

Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике врача-терапевта*

Карташова И.Г.

Psychosomatic relations in gastro-intestinal diseases in therapeutic practice

Kartashova I.G.

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

© Карташова И.Г.

Изучены особенности психосоматических соотношений у 140 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) с невротическими и аффективными расстройствами. При анализе результатов клинико-эндоскопического, клинико-психопатологического, психологических методов исследования выявлен полиморфизм психопатологических расстройств, затрудняющий дифференциальную диагностику и лечение ЯБ ДПК и СРК, что требует комплексного подхода к терапии коморбидной гастроинтестинальной и пограничной психической патологии, включающей наряду с соматотропными препаратами средства психотропного действия.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, психопатологические расстройства, психосоматические соотношения, коморбидность гастроинтестинальной и психической патологии.

We have studied peculiarities of psychosomatic relations in 140 duodenal ulcer (DU) and irritable bowel syndrome (IBS) patients having neurotic and psychic disorders. Analysis of results of clinical-endoscopic, clinical-psychopathological, and psychological methods has revealed polymorphism of psychopathological disorders hampering differential diagnostics and treatment of DU and IBS. This requires a combined approach to therapy of comorbid gastro-intestinal and borderline mental pathologies with both somatotrophic and psychotropic agents.

Key words: duodenal ulcer, irritable bowel syndrome, psychopathological disorders, psychosomatic relations, comorbidity of gastro-intestinal and mental pathologies.

УДК 616.89-092.12:616.34-008.1/.3

Введение

Изучение проблемы коморбидности (соболезненности) соматической и психической патологии, многообразия их соотношений приобретает все большую актуальность как в общей врачебной практике, так и в психиатрии. В своей повседневной работе врач-терапевт, врач общей практики (семейный врач) нередко сталкиваются с клиническими случаями, которые невозможно объяснить только с позиции внутренней патологии. Разнообразные психопатологические расстройства, синдромы, симптомы, имеющие или самостоятельную динамику, или наслаивающиеся на клиническую картину

соматической болезни, затрудняют дифференциальную диагностику и лечение, а также

своевременное распознавание, что особенно важно в первичном звене медицинской помощи [6].

В современной медицине особенно актуальны вопросы изучения психоэмоционального состояния гастроэнтерологических больных. Это обусловлено ростом гастроинтестинальных заболеваний и их отрицательным влиянием на качество жизни лиц молодого и трудоспособного возраста [2, 10, 16, 17]. По данным Ю.А. Александровского (2002), при заболеваниях органов пищеварения вторичные психопатологические

* Работа выполнена под руководством д-ра мед. наук, профессора Н.П. Гарганеевой, д-ра мед. наук, академика РАМН, про-

проявления отсутствуют лишь у 10,3% больных. Клиническая картина определяется особенностями гастроэнтерологической симптоматики, склонной к многолетнему, торпидному течению с тенденцией к вовлечению в патологический процесс всей пищеварительной системы.

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет собой наиболее яркую модель психосоматических соотношений, исторически относящуюся к группе классической «Holy seven», и в настоящее время остается предметом дискуссии по вопросам этиологии, патогенеза, клиники и лечения [5, 18]. Высокая распространенность ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК), частота осложнений, а также тенденция к росту психических расстройств пограничного уровня в условиях стрессогенных влияний современной жизни обуславливают социально-экономическую значимость данной проблемы с целью изучения социально-психологических предпосылок в формировании ЯБ. Несмотря на признание ведущей роли в этиологии ЯБ хеликобактерной инфекции, психосоматические аспекты не утратили актуальности и активно обсуждаются [1, 2, 11, 14]. С этих позиций ЯБ рассматривается как системное гастроэнтерологическое заболевание, в развитии которого принимают участие наследственно-конституциональные факторы, психосоматические, психосоциальные и иммунологические механизмы [18]. Признание многообразия причин ЯБ и сложность ее патогенеза, где изменение в любом звене взаимосвязанных факторов «агрессии» и «защиты» может нарушать их равновесие на различных уровнях (биологическом, личностном, социальном), позволяет отнести ЯБ к психосоматическим заболеваниям [12, 19, 21]. Изучение социальных и психосоциальных факторов, способствующих развитию заболеваний внутренних органов, относится к перспективным направлениям в развитии медицинских наук [3]. Более 50% пациентов с ЯБ реагируют на стрессовые ситуации обострением как гастроэнтерологической, так и психопатологической симптоматики [19]. В определении особенностей коморбидной патологии выделяют глав-

ные, стержнем которых является личность пациента [15].

Синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой сложный психосоматический симптомокомплекс, в структуре которого тесно переплетаются нарушения функции толстого кишечника и различные психопатологические образования [2, 7, 20], обуславливая неоднозначность трактовки нозологической принадлежности и терапевтической тактики. СРК является общей актуальной и пересекающейся проблемой для специалистов и внутренней медицины, и психиатрии [7, 13]. Междисциплинарный характер научных и практических исследований определяется и тем, что психиатрическая концепция трактует СРК как соматоформную вегетативную дисфункцию нижних отделов желудочно-кишечного тракта в рамках психопатологии (F45.32). В гастроэнтерологической классификации совокупность симптомов, составляющих СРК, рассматривается как полиэтиологическое хроническое дистрофическое воспалительное заболевание [8, 9], относящееся к рубрике заболеваний желудочно-кишечного тракта (K58). Этиология и патогенез СРК достаточно сложны и до конца не выяснены. Механизмы возникновения расстройств у больных с СРК связаны с нарушением нервной и гуморальной регуляции двигательной функции кишечника, ведущая роль при гастроинтестинальных заболеваниях отводится нарушениям вегетативной регуляции [2]. В настоящее время не вызывает сомнения ярко выраженный психосоматический компонент СРК, где придается значение участию нервно-психических, психоэмоциональных стрессовых факторов, под влиянием которых происходит формирование психосоматических расстройств, изменение порога чувствительности висцеральных рецепторов, определяющих восприятие боли, моторно-эвакуаторной функции кишечника и нарушение регулирующего эффекта гастроинтестинальных гормонов, в том числе представленных в ЦНС [4, 9]. По оценкам различных авторов, встречаемость психических расстройств при СРК достигает 70–90% [7, 16, 19]. При этом гастроэнтерологические расстройства более чем в половине случаев манифестируют на

фоне уже сформировавшейся психической патологии.

Таким образом, язвенная болезнь и синдром раздраженного кишечника представляют идеальную модель для изучения психосоматических соотношений и вегетативных дисфункций. Терапевтическая тактика ведения пациентов с гастроинтестинальными заболеваниями нуждается в новом подходе и требует использования в лечебном процессе препаратов, воздействующих не только на гастродуоденальную слизистую оболочку и функцию кишечника, но и корригирующих психопатологические расстройства, сомато- и психовегетативные симптомокомплексы, что определяет показания для комплексной соматотропной терапии, психофармакотерапии и психотерапии.

Цель исследования — изучить особенности психосоматических соотношений при коморбидном течении гастроинтестинальных заболеваний у больных с невротическими и аффективными расстройствами.

Материал и методы

Исследование выполнено на базе клиник НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН. В группу наблюдения были включены 140 пациентов отделения пограничных состояний (средний возраст $(46,4 \pm 10,4)$ года). Всего обследовано 43 мужчины (средний возраст $(42,4 \pm 11,3)$ года) и 97 женщин (средний возраст $(48,2 \pm 9,4)$ года) с гастроинтестинальными заболеваниями, ранее наблюдавшихся у гастроэнтеролога по поводу ЯБ ДПК, синдрома раздраженного кишечника. Верификация диагноза ЯБ и СРК основывалась на данных клинко-эндоскопического исследования, СРК — Римских критериев III (2006). Оценка психического состояния больных и диагностика психических расстройств осуществлялась в соответствии МКБ-10 с использованием клинко-психопатологического, экспериментально-психологического методов исследования и оценочной шкалы тревоги Гамильтона (Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)). Исследование функции надсегментарного отдела вегетативной

нервной системы проводилось с помощью «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» А.М. Вейна [4].

Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании. На момент госпитализации в отделение пограничных состояний в клинической картине наблюдаемых преобладала психопатологическая симптоматика, послужившая причиной обращения к психиатру.

В зависимости от выявленной гастроэнтерологической патологии все пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 83 пациента (средний возраст $(45,5 \pm 8,4)$ года), из них 29 мужчин (средний возраст $(43,3 \pm 8,1)$ года) и 54 женщины (средний возраст $(46,9 \pm 8,2)$ года) с ЯБ ДПК.

По результатам эндоскопической диагностики язвенная болезнь выявлена в 17 (20,5%) случаях в фазе обострения, в 38 (45,8%) случаях в фазе неполной клинической ремиссии, в 28 (33,7%) — в фазе ремиссии в виде рубцовой деформации луковицы ДПК.

Вторая группа представлена 57 пациентами, средний возраст которых составил $(43,6 \pm 12,1)$ года, из них 14 мужчин (средний возраст $(37,4 \pm 15,7)$ года) и 43 женщины (средний возраст $(46,6 \pm 10,1)$ года) с СРК.

Диагноз синдрома раздраженного кишечника с преобладанием болевого синдрома был установлен у 27 (47,4%) пациентов, с преобладанием запоров у 19 (33,3%), с преобладанием диареи у 11 (19,3%) больных.

Для оценки клинических проявлений основной гастроинтестинальной патологии и психических расстройств имеет значение изучение соотношений среднего возраста больных, давности первых симптомов язвенной болезни и нарушений функции кишечника, а также давности возникновения первых симптомов психических нарушений.

Так, по данным проведенного анализа, средний возраст больных на момент обследования составил в группе ЯБ $(45,5 \pm 8,4)$ года, в группе СРК $(43,6 \pm 12,1)$ года. Возраст пациентов на момент появления первых клинических признаков гастроинтестинального заболевания в

группе больных ЯБ составил ($39,4 \pm 8,1$) года; в группе больных СРК ($40,6 \pm 11,5$) года. Продолжительность язвенной болезни по данным анамнеза составила ($7,1 \pm 4,9$) года (от 1 мес до 15 лет), продолжительность СРК ($2,5 \pm 2,4$) года (от 4 мес до 10 лет). При сравнительном анализе соотношения возраста начала психического заболевания и первых клинических признаков у больных ЯБ составили ($38,9 \pm 7,9$) года и ($39,4 \pm 8,1$) года, тогда как у больных с СРК ($37,6 \pm 11,5$) года и ($40,6 \pm 11,5$) года соответственно. В сравниваемых группах возраст начала психического расстройства опережает возраст появления первых симптомов соматического заболевания, что свидетельствует о возникновении гастроинтестинальных заболеваний на фоне сформировавшейся психопатологии.

Результаты проведенного исследования показали высокую сочетаемость ЯБ ДПК и СРК с полиморфной психопатологической клинической симптоматикой, относящейся к различным нозологическим формам психопатологии.

У 58 (41,4%) пациентов выявлялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; у 41 (29,3%) аффективные расстройства (депрессивный эпизод различной степени тяжести); у 33 (23,6%) — органические расстройства (астеническое эмоционально-лабильное расстройство, органическое тревожное расстройство), у 8 (5,7%) — личностные, психологические и поведенческие расстройства.

Исследования основывались на методах статистического анализа полученных данных (Statistica 6.0). Результаты представлены в виде среднего арифметического значения M и среднеквадратичного отклонения SD . При сравнении качественных показателей использовали критерий χ^2 в соответствии с условиями применения. Для описания работы применялись абсолютные и относительные частоты. За статистически значимые принимались различия при величине достигнутого уровня $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Анализируя причины поступления пациентов в стационар, установлена зависимость клиниче-

ских проявлений язвенной болезни, синдрома раздраженного кишечника от выраженности и воздействия психотравмирующих факторов (жизненные события) производственного, медицинского, семейно-бытового плана ($\chi^2 = 4,24$; $df = 1$; $p = 0,039$). Наиболее значимыми психогенными факторами для всех групп оказались высокие психоэмоциональные нагрузки на рабочем месте (42%), семейные конфликты (33%), неудовлетворенность материальным положением (21%), потеря близкого человека (4%).

Клинико-психопатологические особенности течения заболевания у пациентов с ЯБ ДПК и СРК определялись текущим психическим состоянием и характером функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта, сопровождающимися соматовегетативными и психовегетативными симптомокомплексами, являющимися признаками коморбидной (соболезненной) психической и соматической патологии.

Структура психических расстройств у больных с ЯБ ДПК и СРК представлена на рис. 1. Невротические расстройства, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства были наиболее частыми психопатологическими проявлениями, встречающимися у больных с гастроинтестинальными заболеваниями, при этом у пациентов с язвенной болезнью ДПК в 32,5% случаев, тогда как у пациентов с СРК в 54,4% случаев ($p = 0,009$). Аффективные расстройства с ведущим депрессивным синдромом диагностированы в 36,2% случаев у пациентов с ЯБ ДПК и в 19,3% у больных с СРК ($p = 0,03$). Отмечено преобладание аффективных расстройств депрессивного характера у пациентов с язвенной болезнью ДПК. Органические расстройства с ведущей астенической симптоматикой (органическое астеническое расстройство) выявлялись в группе пациентов с язвенной болезнью ДПК в 25,3% случаев, у больных с СРК в 21,1% случаев ($p = 0,583$). Личностные расстройства составили в группе ЯБ ДПК 6,0%, в группе СРК 5,2%, статистически значимых различий не выявлено ($p = 0,373$). Следует отметить, что органические и личностные расстройства у больных и ЯБ, и СРК встречались преимущественно в ка-

честве коморбидной патологии с невротическими и аффективными расстройствами.

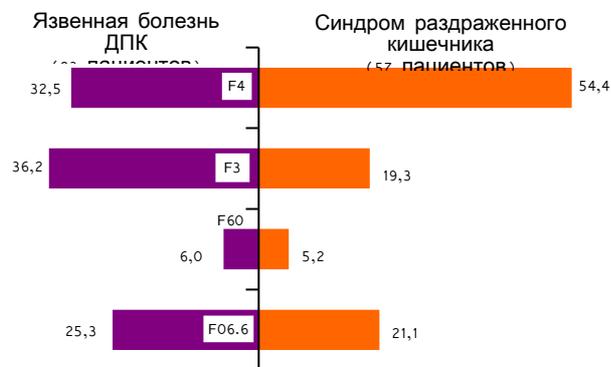


Рис. 1. Структура психических расстройств у больных с гастроинтестинальными заболеваниями; F4 — невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства; F3 — аффективные расстройства; F60 — расстройства личности; F06.0 — органическое астеническое расстройство

Среди невротических расстройств у больных с гастроинтестинальными заболеваниями наблюдались тревожно-фобические расстройства, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, расстройства адаптации (депрессивная реакция, смешанная тревожная и депрессивная реакция с преобладанием других эмоций, реакции на тяжелый стресс), соматоформные расстройства (ипохондрическое расстройство), соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, многообразие симптоматики и клинических проявлений которых оказывало влияние на особенности течения ЯБ и СРК.

Сопряженность невротических расстройств у 27 больных (10 мужчин и 17 женщин) ЯБ составила 32,5% случаев. Течение ЯБ в этом случае отличалось атипичностью алгического синдрома, его мозаичностью ($p = 0,0008$), полиморфизмом проявлений психопатологического синдрома, вегетативной лабильностью. Язвенная болезнь наблюдалась у женщин со смешанными чертами личности (истерозпилептоидными, истерозбудимыми, истеропсихастеническими, мозаичными). Анализ личностных особенностей у мужчин показал, что ЯБ ДПК чаще встречается у лиц при психастеническом и тормозимом типах.

В группе больных с СРК удельный вес невротических расстройств, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств составил 54,4% случаев (20 женщин и 11 мужчин). Особенность клинических симптомов СРК у этих пациентов состояла в миграции абдоминалгий ($p = 0,0008$), упорном дискомфорте, сопровождающемся вздутием живота ($p = 0,00002$), внезапными позывами на дефекацию с последующим чувством неполноты опорожнения кишечника ($p = 0,00001$), изменением стула в виде диареи ($p = 0,0001$).

Особую группу составили пациенты с диареей и картиной ипохондрического расстройства, в структуре которого выявлялась сенестопатическая, канцерофобическая, кардиофобическая симптоматика, затрудняющая первичную диагностику СРК. У больных с нозофобической симптоматикой алгии приобретали черты соответствующих заболеваний, пациенты были фиксированы на болевых ощущениях.

Типичным для алгического синдрома являлось периодическое рецидивирование абдоминалгий, связанное с психотравмирующей ситуацией.

В структуре аффективной симптоматики с ведущим депрессивным синдромом у 30 пациентов (9 мужчин и 21 женщина) с ЯБ доминировали соматические проявления депрессии, представленные стойким снижением аппетита, чувством неприятного привкуса во рту, снижением массы тела, абдоминалгиями, склонностью к запорам, затрудняющие распознавание симптомов язвенной болезни. У 11 больных (2 мужчин и 9 женщин) с СРК и расстройствами депрессивного спектра симптомы депрессии сочетались с явлениями гипомоторной дискинезии толстой кишки и болевым синдромом. Пациенты предъявляли жалобы на запоры и абдоминалгии, которые характеризовались монотонностью, однотипностью локализации и неопределенностью болевых ощущений. Запоры носили длительный характер, нередко сопровождались отсутствием позывов на дефекацию, ощущением переполнения кишечника, торпидностью к проводимой послабляющей терапии ($p = 0,0001$).

Коморбидность органического астенического расстройства с ЯБ и СРК отягощалась у больных обеих групп симптомами астении. Астеническая симптоматика, нарастающая с годами, выявлялась преимущественно у лиц старшего возраста и определялась непреходящим ощущением слабости во всем теле, непереносимостью интеллектуальных, эмоциональных и физических нагрузок в ответ на любое напряжение, обострением болевых ощущений, диспепсических симптомов и нарушением частоты стула. Обращает на себя внимание несоответствие тяжести нагрузки степени и длительности обострения алгической симптоматики при гастроинтестинальных заболеваниях. Личностные расстройства, коморбидные невротическим и аффективным расстройствам, диагностировались преимущественно у пациентов с ЯБ и СРК молодого возраста.

Обследование больных с ЯБ ДПК и СРК позволило выявить наличие разнообразных соматовегетативных и психовегетативных проявлений в структуре ведущих психопатологических расстройств по типу гипервентиляционного синдрома (90%), ощущение кома в горле и нехватки воздуха, кардиального (86%) (тахикардия, неустойчивость уровня артериального давления, кардиалгии), цефалгического (83%) синдромов, парестезий и зябкости (72%), потливости (71%). Эмоциональная неустойчивость и раздражительность наблюдались у всех больных в 100% случаев, ощущение внутреннего напряжения — в 90%, тревожность с пароксизмами страха смерти — в 97,5%. У пациентов с преобладанием астенической симптоматики наиболее частыми были цефалгический и агрипнический синдромы, при этом в 89% случаев разнообразные по характеру и интенсивности головные боли. Инсомния встречалась в 88% случаев.

Оценка уровня вегетативных нарушений, проведенная с помощью «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» А.М. Вейна, показала, что количество баллов в каждой группе больных с ЯБ ДПК и СРК значительно превышало норму и составило от 20 до 25 баллов (в норме количество баллов менее 15).

Сочетание соматовегетативных и психовегетативных симптомов и основных психопатологических расстройств (тревоги, депрессии, астении) у больных с гастроинтестинальными заболеваниями отражено на рис. 2.

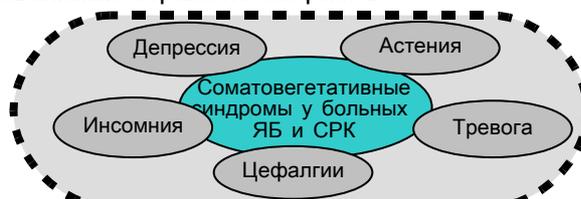


Рис. 2. Сочетание соматовегетативных симптомов и синдромов и основных психопатологических расстройств у больных с гастроинтестинальными заболеваниями

Заключение

В сравнительном аспекте психопатологическая симптоматика у больных с гастроинтестинальными заболеваниями была представлена ведущими синдромами тревоги, депрессии, астении. Расстройства депрессивного спектра преобладали у пациентов с язвенной болезнью ДПК. В группе больных с СРК на первый план выступали невротические расстройства, среди которых преобладала тревожная симптоматика. Органическое астеническое расстройство в одинаковой степени встречалось при язвенной болезни и синдроме раздраженного кишечника. Личностные расстройства представлены в качестве коморбидной патологии с невротическими и аффективными расстройствами.

В клинической картине больных не менее значимыми являлись общие соматовегетативные и психовегетативные симптомы и симптомокомплексы в структуре психопатологических расстройств, перекрывающие классические признаки гастроинтестинальных заболеваний, что затрудняет дифференциальную диагностику и лечение язвенной болезни и синдрома раздраженного кишечника.

Многообразие и полиморфизм выявляемой психопатологической симптоматики у больных язвенной болезнью ДПК и СРК предопределяет обязательное взаимодействие специалистов терапевтического и психиатрического профиля. Это способствует расширению медицинской помощи пациентам: включение в лечебный процесс

наряду с медикаментозными средствами соматического действия психотропных препаратов (транквилизаторов, антидепрессантов, нейролептиков), а также психотерапевтических методов в проведении комплексной терапии гастроинтестинальных заболеваний как в практике врача-терапевта, так и психиатра.

Литература

1. Белобородова Э.И., Писаренко И.В., Дорохова Т.А. Течение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в зависимости от типа личности и эффективности дифференцированной психотропной терапии // Терапевт. арх. 2002. № 8. С. 60–64.
2. Белобородова Э.И., Ласточкина Л.А., Плотникова Е.Ю., Наумова Е.Л. Вегетативные и психосоматические расстройства. Кемерово, 2004. С. 105–140.
3. Василенко В.Х. Введение в клинику внутренних болезней. М., 1985. 256 с.
- 4.
5. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Ред. А.М. Вейн. М.: Мед. информ. агентство, 2000. С. 752.
6. Гарганеева Н.П. Особенности язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больной с психопатологическими расстройствами пограничного уровня // Врач. 2006. С. 34–37.
7. Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике // Клинич. медицина. 2001. № 8. С. 60–63.
8. Иванов С.В. Синдром раздраженной толстой кишки // Психиатрия и психофармакотерапия. 2000. Т. 2. № 2. С. 45–49.
9. Ивашкин В.Т. Синдром раздраженной кишки. Практическое руководство для врачей. М.: РГА, 1999. 28 с.
10. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение / Под ред. А.В. Калинина и А.И. Хазанова. М.: Миклош, 2007. 602 с.
11. Избранные лекции по гастроэнтерологии // Под ред. В.Т. Ивашкина, А.А. Шептулина. М.: Медпресс, 2001. С. 54–82.
12. Коркина М.В., Марилов В.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний // Журн. неврологии и психиатрии. 1998. Вып. 11. С. 30–32.
13. Леонтьева В.А., Беляева Г.С., Колесников И.Ю., Смирнова А.А. Особенности психологического статуса у больных язвенной болезнью // Клинич. медицина. 2007. № 3. С. 51–53.
14. Маев И.В., Бардеништейн Л.М., Антоненко О.М. и др. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно-кишечного тракта // Клинич. медицина. 2002. № 11. С. 8.
15. Миронычев Г.Н., Логинов А.Ф., Калинин А.В. Психосоматические аспекты язвенной болезни // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. 1996. № 3. С. 35–40.
16. Семке В.Я. Клиническая персонология. Томск: МГП «РАСКО», 2001. 376 с.
17. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Мед. информ. агентство, 2003. 432 с.
18. Соловьёва А.Д., Шептулин А.А., Аннамамедова Ж.Р. Состояние эмоционально-личностной сферы у больных некоторыми гастроэнтерологическими заболеваниями // Клинич. медицина. 1997. № 1. С. 27–28.
19. Циммерман Я.С. Концепция патогенеза язвенной болезни (обоснование) // Клинич. медицина. 1994. № 1. С. 65–67.
20. Циммерман Я.С., Циммерман И.Я. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии: диагностика и лечение // Клинич. медицина. 2007. № 5. С. 15–23.
21. Drossman D.A., Corraziari E., Talley N.J. Rome II: A multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders // Gut. 1999. V. 45. № 2 (Suppl. 11). P. 1–81.
22. Lewin J., Lewis S. Organic and psychosocial risk factors for duodenal ulcer // J. Psychosomatic. Research. 1995. V. 39. P. 531–548.

Поступила в редакцию 11.04.2008 г.

Сведения об авторах

Карташова И.Г. Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике врача-терапевта

И.Г. Карташова – соискатель кафедры поликлинической терапии СибГМУ, врач-терапевт клиник НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (г. Томск).

Для корреспонденции

Карташова Ирина Геннадьевна, e-mail: kirinag@mail.ru