

При лапароскопической холецистэктомии наиболее выраженные изменения показателей центральной гемодинамики связаны с напряженным пневмоперитонеумом.

Особого внимания в процессе гемодинамического мониторинга требуют УО, СИ, МО, ФВ, как наиболее динамичные и свидетельствующие о резервных возможностях сердца.

Как видим, для оценки травматичности операции следует учитывать ее этапы. Вероятно, целесообразно говорить не о малоинвазивности оперативного вмешательства в целом, а о малоинвазивности его отдельных этапов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аваков В.Е., Нишанов Х.Т. и др. // Эндоскопическая хирургия. - 1997. - №1. - С.13-14.
2. Бунатян А.А. Руководство по анестезиологии. - М.: Медицина, 1994.
3. Левите Е.М., Феденко В.В. // Эндоскопическая хирургия. - 1995. - №2-3. - С.48-73.
4. Прудков М.И. Комбинирование классических и эндохирургических технологий: тенденции и проблемы инструментального обеспечения // Вестник первой областной клинической больницы. - 1999. - №9. - С.23-24.
5. Семенова И.П. Изменения гемодинамики на этапах лапароскопической холецистэктомии // Анестезиология и реаниматология. - 1998. - №3. - С.25-27.
6. Трифонова Н.А., Михельсон З.А. и др. Особенности анестезиологического обеспечения лапароскопических вмешательств // Вестник интенсивной терапии. - 1996. - №1. - С.11-16.
7. Critchley L.A.H., Critchley J.A.S.H., Gin T. Haemodynamic changes in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy // Brit.J. of Anaest. - 1993. - V.70. - P.681-683.
8. Wittgen C.M., Andrus C.H., Fitzgerald S.D., et al. Analysis of the haemodynamic and ventilatory effect of laparoscopic cholecystectomy // Arch. of Surg. - 1991. - V.126. - P.997-1001.

УДК 616. 98:579.862.153.32

В.А. Козлов, А.Г. Макарошкин, И.А. Власова

## ВЛИЯНИЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ НА ИММУННЫЙ ОТВЕТ ПРИ РОЖИСТОМ ВОСПАЛЕНИИ

Уральская государственная медицинская академия,  
Центр экспериментальной и клинической хирургии,  
Лаборатория криотехнологий УрО РАН

Широкое распространение криохирургических методов обусловлено многообразием эффектов низкотемпературного воздействия. На использовании деструктивного эффекта основано применение крио-воздействия в онкологии, ангиохирургии, хирургии язвенной болезни, дерматологии. Однако, возможно-

сти низких температур не ограничиваются лишь сферой разрушения. Малые экспозиции криовоздействия с успехом применяются для стимуляции регенерации поврежденных тканей. Описанные эффекты криовоздействия, заключающиеся в снятии гипертермии, улучшении микроциркуляции, снижении инфицированности, увеличении темпа образования грануляций, восстановлении функции фибробластических элементов [6], обусловили включение криовоздействия в комплекс лечебных мероприятий при рожистом воспалении. В Клинике хирургических болезней №2 УГМА на базе ЦГКБ №1 эта методика применяется с 1989 года.

Рожистое воспаление представляет собой хирургическую инфекцию стрептококковой этиологии, развивающуюся на фоне врожденной или приобретенной неполноценности иммунных механизмов. Формированию иммунодефицита способствуют особенности строения капсулы возбудителя, наличие перекрестных антигенов стрептококка с тканями организма, трансформация микроорганизма в L-формы [9]. Иммунологические нарушения усугубляются наличием сопутствующей патологии (сахарный диабет, микозы, расстройства периферической гемодинамики) [7;11]. В той или иной мере нарушения затрагивают все фазы иммунного ответа [4;5;9;12], в связи с чем, большинством авторов рекомендовано применение иммуномодуляторов [8]. Широко обсуждается и возможность иммунокоррекции путем локального воздействия на кожу. Наряду с участием в системном ответе, кожа способна к развитию локального иммунитета [1,3]. Наличие в коже как собственных, так и циркулирующих иммунокомпетентных клеток позволяет изолировать, презентовать антигены с развитием полноценного иммунного ответа на уровне эпидермиса.

Ранее были описаны изменения, происходящие в иммунограмме больных, перенесших криохирургические вмешательства, что позволило ряду ученых говорить об иммуномодулирующем эффекте криовоздействия [2;10]. Полученный эффект объяснялся высвобождением и моделированием антигенов в результате разрыва либо нарушения целостности клеточных мембран.

Целью нашей работы явилось изучение иммунологических аспектов рожистого воспаления и оценка влияния криовоздействия на состояние иммунной системы данной категории больных.

### Методики и материалы

Нами обследовано 49 больных рожистым воспалением, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургической инфекции ЦГКБ №1 с марта по октябрь 1999г. На основании клинической картины всем им была диагностирована эритематозная форма заболевания со средней степенью интоксикации. У 26,5% пациентов очаг локализации находился на верхних конечностях, у остальных - на нижних конечностях. Треть пациентов (31%) страдала рецидивной формой рожистого воспаления с числом рецидивов от 2 до 7-ми. Среди больных было 16 мужчин, что составило 32,7% наблюдавшихся. Случайным образом больные были распределены на две группы. Первая группа (25 человек) лечилась по общеприня-

гой методике (полусинтетические пенициллины, антигистаминные и нестероидные противовоспалительные средства, флсботоники). Вторая группа (24 человека) помимо общепринятой терапии получала сеансы криовоздействия. Средний возраст пациентов первой группы составил 59 лет, второй – 61,5 лет. Распределение больных по группам по полу, с учетом кратности рецидивов, локализации процесса и сопутствующей патологии было практически равноценным.

Криовоздействие проводили с момента поступления в стационар с интервалом 1-2 суток по методике, разработанной в клинике. Периодичность и количество сеансов оценивали по течению синдрома интоксикации и выраженности местных изменений. Кратность сеансов составила от 2 до 7-ми, в среднем 3,8.

Помимо общеклинических методов обследования использовали и иммунологические. Последние включали определение относительного и абсолютного количества Т-лимфоцитов методом розеткообразования с эритроцитами барана, В-лимфоцитов – с эритроцитами мыши, уровня иммуноглобулинов классов А, М, G по Манчини, фагоцитарной активности нейтрофилов с определением активности фагоцитоза (АФ) и индекса фагоцитоза (ИФ). Активность внутриклеточных бактерицидных ферментов оценивали в спонтанном тесте восстановления нитросинего тетразола (НСТ-тест), уровень сенсибилизации организма к антигенам собственной кожи определяли в реакции торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ) со специально изготовленным дермальным антигеном. О состоянии системы комплемента судили по уровню положительного гемолиза. Кроме того, оценивали содержание иммунных комплексов (ЦИК) и лизоцима сыворотки. Описанные показатели были изучены в динамике в 1-е (до проведения первого сеанса криовоздействия), 3-5-е, 7-е и 10-12-е сутки пребывания в стационаре. Какой-либо иммунокоррекции в исследованных группах больных не проводили.

За нормативные были приняты показатели иммунограммы 35 практически здоровых лиц (14 мужчин и 21 женщины), средний возраст которых составил 50 лет.

#### Результаты и обсуждение

При анализе полученных результатов в группе больных рожистым воспалением, не получавшей криовоздействия, выявлено снижение общего количества лимфоцитов с первых суток заболевания, дефицит как Т-, так и В-клеточного звена иммунитета, сохраняющийся на протяжении всего времени наблюдения. В отношении Т-лимфоцитов наши данные подтверждают ранее выполненные исследования, но в отличие от данных других авторов мы выявили значительное снижение В-лимфоцитов. Уровень Е-РОК и М-РОК были монотонно снижены, в среднем, на 25% и 50% соответственно. Несмотря на клиническое выздоровление пациентов к 12-м суткам, дисбаланс в клеточном звене сохранялся.

У больных рожистым воспалением в течение всего периода наблюдения наблюдалось снижение активности фагоцитоза, которое, однако, компенсировалось более высокими, чем в контроле значениями фагоцитарного индекса и активизацией внутриклеточных

точных бактерицидных систем по данным НСТ-теста. Средний уровень IgA, IgG, IgM у больных рожистым воспалением не претерпевал в динамике болезни каких-либо изменений. Параллельно зарегистрировано более чем двукратное в сравнении с контролем повышение титра лизоцима сыворотки, что в сочетании с активизацией системы комплемента свидетельствует о напряженности систем неспецифической защиты организма. При исследовании циркулирующих иммунных комплексов зарегистрировано их достоверное повышение во всем периоде наблюдения. Наибольшим уровнем ЦИК оказалась у лиц с рецидивной рожой, превышая контрольные показатели в 3-4 раза. При этом концентрация ЦИК была прямо пропорциональна числу рецидивов. Значения ЦИК у больных первичной рожой имели максимальные значения на 3-5 сутки, нормализуясь к 10-м суткам наблюдения. У пациентов с рецидивной рожой нормализации концентрации ЦИК при клиническом выздоровлении не происходило. Известно, что ЦИК могут вызывать повреждение эндотелия и базальной мембраны сосудов микроциркуляторного русла, предрасполагая к рецидивированию воспалительного процесса.

При анализе реакции торможения миграции лейкоцитов нами не обнаружено признаков сенсибилизации к дермальному антигену.

Результаты исследования иммунного статуса у больных рожистым воспалением представлены в табл. I. Таким образом, наши исследования показали, что при данном заболевании имеет место дефицит в первую очередь клеточного звена иммунитета. Сниженная активность фагоцитоза носит компенсированный характер. Нами не выявлен значимый дисбаланс гуморального звена иммунного ответа. Подтверждено описанное ранее повышение уровня ЦИК, имеющее значение в развитии рецидивов рожистого воспаления. Обращает внимание сохранение описанных нарушений в течение всего периода стационарного лечения, что делает необходимым проведение иммунокоррекции.

Анализируя средние значения иммунологических показателей у больных рожистым воспалением, получавших криовоздействие, отметим их идентичность в 1-е сутки (до начала криовоздействия) с показателями иммунограммы больных первой группы в эти же сроки.

Изменения в состоянии клеточного иммунитета определяются уже на 3-5 сутки. В эти сроки в равной степени происходит увеличение количества как Т-, так и В-лимфоцитов. Хотя эти показатели ниже контрольных значений, они на 14% и 19% выше аналогичных значений в группе I в эти сроки. На 7-е сутки происходит инверсия изучаемых показателей к исходному уровню, при этом они идентичны группе сравнения. В эти сроки больные, как правило, не получают криовоздействия, так как клинически интоксикационный синдром и воспалительные местные проявления уже купированы. На 10-12-е сутки, т.е. к моменту выписки пациентов из стационара, показатели клеточного иммунитета у этой группы больных нормализуются.

Изменения концентраций иммуноглобулинов происходило, как правило, в пределах физиологиче-

ской нормы. Интересно, что под влиянием криовоздействия обнаруживались пики концентрации IgM на 7-е, а IgG – на 10-12-е сутки наблюдения. Отмечено снижение концентрации IgA на 10-12-е сутки в сравнении с контрольной, так и группой сравнения, что возможно, связано с более активным его потреблением для создания местного антибактериального барьера в раневой поверхности. Динамика IgG у больных, лечившихся с применением криовоздействия, приведена на рис. 1.

Процессы фагоцитарной активности также претерпевали фазные изменения. Если в группе 1 активность и индекс фагоцитоза со временем практически не изменялись, то в группе больных, лечившихся с применением криовоздействия, на 3-5 сутки регистрировалась активизация исследуемых процессов с последующим снижением активности фагоцитоза на 7-е сутки. Максимальных значений, соответствующих верхним границам физиологической нормы, анализируемые показатели достигали к 10-12-м суткам. К этим срокам снижалась и активность внутриклеточных бактерицидных систем нейтрофилов, что проявля-

лось в нормализации значений НСТ-теста. Совпадающее с клиническим выздоровлением больных нормализация НСТ-теста расценивалась нами как положительный фактор, отражающий снижение активности воспалительного процесса. Изменения фагоцитарной активности носили однонаправленный характер с динамикой количественного содержания Т-лимфоцитов. Данный факт может быть объяснен нормализацией межклеточного взаимодействия, осуществляемого при помощи цитокинов.

Анализируя активность системы комплемента и лизоцима, мы не обнаружили значимых отличий аналогичных показателей в группе сравнения. В обеих группах эти показатели отражали активное участие неспецифических систем в воспалительном процессе. Отметим лишь более раннее снижение СН50 и уровня лизоцима на 10-12-е сутки в группе больных, получавших криовоздействие. Данное наблюдение коррелировало с более ранним купированием симптомов рожистого воспаления в данной группе пациентов.

Таблица 1

Иммунологические показатели больных рожистым воспалением, лечившихся по общепринятой методике

Показатель	Контроль (n = 35)	Группа 1 (n = 25)			
		1-е сутки	3-5-е сутки	7-е сутки	10-12-е сутки
Е-РОК. $10^9/\text{л}$	0,85±0,04	0,64±0,06	0,65±0,05	0,64±0,05	0,64±0,06
М-РОК. $10^9/\text{л}$	0,26±0,01	0,12±0,01	0,13±0,01	0,12±0,01	0,12±0,01
НСТ. %	12,5±0,90	24,5±1,44	24,33±1,41	24,17±1,41	24,38±1,43
АФ. %	47,03±8,58	42,98±2,87	42,48±2,8	42,15±2,78	42,33±2,86
ИФ. %	5,74±0,58	5,84±0,30	5,84±0,30	5,8±0,3	5,85±0,31
Ig A, г/л	1,61±0,12	1,89±0,10	1,88±0,10	1,8±0,08	1,81±0,09
Ig M, г/л	1,08±0,19	1,95±0,82	1,94±0,78	1,93±0,79	1,96±0,81
Ig G, г/л	14,0±0,93	16,37±0,61	16,39±0,59	16,06±0,57	16,28±0,57
Лизоцим, мг/мл	10,8±1,12	24,94±0,48	25,04±0,47	25,06±0,46	25,14±0,47
СН 50 гем.ед	46,36±0,78	51,38±3,67	51,31±3,57	51,3±3,54	51,23±3,63
ЦИК опт.ед	62,32±6,72	85,22±4,55	88,46±4,83	89,92±4,88	88,81±4,96
РТМЛ ед	0,98±0,03	0,93±0,02	0,92±0,02	0,93±0,02	0,93±0,02

Таблица 2

Иммунологические показатели больных рожистым воспалением, лечившихся с применением криовоздействия

Показатель	Контроль (n = 35)	Группа 2 (n = 24)			
		1-е сутки	3-5-е сутки	7-е сутки	10-12-е сутки
Е-РОК. $10^9/\text{л}$	0,85±0,04	0,65±0,06	0,74±0,06	0,63±0,06	1,15±0,23
М-РОК. $10^9/\text{л}$	0,26±0,01	0,13±0,01	0,16±0,01	0,12±0,01	0,2±0,07
НСТ. %	12,5±0,90	24,64±1,42	23,56±1,77	24,06±1,48	15±1,5
АФ. %	47,03±8,58	42,92±2,86	46,94±4,43	43,13±3,04	71,5±5,2
ИФ. %	5,74±0,58	5,88±0,30	6,78±0,4	6,12±0,37	11,0±0,71
Ig A, г/л	1,61±0,12	1,98±0,11	2,11±0,17	1,82±0,09	0,87±0,2
Ig M, г/л	1,08±0,19	1,93±0,82	0,89±0,06	2,04±0,9	1,1±0,09
Ig G, г/л	14,0±0,93	16,52±0,62	19,2±0,85	16,48±0,59	21,8±0,88
Лизоцим, мг/мл	10,8±1,12	24,84±0,49	24,97±0,62	24,97±0,51	20,0±0,53
СН 50 гем.ед	46,36±0,78	51,62±3,7	49,24±0,63	51,36±4,1	47,7±1,9
ЦИК опт.ед	62,32±6,72	85,34±4,55	79,89±5,76	83,07±4,84	78,75±7,2
РТМЛ ед	0,98±0,03	0,92±0,02	0,94±0,02	0,93±0,02	0,84±0,04

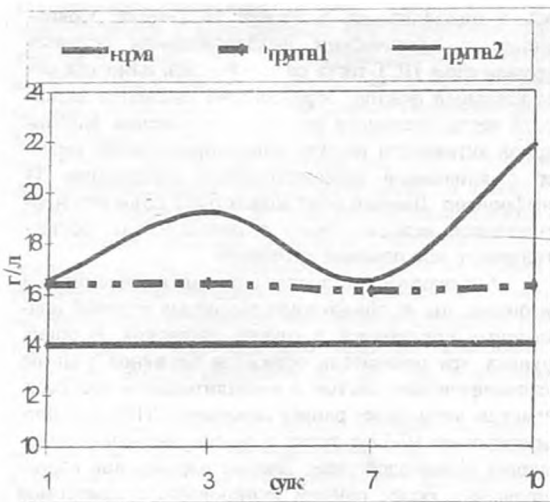


Рис. 1. Динамика концентрации IgG сыворотки больных рожистым воспалением

Группа 1 – традиционная терапия.

Группа 2 – терапия с применением криовоздействия.

При изучении динамики концентрации циркулирующих иммунных комплексов прослежена тенденция ее снижения. При этом минимальные значения концентраций ЦИК отмечены на 3-5-е и 10-12-е сутки наблюдения. Мы связываем данный факт с активизацией фагоцитоза в эти сроки, что позволяет своевременно элиминировать продукты распада. Несмотря на отмеченное снижение, к моменту выписки из стационара концентрация ЦИК оставалась на 21% выше, чем в контрольной группе, хотя средние показатели не выходили за верхнюю границу физиологической нормы. Изучение состояния сенсибилизации лейкоцитов к аутодермальному антигену в реакции торможения миграции показало отсутствие стимуляции в ответ на антиген. Таким образом, криовоздействие в изученные сроки не вызывает развитие сенсибилизации лимфоцитов к аутоантигенам, высвобождающимся из погибших клеток. Результаты исследований приведены в табл. 2. Таким образом, при криовоздействии изменениям подвержены практически все фазы воспаления. Наибольшие сдвиги обнаружены в клеточном звене иммунитета. Активизация фагоцитоза, скорее всего, носит вторичный характер и связана с процессами межклеточного взаимодействия. Нормализация иммунного ответа приводит к снижению концентрации циркулирующих иммунных комплексов. Криовоздействие вызывает развитие гуморального иммунного ответа с увеличением концентрации IgM на 7-е, а IgG – на 10-12-е сутки от начала криовоздействия. По-видимому, влияние криовоздействия на иммунитет носит комплексный характер и включает нормализацию температурного фактора в очаге воспаления, нормализацию процессов микроциркуляции, а также специфическую активизацию иммунной системы в ответ на изменение липопротеидных структур под действием температурного фактора.

## Выводы

1. Рожистое воспаление сопровождается дисбалансом, в первую очередь клеточного звена иммунитета. Страдает как Т-, так и В-лимфоцитарный компонент. Снижение активности фагоцитоза носит компенсированный характер. Описанные изменения сопровождаются повышением концентрации ЦИК, определяющих затяжное течение болезни и развитие рецидивов. Иммунодефицит при рожистом воспалении продолжителен, нормализации иммунного ответа при клиническом выздоровлении, как правило, не происходит, в связи с чем, необходимо включение в комплекс лечебных мероприятий иммунокоррекции.

2. Криовоздействие активирует в первую очередь клеточное звено иммунитета. Отмечены также фазные колебания концентраций иммуноглобулинов в ответ на криовоздействие. Вторичная активизация фагоцитоза сопровождается снижением концентрации ЦИК. Криовоздействие не нарушает иммунологической толерантности к аутоантигенам дермы.

3. Изменения иммунограммы в ответ на криовоздействие носят фазный характер: максимальный уровень исследованных показателей регистрируется на 10-12 сутки от начала криовоздействия.

4. Включение криовоздействия в комплекс лечебных мероприятий при рожистом воспалении позволяет нормализовать нарушения иммунного статуса.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зимина И.В., Лопухин Ю.М., Арион В.Я. Кожа как иммунный орган: клеточные элементы и цитокины // Иммунология. - 1994. - №1. - С.8-12.
2. Мяделец О.Д., Суханов А.Ф. Воздействие общей глубокой гипотермии на морфофункциональное состояние нейтрофильных лейкоцитов и макрофагов кожного региона // Проблемы криобиологии. - 1991. - №2. - С.23-27.
3. Патология кожи. - М.: Медицина, 1993. - Т.1. - С.184-198.
4. Поляк А.И., Амбалов Ю.М., Коваленко А.П. Роль иммунных механизмов в развитии рожистого воспаления // Иммунология. - 1991. - №3. - С.72-74.
5. Ратникова Л.И. Динамика некоторых иммунологических показателей при лечении рецидивирующей рожи бемитилом // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. - 1991. - №9. - С.56-58.
6. Сандомирский Б.П., Волкова Н.А., Журавлева А.С. и др. Механизмы криостимуляции регенерации поврежденных тканей // Криобиология. - 1985. - №1. - С.29-36.
7. Фролов В.М., Зеленый И.И. Особенности патогенеза и лечение рожи у больных сахарным диабетом // Врачебное дело. - 1997. - № 6. - С.154-156.
8. Храмов М.М., Шипилов М.В., Манькова М.И. Современные методы лечения и профилактики рожи // Клиническая медицина. - 1998. - №4. - С.17-21.
9. Шипилов М.В., Храмов М.М., Савина С.П. Морфологические и морфогенетические особенности рожистого воспаления // Арх. патологии. - 1998. - №1. - С.70-73.
10. Джексон А.Д. Руководство по криохирургии для

11. врачей общей практики // Лечащий врач. - 1999. - №6. - С.59-64.
12. Bratton R.L., Nesse R.E. St. Anthony's Fire: diagnosis and management of erysipelas // Am. Fam. Physician. - 1995. - Feb, 51 (2). - P.401-404.
13. Correlation between serum TNF alpha and IL6 levels and severity of group A streptococcal infections / Norrby Teglund A., Pauksens K., Norgren M., Holm S.E. // Scand. J. Infect. Dis. - 1995. - 27(2). - P.125-130.

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

УДК 616.12-009.72-085

А.Н. Андреев, Э.М. Каструблин, В.М. Зубарев,  
Н.В. Изможерова, Я.Е. Казаков, Г.Б. Колотова,  
О.В. Кремлёва, А.Г. Пирумян, А.А. Попов

### РОЛЬ ЭНДОГЕННЫХ И ЭКЗОГЕННЫХ ВЛИЯНИЙ НА РАЗВИТИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ ВНУТРЕННЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Уральская государственная медицинская академия

В медицинской практике хорошо известны случаи, с одной стороны, негативного воздействия различных болезней внутренних органов на функциональное состояние мозга, с другой – роли центральной нервной системы в развитии и становлении ряда висцеральных заболеваний. Однако, до сих пор, далеко не всегда, в повседневной работе врача-интерниста имеет место правильная интерпретация трансформации внутренних и внешних ирритантов в соматопсихические и психосоматические изменения. По всей видимости, это связано с общей тенденцией современной медицины, в целом, к детализации и анализу самых интимных механизмов развития патологического процесса с привлечением передовых технологий. Не отрицая важности проводимых в этом русле исследовательских работ, в то же время, следует отметить, что зачастую игнорируется понятие об интеграционной системе человеческого организма, нивелируется роль контроля "центра" над "периферией". Как следствие сказанного, в подавляющем большинстве случаев лечение направлено на конечные звенья патогенетической цепи страдания. Более того, упускается реальная возможность не только снизить уровень неблагоприятного воздействия мозговой дисфункции в те или иные системы организма, но и теряться то время, которое так необходимо для восполнения метаболических запросов центральной нервной системы.

Известно, что при соматических заболеваниях мозг человека может страдать от гипоксии, интоксикации и т.д., что нередко приводит к психическим расстройствам: соматогенным психозам и непсихотическим (пограничным) расстройствам. Однако, в результате патоморфоза внутренней патологии, наме-

тившегося в последние десятилетия, произошли и изменения в структуре соматогенных психических расстройств, что проявилось в почти полном исчезновении соматогенных психозов и преобладании пограничных состояний невротического круга (неврозоподобных, депрессивных). Помимо психических расстройств, при соматических заболеваниях возникает целый комплекс психологических переживаний, который называется внутренней картиной болезни. Последняя связана и с болевыми ощущениями пациента, и с опасениями за своё будущее (семья, профессия, продолжительность жизни и т.д.). При этом могут встречаться как компенсаторные психофизиологические механизмы, помогающие человеку справиться с недугом, тих и негативные, которые способствуют уходу в болезнь с последующим падением жизненного тонуса [3,4].

С каждым годом накапливается всё больше данных о результатах психологических исследований при той или иной соматической патологии, однако, клиницистам следует с осторожностью относиться к интерпретации этих данных. Как справедливо замечает Р. Саргаутите [7], в большинстве исследований используются стандартизированные психологические тесты, которые были изначально ориентированы на психиатрическую, а не на общетерапевтическую клинику. Результатом их применения на группах соматических больных может быть расширительная диагностика психопатологических синдромов, в то время как пациенты нуждаются скорее не в психиатрической, а в медико-психологической и психосоциальной помощи.

С другой стороны, с малыми формами психических отклонений встречается, прежде всего, не специалист-психиатр, а участковый терапевт, педиатр и т.д. Именно им приходится решать весьма сложную проблему, какая из составляющих доминирует в соматопсихических отклонениях конкретного больного. Более того, врачам общего профиля в этой ситуации необходимо проявлять оперативность в отношении "заблудившихся" в соматической клинике больных, попавших под наблюдение самых различных специалистов в связи с явной переоценкой имеющихся у них висцеральных изменений. Не случайно В.Д. Тополянский пишет: "... целые легионы больных с психогенными или преимущественно психогенными соматическими нарушениями в структуре аффективных расстройств различного генеза оказываются в итоге на