

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Колесников Д.Б., Рапопорт С.И., Вознесенская Л.А.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Настоящий обзор представляет собой анализ современных взглядов врачей разных специальностей (психоаналитиков, патологоанатомов, интернистов, психиатров) на такую проблему, как психосоматические заболевания. В публикации отражены исторические этапы, концепции и принципиальные различия позиций исследователей в области психосоматической медицины в обосновании этиопатогенетических механизмов возникновения этих заболеваний. В завершение обзора авторы предлагают на основе проведенного анализа, не подвергая сомнению правильность представленных в работе обоснований, рассматривать ряд психосоматических заболеваний как состояния, имеющие единый этиопатогенетический механизм, основанный на дисрегуляции ритмоорганизующих структур.

Ключевые слова: психосоматика; функциональные заболевания; этиология; патогенез.

CURRENT VIEWS OF PSYCHOSOMATIC DISEASES

Kolesnikov D.B., Rapoport S.I., Voznesenskaya L.A.

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

This review is designed to analyse current views of physicians representing different fields of medicine (psychoanalysis, pathological anatomy, psychiatry, etc.) on the problem of psychosomatic diseases with reference to its history, past and present concepts, etiopathogenetic mechanisms of these conditions. The authors propose to use the results of analysis as a basis for considering psychosomatic diseases as a singular etiopathogenetic entity resulting from dysregulation of rhythm-organizing structures.

Key words: psychosomatic diseases; functional disorders; etiology; pathogenesis.

Получив свое начало в трудах Гипократа, проблема взаимосвязи психических и соматических расстройств до настоящего времени является темой ряда публикаций и исследовательских работ. При этом очевидны попытки выработать единую этиопатогенетическую концепцию психосоматических расстройств, что при всей неоднородности взглядов психиатров, интернистов и сторонников психоаналитических концепций на указанную проблему представляется довольно затруднительным.

В настоящее время можно выделить 3 научно обоснованных подхода к психосоматическим заболеваниям: психодинамический, соматоцентрический и теория коморбидности.

Психодинамический подход был и остается прерогативой психоанализа, получившего бурное развитие в 30-е годы XX века. Основа для разработки этих взглядов на психосоматические заболевания, была заложена З. Фрейдом [1]; автор ввел понятие «конверсионная истерия», которая проявляется развитием патологических телесных симптомов в ответ на длительные эмоциональные конфликты. Позже Ф. Александер [2], анализируя различные варианты развития психосоматических заболеваний, выделяет понятие «функциональное расстройство» внутренних органов; при этом основная роль в развитии нарушений соматических функций отводится к чрезмерной стимуляции или угнетению вегетативной нервной системы при длительном эмоциональном воздействии. При этом автор отмечает, что при детальном инструментальном обследовании органа с нарушенными функциями невозможно обнаружить какие-либо морфологические изменения, в то время как нарушения, касаясь координации и интен-

сивности его функций, впоследствии развиваются в органические поражения (пептические язвы желудка, гипертрофия миокарда, сосудистые изменения, ведущие к злокачественной гипертонии и др.). Ф. Александер [2] очерчивает 2 фазы развития эмоциогенных нарушений органов: в первой фазе нарушаются функции, это состояние автор считает обратимым, во второй же фазе возникают органические поражения. Ф. Александер также в своей работе подчеркивает важную роль тропности тех или иных психологических вредностей для определенных органов. Так, сдерживание гнева в большей степени ведет к накоплению случаев сердечно-сосудистых заболеваний, состояние зависимости и поиск помощи — к нарушениям в пищеварительной системе.

Несколько иную психодинамическую модель (алекситимия как фактор риска развития психосоматических заболеваний) предлагает Р. Sifneos [3]. Основу ее составляет парциальное недоразвитие психической сферы, которое выражается в неспособности оценить собственное психическое состояние. Пациент с алекситимией оказывается «эмоционально глухим», что в итоге при накоплении психотравмирующих факторов и отсутствии эмоционального реагирования на них проявляется соматизацией как телесным аналогом выражения эмоций.

В кратком обзоре психодинамических представлений в формировании психосоматических болезней нельзя не упомянуть и о концепции ресоматизации, представленной М. Шур (1955). Продолжая учение З. Фрейда, автор предлагает рассматривать психосоматические болезни как некий вид регрессии, возврата к детскому способу реагирования. В этом случае больной, по мнению автора, вместо выражения своих эмо-

ций на вербальном уровне (словесно) по-детски, инфантильно реагирует телесным дискомфортом. Такой примитивно-детский способ реагирования в психоанализе принято считать свойственным незрелым личностям. Приверженцы этой теории утверждают, что в процессе развития личности, страдающей психосоматическим заболеванием, на определенных этапах происходит избирательная задержка развития в психической сфере. Прежде всего это связывают с этапами, когда ребенок сталкивается с травмирующими жизненными ситуациями. В случаях же острого стресса происходит инстинктивное реагирование по детскому типу — «всем телом».

В рамках психодинамических взглядов на развитие психосоматических заболеваний особо следует отметить теорию F. Dunbar [4], согласно которой предполагается наличие особых личностных черт, способствующих развитию той или иной болезни. Считая, что соматические заболевания являются производными от особенностей личности пациента, автор предложила характеризовать типы личности согласно личностному профилю как «язвенный», «коронарный», «гипертонический», «склонный к повреждениям», «аллергический».

Завершая краткий обзор психодинамического направления в психосоматике, следует отметить, что сам термин «психосоматика», «психосоматическая медицина», изначально введенный в 1818 г. немецким психиатром И. Хейнротом [5], получили распространение именно за счет исследований психоаналитиков в середине XX столетия. Именно с того времени психосоматика закрепились как прикладной психоанализ в медицине, оставаясь таковой до настоящего времени. Интернисты и психиатры все чаще обращают внимание на неясность этиологии, особенности течения, трудность терапии психосоматических болезней. Все больше работ посвящено так называемым функциональным заболеваниям, спорам о возможности существования такого диагноза либо необходимости поиска морфологического субстрата болезни, о чем будет сказано ниже. Сохраняющаяся разобщенность в понятиях психиатров и врачей соматических специальностей вплоть до отсутствия взаимопонимания в терминах и определениях по-прежнему является препятствием в исследовании этого довольно широкого спектра болезней. Справедливости ради хотелось бы отметить, что, несмотря на весьма своеобразный подход, более относящийся к философии, нежели к практической медицине, у психоаналитиков и патологоанатомов и лишь немногих интернистов прослеживается желание объединить психические расстройства с соматическими болезнями в единое целое, выделяя психосоматические заболевания в единую систему, имеющую свои патогенез, законы дебюта и развития.

Для подтверждения сказанного следующая часть настоящего обзора посвящается исследованиям интернистов и психиатров в области психосоматической медицины.

Прежде всего хотелось бы отметить, что в диагностических критериях МКБ-10, которые используются для шифрования внутренних болезней, отсутствует по-

нятие «психосоматическое заболевание», взамен которому интернистам предлагается нозологическая форма «функциональное заболевание». Согласно определению для функциональных заболеваний органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), данному D.A. Drossman [6], функциональные нарушения деятельности ЖКТ представляют собой «разнообразную комбинацию гастроинтестинальных симптомов без структурных или биохимических нарушений». На сегодняшний день именно это определение используется для постановки диагноза «функциональное расстройство» не только для органов ЖКТ, но и для других систем — нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной. Следует отметить, что именно понятие «функциональный» стало для интернистов причиной разногласий.

Обращаясь к истории возникновения термина «функциональное расстройство», хотелось бы отметить, что его первоисточником, как и в случае с термином «психосоматика», явились исследования в психоневрологии, а затем в психоанализе, когда для нарушений в психике не находилось адекватного морфологического изменения в органах и тканях. В дальнейшем психоаналитические концепции привязали эту дефиницию к нарушениям в телесной сфере, которые развиваются под влиянием психических страданий. Лишь потом, позже, в середине XX века понятие «функциональное расстройство» взяли на вооружение интернисты [6] и охотно закрепили его за рядом соматических заболеваний, не имея возможности объяснить причины их возникновения, а следовательно, и определить лечебную тактику.

Прежде всего предметом острых дискуссий врачей общего профиля является вопрос о соотношении структуры и функции в развитии болезней. Считают, что правильное понимание роли каждого из этих составляющих является принципиально важным в осознании того, что происходит как со здоровым, так и с больным организмом. Этому вопросу В.Х. Василенко посвятил ряд докладов и работ [7, 8]. Именно в этой области медицины, изучающей внутренние болезни до настоящего времени нет ясности. Принципиальная позиция по этому вопросу В.Х. Василенко была обозначена уже в середине XX века, когда он предложил не отделять структурные нарушения от функциональных, рассматривая их единство. В своей актовой речи [7] В.Х. Василенко говорил: «Неверная теория может привести к губительной для больного практике, в чем никто, вероятно, не сомневается. Это обстоятельство оправдывает осторожность врача как в объяснении этиологии и патогенеза, так в особенности в Лечебных мероприятиях». Еще одно высказывание В.Х. Василенко, ставшее крылатым: «Функция без структуры немислима, структура без функции бессмысленна». Интернисты, придерживающиеся этой позиции, считают, что совершенно необъяснимы такие диагнозы, как синдром неязвенной диспепсии, синдром раздраженного кишечника, которые относят к функциональным заболеваниям, каких в природе не может быть.

Утверждая, что диагноз — это «врачебное заключение о болезни и состоянии больного», В.Х. Василенко заставляет своих оппонентов обратиться к другому понятию — болезни, которое в свою очередь есть не что иное, как реакция организма на его повреждение. При этом повреждающим агентом могут быть как внешние (травма, вирусы, бактерии, экзогенные вредности), так и внутренние (генетическая предрасположенность) факторы. Болезнь охватывает не только один орган или систему, но и весь организм, затрагивая опосредованно, через повреждение структурных единиц, функции органов и систем. Болезнь рассматривается не как отдельное нарушение функции или структуры и даже не как сумма их повреждений, но как единство их, одновременно проявляющееся и в морфологических, и в функциональных процессах. «Одностороннее противопоставление функции и морфологии в настоящее время изживается», — писал В.Х. Василенко [].

Дискуссия о так называемых функциональных заболеваниях в медицине длится не одно десятилетие. Принципиальное отношение к соматогенезу определилось в формулировке патоморфологов понятия «болезнь» в учебнике «Общая патология человека» [9]: «Болезнь — состояние, обусловленное нарушениями структуры и функций организма, его реакциями на эти нарушения. И там же: «Точка зрения о «чисто функциональных» изменениях как еще не сопровождающихся морфологическими не имеет под собой реальной почвы и означает только попытку сохранить старое, уже отжившее представление о возможности существования функциональных нарушений без структурных изменений».

Указывая на несостоятельность диагноза «функциональное заболевание», Д.С. Саркисов [10, 11] доказывает, что структура и функция неотъемлемы друг от друга, созависимы, а попытки объяснить болезнь функциональными расстройствами есть не что иное, как неспособность либо нежелание изучить ее на ином уровне: субклеточном, молекулярном, уровне психических нарушений. В 1998 г. он в своем ответе на статью А.М. Ногаллера, посвященную функциональным болезням, писал: «Такие клинические диагнозы, как нейровегетативная дистония, анорексия, неврогенная диспепсия, синдром раздраженной кишки и др. — все они не "чисто функциональные", а каждый из них имеет свой структурный эквивалент, морфологическую основу, т. е. все эти симптомы и синдромы являются структурно-функциональными, как, впрочем, и все процессы жизнедеятельности в больном и здоровом организме». В своих трудах Д.С. Саркисов отмечает, что «ни один из факторов среды не может прямо влиять на ту или иную функцию; он меняет ее только опосредованно — через воздействие на структуры, вырабатывающие эту функцию». Такие диагнозы, как нервная анорексия, синдром раздраженного кишечника, неязвенная диспепсия, вегетативная дистония и т. д., не имеют права на существование, поскольку не имеют под собой морфологической основы, а скорее, наоборот, являются лишь совокупностью симптомов, присущих самым

разнообразным заболеваниям — от онкологических до психических расстройств.

Основоположниками указанного направления, названного позже соматоцентрическим, в отечественной медицине можно считать И.П. Павлова [12], который писал: «Не предполагаем никакой разницы между функциональным и органическим, считая, что, может быть, во многих случаях функциональных заболеваний мы еще не можем современным гистологическим методом досмотреть настоящие изменения клетки». В традициях отечественной медицины стремление к нозологической диагностике с установлением причин заболевания и субстрата болезни. Большую роль в становлении такого взгляда на диагностику сыграли работы И.М. Сеченова [13] и С.П. Боткина [14].

Переходя от философского соматоцентрически ориентированного взгляда на психосоматические заболевания к клиническим исследованиям, следует отметить, что в большинстве работ интернистов роль эмоциональной составляющей при функциональных заболеваниях не ставится под сомнение. В.Х. Василенко [7] указывал, что страдающие так называемыми функциональными нарушениями, обращающиеся к гастроэнтерологу, почти в половине случаев относятся к группе больных с психическими расстройствами. При этом внешнее невротизирующее воздействие рассматривается скорее как провоцирующий фактор, а основным субстратом болезни являются микроизменения в органе с нарушенными функциями. Известна работа В.И. Маколкина [15], по мнению которого, в основе патогенеза нейроциркуляторной дистонии лежит инфекционное поражение верхних дыхательных путей. При этом вирусная инфекция предшествует манифестации и обострению симптомов кардионевроза и гипервентиляции в 32 и 52% случаев соответственно.

В ряде исследований обсуждается связь функциональных расстройств сердечно-сосудистой и дыхательной системы с рефлекторными влияниями органов брюшной полости [16]. Некоторые авторы указывают на соматические причины симптомов нейроциркуляторной дистонии, заболеваний органов ЖКТ и связывают их проявления с остеоартрозом шейно-грудного отдела позвоночника [17, 18], интоксикацией, профессиональными вредностями, физическим воздействием (вибрация, воздействие СВЧ-поля, производственные шумы, гиперинсоляция), гиподинамией [15]. К числу патогенетических факторов функциональных расстройств сердечно-сосудистой и дыхательной систем относят и физическое истощение в связи с повышенными нагрузками.

Третье направление — коморбидность (соболезненность). В монографии А.Б. Смулевича и А.Л. Сыркина «Психокardiология» [19] развитие психосоматических болезней (на примере заболеваний сердечно-сосудистой системы) рассматривается в виде сочетания психических и соматических нарушений, которые сосуществуют в формах наложения и/или усиления друг друга. Ранее концепция коморбидности исходно независимых признаков была разработана Р. Pichot [20].

В основе этого подхода лежит возможность анализа патологических состояний в разных синдромальных плоскостях. Это позволяет, по мнению сторонников этой теории, рассматривать болезни за границами нозологических категорий, что определяет возможность построения моделей, в которых расстройства (психические и соматические) являются не простым сочетанием, но закономерно сопутствуют друг другу, образуя синдромальное единство и устойчиво сосуществуя [21].

Следует отметить, что в ряде случаев психосоматические расстройства могут рассматриваться с позиции соматогенных реализаций соматопсихических акцентуаций [22], что в принципе дополняет теорию коморбидности психической и соматической составляющих болезни. В рамках этой теории, однако, очевидно продолжение позиции F. Dunbar [4], выделившей типы личности, предрасположенные к тому или иному физическому недугу. В данном случае эти особенности сводятся к виду психопатий, имеющих тенденцию к соматогенно спровоцированным психическим расстройствам. Общей тенденцией для таких случаев является патологическое развитие личности в форме ипохондрии. Б.А. Волель [23], рассматривая соматоформные расстройства с этой позиции, сумела доказательно выделить небредовую ипохондрию как самостоятельное психопатологическое заболевание, которое может протекать в 4 формах — псевдоневротической, аберрантной, сверхценной и невротической. Частное развитие эта теория получила также на примере исследования пациентов с ревматоидным артритом и хронической обструктивной болезнью легких в работе Д.Ф. Пушкарева [24]. Автор убедительно показал преобладание расстройств личности по типу соматоперцептивной акцентуации при изученных расстройствах.

В рамках теории коморбидности рассматривается и вариант истинно психосоматических расстройств (эссенциальная гипертензия, бронхиальная астма, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, аллергические заболевания, нейродермит, сахарный диабет, гипертиреоз) [25], где автор выделяет эту форму в отдельную категорию «реакций по типу симптоматической лабильности». При этом обязательным условием возникновения соматического заболевания является наличие психотравмирующих событий. Сторонником такой позиции является и В.Я. Гиндикин, выделяя из всех соматоформных расстройств психосоматические заболевания. К ним относятся прежде всего бронхиальная астма, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, гипертоническая болезнь, мигрень, гипертиреозидизм, дерматит и экзема. При этом автор указывает на превалирование психического фактора в возникновении этих заболеваний.

А.Б. Смулевич в своей работе [25] критикует сторонников линейной зависимости соматических заболеваний от психотравм, предлагая в свою очередь концепцию конституциональной предрасположенности и возвращаясь к комбинации теоретических взглядов на пси-

хосоматическое заболевание, которые были изложены F. Dunbar и P. Sifneos [3] в связи с формированием ипохондрических расстройств, в структуре которых прослеживается образование общих психосоматических симптомов, определяющих тяжесть течения заболевания.

Указанный подход к изучению истинных психосоматических заболеваний нам представляется довольно спорным, поскольку не учитывает всей сложности взаимосвязи психической и соматической составляющих в структуре психосоматического расстройства, однако он дает возможность рассматривать ряд психосоматических заболеваний с особенностями течения, когда психическая и соматическая составляющие образуют единый болезненный комплекс, подчиняющийся законам динамики. Так, в исследованиях А.В. Андрущенко [26], Е.А. Степановой [27] при описании биоритмологической модели указывается на заимствование ритма аффективных нарушений у соматического заболевания при депрессиях и дистимиях, наблюдаемых у пациентов в общемедицинской сети. При этом отмечается наличие эндогенноморфных психических расстройств у этих больных. Исследования Е.В. Зелениной [28] показали, что симптомы витальной депрессии всегда соматизированы и включают определенный соматовегетативный комплекс, в который входят нарушения пищевого влечения, запор и др. В свою очередь В.Э. Медведев [29] исследовал депрессивные фазы с осенне-зимним ритмом у 97 психически больных. Автор показал, что всем сезонным депрессиям (вне зависимости от нозологической формы) сопутствовали выраженные соматовегетативные нарушения. В монографии А.Б. Смулевича «Депрессии в общей медицине» [30] указывается на то, что депрессиям сопутствуют сахарный диабет и язвенная болезнь. Обследовав больных с атопическим дерматитом (является сезонным заболеванием), А.Н. Львов [31] показал, что депрессивное расстройство сопутствует всем формам этого заболевания и наиболее выражено при тяжелом течении.

Таким образом, в ходе изучения публикаций, посвященных соматическим заболеваниям при аффективных психических расстройствах, можно сделать предположение о едином этиопатогенетическом механизме возникновения психической и соматической составляющих этих состояний.

Отмечая, что ряд соматических заболеваний (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, атопический дерматит, псориаз и некоторые другие) развивается по схожим с психическими расстройствами динамическим показателям, необходимо заметить, что выявлено параллельное течение психической и соматической болезней, определяющее и длительность, и тяжесть течения всего синдрома комплекса. Так, исследования М.И. Расулова [32] показали, что обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, имеющие сезонный характер, протекают наиболее неблагоприятно. При этом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день, как уже указывалось, для клини-

цистов является моделью психосоматического заболевания. В.В. Марилов [33] указывает не только на преобладание тревожного регистра в личности пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, но и отчетливую параллельную динамику утяжеления психопатологических и соматических симптомов в периоды обострения болезни. Схожая картина наблюдается и при классификации бронхиальной астмы. Известно, что при диагностике инфекционно-аллергической формы бронхиальной астмы должен быть выявлен экзогенный фактор (аллерген), чувствительность к которому обуславливает возникновение и дальнейшее течение заболевания. В свою очередь в 1921 г. F. Rackeman [34] выделил эндогенную форму бронхиальной астмы. А.Г. Чучалин [35] в монографии «Бронхиальная астма» дает следующее определение: «Если аллерген выявить не удастся и природа болезни остается неясной, астму можно считать эндогенной». С.В. Иванов [36] выделяет синдром гипервентиляции, который формируется более чем в 80% случаев вовсе вне связи с бронхолегочным заболеванием либо протекает на фоне субклинических изменений в дыхательной системе. При этом клинические проявления схожи с таковыми при бронхиальной астме; заболевание имеет волнообразное течение и связано с личностными особенностями. Следует отметить, что, несмотря на различные подходы к определению того или иного типа течения бронхиальной астмы, все без исключения исследователи сходятся в едином определении бронхиальной астмы, в основе патогенеза которой лежит измененная реактивность (чувствительность) организма, реализующаяся в конечном счете в приступах удушья. Известно, что бронхиальная астма имеет сезонный характер течения, что во многом связано с появлением внешних повреждающих факторов, однако сезонная динамика показателей системы гемостаза и адаптивных гормонов [37], сочетающаяся с периодами обострения, может являться причиной более глубокого изучения этиопатогенетических механизмов бронхиальной астмы как психосоматического заболевания.

Исследования сердечно-сосудистой системы, зависимости ее функций от биологических ритмов, обострений таких заболеваний, как артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, от эндогенных ритмов организма исследуются уже не одно десятилетие. И.В. Давыдовский в своей книге «Проблемы причинности в медицине» [38] характеризует гипертоническую болезнь как болезнь образа жизни современного человека. При этом очевидно, что основную роль (помимо наследственности) в развитии гипертонической болезни играют хронобиологические факторы. А.З. Цфасман и Д.В. Алпаев [39] показали значительное изменение профиля динамики суточных показателей

артериального давления у лиц, работающих по ночам. Н.П. Биленко [40], обследовав 355 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда и ишемический инсульт приводит данные о хронологической цикличности изменений показателей гемостаза, что значительным образом увеличивало частоту возникновения заболеваний и их осложнений. На сегодняшний день доказано наличие зависимости частоты и тяжести гипертонических кризов и инфарктов миокарда от времени суток и сезона года [41]. Наиболее полноценные исследования в этой области были проведены Р.М. Заславской [42], которая на основе исследований временной структуры жизненных процессов разработала концепцию хронофармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, можно сделать вывод о существовании заболеваний, развитие которых подчиняется определенному ритму, манифестируя по эндогенному типу, аутохтонно, либо после экзогенных провокаций, и которые вне зависимости от нозологической формы, имеют сходную динамику течения патологического процесса (часто сезонный ритм обострений и ремиссий), в ходе которой наблюдаются обострение заболевания, фаза максимального проявления патологических симптомов с последующим наступлением ремиссии с полной или частичной редуциацией симптомов. В структуре этих заболеваний психопатологические симптомы (тревога, депрессия) сочетаются с соматическими (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, обострение бронхиальной астмы, дерматита, сердечно-сосудистых заболеваний). В таких случаях необходимо иметь в виду параллельное и созависимое течение психической и соматической составляющих одной болезни.

Все перечисленные факты позволяют предположить наличие неких общих закономерностей в течении ряда психосоматических заболеваний. При этом естественным является желание попытаться выделить единый этиопатогенетический механизм возникновения и течения этих болезней. Не подвергая сомнению факт наличия психических расстройств как таковых, сопутствующих соматическим заболеваниям, с наложением (амплификацией) симптомов, усилением интенсивности и усложнением синдрома, а также наличия личностных особенностей, способствующих развитию психосоматических расстройств, представляется необходимым исследовать ряд заболеваний, протекающих по особым законам, объединяющим психопатологические симптомы и соматическую симптоматику во времени. Не вызывает сомнения тот факт, что в патогенезе указанных расстройств принимают участие ритмоорганизующие структуры организма, как влияющие на обмен в целом, так и формирующие определенные патологические системы.

Сведения об авторах:

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

Отдел «Метаболический синдром»

Колесников Дмитрий Борисович — канд. мед. наук, вед. науч. сотр.; e-mail: chronomedicina@rambler.ru

Рапопорт Семен Исаакович — д-р мед. наук, проф., рук-тель отдела.

Вознесенская Лидия Александровна — канд. мед. наук, науч. сотр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фрейд З. *Собрание сочинений*. СПб.; 2005; т. 1.
2. Александер Ф. *Психосоматическая медицина: принципы и практическое применение*: Пер. с англ. С. Могилевского. М.: ЭКСМО-Пресс; 2002.
3. Sifneos P.E. The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. and Psychosom.* 1973; 22: 255—62.
4. Dunbar F. *Emotions and Bodily Changes*. New York: Columbia University Press; 1954.
5. Heinroth J. *Lehrbuch der Seelen störungen*. Leipzig; 1818.
6. Drossman D.A. *The Functional Gastrointestinal Disorders: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment*. Boston; 1994.
7. Василенко В.Х. *Проблемы общей и частной диагностики заболеваний органов пищеварения*: Актовая речь. М.; 1971.
8. Василенко В.Х., ред. *Пропедевтика внутренних болезней*. М.: Медицина; 1974.
9. Саркисов Д.С., Пальцев М.А., Хитров Н.К. *Общая патология человека*. М.: Медицина; 1997.
10. Саркисов Д.С. По поводу ответа М.А. Ногаллера на мою статью «О так называемых функциональных заболеваниях». *Клиническая медицина*. 1996; 8: 73—5.
11. Саркисов Д.С. Следует, наконец, отказаться от понятий «функциональная болезнь», «функциональная патология» (По поводу статьи А.М. Ногаллера «Следует ли клиницистам отказаться от понятий функциональной патологии»?). *Клиническая медицина*. 1998; 3: 64—6.
12. Павлов И.П. *Полное собрание сочинений*. М.: АН СССР; 1951.
13. Сеченов И. М. *Рефлексы головного мозга*. Избранные произведения. М.: Медгиз; 1952.
14. Боткин С.П. *Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции*. М.: Медгиз; 1950.
15. Маколкин В.И. Нейроциркуляторная дистония. *Терапевтический архив*. 1995; 67 (6): 66—70.
16. Кремер С.В., Чикин А.Н., Демина Е.Ю. и др. Диагностика абдомино-кардиального синдрома в хирургической клинике. В кн.: *Актуальные вопросы практической медицины*: Тезисы докладов конференции. Лермонтов; 1998: 34—6.
17. Вейн А.М. *Вегетативные расстройства*. М.: Медицинское информационное агентство; 2000.
18. Тузлуков А.П., Горбатовская Н.С. Значение фибромиалгии в клинике функциональных желудочно-кишечных расстройств. В кн.: *Четвертый Всесоюзный съезд гастроэнтерологов*: Материалы. М.-Л.; 1990; 595—6.
19. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. *Психокардиология*. М.: Медицинское информационное агентство; 2005.
20. Pichot P. New tendencies in nosological concepts. In: *Psychiatry Today*. VIII World Congress of Psychiatry. Amsterdam etc; 1989: 183.
21. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б., Фильц А.О. и др. Соматоформные расстройства. В кн.: Смулевич А.Б., ред. *Ипохондрия и соматоформные расстройства*. М.: АМН; 1992: 15.
22. Смулевич А.Б. *Психические расстройства в клинической практике*. М.: МЕДпресс-информ; 2011.
23. Волель Б.А. *Небредовая ипохондрия при соматических, психических заболеваниях и расстройствах личности (психосоматические соотношения, психопатология, терапия)*: Дисс. ... д-ра мед. наук. М.: 2009.
24. Пушкарев Д.Ф. *Расстройства личности и хроническая соматическая патология (на модели ревматоидного артрита и хронической обструктивной болезни легких)*: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2013.
25. Смулевич А.Б. *Психосоматические расстройства*. <http://psudhiatry.ru/lib/54/book/33>
26. Андрущенко А.В. *Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия)*: Дисс. ... д-ра мед. наук. М.; 2011.
27. Степанова Е.А. *Депрессии при ишемической болезни сердца*: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2011.
28. Зеленина Е.В. *Соматовегетативный симптомокомплекс в структуре депрессий (типология, клиника, терапия)*: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 1997.
29. Медведев В.Э. *Депрессивные фазы с осенне-зимним сезонным ритмом (клиника и терапия)*: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 2005.
30. Смулевич А.Б. *Депрессии в общей медицине*. М.; 2001.
31. Львов А.Н. *Особенности психосоматического статуса у больных атопическим дерматитом и пути их комплексной коррекции*: Дисс. ... канд. мед. наук. Москва, 2001.
32. Расулов М.И. *Эндоскопические и электрогастрографические особенности сезонного течения язвенной болезни 12-перстной кишки*: Дисс. ... канд. мед. наук. М.; 1988.
33. Марилов В.В. *Психосоматозы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта*. М.: МИКЛОШ; 2007.
34. Rackemann F.M. A clinical classification of asthma. *Am. J. Med. Sci.* 1921; 12: 802—3.
35. Чучалин А.Г. *Бронхиальная астма*. М.: Медицина; 1985.
36. Иванов С.В. *Соматоморфные расстройства (органические неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия*: Дисс. ... д-ра мед. наук. М.; 2002.
37. Хетагурова Л.Г. Хронопатофизиология системы гемостаза. В кн.: Комаров Ф.И., Рапопорт С.И., ред. *Хронобиология и хрономедицина*. М.: Триада-Х; 2000: 140—67.
38. Давыдовский И.В. *Проблема причинности в медицине*. М.; 1962.
39. Цфасман А.З., Алпаев Д.В. *Циркадная динамика артериального давления при измененном суточном ритме жизни*. М.: Репроцентр; 2011.
40. Биленко Н.П. Месячные ритмы обострений и дебютов некоторых заболеваний и островозникающих смертельных исходов. *Клиническая медицина*. 2001; 6: 19—23.
41. Левенков Н.В. *Биологические ритмы*. Горький; 1970: 51—2.
42. Заславская Р.М. *Хронодиагностика и хронотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы*. М.: Медицина; 1991.

REFERENCES

1. Freyd Z. *Sobranie sochineniy*. St. Petersburg; 2005; t. 1. (in Russian)
2. Aleksander F. *Psikhosomaticheskaya meditsina: printsipy i prakticheskoe primeneniye*. (Psychosomatic medicine: principles and practical applications). Moscow: EKSMO-Press; 2002. (in Russian)
3. Sifneos P.E. The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. and Psychosom.* 1973; 22: 255—62.
4. Dunbar F. *Emotions and Bodily Changes*. New York: Columbia University Press; 1954.
5. Heinroth J. *Lehrbuch der Seelen störungen*. Leipzig; 1818.
6. Drossman D.A. *The Functional Gastrointestinal Disorders: Diagnosis, Pathophysiology, and Treatment*. Boston; 1994.
7. Vasilenko V.X. *Problemy obshchey i chastnoy diagnostiki zabolevaniy organov pishchhevareniya: Aktovaya rech'* (Speech acts «Problems of general and specific diagnosis of diseases of the digestive system»). Moscow; 1971. (in Russian)
8. Vasilenko V.X., red. *Propedevtika vnutrennikh bolezney* (Propedevtik Internal Medicine). Moscow: Meditsina; 1974. (in Russian)
9. Sarkisov D.S., Pal'tsev M.A., Khitrov N.K. *Obshchaya patologiya cheloveka. General human pathology*. Moscow: Meditsina; 1997. (in Russian)
10. Sarkisov D.S. About the response to my article M.A. Nogaller «On the so-called welfare functional diseases». *Klinicheskaya meditsina*. 1996; 8: 73—5. (in Russian)
11. Sarkisov D.S. Lastly, we must abandon the notion of «functional disease», «functional disorders» (Concerning the article A.M. Nogaller «Should clinicians to abandon the concepts of functional pathology?»). *Klinicheskaya meditsina*. 1998; 3: 64—6. (in Russian)
12. Pavlov I.P. *Polnoe sobranie sochineniy* (Complete set of works) Moscow: AN SSSR; 1951. (in Russian)
13. Sechenov I. M. *Refleksy golovnoy mozga. Izbrannyye proizvedeniya* (Reflexes of the Brain. Selected Works). Moscow: Medgiz; 1952. (in Russian)
14. Botkin S.P. *Kurs kliniki vnutrennikh bolezney i klinicheskie lektzii* (Course Clinic of Internal Medicine and clinical lectures). Moscow: Medgiz; 1950. (in Russian)
15. Makolklin V.I. *Cardiopsychoneurosis. Terapevticheskiy arkhiv*. 1995; 67 (6): 66—70. (in Russian)
16. Kremer C.B., Chikin A.N., Demina E.Yu. Diagnostika abdomino-kardial'nogo sindroma v khirurgicheskoy klinike (Diagnosis abdomino-cardiac syndrome in the surgical clinic): *Materialy nauch-*

- no-prakticheskoy konferentsii «Aktual'nye voprosy prakticheskoy meditsiny». Lermontov; 1998. (in Russian)
17. Veyn A.M. *Vegetativnye rasstroystva* (Vegetative dysfunction). Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2000. (in Russian)
 18. Tuzlukov A.P., Gorbatovskaya N.S. Znachenie fibromialgii v klinike funktsional'nykh zheludochno-kishechnykh rasstroystv (Fibromyalgia clinic meaning of functional gastrointestinal disorders): *Materialy IV Vsesoyuznogo s'ezda gastroenterologov*. Moscow—Leningrad; 1990: 595—6. (in Russian)
 19. Smulevich A.B., Syrkin A.L. *Psikhokardiologiya* (Psychocardiology). Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2005. (in Russian)
 20. Pichot P. *New tendencies in nosological concepts*. In: *Psychiatry Today*. VIII World Congress of Psychiatry. Amsterdam etc; 1989: 183.
 21. Smulevich A.B., red. *Ipokhondriya i somatoformnye rasstroystva* (Hypochondriasis and somatoform disorders). Moscow: AMN; 1992: 15. (in Russian)
 22. Smulevich A.B. *Psikhicheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike* (Psychiatric disorders in clinical practice). Moscow: MEDpress-inform; 2011. (in Russian)
 23. Volel' B.A. *Nondelirium hypochondriasis in somatic, mental illness and personality disorders* (psychosomatic relations, psychopathology, therapy): Diss. Moscow; 2009. (in Russian)
 24. Pushkarev D.F. *Personality disorders and chronic somatic diseases (on the model of rheumatoid arthritis and chronic obstructive pulmonary disease)*: Diss. Moscow; 2013. (in Russian)
 25. Smulevich A.B. *Psichosomatic diseases*. Available at <http://psichiatriy.ru/lib/54/book/33>
 26. Andryushchenko A.V. *Mental and psychosomatic disorders in somatic network facilities (clinical and epidemiological aspects of psychosomatic relations therapy)*: Diss. Moscow; 2011. (in Russian)
 27. Stepanova E.A. *Depression in coronary heart disease*: Diss. Moscow; 2011. (in Russian)
 28. Zelenina E.V. *Somatovegetativ symptom of depression in the structure (typology, clinic, therapy)*: Diss. Moscow; 1997. (in Russian)
 29. Medvedev V.E. *Depressive phases with autumn-winter season rhythm (clinic and therapy)*: Diss. Moscow; 2005. (in Russian)
 30. Smulevich A.B. *Depressii v obshchey meditsine (Depression in general medicine)*. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2001. (in Russian)
 31. L'vov A.N. *Features psychosomatic status in patients with atopic dermatitis and their way of complex correction*: Diss. Moscow; 2001. (in Russian)
 32. Rasulov M.I. *Endoscopic and elektrogastrografic features in seasonal flow of peptic ulcer 12 duodenal ulcer*: Diss. Moscow; 1988. (in Russian)
 33. Marilov V.V. *Psikhosomatozy. Psikhosomaticheskie zabolevaniya zheludochno-kishechnogo trakta* (Psichosomatosis. Psychosomatic diseases of the gastrointestinal tract) Moscow: MIKLOSH; 2007. (in Russian)
 34. Rackemann F.M. A clinical classification of asthma. *Am. J. Med. Sci.* 1921; 12: 802—3.
 35. Chuchalin A.G. *Bronkhial'naya astma* (Bronchial asthma). Moscow: Meditsina; 1985. (in Russian)
 36. Ivanov S.V. *Somatoform disorders (organ neuroses): epidemiology, comorbid psychosomatic relations therapy*: Diss. Moscow; 2002. (in Russian)
 37. Komarov F.I., Rapoport S.I., eds. *Khronobiologiya i khronomeditsina* (Chronobiology and chronomedicine) Moscow: Triada-Kh; 2000: 140—67. (in Russian)
 38. Davydovskiy I.V. *Problema prichinnosti v meditsine* (Problem of causality in medicine). Moscow: Gosudarstvennoe izdatel'stvo meditsinskoy literatury; 1962. (in Russian)
 39. Tsfasman A.Z., Alpaev D.V. *Tsirkadnaya dinamika arterial'nogo davleniya pri izmenennom sutochnom ritme zhizni* (Circadian dynamics of blood pressure changes in the diurnal rhythm of life). Moscow: Reprintsentr; 2011. (in Russian)
 40. Bilenko N.P. Monthly rhythms exacerbations and debuts some diseases and deaths ostrovoznikayuschih. *Klinicheskaya meditsina*. 2001; 6: 19—23. (in Russian)
 41. Levenkov N.V. *Biologicheskie ritmy*. Gor'kiy; 1970: 51—2. (in Russian)
 42. Zaslavskaya R.M. *Khronodiagnostika i khronoterapiya zabolevaniy serdechno-sosudistoy sistemy* (Chronodiagnostic and chronotherapy of cardiovascular system) Moscow: Meditsina; 1991. (in Russian)

Поступила 21.01.14
Received 21.01.14