

химическим методом в лимфоцитах оценивали активность 5'-нуклеотидазы (5'-НТ) – фермента пострецепторной сигнальной трансдукции как в иммунocyтах, так и в нервных клетках.

Результаты и выводы. Пиротерапия (курсовая доза пирогенала 250—300 мкг, в/м по 25—100 мкг в течение 10 дней с интервалом 2—3 дня) в данной группе больных была очень результативной, она привела к полной редукции ПВН и значительному улучшению психофизического состояния больных. До лечения пироге-налом связывание меченного пероксидазой норадреналина (НА-ПХ) лимфоцитами больных ($0,122 \pm 0,021$ усл. ед.) было достоверно снижено по сравнению со здоровыми ($0,200 \pm 0,019$); $p < 0,05$ (рис.). После пиротерапии оно нормализовалось ($0,216 \pm 0,021$). Рецепция дофамина (ДА) лимфоцитами, оцениваемая по связыванию ДА-ПХ, до лечения составляла $0,221 \pm 0,074$, после пиротерапии достоверно увеличилась до $0,987 \pm 0,253$ (у здоровых людей – $0,727 \pm 0,220$). Связывание налоксона, меченого ПХ (Нал-ПХ) лимфоцитами больных ($0,204 \pm 0,04$) и здоровых ($0,267 \pm 0,034$), практически не различалось и пиротерапия на него значительного влияния не оказывала. Увеличение связывания катехоламинов лимфоцитами может отражать сходное увеличение числа катехоламиновых рецепторов в нейронах головного мозга.

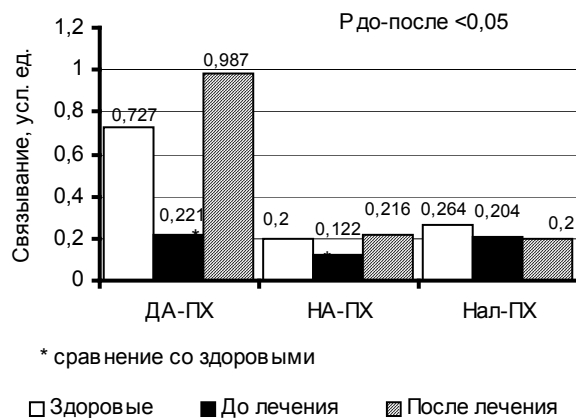


Рис. Связывание лигандов рецепторов, меченных ПХ с лимфоцитами

При пиротерапии больных героиновой наркоманией значительных изменений активности 5'-НТ лимфоцитов как спонтанной, так и стимулированной агонистами (КА, морфин) или антагонистами (галоперидол, налоксон) катехоламиновых и опиатных рецепторов выявлено не было. Следует отметить, что у больных отсутствовало угнетение активности 5'-НТ при добавлении галоперидола и налоксона перед воздействием агонистов рецепторов, характерное для здоровых, что указывает на изменение у них реактивности соответствующих рецепторов. Усиление под действием пирогенала ре-

цепции катехоламинов можно объяснить снижением резистентности больных к психотропным препаратам.

До пиротерапии у больных были снижены относительное и абсолютное число лимфоцитов, Т-хелперов (747 ± 76 клеток/мкл крови, $p < 0,001$), Т-супрессоров (615 ± 80 клеток/мкл крови, $p < 0,05$), стимулированная митогенами активация лимфоцитов ($p < 0,05$), фагоцитарная активность нейтрофилов также была снижена (активных фагоцитов 57,7 %, фагоцитарное число 3,6). После проведенного лечения улучшились показатели клеточного звена иммунитета – увеличилось число Т-лимфоцитов, естественных киллеров, выросла спонтанная ($p < 0,1$) и индуцированная митогенами активность лимфоцитов, фагоцитарная активность нейтрофилов (активных фагоцитов 70 %).

Л и т е р а т у р а

1. Альтшулер В. Б., Бондаренко С. Н., Макарова Н. Е. // Наркология. – 2002. – № 6. – С. 20—23.
2. Гамалея Н. Б., Ульянова Л. И., Хотовицкий А. В. // Вопросы наркологии. – 2001. – № 4. – С. 50—59.
3. Новиков Е. М. // Вопросы наркологии. – 1996. – № 3. – С. 38—42.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА – ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Гарганеева Н.П., Карташова И. Г.

Томск, Сибирский государственный медицинский университет, ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН

Анализ отечественной и зарубежной литературы по изучению психосоматических заболеваний свидетельствует о том, что в клинической медицине накоплен большой объем научно-практического материала о сочетанной соматической и психической патологии, представляющий собой многогранную, неоднозначную проблему в методологическом и прикладном аспектах [10]. Язвенная болезнь (ЯБ), как наиболее яркая модель психосоматических соотношений, исторически относящаяся к группе классической «Holy seven», и в настоящее время остается предметом дискуссии по вопросам этиологии, патогенеза, клиники и лечения [8, 11]. Высокая распространенность ЯБ ДПК, частота осложнений, а также тенденция к росту психических расстройств пограничного уровня у соматических пациентов в условиях стрессогенных влияний современной жизни обуславливают социально-экономическую значимость данной проблемы с целью изучения социально-психологических предпосылок и детерминант в формировании ЯБ. Центральным вопросом изучения психосоматических соотношений яв-

ляется определение доли участия психологических факторов в происхождении соматического заболевания. Несмотря на ведущую роль в этиологии ЯБ хеликобактерной инфекции, психосоматические аспекты не утратили актуальности и активно обсуждаются [1, 2, 4, 5, 8]. С этих позиций ЯБ рассматривается как системное гастроэнтерологическое заболевание, в развитии которого принимают участие наследственно-конституциональные факторы, психосоматические, психосоциальные и иммунологические механизмы [9]. Признание многообразия причин ЯБ и сложность ее патогенеза, где изменение в любом звене взаимосвязанных факторов «агрессии» и «защиты» может нарушать их равновесие, происходящих на различных уровнях (биологическом, личностном, социальном), позволяет отнести ЯБ в ряд психосоматических заболеваний [9, 12].

Актуальность исследования определяется высокой распространенностью язвенной болезни преимущественно у лиц молодого возраста, наиболее трудоспособного и активного возраста [4]. Риск осложнений ЯБ, ранней инвалидизации и потери трудоспособности существенно возрастает у больных ЯБ с коморбидными психопатологическими нарушениями [7]. Для возникновения язвенной болезни и предъязвенного состояния, несомненно, необходимо взаимодействие нескольких этиологических факторов. Изучение совокупности факторов различной природы, способствующих развитию заболеваний внутренних органов, относится к перспективным направлениям в развитии медицинских наук. В определении особенностей коморбидной (соболезненной) патологии и ее клинических проявлений можно выделить главные составляющие конституционально-биологического, соматогенного и нейropsychогенного характера, центральным звеном взаимодействия которых являются содержание психической травмы и преморбидные особенности личности [6]. Более 50 % пациентов с язвенной болезнью реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики. Терапевтическая тактика пациентов с ЯБ также нуждается в пересмотре и требует, наряду с препаратами соматической группы, включения в лечебный процесс психотропных средств и психотерапевтических методов коррекции [2, 4, 8].

Целью исследования является изучение психопатологических расстройств невротического и аффективного уровней у больных с язвенной болезнью ДПК для разработки адекватных методов комплексной терапии и профилактики.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе клиник института психического здоровья. Выборку составили больные с язвенной болезнью и психопатологическими рас-

стройствами пограничного уровня. Проведено комплексное обследование 73 пациентов (36 женщин, 37 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст $43,5 \pm 4,7$ года), ранее наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу ЯБ ДПК и желудка. Верификация диагностических рубрик психических расстройств (ПР) квалифицировалась соответственно МКБ-10 на четыре основные группы: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; аффективные расстройства депрессивного характера; специфические расстройства личности; органические расстройства. Использовались методы исследования: клинический, клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (методика MMPI). Верификация диагноза ЯБ основывалась на данных эндоскопического обследования и биопсии слизистой оболочки гастродуоденальной области. На момент госпитализации в отделение пограничных состояний в клинической картине наблюдаемых пациентов преобладала психопатологическая симптоматика, послужившая причиной обращения больных к психиатру.

Анализируя причины поступления пациентов в стационар, в большинстве случаев отмечено обострение симптоматики ЯБ на фоне выраженной психопатологии. В ходе исследования отмечена зависимость клинических проявлений ЯБ от выраженности и воздействия психотравмирующих факторов (жизненные события) производственного, медицинского, семейно-бытового плана. Значимыми психогенными факторами для всех групп оказались высокие психоэмоциональные нагрузки на рабочем месте (31 %), семейные конфликты (25 %), неудовлетворенность материальным положением (22 %), потеря близкого человека (22 %). Клинико-психопатологические особенности течения заболевания у пациентов с ЯБ определялись текущим психическим состоянием и характером функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта.

Так, в 31,5 % случаев (23 пациент) установлена сопряженность ЯБ с аффективными расстройствами (депрессивный эпизод различной степени тяжести). В структуре аффективной симптоматики у пациентов с ЯБ преобладали соматические проявления депрессии, представленные стойким снижением аппетита, чувством неприятного привкуса во рту, снижением массы тела, абдоминалгиями, склонностью к запорам).

У 39,7 % пациентов (29 больных) с ЯБ ДПК психические расстройства диагностировались как невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: тревожно-фобические расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройства адаптации в виде депрессивных реакций,

ипохондрическое расстройство, соматоформная вегетативная дисфункция. В качестве наиболее характерного признака для больных, в психическом состоянии которых преобладали расстройства невротического спектра, выявлялась вегетативная лабильность. Особенность клинических симптомов ЯБ у этих пациентов была обусловлена полиморфизмом психопатологических расстройств и проявлялась изменчивостью локализации болевого синдрома (атипичность болевого синдрома), диспептическими нарушениями с преобладанием диареи. В структуре ипохондрического расстройства при ЯБ наблюдалась сенестопатическая, канцерофобическая, кардиофобическая симптоматика, затрудняющая ее первичную диагностику. Пациенты были фиксированы на болевых ощущениях, которые сопровождались разнообразными фобическими переживаниями с акцентом на канцерофобии.

Личностные расстройства составили 17,8 % случаев (13 пациентов) и диагностировались преимущественно у пациентов молодого возраста. Структура личности у мужчин характеризовалась психастеническими и эпилептоидными чертами, у женщин – истерическими проявлениями. Органическое астеническое расстройство встречалось в 11 % случаев в более старшей возрастной группе больных.

Проведенное исследование позволило выявить клинические особенности ЯБ у пациентов с невротическими и аффективными расстройствами. Длительное время заболевание может протекать без ярко выраженных признаков болевого или диспептического синдромов и даже бессимптомно. У некоторых пациентов первые клинические признаки в виде алгических, диспептических симптомов появляются в периоды декомпенсации психопатологических расстройств на фоне актуальных психосоциальных стрессорных факторов (психотравмирующих событий), послуживших причиной обращения больных за консультативной помощью к психиатру. Преобладание в клинической картине психопатологических расстройств депрессивного, тревожного спектра, по сути, маскирует классические соматические симптомы ЯБ. Кроме того, на ведущие психопатологические синдромы наслаиваются такие соматовегетативные проявления, как абдоминалгии неопределенной локализации, не связанные с приемом пищи, явления дисфагии, ощущения кома в горле, кардиалгии, сердцебиение, респираторные нарушения, кожные парестезии, ощущение онемения конечностей. Клинические признаки ЯБ в виде невыраженных алгических, диспептических симптомов проявлялись в период декомпенсации психопатологии и зачастую оставались не замеченными как пациентом, так и неправильно интерпретировались врачом-

терапевтом на предшествующих этапах наблюдения.

Течение ЯБ в этом случае отличалось атипичностью алгического синдрома, его мозаичностью, что обуславливалось не столько нозологической категорией психопатологии, сколько своеобразием и полиморфизмом проявлений психопатологического синдрома, сопровождающегося сенестопатическими включениями у больных с ипохондрическими расстройствами и яркими вегетативными дисфункциями и конверсионными проявлениями у пациентов с истерическими расстройствами (эти проявления можно рассматривать как потенциальные эквиваленты ЯБ у пациентов с расстройствами невротического и аффективного уровней).

О бессимптомности или малосимптомности предшествующего рецидивирующего течения ЯБ свидетельствовал и другие исследования. Н. П. Гарганеевой (2002) установлено, что в 52,2 % случаев у пациентов с психопатологическими расстройствами при проведении эндоскопического исследования ЯБ выявлялась на стадии рубцовых изменений или деформации луковицы ДПК. У 24,9 % от общего числа обследованных (245) с ЯБ ДПК и желудка и психопатологическими расстройствами, находившихся на лечении в отделении пограничных состояний, ЯБ, по данным ЭФГДС, была диагностирована впервые. Трудности выявления ЯБ определялись личностными чертами пациентов, их фиксацией на психотравмирующих ситуациях. Позднее первичное выявление ЯБ на фоне невротических и аффективных расстройств особенно характерно у женщин, что, кроме уже указанного, объясняется классическим представлением о ЯБ как о заболевании, чаще встречающемся у мужчин.

Сложность диагностики ЯБ заключалась и в том, что феномен абдоминальной боли, характерный для классического течения ЯБ, был далеко не единственным и не доминирующим в полиморфизме симптоматики. Боли или ее эквиваленты неопределенной локализации и характера, отсутствие связи с приемом пищи, чувство дискомфорта, отражающие локальное поражение гастродуоденальной области, диспептические симптомы находились на втором плане либо вообще не вызывали тревоги у пациентов. Выявлена зависимость периодов обострения ЯБ с воздействием психотравмирующих индивидуально значимых психогений, а также с предрасположенностью к затяжному течению язвенной болезни у пациентов с ипохондрической фиксацией и расстройством личности.

«Перевес» факторов психического и психологического воздействия над соматическими приводит к тому, что у пациентов с пограничными психическими расстройствами невротическими

ческого или аффективного уровня ЯБ длительное время не диагностируется и выявляется с использованием современных эндоскопических методик на стадии уже сформировавшейся рубцовой деформации луковицы ДПК.

Широкое использование совершенных эндоскопических технологий позволяет достаточно точно диагностировать патологический процесс слизистой оболочки гастродуоденальной зоны, в то время как стратегические вопросы котерапии коморбидных нарушений остаются открытыми. Не менее важным вопросом является медикаментозная терапия больных ЯБ, имеющих очерченные психопатологические расстройства, когда возникает необходимость одновременного назначения препаратов соматотропного действия и различных видов психотропной терапии. Присоединение классической схемы терапии ЯБ обеспечивает достижение положительного эффекта как в лечении расстройств психической сферы, так и в лечении язвенной болезни в более короткие сроки. В гастроэнтерологической практике использование психотропных средств ограничено.

Учитывая значимость психогенных факторов в формировании ЯБ, лечение расстройств адаптации и других нарушений невротического уровня, аффективных расстройств адекватными дозами психотропных препаратов, соответствующих психическому состоянию больных, на фоне профилактической противоязвенной терапии базисными препаратами (блокаторы протонной помпы, блокаторы H₂-рецепторов) и антихеликобактерными препаратами в сочетании с небольшими дозами нейролептиков (сульпирид 100 мг/сут) позволяет предотвратить прогрессирование или обострение ЯБ. Вопросы об объеме и продолжительности комбинированной лекарственной терапии остаются дискуссионными, поскольку участие психотропных препаратов в саногенезе ЯБ не исчерпывается их психотропным действием. Всем пациентам проводилась индивидуальная и групповая психотерапия. Клинический опыт показывает, что в общемедицинской практике наиболее широко используются следующие антидепрессанты (тимоаналептики): селективный стимулятор обратного захвата серотонина тианептин (коаксил 37,5 мг/сут), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – сертралин (стимулотон 50–100 мг/сут), флуоксетин 20–40 мг/сут, а также трициклический антидепрессант пипофезин (азафен 75–125 мг/сут). Лечение ЯБ требует комплексного котерапевтического подхода, применение психотерапевтических методов коррекции. Поиски путей преодоления дифференциально-диагностических трудностей выявления соматической патологии у пациентов с невротическими и аффективными расстройствами, в одинаковой мере – распознавание

психопатологических нарушений у больных с язвенной болезнью в первичном звене составляют основные направления междисциплинарных исследований по созданию клинко-диагностических алгоритмов и выбору адекватной стратегии лечения психосоматических больных.

В связи с этим исследование роли и значимости влияния психосоциальных стрессорных факторов на развитие и течение ЯБ, выявления и систематизации психопатологической симптоматики у этих пациентов, разработки организационных форм оказания медицинской помощи больным с коморбидной патологией, эффективного использования реабилитационных мероприятий является своевременным и равноценным и в области психиатрии, и в общей медицинской практике. Современная психосоматическая медицина, а именно ее интегративная позиция, способствует сближению профессиональных интересов специалистов различного профиля (интерниста, психиатра, психотерапевта, психолога, социолога).

Решение вопросов психосоматического единства предполагает его многоаспектную перспективу, проецируясь как в собственно научную сферу, так и в сферу практического здравоохранения и специального образования (подготовка интернистов, участковых врачей, врачей общей практики по вопросам психосоматической ориентации) [3].

Л и т е р а т у р а

1. Вегетативные и психосоматические расстройства / Э. И. Белобородова, Л. А. Ласточкина, Е. Ю. Плотникова, Е. Л. Наумова. – Кемерово, 2004. – С. 105–140.
2. Гараганеева Н. П., Дорохова Т. А. Язвенная болезнь и эрозивные поражения гастродуоденальной зоны в клинике пограничных состояний: вопросы котерапии // Сибирский журн. гастроэнтерологии и гепатологии. – 1999. – № 8, 9. – С. 61–66.
3. Гараганеева Н. П., Тетенов Ф. Ф. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике // Клин. медицина. – 2001. – № 8. – С. 60–63.
4. Избранные лекции по гастроэнтерологии / под ред. В. Т. Ивашкина, А. А. Шептулина. – М.: Медпресс, 2001. – С. 54–82.
5. Миронычев Г. Н., Логинов А. Ф., Калинин А. В. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. – 1996. – № 3. – С. 35–40.
6. Семке В. Я., Белокрылова М. Ф., Гараганеева Н. П. Психогении в структуре психосоматических расстройств // Психогении современного общества. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 408 с.
7. Смуглевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. – М.: Мед. информ. агентство, 2003. – 432 с.
8. Тополянский В. Д. Дуоденальная язва: психосоматическая природа и психофармакотерапия // Независимый психиатр. журн. – 1998. – Вып. IV. – С. 44–48.
9. Циммерман Я. С., Белоусов Ф. В. Психосоматическая медицина и проблемы язвенной болезни // Клин. медицина. – 1999. – № 8. – С. 9–15.
10. Fava G. A., Sonino N. Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives // Psychother. Psychosom. – 2000. – V. 69. – № 4. – P. 184–197.

11. Leonhardt T. Psychosomatic disease or infection? Peptic ulcer in the light of history of ideas and of the philosophy science // *Sven. Med. Tidskr.* – 1999. – V. 3. – № 1. – P. 133–161.
12. Lewin J., Lewis S. Organic and psychosocial risk factors for duodenal ulcer // *J. Psychosomatic. Research.* – 1995. – V. 39. – P. 531–548.

ГУМАНИТАРНЫЙ КОНТЕКСТ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХИАТРИИ

Гильбурд О. А.

Сургут, Государственный университет

Современная психиатрия наряду с диагностическими, лечебно-профилактическими и реабилитационными задачами пытается по-своему решать и глобальные вопросы теоретической антропологии, в первую очередь центральную проблему души и духовной жизни человека. Ещё в конце XIX века основатель философской герменевтики и т. н. «понимающей» психологии Вильгельм Дильтей [2] сформулировал идею существования двух психологических наук. Одну психологию он назвал «объяснительной», так как она по своей методологии сближается с естественными науками и стремится к выведению общих законов душевной жизни, которые сводятся к законам физиологической деятельности мозга и представляют сознание в виде весьма абстрактного сознания некоего «лабораторного человека». Другая психология названа им «описательной» и должна заниматься пониманием (описанием) душевной жизни индивида в её целостности, уникальности и смысловом отношении к ценностям культуры, которые, по Дильтею, «объективируются» в психике отдельного человека. Основным методом постижения в описательной психологии (позднее переименованной в «понимающую») выступает переживание, и поэтому она сближается с «науками о духе», т. е. гуманитарными науками. Таким образом, В. Дильтей чётко обозначил различие между естественно-научным и гуманитарным подходом при исследовании душевной деятельности человека. Очевидно, что гуманитарный подход предусматривает применение герменевтического метода познания. Благодаря этому психический мир человека оказывается доступным для постижения с помощью истолкования, аналогии, индукции, дедукции и высшего (целостного) понимания. Сделать скрытое, бессознательное доступным для понимания В. Дильтей также считал важной задачей наук о духе. Это сближает герменевтику с психоанализом, который в наши дни рассматривается как частный случай множественных интерпретаций археологии сознания [3]. Разнообразные направления психоанализа при

таком подходе становятся лишь кругами интерпретаций [9].

Герменевтика [hermeneo (греч.) – толкую] есть искусство изъяснения и толкования древних текстов. Термин происходит от имени Гермеса – вестника богов, покровителя путников и проводника душ умерших, которого Аполлон обучил искусству гадания. Гермесу приписывали способность вызывать у людей сновидения, которые могут быть истолкованы, поэтому интерпретация смысла снов с древних времён считалась герметическим искусством. Позднее в античной мифологии возник образ Гермеса Трисмегиста (т. е. трижды величайшего), который обладал тайными эзотерическими знаниями, изложенными в герметических текстах – философских трактатах, книгах по астрологии, алхимии и магии.

Согласно современным воззрениям, наиболее полно и аргументировано сформулированным в трудах Поля Рикёра, точками приложения герменевтического метода являются любая текст, объект, символ, высказывание, поведение, язык и, наконец, динамика перечисленных структур [6]. Как показано в работах М. С. Роговина и Г. В. Залевского [7], а позднее В. П. Самохвалова [9], предметом исследования психологической герменевтики являются поведение и переживания, а психиатрической – психопатология. То есть основными объектами герменевтического анализа являются знаки, символы и языки как семиотические системы, формирующие тексты материальной культуры, речь, поведение. В этой связи, бесспорно, «герменевтическому анализу принадлежит «сквозная» и объединительно-цементирующая роль в отношении всех прочих методов психологического и психопатологического исследования» [7].

Герменевтический анализ имеет целью понимание смысла, который всегда полисемичен, т. е. всегда следует предполагать его многозначность [6]. Поиск множества смыслов связан с интерпретацией множества знаков, посредством которых они выражены, с опорой на правила логики и с учётом внутреннего содержания, а также средового дискурса текста, символа, переживания, поведения [12]. Интерпретация идёт от части к целому по шагам, которые учитывают внутреннее содержание и внешнее окружение источника – так очерчиваются круги интерпретаций, число которых зависит от сущности задачи (диагностической, психоаналитической, терапевтической и т. д.). Потенциально бесконечное множество кругов интерпретации диктует современному герменевтически ориентированному психиатру необходимость иметь обширные познания в психологии, психоанализе, логике, антропологии, этологии, социобиологии, лингвистике, истории, религии, нейро-