психосенсорными нарушениями, угнетенностью. При этом астения может сопровождаться выраженными вегетативными расстройствами. На более отдаленных этапах болезни и в реабилитационном периоде в клинической картине гриппа преобладают интеллектуальные нарушения: снижается внимание, способность к сосредоточению [46]. При кори, паротите в остром периоде может развиваться делирий, в том числе, и у взрослых. Ведущим в клинической картине при ревматизме является астенический синдром. Психические нарушения при малярии встречаются нечасто,

при тяжелых формах возможно развитие делириозного состояния, которому предшествуют астенические проявления.

Поражение желудочно-кишечного тракта при протозоозах также сопровождается психосоматическими нарушениями, как в детско-подростковом возрасте, так и у взрослых. К примеру, при лямблиозе описана невротическая симптоматика. Еще Д.Ф.Лямбль отметил способность *L. intestinalis* угнетающе действовать на нервную систему. Причем многообразие симптомов свидетельствует о поражении не только центральной, но и вегетативной нервной системы [54]. Результаты исследования личностного реагирования на болезнь при хронической форме описторхоза отражают черты дезадаптивного комплекса эмоционально-аффективных расстройств [55].

Представляют интерес психосоматические аспекты нарушения микроэкологии человека и роли пробиотических продуктов в регулировании соматической составляющей психосоматического состояния и поведенческих реакций больного [56–58].

Таким образом, анализ литературы, посвященной роли психосоматических и соматопсихических соотношений при инфекционной патологии, свидетельствует о неразрывности данных процессов (как и при прочей соматической патологии). Необходимо отметить, что в условиях увеличения среди населения численности иммунокомпрометированных лиц, роста распространенности затяжных форм болезни и «медленных инфекций» в настоящий момент все более актуальным становится проведение исследования в данном направлении в целях повышения эффективности профилактических и лечебных мероприятий.

Литература

1. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. и др. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений). Журнал невропатологии и психиатрии 1997; 2: 4–9.
2. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Козырев В.Н. и др. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи). Журнал невропатологии и психиатрии 1999; 6: 4–16.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства при соматических заболеваниях. Психиатрия и психофармакотерапия 2004; 4(1): 4–7.
4. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. СПб.: Специальная литература, 1996; 454.
5. Воронков Б.В. Инициальные нервно-психические расстройства при гепатитах у детей и влияние микросоциально-психологических факторов на их возникновение. Журнал невропатологии и психиатрии 1984; 10: 1523–6.
6. Забродский П.Ф., Тимофеев Д.А. Взаимосвязь типов акцентуации характера и показателей системы гуморального иммунитета. Бюлл. экспериментальной биологии и медицины 1997; 124(7): 70–2.
7. Навроцкий А.Н. Хронический стресс – неспецифическая основа развития профессиональной патологии у медицинских работников. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 46.
8. Гиндикин В.Я. Клиника и лечение соматогенных аффективных расстройств. Журнал невропатологии и психиатрии 1997; 11: 47–51.
9. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. М.: Информационные технологии, 2001; 191.
10. Судаков К.В. Системные механизмы эмоционального стресса. М.: Наука, 1981; 296.
11. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М.: Медицина, 1960; 254.

12. Неудахин Е.В. Значение хронической стрессовой реакции в общей соматической патологии у детей. В кн.: Патология новорожденных и детей раннего возраста. М., 2002; 1, 228–42.
13. Рашидов Н.Р. Психодиагностика, особенности терапевтического взаимодействия и некоторые сведения о лошадях. Научно-практический журнал 2004; 2(10): 178–84.
14. Кашуба Э.А., Дроздова Т.Г., Рычкова О.А. и др. Общий адаптационный синдром – универсальный гомеостатический механизм при острых инфекционных заболеваниях. Сб. матер. 2-го конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей». М., 2003; 79.
15. Котлярова С.И., Грицай И.В. Нейроэндокринная адаптация и иммунологическая защита при дизентерии, сальмонеллезе и их ассоциированной форме у детей. Детские инфекции 2004; 4: 14–7.
16. Киклевич В.Т., Ильина С.В., Савилов Е.Д. Адаптационные состояния при инфекционных заболеваниях у детей. Сб. матер. 2-го конгресса педиатров-инфекционистов России «Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей», М., 2003; 82.
17. Касаткин В.Н., Михеева А.А., Смирнова Е.О., Чичельницкая С.М. Оценка тревожности в группах часто болеющих детей и у пациентов с бронхиальной астмой. Школа здоровья 1998; 5(1): 49–56.
18. Джубатова Р.С., Умарова З.С., Валиева Ф.Т. и др. Психологический статус часто болеющих детей по оценкам родителей. В сб. тез. X Конгресса педиатров. М., 2006; 177–8.
19. Пикуза О.И., Менделевич В.Д., Генералова Е.В. Иммунологические нарушения у детей с пограничными нарушениями психического здоровья. Российский педиатрический журнал 2005; 5: 28–9.
20. Bartlett J.A., Demetrikopoulos M.K., Schleifer S.J., Keller S.E. Phagocytosis and killing of *Staphylococcus aureus*: effects of stress and depression in children. Clin Diagn Lab Immunol 1997; 4(3): 362–6.
21. Першин Б.Б., Кочугова Т.В. Стресс и иммунитет. М.: Медицина, 1996; 15–8.
22. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005; 992.
23. Kugler J. Psychoter Psychosom Med Psychol 1991; 41(6): 232.
24. O'Leary A. Stress, emotion, and human immune function. Psychol Bull 1990; 108(3): 363–82.
25. Von Weizsacker V. Psychosomatisch Medizin. Verb Dtsch Ges Inn Med 1949; 55: 13.
26. Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб., 1996; 37.
27. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы. Психосоматические отношения. М.: Медицина. 1991; 374–84.
28. Антропов Ю.Ф. Терапия психосоматических расстройств у детей. М.: Триада-фарм, 2003; 238.
29. Ковалев В.В. Некоторые принципиальные вопросы взаимодействия биологического и социального при психических заболеваниях. В сб. матер. симпозиума «Вопросы методологии в психиатрии». М.: Медицина, 1984; 111–8.
30. Антропов Ю.Ф., Бельмер С.В. Клинико-патогенетические закономерности соматизации психических расстройств в детском возрасте. Педиатрия 2004; 57–61.
31. Качурина Д.Р., Саулебекова Л.О., Алмагамбетова А.Н. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2006; 2: 41–3.
32. Филаретов А.А. Функциональное значение мозгового построения гипоталамо-гипофизарно-нейроэндокринных систем. Усп. физиологических наук 1996; 27(3): 3–11.
33. Jacobs D.V. Immunomodulatory effects of endotoxin. NY, London, 1983; 6: 307–25.
34. Захаров А.И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб.: Специальная литература, 2000; 47.
35. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психических циклов в генезе психосоматических заболеваний. Журн. невропатологии и психиатрии 1998; 11: 30–2.
36. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М.: Медицина, 1980; 197.
37. Лисукова Т.Е. Деонтологические проблемы при ведении больных хроническим вирусным гепатитом. Эпидемиология и инфекционные болезни 2003; 1: 57.
38. Смагина А.Н., Ляпина Е.П., Шульдяков А.А. и др. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней». Н.Новгород, 2006; 66.
39. Романцов М.Г., Коваленко С.Н., Сологуб Т.В. и др. Терапия хронического гепатита В и ее влияние на качество жизни больных. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней». Н.Новгород, 2006; 179.
40. Беляева ВВ. Нарушения психической адаптации человека ВИЧ-инфекции. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук, М., 1999; 48.
41. Бешимов А.Т., Фазылов В.Х., Яхин К.К. Пограничные расстройства у ВИЧ-инфицированных и коинфицированных-HIV/HCV-пациентов. Практическая медицина 2006; 4(18): 31–2.
42. Коваленко С.Н. Психические расстройства у ВИЧ-позитивных пациентов. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 156.
43. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. М.: Мединформагентство. 2001; 256.
44. Dwight M.M., Kowdle K. V., Russo Y.E., et al. Depression, fatigue and functional disability in patients with chronic hepatitis C. J Psychosom Res 2000; 49: 311–7.
45. Морозов П.В. Новое в лечении астении. Журнал психиатрии и психотерапии 2005; 3: 154–6.
46. Снежневский А.В. Справочник по психиатрии. М.: Медицина. 1985; 144–95.
47. Петухова С.А., Шкляр Г.М., Невзоров А.В. и др. Лечение астении у больных хроническим вирусным гепатитом С. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 174.
48. Романов А.О., Беляева Т.В., Эсауленко Е.В. Клинико-иммунологические аспекты синдрома слабости у больных хроническим вирусным гепатитом С. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 179.
49. Дворкина Н.Я. Инфекционные психозы. М.: Медицина 1975; 184.
50. Карпукhin Г.И. Грипп. СПб., 1996; 345.
51. Ахиева Л.Ю. Анализ периода реконвалесценции после перенесенной ГЛПС. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 140.
52. Тарасова Н.Ю. Сравнительная характеристика психоэмоциональных нарушений при некоторых вирусных заболеваниях. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук, М., 2002; 24.
53. Арсененко Л.Д. Программы психоиммунореабилитации при рецидивирующем генитальном герпесе с невротическими расстройствами. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 139.
54. Авдюхина Т.И., Константинова Т.Н., Кучеря Т.В. и др. Учебное пособие. М., РМАПО, 2003; 31.
55. Никулина М.А., Шевченко В.В., Гранитов В.М. и др. Типы отношения к заболеванию при хроническом описторхозе. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 46.
56. Толоконская Н. П. Биологическое явление диссимбиоза – основа общей патологии человека. Сб. тез. VII Российского съезда инфекционистов «Новые технологии в диагностике и лечении инфекционных болезней», Н.Новгород, 2006; 265.
57. Шендеров Б.А. Медицинская микробная экология и функциональное питание. М.: Грантъ, 1998; 1/2: 288/416.
58. Гриневич В.Б., Сас Е.И., Захарченко М.М. и др. Современные эффекты коррекции микробиоценоза человека. Вестник Российской военно-медицинской академии 2004; 2: 12: 12–5.