

© А. А. Краснов, 2015 г.  
УДК 616.892-02

**А. А. Краснов**

## ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Кафедра психиатрии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, Санкт-Петербург

### ВВЕДЕНИЕ

Научная дискуссия о характере психосоматических и соматопсихических соотношений в организме ведется уже длительное время, что находит отражение в различных подходах к классификации психосоматических расстройств [1, 6], разобщенности представлений психиатров и врачей других специальностей по ряду теоретических вопросов психосоматики, несостоятельности традиционно-однофакторного «психоцентрированного» или «соматоцентрированного» анализа [2].

Решение этой проблемы возможно, по мнению А. Е. Боброва [3], прежде всего, за счет совершенствования оценки коморбидности соматических и психических заболеваний.

В рамках анализа психосоматической коморбидности обсуждается вопрос относительно сложности и разнообразия механизмов ее формирования, и, в частности, выдвигается положение о патогенетической неоднородности психосоматических расстройств [4]. Однако клинические исследования, посвященные анализу данной концепции, остаются в современной литературе немногочисленными.

**Цель** — выявить совокупность основных факторов, определяющих варианты формирования психосоматической коморбидности.



Рис. 1. Средние значения частот наблюдений:  $\Sigma_{\text{средн}}$  — отношение случаев заболеваний к числу обследуемых в выделенных группах сомато-вегетативных расстройств, психосоматозов и инфекционно-аллергических заболеваний в группах подростков с различной степенью выраженности НДСТ

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В процессе многолетнего (1986 — 2012 гг.) изучения состояния здоровья учащихся военных учебных заведений различных возрастных категорий, а также военнослужащих и лиц призывного возраста выделена группа из 178 человек с выявленными пограничными психическими расстройствами (ППР). В выделенную группу вошли лица подросткового возраста (воспитанники довузовских военных общеобразовательных учреждений и детских домов — 80 человек); лица молодого возраста (курсанты высших военных учебных заведений — 143 человека); лица среднего возраста (слушатели военных академий и военнослужащие по контракту — 99 человек). Группу сравнения (ГС) составили 767 психически здоровых учащихся аналогичных возрастных групп.

У обследованных лиц определяли структуру сопутствующей соматической патологии (ССП), сопоставляли ее особенности у лиц с психическими расстройствами и в контрольной группе. Затем у лиц с психическими расстройствами выявляли статистически значимые связи между преобладающей соматической патологией и гипотетическими факторами, присутствовавшими в период ее формирования.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ структуры СПП у лиц с выявленными психическими расстройствами позволил выявить схожую ее структуру во всех возрастных группах с преобладанием расстройств, традиционно относимых к психосоматическим, в частности, висцеро-вегетативных расстройств (нейро-циркуляторная астенция (НЦА), функциональное расстройство желудка, дискинезия желчевыводящих путей (ДЖВП), гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ) и др.), а также заболеваний, относящихся к категории психосоматозов (Смулевич, 1999) (хронический гастрит и язвенная болезнь, бронхиальная астма, гипертоническая болезнь (ГБ) и др.).

В исследуемой группе подростков основную долю составили лица с сочетанием психических и поведенческих расстройств, соматической патологии, высокого уровня инфекционной заболеваемости на фоне неспецифической дисплазии соединительной ткани (НДСТ) и признаков дизонтогенеза (58 человек; 72,5 %).

При последующем анализе фактор НДСТ [5] был фиксирован на трех уровнях выраженности (легкая, средняя, тяжелая), что позволило выявить статистически значимое влияние этого фактора на такие параметры, как частота психосоматозов ( $p = 0,0081$ ;  $F = 5,172$ ), инфекционно-аллергических заболеваний ( $p = 0,0008$ ;  $F = 7,917$ ), психических и поведенческих расстройств ( $p = 0,0016$ ;  $F = 7,032$ ) (рис. 1).

Таким образом, отмечено, что с усилением выраженности фактора НДСТ у подростков с психическими расстройствами росла частота психосоматических и инфекционных (инфекционно-аллергических) заболеваний, при этом наиболее выраженным проявлением дисплазии соединительной ткани сопутствовал мультиморбидный характер соматической патологии.

При разведочном факторном анализе соматической патологии, сопутствующей психическим расстройствам, у лиц среднего возраста с использованием «критерия интерпретируемости и инвариантности» удалось выделить несколько групп соматических заболеваний в факторном пространстве (рис. 2).

Три из выделенных групп отражали тип коморбидности, определяемый патогенезом одного из заболеваний внутренних органов, в том числе сочетанием хронического холецистита и желчнокаменной болезни (точки 4 и 5 на рис. 2); мочекаменной болезни и хронического пиелонефрита (точки 26 и 27 на рис. 2); гипотрофии и нефроптоза (точки 17 и 14 на рис. 2). Отдельную группу составили хронический панкреатит, гепатоз, ГЭРБ, ДЖВП, алиментарно-конституциональное ожирение, ГБ. Сближение выделенных заболеваний в факторном пространстве (точки 7, 8, 9, 10, 11, 12 на рис. 2) ( $\chi^2 = 30,1987$ ;  $p = 0,0004$  по данным кросстабуляции) может быть интерпретировано как проявление метаболического синдрома у пациентов с ППР. Наиболее многочисленную и сложную для интерпретации группу составили такие заболевания, как язвенная болезнь, тиреодит, атопический дерматит, экзема, вазомоторный ринит, неоплазии. В пределах данной группы, наряду с психосоматозами, оказались инфекционно-воспалительные и аутоиммунные нарушения.

Кроме того, выявлено статистически значимое увеличение доли этих заболеваний в сравнении с ГС (для ГБ  $\chi^2 = 4,2$ ,  $p = 0,04$ ; для хронического панкреатита  $\chi^2 = 27,74$ ,  $p = 0,0001$ ; для ГЭРБ  $\chi^2 = 11,01$ ,  $p = 0,0009$ ; для ДЖВП  $\chi^2 = 10,71$ ,  $p = 0,001$ ). При этом из 54 пациентов с соматической патологией, коморбидной ППР, у 28 были выявлены психотравмирующие воздействия ( $\chi^2 = 32,5$ ,  $p < 0,001$ ). Большинство стрессовых событий (17 случаев) носили хронический характер (длились свыше 6 месяцев). В 4 наблюдениях отмечалось несколько последовательных психотравмирующих событий. У 11 пациентов

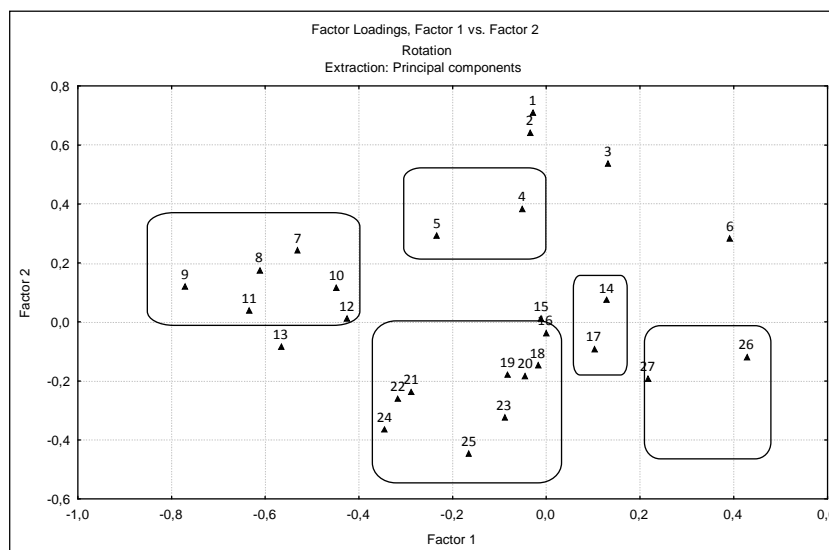


Рис. 2. Группы наиболее стойко сочетающихся соматических расстройств у пациентов с ППР: 1 – гепатит; 2 – варикозная болезнь; 3 – анемия; 4 – желчнокаменная болезнь; 5 – холецистит; 6 – артериальная гипертензия; 7 – панкреатит; 8 – ГЭРБ; 9 – ГБ; 10 – ДЖВП; 11 – алиментарное ожирение; 12 – гепатоз; 13 – гастрит; 14 – нефроптоз; 15 – язвенная болезнь желудка; 16 – атопический дерматит; 17 – пониженное питание; 18 – тонзиллит; 19 – тиреодит; 20 – невралгия; 21 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки; 22 – экзема; 23 – вазомоторный ринит; 24 – кардиомиопатия; 25 – неоплазии; 26 – пиелонефрит; 27 – мочекаменная болезнь

отмечалось два и более хронических психотравмирующих события, на фоне которых отмечено наличие психосоматической коморбидности.

Органическое поражение головного мозга оказалось третьим фактором, обнаружившим значимость при формировании расстройств психосоматического спектра. В частности, сравнительная оценка позволила выявить статистически значимое увеличение уровня психосоматозов ( $p = 0,027$ ;  $\chi^2 = 4,85$ ) и соматовегетативных расстройств ( $p = 0,0025$ ;  $\chi^2 = 9,15$ ) у военнослужащих с травматической болезнью головного мозга в сравнении с ГС. Кроме того, изучение анамнеза и результатов

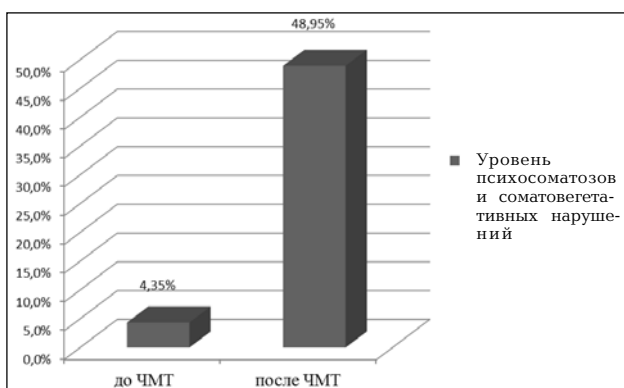


Рис. 3. Уровень расстройств вероятно психосоматического генеза в общей структуре соматической патологии до и после ЧМТ

динамического наблюдения военнослужащих (рис. 3) позволило сопоставить уровень соматической заболеваемости в исследуемой группе до и после черепно-мозговой травмы (ЧМТ), выявив статистически значимый ( $\chi^2 = 42,2$ ;  $p < 0,01$ ) рост соматической заболеваемости после ЧМТ, пик которой приходился на период отдаленных последствий (в среднем через  $2,5 \pm 0,2$  года после травмы).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, удалось выявить неоднородность процесса формирования психосоматических нарушений у обследованных лиц. Выделены факторы, определяющие, как минимум, три варианта развития психосоматических соотношений в организме — диспластический (дизонтогенетический), психоорганический и дезадаптационный, каждый из которых имеет специфические факторы формирования, особую динамику, но все они имеют сходный спектр сопутствующей психическим расстройствам соматической патологии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андриященко А. В. Психические и психосоматические расстройства в учреждениях общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения, терапия: дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2011. — 48 с.
2. Беребин М. А., Штрахова А. В. Некоторые проблемы современной психосоматики и возможности их преодоления // Психосомат. мед.: сб. тез. I междунар. конгр. — СПб.: Медлайн-Медиа, 2006. — С. 35–36.
3. Бобров А. Е. Психиатрия в общемедицинской практике (консультативная психиатрия) // Региональные аспекты оказания психиатр. помощи населению. — Пенза, 2008. — С. 12.

4. Губачев Ю. М., Стабровский Е. М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — М.: Медицина, 1981. — 214 с.

5. Милковска-Дмитрова Т. Врождена соединительнотканная малостойкость у децата. — София: Медицина и физкультура, 1987. — 189 с.

6. Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства: руководство по психиатрии. Т. 2 / под ред. А. С. Тиганова — 1999. — С. 466–489.

## РЕЗЮМЕ

А. А. Краснов

**Варианты формирования расстройств психосоматического спектра**

На основе многолетнего (1986–2012 гг.) исследования психического и соматического здоровья военнослужащих и лиц призывного возраста различного возраста выявлены три варианта формирования психосоматических соотношений у обследованных лиц: дизонтогенетический, психоорганический и дезадаптационный. Каждый из вариантов определял как особенности формирования психосоматического статуса, так и сходный спектр психосоматических расстройств.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства.

## SUMMARY

A. A. Krasnov

**Options for the formation of the psychosomatic spectrum disorders**

On the ground of longstanding research (1986–2012) of mental and somatic health of service personnel and draft age personnel, belonging to different age groups, three variants of psychosomatic relations formation were determined in the examined people: dysontogenetic, psychoorganic and disadaptive. Each option defined both particular way of psychosomatic status development and similar range of psychosomatic disorders.

**Keywords:** psychosomatic disorders.

© О. А. Петренко, 2015 г.  
УДК 618.19-006.6-089

О. Л. Петренко

## ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ НЕОАДЬЮВАНТНОЙ СИСТЕМНОЙ ТЕРАПИИ

НИИ онкологии имени Н. Н. Петрова, Санкт-Петербург

## ВВЕДЕНИЕ

Рак молочной железы (РМЖ) занимает 1-е место в структуре онкологической заболеваемости женщин, являясь наиболее частой причиной смерти [3].

В настоящее время в России ежегодно регистрируется более 50 000 новых случаев рака молочной железы (54 315 — 2009 г.) и более 23 000 смертей (23 517 — 2009 г.), при этом ранние стадии РМЖ (I–II) выявляются у 62,1 % заболевших. Следует отметить, что за последние 10 лет удельный вес ранних стадий рака молочной железы в России возрос на 10 %, увеличилось число больных раком молочной железы, выявленных на профилактических осмотрах (с 14,9 до 21,9 %) [4]. В Санкт-Петербурге ежегодно регистрируется более 2000 новых случаев РМЖ. В 2002–2005 гг. I стадия РМЖ выявлена у 12,2 % заболевших, II стадия — у 46,8 % (В. М. Мерабишвили, 2008). Выявление заболевания на ранних стадиях и своевременное начатое лечение, несомненно, улучшают прогноз заболевания. Вместе с тем число пациентов с местно распространенными опухолями (IIВ, IIIА стадий) молочных желез остается высоким [4–6].

При планировании лечения местно-распространенного рака молочной железы при обследовании