

УДК 616.33-002.44-058

СИНЕРГЕТИЧЕСКАЯ БИОПСИХОСОЦИОДУХОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЭПИДЕМИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

© 2015 г. П. И. Сидоров, Е. П. Совершаева

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Социальная эпидемия язвенной болезни (ЯБ) охватывает десятую часть взрослого населения земного шара. Многофакторный генез ЯБ потребовал разработки синергетической биопсихосоциодуховной концепции, позволившей выделить три донозологических фактала: предрасположения – язвенная семья, латентный – язвенный диатез, инициальный – предязвенное состояние и трех нозологических: развернутой клинической картины, хронизации и исхода. Предложены критерии социальной эпидемии ЯБ, деструктивной социальной эпидемии и пандемии. Обоснована мультидисциплинарная программа превентивно-коррекционной и лечебно-реабилитационной помощи.

Ключевые слова: синергетика, биопсихосоциодуховная концепция, соматогенез, психогенез, социогенез, анимогенез, социальная эпидемия, деструктивная социальная эпидемия, пандемия

SYNERGETIC BIO-PSYCHO-SOCIO-SPIRITUAL CONCEPTION OF PEPTIC ULCER SOCIAL EPIDEMIC

P. I. Sidorov, E. P. Sovershaeva

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

The Peptic Ulcer (PU) social epidemic comprises one tenth of adult population of the globe. The PU polygenic nature required development of the synergetic bio-psycho-socio-spiritual conception that allowed to specify three prenosological fractals: predisposition - ulcerogenic family, latent - ulcerogenic diathesis, initial - a preulcerous state, and three nosological fractals: a full-scale clinical picture, chronization and an outcome. There have been proposed criteria of a social PU epidemic, a destructive social epidemic and a pandemy. The multidisciplinary program of preventive-correctional and medical-rehabilitation aid has been grounded.

Keywords: synergetics, bio-psycho-socio-spiritual conception, somatogenesis, psychogenesis, sociogenesis, animogenesis, social epidemic, destructive social epidemic, pandemy

Библиографическая ссылка:

Сидоров П. И., Совершаева Е. П. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция социальной эпидемии язвенной болезни // Экология человека. 2015. № 2. С. 43–51.

Sidorov P. I., Sovershaeva E. P. Synergetic Bio-psycho-socio-spiritual Conception of Peptic Ulcer Social Epidemic. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2015, 3, pp. 43-51.

Язвенная болезнь (ЯБ) – хроническое рецидивирующее заболевание, протекающее с образованием дефекта слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, склонное к прогрессированию, с вовлечением в патологический процесс других органов системы пищеварения.

Распространенность ЯБ среди взрослого населения составляет в разных странах от 5 до 15 % (в среднем 7–10 %). Язвы двенадцатиперстной кишки встречаются в 4 раза чаще, чем язвы желудка. Среди больных с дуоденальными язвами мужчины значительно преобладают над женщинами, тогда как среди пациентов с язвами желудка соотношение мужчин и женщин оказывается примерно одинаковым [4].

Городское население страдает этим заболеванием чаще, чем жители села. Болеют преимущественно молодые и взрослые мужчины (25–40 лет). Женщины чаще заболевают после менопаузы. Почти у 10 % населения в возрасте до 60 лет развивается язва желудка или двенадцатиперстной кишки. Язвенная болезнь часто имеет рецидивирующее течение, сопровождается тяжелыми осложнениями и приводит

к высокому удельному весу нетрудоспособности больных [3].

В настоящее время многочисленные экспериментальные и клинические исследования убедительно доказали правомочность инфекционной теории ЯБ, и лучшим ее подтверждением стало радикальное снижение заболеваемости хеликобактерассоциированной ЯБ, а также тенденция к снижению распространенности рака желудка. Это стало возможно после разработки и внедрения во многих странах, главным образом Европы, США и Австралии, так называемой эрадикационной терапии, преследующей целью искоренение паразитирования *Helicobacter pylori* в гастродуоденальной зоне. Тенденция к снижению заболеваемости настолько достоверна, что математическое моделирование процесса позволяет прогнозировать исчезновение хеликобактерассоциированной ЯБ [5].

Задачей статьи является концептуально-методологическое обоснование синергетической биопсихосоциодуховной концепции ЯБ и эффективности системного подхода к лечебно-профилактической помощи.

Этиопатогенез язвенной болезни

С современных позиций ЯБ рассматривается как многофакторное, генетически и патогенетически неоднородное заболевание. Среди этиологических факторов, ведущих к развитию ЯБ, важнейшее место занимает наследственность. Однако наследуется не само заболевание, а только предрасположенность к нему [14].

Установлен ряд генетических факторов, наличие которых способствует возникновению ЯБ: наследственно обусловленное увеличение массы обкладочных клеток, их гиперчувствительность к гастрину; врожденный дефицит мукопротеидов слизи, недостаточность выработки секретируемого IgA и простагландинов; группа крови O(I), положительный резус-фактор, наличие HLA-антигенов B5, B15 и B35 и др.

Реализуется наследственная предрасположенность при следующих неблагоприятных воздействиях: инфицирование *Helicobacter pylori*, нарушение питания, воздействие местных раздражителей, прием лекарственных средств (нестероидные противовоспалительные средства), курение, прием алкоголя, эмоциональный стресс.

Язвенная болезнь — заболевание мультифакториального генеза, однако в настоящее время в этиопатогенезе болезни, особенно при ее дуоденальной форме, большое значение придается инфекционному агенту *Helicobacter pylori*. Эпидемиологические данные, полученные в различных странах, свидетельствуют о том, что практически 100 % язв, локализованных в двенадцатиперстной кишке, и более 80 % язв желудочной локализации связаны с персистенцией *Helicobacter pylori* [5, 6, 19]. Однако, у 5–10 % больных с дуоденальными язвами и у 15–20 % пациентов с язвами желудка развитие заболевания может происходить без участия *Helicobacter pylori*. В первую очередь это относится к симптоматическим гастродуоденальным язвам [5].

Решающим звеном в патогенезе ЯБ является дисбаланс между факторами агрессии и факторами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К факторам агрессии относят: усиление воздействия ацидопептического фактора, связанное с увеличением продукции соляной кислоты и пепсина; нарушение моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (задержка или ускорение эвакуации кислого содержимого из желудка, дуоденогастральный рефлюкс).

Факторами защиты являются: резистентность слизистой оболочки к действию агрессивных факторов; желудочное слизиобразование; адекватная продукция бикарбонатов; активная регенерация поверхности эпителия слизистой оболочки; достаточное кровоснабжение слизистой; нормальное содержание простагландинов в стенке слизистой оболочки; иммунная защита.

Многие из указанных факторов агрессии и защиты генетически детерминированы, а равновесие между ними поддерживается согласованным взаимодей-

ствием нейроэндокринной системы, включающей кору головного мозга, гипоталамус, периферические эндокринные железы и гастроинтестинальные гормоны, пептиды.

Нарушение соотношения факторов агрессии и защиты может быть различным в каждом конкретном случае.

С целью выявления факторов риска, специфичных для ЯБ, нами [8] было проведено обследование 60 больных (30 женщин и 30 мужчин; средний возраст $48,23 \pm 1,83$ года). Наиболее часто (95,6 %) встречался психоэмоциональный стресс, который скорее всего и был провоцирующим этиологическим фактором. Почти у 2/3 (66,3 %) обследованных имелось инфицирование *Helicobacter pylori*. У 2/3 больных (63,2 %) ЯБ возникла уже на фоне существующих заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (хронические гастрит, дуоденит, холецистит, панкреатит). Половина (53,2 %) пациентов отметили у себя нарушения режима и стереотипа питания, несбалансированное питание. Примерно 2/5 (43,4 %) обследованных имели группу крови O(I). Курение (80,1 % у мужчин) и прием алкоголя (46,7 % у мужчин) отмечались при ЯБ соответственно в 2 и 1,5 раза чаще, чем, например, у лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией. Прием лекарственных средств, в частности нестероидных противовоспалительных (НПВС), наблюдался у 17 % и был связан с заболеваниями суставов. Наследственность по ЯБ была отягощена у 1/6 пациентов (16,4 %), что в 2 раза реже, чем при наследственности по артериальной гипертонии и ишемической болезни сердца. У каждого десятого (12,8 %) отмечалось воздействие местных физических, химических или термических раздражителей. Реже среди факторов риска наблюдались черепно-мозговая травма (4,3 %) и заболевания щитовидной железы с явлениями гипертиреоза (8,5 %), которые, вероятно, могли приводить к дисфункции гипоталамо-гипофизарной зоны и нарушениям эндокринной системы.

Факторный анализ риска при ЯБ показал наличие пяти ведущих факторов (общая информативность 70,7 %). Первый фактор — самый большой по объему (20,2 %), включающий курение и злоупотребление алкоголем, в первую очередь был характерен для мужчин. Второй (14,4 %) включал наследственную предрасположенность к ЯБ и наличие группы крови O(I). Стресс и заболевания ЖКТ вошли в третий фактор (13,4 %), что говорит о том, что стрессовый фактор действует на фоне дисфункции ЖКТ. Нарушения питания и прием НПВС (11,9 %) были включены в четвертый фактор (в первую очередь нарушающие местные процессы в слизистой двенадцатиперстной кишки). В пятый фактор (10,7 %) вошла черепно-мозговая травма, вероятно, сопровождающаяся гипоталамической дисфункцией.

В ходе выполнения множественного регрессионного анализа нами [8] было построено регрессионное уравнение, позволяющее прогнозировать величину риска возникновения ЯБ по наличию факторов риска.

Для составления регрессионной модели использованы данные обследования пациентов, не имеющих психосоматических заболеваний. Составленное регрессионное уравнение имело вид:

$$A = 0,007 + 0,678 \times \text{стресс} + 0,155 \times \text{алкоголь} + 0,142 \times \text{нарушения питания} + 0,222 \times \text{Helicobacter pylori}$$

Присутствие каждого из признаков у обследуемого оценивается как 1 балл, а отсутствие – 0 баллов.

Коэффициент множественной регрессии (R) = 0,883. Уравнение объясняет 77,9 % (R² = 0,779) вариации зависимой переменной. Все коэффициенты уравнения значимы на уровне (p-level) ≤ 0,023. Ограничение модели: возраст от 17 до 57 лет. При значениях 0,007–0,406 риск оценивается как низкий; 0,407–0,804 – средний; 0,805–1,204 – высокий.

Эпидемические масштабы распространенности ЯБ могут оцениваться как: социальная эпидемия – возникновение в коллективе или на территории случаев (вспышки) с частотой, существенно превышающей обычно ожидаемую. Социальные эпидемии переходят в разряд деструктивных, когда начинают угрожать общественному здоровью и национальной безопасности всей страны в целом. В этом случае включаются механизмы генерализации, расширения и неконтролируемого воспроизводства, раскручивая интенсивность эпидемического процесса до пандемии, охватывающей не только страны, но и континенты [21]. Если при социальных эпидемиях преобладают ранние формы ЯБ, то при деструктивных социальных эпидемиях – хронические типы течения, а при пандемиях – исходные состояния и осложнения.

Синергетика язвенной болезни

Динамика ЯБ включает следующие фракталы (табл. 1): предрасположенность – язвенная семья, латентный – язвенный диатез, инициальный – предъязвенные состояния, развернутая клиническая картина ЯБ, хронизация – формы и типы течения

ЯБ, исхода – соматоневрологические осложнения ЯБ.

Фрактал *язвенной семьи* является начальным при формировании ЯБ. Нарушения семейных взаимоотношений и распределения ролей могут способствовать формированию данной патологии.

В происхождении ЯБ велика роль семьи. Нарушения семейных взаимоотношений в детском возрасте приводят к нарушениям навыков межличностного общения, трудностям адаптации, повышению эмоционального напряжения и тревожности, что неизбежно сказывается на семейных отношениях во взрослой жизни.

В 76,6 % случаев у больных ЯБ имеются актуальные психогении и у 27–30 % – психогении в детстве, а среди лиц, проживающих в крупных городах, они распространены до 60 %. У лиц с ЯБ психическая травматизация в детстве вызвана постоянными конфликтами в семье или разводом родителей, травматичными методами воспитания по типу «отчуждения». Большинство больных ЯБ в детские годы оказывались свидетелями, а иногда и невольными участниками постоянных ссор и конфликтов между родителями, которые ограничивали их свободу и были скупы на ласку; испытывали обиды со стороны сверстников; трудно адаптировались к службе в армии; быстро разочаровывались в избранной ими профессии, в связи с чем часто меняли место работы, не испытывая удовлетворения от своего труда. Среди таких больных много дисгармоничных браков, доминирует привязанность к дому, нежелание «выходить в люди», участвовать в компаниях, вообще общаться с людьми [17].

При нарушении эмоциональных связей в детстве ЯБ развивалась рано, отличалась более тяжелым течением, с частыми рецидивами, осложнениями, стойко и трудно купирующимися болями.

Важной психологической особенностью семей с ЯБ является наличие алекситимии, в разной степени выраженной у всех членов семьи. Патологизирующие типы семейного воспитания, «доминирующая (или

Таблица 1

Фрактальная динамика развития социальной эпидемии язвенной болезни

Вектор онтогенеза	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предрасположенность: язвенная семья	Латентный: язвенный диатез	Инициальный: предъязвенное состояние	Развернутая клиническая картина: ЯБ/социальная эпидемия	Хронизация: типы и формы течения ЯБ/деструктивная социальная эпидемия	Исход: соматоневрологические осложнения/пандемия
Соматогенез	Наследственная отягощенность	Склонность к патологическим физиологическим реакциям	Предъязвенное состояние	Язвенная болезнь	Формы и типы течения ЯБ	Соматические осложнения
Психогенез	Психофизиологическая диспозиция	Преморбидные личностные особенности	Психосоматические реакции	Соматоформные нарушения	Психосоматические нарушения	Соматопсихические нарушения
Социогенез	Дисгармония семейных отношений	Дисгармония социализации личности	Нарушения значимых социальных отношений	Преходящая социальная дисфункция	Социальная декомпенсация	Социальная дезадаптация (инвалидность)
Анимогенез	Духовно-нравственная дефицитарность или амбивалентность семьи	Дисгармония формирования нравственных чувств	Деформация нравственного облика	Деструкция духовно-нравственной позиции	Вероятность аморальных поступков	Возможность противоправного поведения

потворствующая) гиперпротекция» с воспитательной неуверенностью и предпочтением детских качеств закрепляют семейную дисфункцию. В таких семьях отмечается высокий уровень общей семейной тревоги и малоэффективные стратегии совладания со стрессом [2].

Следующим является *фрактал ulcerогенного диатеза* — это нарушение психической адаптации организма к внешней среде или пограничное состояние, которое может трансформироваться в заболевание под влиянием экзогенных (стресс) и эндогенных (генетически обусловленные аномалии и т. п.) факторов. Он представляет собой один из вариантов специфического диатеза или предрасположенности к общей группе недифференцированных психических диатезов.

У человека, имеющего *ulcerогенный диатез*, при воздействии внешних или внутренних факторов риска развивается *предязвенное состояние*. К нему можно отнести наличие острого или хронического дуоденита или гастрита. Среди обследованных нами больных с ЯБ двенадцатиперстной кишки у 63,2 % возникновению ЯБ предшествовал острый или хронический дуоденит [8].

Воздействие специфичных для ЯБ факторов риска в дальнейшем может привести к развитию *клинической картины впервые возникшей ЯБ*. При возникновении ЯБ, кроме наследственной предрасположенности, соматического состояния человека, стрессового фактора, также играют роль и другие специфичные и предрасполагающие факторы, среди которых ведущими являются: *Helicobacter pylori*, курение, алкоголь. Каждый из данных факторов может способствовать развитию заболевания.

Различные формы и типы течения ЯБ отражают многовариантные особенности развития болезни. Особенности течения и формы ЯБ зависят от воздействия психологических и социальных, духовно-нравственных и соматических факторов. Течение заболевания может быть стабильным, с редкими обострениями или лабильным, приводящим к быстрому развитию осложнений.

К *соматоневрологическим осложнениям ЯБ* относят соматические осложнения, а также психические расстройства невротического и психотического уровней, являющиеся следствием влияния на психику соматического заболевания. Соматоневрологические осложнения являются исходом длительно текущего заболевания с частыми обострениями.

Среди соматических осложнений ЯБ надо отметить: кровотечение, рубцово-язвенный стеноз привратника, перфорацию, пенетрацию, малигнизацию язвы [5].

Далее остановимся на каждом из векторов синергической модели ЯБ. Соматогенез (онтогенетическое развитие соматических функций) заболевания предполагает в первом фрактале наличие наследственной предрасположенности, это, в частности, подтверждают результаты проведенного нами опроса больных с ЯБ [8]. Почти у 16,4 % обследуемых имела место наследственная предрасположенность к ЯБ. В латентном

фрактале соматогенеза ЯБ можно отметить наличие склонности к патологическим физиологическим реакциям, что может проявляться, например, тошнотой, усилением моторики при стрессовых ситуациях. Здесь очень важными оказываются ранее отмеченные факторы, предрасполагающие к развитию ЯБ.

Предязвенное состояние как функциональное расстройство может и не перейти в стадию развитого заболевания. К данному состоянию можно отнести острый или хронический дуоденит или гастрит. Далее следует развернутая клиническая картина впервые возникшего заболевания.

Язвенная болезнь протекает в различных клинических формах: легкая форма — с рецидивами 1 раз в 1–3 года, с умеренными болями, которые купируются за 4–7 дней; средней степени тяжести — с рецидивами 2 раза в год, значительно выраженным болевым синдромом, купирующимся за 10–14 дней; тяжелая форма — с рецидивами чаще 2 раз в год, интенсивными болями, которые купируются за более чем 10–14 дней, нередко отмечаются осложнения.

Формы и типы течения ЯБ зависят от воздействия внешних и внутренних факторов, в связи с чем возможно относительно благоприятное течение заболевания или лабильное, с частыми ухудшениями. Конечным фракталом соматогенеза ЯБ являются уже отмеченные соматические осложнения.

Психогенез (онтогенетическое развитие психических функций) ЯБ в первом фрактале представлен психофизиологической диспозицией, предполагающей наличие специфических врожденных особенностей, которые могут способствовать развитию заболевания. Нами, в частности, обнаружены следующие психофизиологические особенности: слабый и среднеслабый типы нервной системы, низкие значения показателей эргичности и темпа, высокая эмоциональность и неустойчивость. От психофизиологических характеристик зависит выраженность физиологического ответа на стрессор. Отмеченные психофизиологические особенности способны вызвать более выраженную и патологическую реакцию на стрессор [8].

Второму фракталу психогенеза присущи преморбидные личностные особенности, среди них можно отметить тревожность и мнительность, ипохондрические особенности и ригидность мышления, необщительность и пессимизм [7].

В инициальный период заболевания возможны психосоматические реакции, проявляющиеся жалобами на единичные симптомы со стороны соматического состояния (боли в эпигастрии, метеоризм, кратковременное нарушение стула и др.), с длительностью расстройства от нескольких минут до нескольких дней и не нарушающие функции органа. При дальнейшей психической травматизации происходит трансформация психосоматических реакций в соматоформные нарушения, которые также являются функциональными, но продолжаются более длительно (более 6 месяцев) и сопровождаются повторяющимися, множественными и клинически значимыми жалобами. В данном фрактале также возможны нозогенные реакции на факт

впервые обнаруженного заболевания, проявляющиеся тревожной и астенической, фобической и депрессивной симптоматикой. В дальнейшем возможен переход в психосоматические нарушения, которые уже носят хронический и необратимый характер. При тяжелом течении ЯБ вероятно наличие ипохондрической, депрессивной и истерической симптоматики [7, 15].

В самом последнем фрактале, говорящем об исходе заболевания, возникают соматопсихические нарушения, являющиеся следствием влияния на психику длительно текущего заболевания.

Социогенез (онтогенетическое развитие социальных ролей и отношений) ЯБ начинается с дисгармонии семейных отношений. Дисгармония может быть связана с нарушениями одного или нескольких видов семейных отношений: психологических (открытость, доверие, забота друг о друге, взаимная моральная и эмоциональная поддержка), психофизиологических (половые отношения), социальных (распределение ролей, материальная зависимость, авторитет, руководство), культурных (национальные и религиозные традиции и обычаи). Все эти виды отношений влияют на воспитание ребенка в семье. Вследствие дисгармонии семейных отношений может в дальнейшем возникнуть дисгармония социализации личности. Именно в семье ребенок усваивает большую часть имеющихся в обществе социальных отношений. Нарушенные семейные отношения будут образцом для усвоения и приведут к формированию дисгармонии личности. В дальнейшем это может привести к нарушению значимых социальных отношений во взрослом состоянии, которые станут стрессогенным фактором.

В стадии развернутой клинической картины ЯБ могут возникать преходящие социальные дисфункции, связанные с необходимостью изменения образа жизни. При тяжелом течении ЯБ возможно обнаружение социальной декомпенсации, которая проявляется в нарушении семейных, профессиональных и других социальных отношений. В исходе заболевания возникает социальная дезадаптация, связанная с выходом на инвалидность, утратой социального статуса, профессиональных и личных перспектив.

Анимогенез (онтогенетическое духовно-нравственное развитие личности) ЯБ начинается во фрактале predisпозиции с духовно-нравственной дисгармонии, дефицитарности или амбивалентности семейных отношений, создающих осознаваемое или неосознаваемое психоэмоциональное напряжение.

Латентный фрактал язвенного диатеза представлен дисгармонией и дисхроном формирования и развития основных нравственных чувств: веры и ответственности, совести и долга, чести и достоинства. Это проявляется замедлением и нарушением моральной социализации и развития личности в любом возрастном периоде.

В инициальном фрактале становятся рельефными дефицитарность или деформация нравственного облика, проявляющиеся недостаточностью выдержки и терпения, гуманности и милосердия, скромности и тактичности. В дальнейшем развивается синдром

деморализации, клиническая картина которого в каждом конкретном случае и фрактале формируется и дополняется коморбидными и ассоциированными расстройствами в био-, психо- и социогенезе [10].

Фрактал развернутой клинической картины ЯБ проявляется деструкцией и утратой духовно-нравственной позиции: снижением способности различия добра и зла, проявлений привязанности и любви, отказом от борьбы и продолжения жизненных испытаний, сопряженных в восприятии больного с ЯБ.

Фракталы хронизации и исхода ЯБ характеризуются нарастанием всех выделенных дефиниций синдрома деморализации.

Медико-психосоциодуховная помощь больным язвенной болезнью

На основе синергетической концепции формирования ЯБ нами разработана программа медико-психосоциодуховной помощи больным, включающая четыре блока: медицинский и психологический, социальный и духовно-нравственный (табл. 2).

Синергетическая модель формирования ЯБ требует внедрения мультидисциплинарных бригадных форм организации профилактики и коррекции, лечения и реабилитации. Превентивно-коррекционные мероприятия реализуются в первых трех донозологических фракталах, а лечебно-реабилитационные — в трех нозологических, составляя единый мультидисциплинарный протокол помощи больным ЯБ в рамках синергетической методологии ментальной медицины [21].

Медицинский блок в векторе соматогенеза включает оказание помощи специалистами общей практики, врачами-терапевтами, гастроэнтерологами, а при возникновении осложнений — узкими специалистами (хирурги, онкологи). *Психологический блок* помощи в векторе психогенеза предполагает участие специалистов, занимающихся психическим здоровьем: психотерапевтов, клинических психологов, психиатров. *Социальная помощь* оказывается в векторе социогенеза с участием специалистов социальных служб. *Духовно-нравственный блок* в векторе анимогенеза реализуется с участием семьи и референтного окружения в микросоциальной и производственной среде, с использованием современных методов и форм образования и воспитания взрослых, коучинга и тренинга личностного роста; подключением экспертов и консультантов корпоративных этических комитетов и служб ментального здоровья в случаях угрозы возникновения моббинга или трудовых конфликтов и необходимости медиации; духовных наставников из официальных российских конфессий; участия в программах и мероприятиях общественных организаций родственников и больных ЯБ, волонтерских и социальных движений, профсоюзных и ветеранских организаций.

Синергетическая концепция формирования заболевания позволяет обосновать организацию первичных профилактических мероприятий еще *во фрактале predisпозиции (язвенная семья)*, где мероприятия направлены на выявление наследственной,

Таблица 2

Программа медико-психосоциодуховной помощи больным язвенной болезнью

Блок	Донозологические фракталы			Нозологические фракталы		
	Предиспозиция: язвенная семья	Латентный: язвенный диатез	Инициальный: предязвенное состояние	Развернутая клиническая картина: ЯБ /социальная эпидемия	Хронизация: формы и типы течения ЯБ / деструктивная социальная эпи- демия	Исход: соматопсихиче- ские осложнения /пандемия
Медицинский	Включение лиц с наследственной предрасположенностью к ЯБ в группу риска и раннее их профилактическое обследование	Выявление лиц, склонных к патологическим физиологическим реакциям	Диагностика острых и хронических гастритов и дуоденитов при профосмотрах; медикаментозные и немедикаментозные воздействия	Постановка клинического диагноза ЯБ, назначение медикаментозной терапии, профилактики осложнений	Контроль за соматическим состоянием; адекватная медикаментозная терапия, профилактики осложнений	Лечение соматических и психических осложнений ЯБ
Психологический	Выявление лиц со специфическими психофизиологическими особенностями и включение их в группу риска	Коррекция преморбидных личностных особенностей, повышение стрессоустойчивости	Коррекция психосоматических реакций, психотерапия	Коррекция нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Коррекция психо-соматических нарушений, психотерапия, психофармакотерапия	Психологическая реабилитация
Социальный	Выявление и коррекция дисгармонии семейных отношений	Коррекция семейных отношений и социализации личности	Гармонизация значимых социальных отношений	Адаптация к заболеванию, коррекция межличностных проблем	Профессиональная и семейная адаптация	Социальная реабилитация
Духовно-нравственный	Скрининг и коррекция «морального климата» семьи	Коррекция формирования и развития нравственных чувств	Коррекция формирования нравственного облика	Реконструкция нравственной позиции	Реконструкция нравственного поведения	Духовно-нравственная реабилитация

психофизиологической предрасположенности и на гармонизацию социально-психологических и духовно-нравственных аспектов семейных отношений.

В *латентном фрактале* мероприятия направлены на выявление патологических физиологических реакций, коррекцию социализации личности, преморбидных особенностей. Диагностика патологических физиологических реакций должна заключаться в изучении жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта у лиц, имеющих нарушения в моральной социализации личности и преморбидные личностные особенности.

В *инициальном фрактале* при возникновении предязвенного состояния для профилактики развития ЯБ предполагаются медикаментозные и немедикаментозные воздействия, препятствующие развитию заболевания. Необходима стратегия первичной профилактики (здоровый образ жизни, отказ от вредных привычек, профилактика синдрома деморализации).

Во *фрактале развернутой клинической картины* ЯБ требуется ранняя квалифицированная медицинская и психологическая, социальная и духовно-нравственная помощь.

Ведущим клиническим симптомом обострения ЯБ являются боли в подложечной области, которые могут иррадиировать в левую половину грудной клетки и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. При обострении ЯБ часто встречаются и диспептические расстройства: отрыжка кислым, изжога, тошнота, запоры. Характерным симптомом является рвота кислым желудочным содержимым.

Основное значение в диагностике ЯБ имеют рентгенологический и эндоскопический методы исследования. Для определения дальнейшей тактики лечения исключительно большое значение приобретают результаты исследования наличия в слизистой оболочке желудка *Helicobacter pylori*.

Данные различных исследований свидетельствуют о том, что развитие ЯБ может быть в значительной степени предотвращено посредством воздействия на модифицируемые факторы риска.

В практике сложилась определенная направленность терапии ЯБ. Принципы лечения *острой фазы заболевания* подразумевают информирование больного о его заболевании и закрепление у него стойкой мотивации на соблюдение режима питания, здорового образа жизни и строгого соблюдения лечебных рекомендаций, а также обучение больных с целью достижения партнерства в лечении. Известно, что готовность и желание больного строго следовать предписаниям врача являются ведущим фактором эффективности лечения [5, 7].

Основные принципы лечения больных ЯБ [3, 5]:

- 1) воздействие на факторы агрессии и/или защиты;
- 2) при ЯБ, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, её эрадикация;
- 3) при необходимости использование в лечении больных лекарственных препаратов, устраняющих диспептические и/или невротические симптомы;
- 4) коррекция медикаментозного лечения больных с учетом сопутствующих заболеваний;

5) учет индивидуальных особенностей больных (возраст и масса тела, переносимость конкретными больными тех или иных медикаментозных препаратов, активность и т. п.);

6) учет финансовых возможностей стационара и конкретных больных, если лечение проводится в амбулаторно-поликлинических условиях.

При лечении больных пожилого и старческого возраста, страдающих ЯБ, необходимо также дополнительно учитывать следующие принципы лечения [5]:

1) лечение больных медикаментозными препаратами, улучшающими кровоснабжение, регенерацию и защитный слизистый барьер;

2) снижение обычных дозировок препаратов с учетом возраста больных;

3) предпочтительно применение быстрорастворимых медикаментозных препаратов при лечении особенно ослабленных больных.

Очень важным в этот период становится адекватное лечение для недопущения перехода в следующий фрактал.

В *исходе течения* ЯБ с развитием соматоневрологических осложнений пациентам проводится медицинская и социальная, психологическая и духовно-нравственная реабилитация.

Медицинский блок представлен в специальных гастроэнтерологических руководствах [4, 5] и не требует специального обсуждения в статье.

Для коррекции коморбидных психических расстройств могут быть использованы психотропные препараты, выбор которых должен проводиться у каждого больного индивидуально, с учетом тяжести состояния и наличия осложнений, сопутствующих заболеваний и переносимости препаратов.

Психологический блок. Больные с ЯБ наряду с соматотропной терапией нуждаются в проведении психотерапевтического лечения. Так, обнаружено, что 36 % пациентов с ЯБ нуждаются в активной психотерапии, которая должна быть направлена на устранение психических нарушений и психосоциальных факторов [22].

Существуют сведения об эффективном применении различных методов психотерапии при ЯБ. Среди них рациональная психотерапия, гипнотерапия, аутогенная тренировка, групповая психотерапия [1, 20].

Рациональная психотерапия не только улучшает психоэмоциональное состояние, но и снижает интенсивность вегетативных реакций и болевых ощущений. При ЯБ отмечается большая эффективность от гипносуггестивной терапии, в первую очередь в молодом возрасте, на 1 и 2 стадиях гипноза, а в зрелом — на 3 стадии. Низкая эффективность гипнотерапии наблюдается в пожилом возрасте. Более позитивные результаты отмечаются у лиц с локализацией язвы в двенадцатиперстной кишке.

У пациента с «неврозом характера» «рассеивание» агрессивных эмоций создает негативное отношение к нему самому со стороны членов семьи и других лиц. Эта негативная реакция форсирует стремление пациента проявлять агрессию, таким образом формируется

«порочный круг». Для его преодоления показано применение техники «конструктивного спора» [18].

Групповая патогенетическая психотерапия является эффективным способом психотерапевтической коррекции нарушенных отношений при ЯБ и должна быть направлена на развитие прежде всего эмоциональных компонентов взаимоотношений больных.

Необходимость применения метода групповой патогенетической психотерапии в системе комплексного лечения больного ЯБ обусловлена существенной ролью психологических факторов в этиопатогенезе заболевания, в особенности деформирующим воздействием эмоциональной депривации на межличностные и значимые внутриличностные отношения больного, а также искажением полоролевых образцов поведения в сфере межличностного взаимодействия, что требует их эффективной коррекции.

Методика групповой психотерапии при ЯБ направлена на восстановление нарушенных отношений путем воздействия на все основные компоненты этих отношений: познавательный, эмоциональный и поведенческий в условиях психотерапевтической группы [16].

Особенностью психотерапевтической работы с больными ЯБ является возможность эмоциогенной провокации обострения заболевания, что делает невозможным использование на начальных этапах групповой работы приемов, связанных с переживанием чрезмерного эмоционального напряжения. Другой особенностью больных является наличие у них устойчивого социального статуса, соответствующих ему стереотипов поведения, ограничивающих диапазон актуализации личностных свойств, которая обеспечивает сохранение границ этого диапазона, а также своеобразной «психологической защиты» со склонностью к оппозиции, критическим установкам и недоверию. Этими особенностями определяется тактика терапевта в руководстве группой.

В соответствии с целью психологической коррекции значимых эмоциональных отношений больных ЯБ психотерапевтическая работа с ними должна быть направлена на решение следующих задач:

1) развитие способности больных к эмоциональному взаимодействию — повышение эмоциональной чувствительности, уровня эмпатии, адекватности отражения и выражения собственных переживаний и чувств;

2) выявление и анализ индивидуальной психологической проблематики каждого члена терапевтической группы в связи с характерным для него стереотипом переживания и поведения;

3) расширение диапазона поведенческих реакций с преодолением ригидных дезадаптивных стереотипов и формирование адекватного каждой личности эффективного стиля поведения и эмоционального реагирования.

Работа с больными различными формами ЯБ должна строиться с учетом их характерных психологических особенностей. Общими факторами психотерапевтического взаимодействия при работе с больными ЯБ являются: эмоциональный контакт

и взаимная поддержка членами группы; преодоление социальной отчужденности, связанной с фиксацией на заболевании; катарсическое переживание эмоций и коррективный эмоциональный опыт; предоставляемая друг другу обратная связь и конфронтация с собственной психологической проблематикой; формирование новых социальных навыков. Наиболее целесообразно проведение психотерапевтической работы в амбулаторных условиях, где 25–30 занятий 1 раз в неделю по 1,5–2 часа позволяют благодаря протяженности во времени глубже осознать свои психологические трудности и применять полученные в процессе группового общения навыки в повседневной жизни.

Таким образом, при ЯБ могут применяться различные методы психотерапии, которые способствуют улучшению психологического состояния больных, повышают мотивацию и улучшают ментальность, а также снижают выраженность соматической симптоматики, что говорит о необходимости их применения в комплексе с медикаментозным лечением.

Социальный блок. У больных ЯБ с пассивным личностным типом предлагается суппортивная форма терапии. При ней больной должен иметь возможность выразить свою потребность в зависимости, не боясь негативной оценки врача. Если ему не придется с чувством вины утаивать свои агрессивные побуждения, то он, возможно, будет воспринимать врача как положительную родительскую фигуру и сможет говорить о нераскрытых до сих пор страхах. Таким образом, появится возможность вербализовать социально-психологический конфликт и обсудить проблемы на рациональном уровне. Вовлечение семьи в терапевтический процесс способствует повышению эффективности социотерапии. Для этой цели используется семейная конфронтация. В целостной семейной структуре заболевший человек часто становится носителем семейных конфликтов. Вовлечение семьи в терапевтический процесс ценно еще и потому, что больные ЯБ часто имеют отягощенный в этом отношении анамнез. При этом отношения в семье, с партнером или детьми являются источником множественных конфликтов. Семейная конфронтация также способствует предотвращению социально-психологического наследования готовности к язве, поскольку устранение трудностей взаимопонимания и внутрисемейных конфликтных ситуаций может предотвратить типичные для больного ЯБ ранние нарушения взаимодействия у детей следующих поколений.

Семейная и социальная терапия в случае «тиранического пациента» нацелена на осознание больным переживаемого им страха; ситуаций, в которых возникает наиболее выраженный страх, и появляется гиперкомпенсаторное стремление уйти от этих переживаний с помощью тиранического поведения. Занятия должны проводиться по принципу «здесь и сейчас», с использованием техник гештальттерапии. Пациент и его родственники используют технику «перевертышей», то есть поочередно проигрывают роли «агрессивного» и «тиранического», а затем «испуганного» человека. Обсуждается аутентичность пребывания в этих полярных социальных ролях. Рассматриваемая социально-пси-

хологическая проблема формируется в родительской семье пациента, в которой либо оба, либо один из родителей обнаруживали стремление к доминированию и подавлению. Такое поведение родителей вызывало у детей страх с дальнейшим формированием социально-психологической защитной реакции в виде тирании. Зачастую гиперкомпенсаторное тираническое поведение актуализировалось в супружеской семье пациента. Семейная и социальная терапия должны способствовать повышению эмпатии у членов семьи и созданию альтернативных стандартов социального взаимодействия [1, 8, 18]. Наиболее эффективно социотерапия реализуется в «Школах здоровья» для больных ЯБ.

Духовно-нравственный блок. Скрининг и коррекция морального климата семьи осуществляются в ходе семейной и социальной психотерапии, реализующей задачи этико-психологической гармонизации межличностных отношений и духовно-нравственного развития семьи.

Коррекция формирования и развития основных нравственных чувств и морального облика проводится по всем духовно-нравственным модальностям личности, из которых может развиваться синдром деморализации, с учетом индивидуальных психологических особенностей и микросреды, коморбидных и ассоциированных расстройств у каждого конкретного пациента [9, 12].

Реконструкция нравственной позиции и поведения в рамках сформированного синдрома деморализации требует привлечения ресурсов морального социального тренинга, коучинга и духовных (религиозных) практик [11, 13].

Духовно-нравственная реабилитация осуществляется в рамках поддерживающей терапии, реализующей задачи невелирования пессимистическо-катастрофических установок и поддержания оптимистично-ресурсной жизненной позиции.

Таким образом, помощь больным ЯБ, основанная на синергетической методологии ментальной медицины, способствует реализации современного биопсихосоциодуховного подхода, предполагающего участие мультидисциплинарных бригад специалистов, включающих врача-гастроэнтеролога, психотерапевта, клинического психолога, специалистов по социальной работе и биоэтике.

Список литературы

1. Абабков В. А., Карвасарский Б. Д. Психотерапия. СПб. : Питер, 2012. 672 с.
2. Билецкая М. П. Семейная дисфункция в семьях подростков с психосоматическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Сборник материалов ко 2-му Международному конгрессу «Психосоматическая медицина-2007». СПб. : Реноме, 2007. С. 45–46.
3. Васильев Ю. В. Язвенная болезнь: патологические аспекты и медикаментозное лечение больных // Consilium Medicum. 2002. № 2, прилож. С. 4–10.
4. Ивашкин В. Т. Гастроэнтерология : клинические рекомендации. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 208 с.
5. Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. Национальное руководство по гастроэнтерологии. М., 2013. 704 с.
6. Ливзан М. А. Клинико-морфологическая характеристика *Helicobacter pylori*-ассоциированного хронического

гастрита в условиях эрадикационной терапии : автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Омск, 2006. 40 с.

7. Оганезова И. А. Язвенная болезнь: внегастродуоденальные проявления. Архангельск, 2004. 186 с.

8. Сидоров П. И., Новикова И. А. Ментальная медицина : руководство. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. 728 с.

9. Сидоров П. И. Адаптивный профессиогенез как приоритет корпоративной службы ментального здоровья // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2014. № 2. С. 13–25.

10. Сидоров П. И. Механизмы социальных эпидемий и синергетика эффективного ответа // Психическое здоровье. 2014. № 5. С. 32–44.

11. Сидоров П. И. Духовно-нравственные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 6. С. 22–39.

12. Сидоров П. И. Ресурсы и направления ментальной превентологии // Экология человека. 2014. № 10. С. 31–43.

13. Сидоров П. И. Религиозные ресурсы психиатрии и ментальной медицины // Психическое здоровье. 2014. № 12. С. 65–76.

14. Симоненков В. И. Тупики и перспективы психосоматической и адаптационной медицины. СПбМАПО, 2008. 24 с.

15. Смуглевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. М. : Медпресс-информ, 2011. 720 с.

16. Соловьева С. Л. Психотерапия : справочник практического психолога. М. : АСТ, 2007. 524 с.

17. Циммерман Я. С., Щеткин Д. И. Пирацетам в комплексной патогенетической терапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клиническая медицина. 2002. № 1. С. 48–53.

18. Эйдемиллер Э. Г., Александров Н. В., Юстицкий В. Семейная психотерапия. СПб. : Речь, 2007. 400 с.

19. Malfertheiner P. et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. 2007. Vol. 56. P. 772–781.

20. Martens U., Enck P., Matheis A. et al. Motivation for Psychotherapy in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders // Psychosomatics. 2010. Vol. 51, issue 3. P. 225–229.

21. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection // Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies. NY : NOVA Science Publishers, 2014. P. 177–214.

22. Spahn C. Psychosomatic liaison service in medicine – need for psychotherapeutic interventions and their realizations // Swiss. Med. Wkly. 2002. Vol. 132, N 13–14. P. 166–173.

References

1. Ababkov V. A., Karvasarskii B. D. *Psikhoterapiya* [Psychotherapy]. Saint Petersburg, Piter Publ., 2012, 672 p.

2. Biletskaya M. P. Family dysfunction in families of adolescents with psychosomatic diseases of the gastrointestinal tract. *Sbornik materialov ko 2-mu Mezhdunarodnomu kongressu «Psikhosomaticheskaya meditsina-2007»* [Proceedings of 2-d International Congress “Psychosomatic Medicine-2007”]. Saint Petersburg, Renome Publ., 2007, pp. 45-46.

3. Vasil'ev Yu. V. Ulcer disease: pathological aspects and medicinal treatment of patients. *Consilium Medicum*. 2002, 2, iss., pp. 4-10.

4. Ivashkin V. T. *Gastroenterologiya. Klinicheskie rekomendatsii* [Gastroenterology. Clinical Practice Guidelines]. Moscow, GEOTAR-Media, 2009, 208 p.

5. Ivashkin V. T., Lapina T. L. *Natsional'noe rukovodstvo po gastroenterologii* [National Guide in Gastroenterology]. Moscow, 2013, 704 p.

6. Livzan M. A. *Kliniko-morfologicheskaya kharakteristika Helicobacter pylori-assotsirovannogo khronicheskogo gastrita v usloviyakh eradikatsionnoi terapii. Avto-ref. dokt. diss.* [Clinical-morphological characteristic of Helicobacter pylori-associated chronic gastritis under eradication therapy]. Author's Abstract of Doct. Diss.]. Omsk, 2006, 40 p.

7. Oganезова I. A. *Yazvennaya bolezn': vnegastroduodenal'nye proyavleniya* [Ulcer disease: non-gastrointestinal manifestations]. Arkhangelsk, 2004, 186 p.

8. Sidorov P. I., Novikova I. A. *Mental'naya meditsina. Rukovodstvo* [Mentality Medicine. Guide]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2014, 728 p.

9. Sidorov P. I. Adaptive professionogenesis as priority of corporate Mentality Medicine Service. *Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2014, 2, pp. 13-25. [in Russian]

10. Sidorov P. I. Mechanisms of social epidemics and synergetics of effective response. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 5, pp. 32-44. [in Russian]

11. Sidorov P. I. Spiritual-moral resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 6, pp. 22-39. [in Russian]

12. Sidorov P. I. Resources and Lines of Mental Preventology. *Ekologiya cheloveka* [Human Ecology]. 2014, 10, pp. 31-43. [in Russian]

13. Sidorov P. I. Religious resources of Psychiatry and Mentality Medicine. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2014, 12, pp. 65-76. [in Russian]

14. Simonenkov V. I. *Tupiki i perspektivy psikhosomaticheskoi i adaptatsionnoi meditsiny* [Dead ends and perspectives of psychosomatic and adaptation medicine]. SPbMAPO, 2008, 24 p.

15. Smulevich A. B. *Psikhicheskie rasstroistva v klinicheskoi praktike* [Mental disorders in clinical practice]. Moscow, Medpress-inform, 2011, 720 p.

16. Solovieva S. L. *Psikhoterapiya. Spravochnik prakticheskogo psikhologa* [Psychotherapy. Manual of Applied Psychologist]. Moscow, 2007, 524 p.

17. Tsimmerman Ya. S., Shchetkin D. I. Piracetam in complex pathological therapy of duodenal ulcer. *Klinicheskaya Meditsina*. 2002, 1, pp. 48-53. [in Russian]

18. Eidemiller E. G., Aleksandrov N. V., Yustitskis V. *Semeinaya psikhoterapiya* [Family Psychotherapy]. Saint Petersburg, Rech' Publ., 2007, 400 p.

19. Malfertheiner P. et al. Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht III Consensus Report. *Gut*. 2007, 56, pp. 772-781.

20. Martens U., Enck P., Matheis A. et al. Motivation for Psychotherapy in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *Psychosomatics*. 2010, 51, issue 3, pp. 225-229.

21. Sidorov P. I. From bullying to pandemy of terrorism: synergetic bio-psycho-socio-spiritual methodology of Mental health protection. *Handbook on Bullying: Prevalence, Psychological impacts and intervention Strategies*. NY : NOVA Science Publishers, 2014, pp. 177-214.

22. Spahn C. Psychosomatic liaison service in medicine - need for psychotherapeutic interventions and their realizations. *Swiss. Med. Wkly*. 2002, 132, N 13-14, pp. 166-173.

Контактная информация:

Сидоров Павел Иванович – академик РАН, ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163001, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: pavelsidorov13@gmail.com