**Содержание**

Введение

. Функциональные гастроэнтерологические расстройства

. Основные симптомы гастроэнтерологической патологии. Методы обследования в гастроэнтерологии

. Психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы

. Гастрит. Психосоматические расстройства при гастрите

. Язва. Психосоматические расстройства при язвенной болезни

. Патология больных с язвами ЖКТ

. Психологические типы язвенных больных

. Влияние психических стрессов на возникновение язвенной болезни

. Дуоденит. Психосоматические расстройства при дуодените

. Колит. Психосоматические расстройства при колите

. Болезни почек. Психосоматические расстройства при заболеваниях мочевыводящей системы

. Болезни печени. Психосоматические расстройства при заболеваниях печени. Психические нарушения при печеночной недостаточности

Литература

**Введение**

В. Стародубцов, врач-гастроэнтеролог. Заболевания органов пищеварения относятся к числу наиболее значимых проблем в клинике внутренних болезней. Эта патология занимает восьмое место среди причин временной нетрудоспособности, 7-е в структуре первичного выхода на инвалидность, пятое - среди причин смертности. Прогнозируется значительный дальнейший рост числа гастроэнтерологических заболеваний. Хронический гастрит является одним из самых распространённых заболеваний желудочно-кишечного тракта и по-прежнему занимает центральное место среди болезней желудка. Частота язвенной болезни среди взрослого населения достигает 6-10%.

Патологии дезорганизуют личность больного, его поведенческую активность, нарушает семейный и социальный статус в целом.

**. Функциональные гастроэнтерологические расстройства**

А) Нарушения моторики

Нарушение моторики проявляется такими симптомами, как:

· тошнота;

· диарея;

· острая боль в животе;

· недержание стула;

· метеоризм и ряд других симптомов.

Боле того, у совершенно здоровых людей сильные эмоциональные влияния и стресс могут вести к усилению моторики пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки. Функциональные гастроэнтерологические расстройства характеризуются большей реакцией моторики на стресс по сравнению со здоровыми людьми. Эти расстройства моторики могут быть зафиксированы с помощью возможных электрических маркеров, однако нет полной корреляции между данными исследований и клиническими симптомами и они не могут служить достаточным основанием для объяснения таких симптомов, как хронические боли или возрастание боли в животе.

Б) Висцеральная чувствительность

Слабая ассоциация болей с гастроинтестинальной моторикой при многих функциональных гастроэнтерологических расстройствах (ФГЭР), таких как функциональные боли в груди при грыже пищевода, функциональной диспепсии, СРК, функциональных болях в животе, более охотно объясняются нарушениями висцеральной чувствительности. Такие пациенты могут иметь сниженный болевой порог чувствительности при тесте с баллонной дилатацией кишки (висцеральная гипералгезия), или повышенную чувствительность при нормальной моторной функции кишки (так называемая аллодиния), или расширенную либо необычную зону иррадиации болей. В) Воспаление

Г) Взаимодействие мозг-кишка

Для того чтобы это взаимодействие из разряда предположений перешло в разряд реальности, необходимо помнить, что любая симптоматика есть интегральное проявление взаимодействия моторики, чувствительности и активности центральной нервной системы - ЦНС (ось мозг-кишка).

Д) Некоторые функциональные нозологии ЖКТ

**2. Основные симптомы гастроэнтерологической патологии. Методы обследования в гастроэнтерологии**

К основным местным жалобам относятся те, которые прямо свидетельствуют о поражении пищевода желудка и кишечника:

1. Жалобы на нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу ( дисфагия)

2. Жалобы на наличие боли, дискомфорта соответственно анатомическому уровню поражения.

. Жалобы на желудочную диспепсию:

Ш Нарушение либо отсутствие аппетита;

Ш Неприятный привкус во рту;

Ш Отрыжка;

Ш Тошнота и рвота.

Ш Жалобы на кишечную диспепсию:

Ш Плеск, урчание в животе, локализованные главным образом в средней и нижней его части;

Ш Вздутие живота вследствие усиленного ;газообразования (метеоризм);

Ш Поносы или запоры.

Ш Жалобы на расстройства дефекации:

Ш Болезненность;

Ш Ложные позывы;

Ш Учащение.

4. Кровавый стул.

К основным общим (внепищеводным, внежелудочным и внекишечным) жалобам больным относятся:

• Снижение аппетита;

• Похудение (истощение) вплоть до кахексии

Эти общие жалобы являются основными, т.к.имеют характерные черты и обязывают врача при их наличии заподозрить заболевание желудочно-кишечного тракта.

Дополнительные общепатологические жалобы больного с заболеваниями пищевода, желудка и кишечника могут быть:

v повышенная утомляемость;

v сниженная работоспособность;

v мышечная слабость;

v различные невротические расстройства (раздражительность, нарушение сна и др.)

Дополнительные жалобы обусловлены патологической импульсацией из пораженных органов пищеварения, функциональными нарушениями вегетативной нервной системы, а так же нарушениями основных процессов обмена веществ, связанных с недостаточностью поступления питательных веществ к органам и тканям организма.

Дисфагия - нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу

в связи с его:

• - функциональными (кардиоспазм, атония ит.д.)

• - воспалительными

• - органическими (эзофагит, рак)

болезнями желудка и др.внутренних органов (например, увеличением щитовидной железы, аневризма аорты) заболеваниями центральной, периферической нервной систем и мышечной системы; психическими нарушениями и др.

Дисфагия при раке пищевода, дивертикулезе и рубцованых стенозах развивается постепенно и непрерывно усиливается при ожогах пищевода или при попадании инородного тела может наступить сразу. При спазмах пищевода она нередко чередуется с нормальным глотанием, но может стать и постоянной. Временное прекращение дисфагий и облегчение наблюдается иногда и при раке пищевода. Вначале, пока сужение пищевода невелико, больной жалуется на трудное проглатывание лишь твердой пищи. Постепенно затрудняется проглатывание мягкой, а затем и жидкой пищи.

Боль является одним из основных симптомов при патологии ЖКТ.

Локализация болей в определенной степени указывает на пораженный орган:

• при поражении пищевода она отмечается на всем его протяжении или за грудиной и усиливается при глотании;

• при ГЭРБ в эпигастральной области в проекции мечевидного отростка вскоре после еды. Характерным признаком боли при ГРЭБ является усиление ее при наклонных движениях;

• при поражении желудка локализация болей различная и не всегда определяется местонахождением;

• при заболеваниях тонкой кишки ( за исключением 12-ти перстной) и правой половины толстой кишки боли локализуются в околопупочной области;

• при заболеваниях левой половины толстой кишки в нижних отделах живота, чаще слева.

• Для поражения дистальных о отделов толстой кишки характерны боли в заднем проходе, тенезмы и ложные позывы на дефекацию.

**. Психосоматические расстройства при заболеваниях пищеварительной системы**

В клинике внутренних болезней, несмотря на большое разнообразие психологических реакций и более выраженных психических расстройств, наиболее часто встречаются следующие:

астенические;

Чаще всего выраженные астенические признаки встречаются при тяжелых хронических заболеваниях (язвенная болезнь, цирроз печени и т. п.). Астения является стержневым, или сквозным, синдромом при многих болезнях. Она может быть как дебютом (начальным проявлением), так и завершением заболевания. Типичными жалобами при этом являются слабость, повышенная утомляемость, трудность концентрации внимания, раздражительность, непереносимость яркого света, громких звуков. Сон становится поверхностным, тревожным. Больные с трудом засыпают и трудно просыпаются, встают неотдохнувшими. Наряду с этим появляются эмоциональная неустойчивость, обидчивость, впечатлительность.

Астенические расстройства редко наблюдаются в чистом виде, они сочетаются с тревогой, депрессией, страхами, неприятными ощущениями в теле и ипохондрической фиксацией на своей болезни. На определенном этапе астенические расстройства могут появляться при любом заболевании.

аффективные (нарушения настроения);

отклонения в характерологических реакциях;

бредовые состояния;

синдромы помрачения сознания;

органический психосиндром.

**. Гастрит. Психосоматические расстройства при гастрите**

Гастрит - воспаление слизистой оболочки (в ряде случаев и более глубоких слоёв) стенки желудка. Чаще всего причиной гастрита является бактерия Helicobacter pylori, однако способствовать развитию гастрита может неправильное питание, постоянный стресс, курение, алкоголизм. Симптомами гастрита служат боли в желудке натощак или после приёма пищи, тошнота, рвота, запоры или поносы и др. Диагноз гастрита ставится на основании эндоскопического исследования желудка. Лечение осуществляется посредством назначения лечебного питания-диеты, а так же медикаментозно - применение антибиотиков, средств, снижающих или повышающих кислотность желудочного сока и лекарств, защищающих желудок от соляной кислоты.

**Формы гастрита:**

С точки зрения болезни гастрит может быть острым и хроническим. Острый гастрит чаще всего развивается в считанные часы и является следствием массивного заражения Helicobacter pylori, или другими бактериями (пищевая токсикоинфекция), а так же, приёма химических веществ, обладающих повреждающим действием на слизистую оболочку желудка (кислоты, щёлочи, спирты). Такие агрессивные вещества в конечном итоге, могут привести даже к язве. Механизм развития гастрита следующий: в ответ на повреждение слизистой оболочки желудка выделяются специальные вещества, которые призывают к «месту аварии» клетки иммунной системы, отвечающие за скорейшее удаление патогенного вещества из организма. Эти клетки иммунной системы развивают бурную деятельность, которая внешне проявляется как воспалительная реакция. Таким образом, воспаление при гастрите является не только проявлением разрушения слизистой оболочки желудка, но и попыткой организма восстановить её целостность.

Различают несколько типов острого гастрита:

Простой (катаральный) гастрит: развивается в результате попадания в организм несвежей пищи, заражённой болезнетворными микробами( пищевая токсикоинфекция), при ротавирозе, аллергии на какой-то пищевой продукт или как следствие повреждения слизистой желудка некоторыми лекарствами. При катаральном гастрите слизистая оболочка разрушается незначительно (только самый поверхностный слой) и после прекращения действия раздражающего фактора быстро восстанавливается.

Коррозивный (эрозивный) гастрит: развивается после попадания в желудок некоторых концентрированных кислот или щелочей( химический ожог слизистой желудка). При коррозивном гастрите разрушается не только поверхностные, но и глубокие слои слизистой желудка, поэтому такая форма болезни нередко даёт начало язвенной болезни или формированию рубцов.

Флегмонозный гастрит: это гнойное воспаление желудка, которое может развиться в результате попадания в стенку желудка инородного предмета( например, рыбья косточка) с последующим заражением этой области гноеродной инфекцией. Отличительной особенностью этого типа гастрита является высокая температура и нестерпимые боли в подложечной области. Флегмонозный гастрит требует немедленного хирургического вмешательства. Без оказания медицинской помощи болезнь проходит в перитонит (обширное воспаление органов брюшной полости) и заканчивается смертью.

Фибринозный гастрит: встречается очень редко на фоне сепсиса (заражения крови). При условии правильного лечения, острый гастрит (в зависимости от формы) длится до 5-7 дней, однако полное восстановление желудка происходит намного позднее. В большинстве случаев острый гастрит сопровождается увеличением выработки желудочного сока и соляной кислоты (гастрит с повышенной кислотностью, гиперацидный гастрит). Часто острый гастрит может перейти в хронический. Переходу острого гастрита в хронический гастрит способствуют частые рецидивы болезни, некачественное лечение, длительное воздействие на слизистую желудка, раздражающих факторов.

Хронический гастрит развивается как следствие острого гастрита или же как самостоятельное заболевание. Хронический гастрит длительное время может протекать, не проявляясь никакими симптомами.

Причиной развития хронического гастрита (кроме описанных выше) могут служить следующие факторы:

Поражение слизистой Helicobacter pylori (гастрит типа B)

Действие собственных иммунных клеток против слизистой желудка - аутоиммунный гастрит (тип А)

Заброс желчи из двенадцатиперстной кишки в желудок - рефлюкс-гастрит (тип С).

При хроническом гастрите слизистая оболочка желудка поражается значительно глубже и обширнее, чем при остром гастрите. Характерной особенностью хронического гастрита является постепенное разрастание в слизистой оболочке желудка соединительной ткани, замещающей клетки, вырабатывающие желудочный сок (атрофия слизистой желудка). Хронический гастрит часто сопровождается уменьшением выработки желудочного сока и кислоты (гипоацидный гастрит).

Длительное время (особенно в начале болезни) хронический гастрит протекает бессимптомно. В развитии болезни, как правило, отмечаются периоды обострения и ремиссии. В периоды обострения хронического гастрита могут появляться кратковременные приступы боли, дискомфорт вверху живота, чувство тяжести, тошнота после еды, изжога, которая говорит о нарушении функции естественных «клапанов» желудка и забросе кислого содержимого желудка в пищевод. Также могут появиться признаки нарушения переваривания пищи в кишечнике: эпизоды запора или поноса, вздутие живота (метеоризм), усиленное урчание.

Инфекция Helicobacter pylori, паразитирующая в желудке, нарушает процессы обновления слизистой оболочки; таким образом, когда погибают старые клетки, новые не могут образовываться. Это приводит к постепенной деградации слизистой оболочки желудка с потерей функции желез, продуцирующих желудочный сок.

**Причины возникновения гастрита:**

Гастрит проявляется воспалением и разрушением слизистой оболочки желудка. Воспалительная реакция в организме человека всегда развивается в ответ на действие на здоровые ткани повреждающих факторов. В случае гастрита это может быть инфекция, химические вещества, высокие или низкие температуры.

В подавляющем большинстве случаев, причиной развития гастрита служит инфицирование слизистой желудка бактерией Helicobacter pylori. Этот механизм развития гастрита был установлен совсем недавно, однако его открытие совершило переворот в лечении и профилактике гастрита, язвенной болезни и рака желудка. Инфекция Helicobacter pylori (хеликобактериоз) избирательно поражает слизистую оболочку желудка и вызывает ее поверхностное разрушение по типу гастрита либо более глубокое разрушение, по типу язвенной болезни. Однако, хеликобактерия может мирно существовать в желудке, не вызывая заболеваний, пока не появятся провоцирующие факторы: ослабление иммунитета, попадание раздражающих веществ в желудок и др.

Также гастрит может развиться в результате ожога слизистой оболочки желудка различными химическими веществами (спирты, щелочи, кислоты), такое наблюдается у людей злоупотребляющих алкоголем или при случайном употреблении внутрь вещества, агрессивно воздействующего на живые ткани (уксус, кислота, щелочь). Прием некоторых лекарств (аспирин и прочие противовоспалительные препараты, некоторые антибиотики), также может спровоцировать гастрит, при этом лекарства из группы противовоспалительных препаратов (Аспирин, Диклофенак, Индометацин и пр.) вызывают гастрит не только за счет прямого раздражения слизистой оболочки желудка, но и за счет нарушения молекулярных механизмов защиты слизистой желудка, поэтому гастрит может возникнуть даже в том случае когда данные лекарства используются в виде инъекций или мазей.

Очень часто причиной гастрита служит неправильный режим питания:

Поспешная еда и плохо разжеванная пища или еда «в сухомятку» травмируют слизистую оболочку механически

Употребление в пищу слишком горячей или слишком холодной пищи вызывает гастрит за счет термического повреждения слизистой желудка.

Употребление в пищу пикантной пищи (преимущественно острой и сильно соленой пищи) раздражает слизистую желудка аналогично действию едких химических веществ.

**Причины аутоиммунного гастрита**

Нередко гастрит развивается вследствие повышенной агрессивности иммунной системы по отношению к слизистой желудка. Установлено, что в некоторых случаях иммунная система человека начинает работать не против микробов, а против собственных клеток организма (аутоиммунные болезни). В случае когда «нападению» иммунной системы подвергается слизистая желудка, возникает так называемый аутоиммунный гастрит. При аутоиммунном гастрите клетки слизистой желудка разрушаются клетками иммунной системы и выделяемыми ими антителами. В развитии аутоиммунного гастрита важную роль играют наследственные факторы и предшествующие эпизоды раздражения слизистой желудка.

**Психосоматический аспект.** Ситуацию заболевания, психодинамику и личность трудно чётко отграничить друг от друга в общей проблематике язвенных больных. Возможно, у больных больше выражена депрессивная симптоматика с оральной зависимостью и меньше - сверхкомпенсированная проблематика ценностей.

**Терапия.** Помня о хроническом, рецидивирующем течении гастрита, следует преодолевать конфликтные ситуации и их невротические последствия, в тяжёлых случаях с помощью раскрывающей психотерапии. Как правило, в первую очередь должны использоваться поддерживающие, длительно проводимые комбинированные формы терапии: психотерапевтические советы с корректировкой патогенных форм поведения в отношении образа жизни и характера питания (исключение алкоголя, кофе, табака). Наряду с сосредоточенной на конфликте врачебной беседой в качестве симптоматического лечения могут применяться антихолинергические средства для подавления вагусной стимуляции выделения кислоты, например пирензепин (гастроцепин).

**5. Язва. Психосоматические расстройства при язвенной болезни**

## Язва желудка - хроническое заболевание, при котором происходит образование язвенных дефектов слизистой оболочки желудка. Наиболее часто язвой желудка страдают мужчины от 20 до 50 лет. Для заболевания характерно хроническое течение с частыми рецидивами, которые обычно бывают весной и осенью. Немалую роль в возникновении заболевания играет бактерия Helicobacter pylori, жизнедеятельность которой приводит к повышению кислотности желудочного сока. Причины язвы желудка. Постоянные стрессы провоцируют нарушение работы нервной системы, приводя к спазмам мышц и кровеносных сосудов желудочно-кишечного тракта. Питание желудка нарушается, желудочный сок начинает оказывать губительное действие на слизистую, что приводит к образованию язвы. Однако главной причиной развития болезни считается нарушение баланса между защитными механизмами желудка и факторами агрессии, т.е. выделяемая желудком слизь не справляется с ферментами и соляной кислотой. К такому нарушению баланса и развитию язвы желудка могут приводить следующие факторы: наличие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастрит, панкреатит); неправильное питание; длительный прием препаратов, которые обладают язвообразующими свойствами; злоупотребление алкоголем и курение; стресс; генетическая предрасположенность.

## **Признаки и симптомы язвы желудка**

Симптомами язвы желудка являются:

· сильная боль,

· голодные боли,

· ночные боли,

· рвота кислым,

· изжога.

Основным, бросающимся в глаза, признаком язвы являются стойкие боли. Это значит, что пациент ощущает их долго, в зависимости от своей терпеливости - неделю, месяц, полгода. Если необследованный больной терпит боли долго, то он может заметить такой признак, как сезонность болей - их появление в весенние и осенние месяцы (зима и лето проходят при их отсутствии). Язвенная боль чаще локализуется в подложечной области, на середине расстояния между пупком и концом грудины; при язве желудка - по средней линии или слева от нее; при язве двенадцатиперстной кишки - на 1-2 см вправо от средней линии. Причиной язвенных болей служит периодический спазм привратника желудка и раздражение изъязвленной стенки органа соляной кислотой.

**Психосоматические расстройства при язвенной болезни**

Язвенная болезнь реализуется не без участия других органов и систем, например, было отмечено влияние n. vagus, хотя недавно его роль преувеличивали. Влияние ЦНС при пилородуоденальной язве проявляется тревожностью, эгоцентризмом, повышенными притязаниями, тревожно-фобическим и ипохондрическим синдромами. Нервно-психический стресс - один из этиологических факторов развития язвенной болезни.

В современной литературе появляется все больше публикаций, посвященных психосоматическим заболеваниям. Психосоматическая патология, как известно, встречается достаточно часто. Как правило, больные с психосоматическими расстройствами (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенный колит и другие болезни) лечатся в общесоматических стационарах, и почти всегда эти заболевания не излечиваются, т. к. в основе их генеза лежит психопатология, которая не учитывается лечащим врачом, а лечение не приносит желаемого результата.

**. Патология больных с язвами ЖКТ**

У больных с язвами ЖКТ внешне поведение не отличается от нормального, но отмечается своеобразная агрессивность (диссоциация между агрессией и сдерживающими механизмами), т. е. имеет место внутриличностный конфликт.

Отличие от здоровых: более высокая степень подозрительности, обидчивость; тревожность; подавленность, печаль, неуверенность; эмоциональное застревание на некоторых состояниях; наличие агрессивных эмоций.

*Клиническая картина*

Больным присуща маскировка депрессии. Она сочетается со сниженным жизненным тонусом. Это преморбидное состояние, способствующее развитию ишемической болезни сердца (инфаркт миокарда).

Больные склонны к сокрытию своей патологии. 38% больных признают выраженную тревожность, у 5% больных наблюдаются астенодепрессивные состояния. Эти явления лежат в основе невротизации больных. Язвенная болезнь в преморбиде диагностируется при наличии некоторых особенностей: стремлении подавлять окружающих, вспышках агрессии, в случае неудач - склонности к алкоголизму.

Депрессивность, недовольство окружающими - все эти особенности складываются при наличии психогений в детстве, психотравм. Затем они усиливаются в зрелом возрасте. Такие больные воспитываются в многодетных семьях, являясь младшими детьми.

В школьные годы отмечается пассивное подчинение, слабое включение в конкурентную борьбу за лидерство. Дети воспитываются в условиях эмоциональной изоляции. В период до 30 лет увеличивается риск развития этого заболевания, чему способствует низкая мотивация достижения успеха. Наблюдается аффективная ригидность, т. е. застойность, негибкость в поведении. Такие больные отличаются малоподвижностью, склонны к формированию навязчивостей и сверхценных идей, используют поведенческие стереотипы, т. е. шаблоны поведения.

**7. Психологические типы язвенных больных**

Каждое психосоматическое заболевание, в том числе и язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, в своей основе имеет специфические психологические особенности личности, хотя считается (Alexander, 1934 г.), что «язвенного типа личности» не существует. Выделяют несколько психологических типов. Так, например, Overbeck и Biebl (1975 г.) предлагают разделение язвенных больных на 5 типов:

I. Психически «здоровый» язвенный больной: заболевает язвой в качестве единичной психосоматической реакции при массивной нагрузке и сильной регрессии «Я».

II. Язвенный больной с неврозом характера: формирование псевдонезависимых реакций при постоянном переживании обид, неудач.

III. Социопатический язвенный больной: больные со слабым «Я», чрезмерной зависимостью, заболевают при мелких внешних отказах в любви и обращении к себе.

IV. «Психосоматический» язвенный больной: личности с бедной фантазией, видят в окружающих лишь самих себя и при специфических нагрузках и кризисах привычно психосоматически реагируют.

V. «Нормопатический» язвенный больной чрезмерно ориентирован на нормативность поведения с отчетливыми ограничениями «Я». Язва возникает на фоне хронической стрессовой перегрузки.

Большинство авторов (Freyberger, 1972 г.; Balint, 1969 г.; Loch, 1963 г. и др.) выделяют 2 типа - гиперактивный и пассивный. Считается, что почти у всех больных язвенной болезнью имеет место внутренний конфликт по типу «взять-отдать» - борьба между двумя противоположными стремлениями (зависимость и боязнь открыто демонстрировать эту зависимость).

При пассивном типе больные наслаждаются преимуществами зависимости и не предпринимают шагов к самостоятельности. На первом плане у таких пациентов стоит бессознательный страх быть покинутыми. При гиперактивном язвенном типе желание зависимости сознательно отвергается. Эти больные заботятся о других, стараются быть лидерами, постоянно ищут успеха, но не находят его. Некоторые исследователи (Zander, 1976 г.) считают, что пусковым фактором является зависть - «язва возникает, когда человек с голодной установкой должен видеть, как питается другой». Известно, что еда представляет собой первое явное удовлетворение рецептивно-собирательного желания. В мыслях ребенка желание быть любимым и желание быть накормленным связаны очень глубоко.

Когда в более зрелом возрасте желание получить помощь от другого вызывает стыд или застенчивость, что нередко в обществе, главной ценностью которого считается независимость, желание это находит регрессивное удовлетворение в повышенной тяге к поглощению пищи. Эта тяга стимулирует секрецию желудка, а хроническое повышение секреции у предрасположенного индивида может привести к образованию язвы. На базе гастроэнтерологического отделения городской клинической больницы № 3 г. Воронежа проводилось обследование пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Целью являлось изучение внутренней картины болезни и психологических особенностей больных путем расспроса, сбора анамнеза, а также использования психологических тестов. В процессе беседы особенно важно было выяснить, с чем сам пациент связывает свое заболевание.

**8. Влияние психических стрессов на возникновение язвенной болезни**

гастроэнтерологический психосоматический гастрит печёночный

Больные были настроены доброжелательно, с удовольствием входили в контакт. Также выяснилось, что многие пациенты с язвенной болезнью перенесли в недавнем прошлом какую-либо психическую травму (развод или смерть одного из родителей). Значительная часть из них в настоящее время живет в социально неблагополучной обстановке. У больных с типичными ноющими болями в эпигастрии, выступавшими в качестве моносимптома, отмечены наименьшие психологические изменения, их отношение к болезни характеризовалось преобладанием эргопатического, сенситивного и анозогнозического типов. Жалобы на тошноту и рвоту сочетались с нарастанием невротизации, дезадаптивными тенденциями в отношении к болезни (тревожной, неврастенической и эгоцентрической) и снижением показателя качества жизни. Такие пациенты нуждаются в коррекции психического статуса для достижения психологической компенсации в фазе ремиссии ЯБДК.

## **9. Дуоденит. Психосоматические расстройства при дуодените**

## **Дуоденит** (duodenitis; анат. duodenum двенадцатиперстная кишка + -itis) - воспаление стенки двенадцатиперстной кишки, чаще только слизистой оболочки, сопровождающееся при длительном течении процесса структурной ее перестройкой. Изолированное поражение слизистой оболочки луковицы двенадцатиперстной кишки носит название бульбит, области большого дуоденального сосочка (фатерова соска) - сфинктерит, или оддит. Дуоденит нередко сочетается с воспалением слизистой оболочки желудка (гастродуоденит).

## Дуоденит - распространенная патология, чаще встречается у мужчин. Причины дуоденита в основном те же, что при гастрите. Он может развиться в результате употребления грубой пищи, алкогольных напитков, курения, длительного нервно-психического перенапряжения. Причиной дуоденита иногда являются паразитарные заболевания (например, анкилостомидозы, лямблиоз, описторхоз). Наблюдаются токсические дуодениты экзогенной (например, при лечении цитостатическими препаратами) или эндогенной (например, при уремии, подагре) природы. Дуоденит может возникать на фоне хронического гастрита, язвенной болезни, дивертикулеза двенадцатиперстной кишки, хронического панкреатита, некоторых заболеваний печени и желчевыводящих путей.

## Развитию дуоденит способствуют повышенное содержание соляной кислоты и пепсина в желудочном соке, длительная задержка эвакуации дуоденального содержимого (дуоденостаз), недостаточная выработка секретина, приводящая к нарушению нейтрализации соляной кислоты соком поджелудочной железы. Дуоденит может возникнуть и на фоне гипо- или ахлоргидрии в связи с раздражающим действием на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки плохо переваренной пищи, а также активизацией микрофлоры верхних отделов пищеварительного тракта.

## **Психосоматические расстройства при дуодените.**

При дуоденостазе характерен выраженный болевой синдром - приступообразные, распирающего и скручивающего характера, боли в эпигастральной области, либо в правой половине живота, ощущение вздутия, урчание в животе, горькая отрыжка, тошнота и рвота с желчью.

При локальном дуодените нарушается отток желчи, в результате возникает симптоматика дискинезии желчных путей. Характерно развитие признаков желтухи, легкая желтизна кожи (для холестатической желтухи характерен коричневатый оттенок) и склер, осветленный вплоть до белого (при полной обтурации желчевыводящих путей) стул. В крови - билирубинемия.

Для продолжительного хронического дуоденита характерно нарушение синтеза секретина, энкефалинов и других гастроинтерстициальных ферментов. Это связано с снижением секреторных свойств эпителия слизистой вследствие ее дистрофии. Эти пептиды крайне важны в пищеварительной деятельности, и их недостаточность приводит к глубоким расстройствам не только органов пищеварительного тракта, но и других систем организма, вплоть до нарушений со стороны вегетативной и центральной нервной системы.

**Клинические формы**

1) Язвенноподобная («ночная» и «голодная» боль в эпигастрии или в области проекции ДПК тянущего характера без иррадиаций. Купируется приемом пищи и приемом антацидных препаратов и гастропротекторов. Часто бывает изжога и горькая отрыжка.).

) Гастритоподобная форма (боль практически через 15-20 минут после приема пищи, диспепсический синдром - тошнота, рвота, отрыжка, бурчание в животе, понос, метеоризм, отсутствие аппетита).

) Холецистоподобная и панкреатоподобная формы (боль острая, выраженная, располагается в правом или левом подреберье, склонна к иррадиации, протекает по типу желчной колики, присутствуют признаки холестаза, диспепсические расстройства).

) Нейро-вегетативная форма (на первый план выступают вегетативные астеноневротические расстройства, депинг-синдром - следствия дуоденальной гормональной недостаточности).

) Смешанная форма (сочетает признаки разных клинических форм дуоденитов).

) Бессимптомная форма (как правило у пожилых людей - выявляется при функциональных методах диагностики при обследовании по поводу других патологий).

*Патология:*

Отличие от здоровых: более высокая степень подозрительности, обидчивость; тревожность; подавленность, печаль, неуверенность; эмоциональное застревание на некоторых состояниях; наличие агрессивных эмоций. Депрессивность, недовольство окружающими.

**10. Колит. Психосоматические расстройства при колите**

**Колит** (colitis; греч. kolon толстая кишка + -itis) - воспалительное или воспалительно-дистрофическое поражение толстой кишки. Процесс может локализоваться во всех отделах толстой кишки (панколит) или отдельных ее частях (сегментарный колит). При правостороннем колите (тифлите) поражаются проксимальные отделы толстой кишки, при левостороннем (сигмоидите, проктосигмоидите) - дистальные ее отделы. Выделяют острый и хронический колит. В пожилом и старческом возрасте встречается также ишемический колит.

Острый колит в подавляющем большинстве случаев - проявление острых кишечных инфекций (дизентерии, эшерихиоза, иерсиниоза и др.), реже - аллергии, отравлений различной природы. При остром колите в процесс часто вовлекаются тонкая кишка (острый энтероколит), а также желудок (острый гастроэнтероколит). В зависимости от характера морфологических изменений острый колит может быть катаральным, эрозивным, язвенным, реже фибринозным.

Характерно острое начало. При инфекционной природе заболевания наблюдаются повышение температуры тела и другие признаки интоксикации. Стул частый, испражнения необильные, жидкие или кашицеобразные, иногда теряют каловый характер, содержат примесь слизи, нередко - крови и гноя. Отмечаются схваткообразные боли в животе, при поражении дистальных отделов толстой кишки - тенезмы. Живот вздут, толстая кишка спазмирована, болезненна при пальпации, особенно ее дистальные отделы. Могут возникать нарушения функции сердечно-сосудистой системы.

Диагноз острого колита устанавливают на основании анамнеза и клинической картины. Для подтверждения или исключения инфекционной природы заболевания наибольшее значение имеет тщательное бактериологическое исследование кала. Применяют также колоноскопию, ректороманоскопию, рентгенологическое исследование.

Лечение острого колита в зависимости от тяжести состояния проводят амбулаторно или в стационаре. В первый день болезни назначают сладкий чай, в последующие 2-5 дней - химически и механически щадящую пищу в пределах диеты №4 с постепенным ее расширением. Для борьбы с обезвоживанием внутрь или внутривенно в зависимости от тяжести болезни вводят солевые растворы (трисоль и др.). Назначают ферментные препараты (фестал, панкреатин, солизим и др.), обволакивающие и адсорбирующие вещества (дерматол, алмагель, белую глину, фосфалугель и др.), по показаниям - сердечно-сосудистые средства. При инфарктном природе заболевания применяют антибактериальные средства. В легких случаях ограничиваются назначением диеты и симптоматических средств, не прибегая к антибактериальной терапии. Прогноз, как правило, благоприятный. Профилактика в основном направлена на предупреждение кишечных инфекций.

Хронический колит - заболевание полиэтиологическое. В большинстве случаев его возникновение связывают с кишечным дисбактериозом, развивающимся обычно в результате острых кишечных инфекций и усугубляющимся вследствие длительного приема некоторых лекарственных препаратов, главным образом антибиотиков. Причиной хронического колита могут быть паразитарные инвазии, хронические интоксикации промышленными ядами (свинцом, мышьяком и др.). Хронический колит может возникать при заболеваниях других отделов пищеварительной системы, а также других органов и систем организма. Описан хронический колит аллергической природы. В развитии хронического колита определенную роль играют иммунные расстройства.

При хроническом колите в слизистой оболочке толстой кишки обнаруживают гиперемию, изменение сосудистого рисунка, иногда эрозии, геморрагии, в ряде случаев выявляют ее бледность и атрофические изменения.

Ведущим симптомом хронического колита является расстройство стула; характерны поносы, особенно при левостороннем колите. При обострении болезни стул может учащаться до 10-15 раз в сутки; кал жидкий или кашицеобразный, количество его невелико, он содержит много слизи; позывы на дефекацию иногда имеют императивный характер. У некоторых больных позывы на дефекацию возникают при приеме пищи (гастроилеоцекальный, или желудочно-кишечный рефлекс). Возможны и запоры (чаще при правостороннем колите). Стул может быть неустойчивым: поносы сменяются запорами и наоборот. Этот тип расстройств стула следует отличать от так называемых ложных, или запорных, поносов (разжижение каловых масс вследствие раздражения ими слизистой оболочки толстой кишки), возникающих периодически у лиц, страдающих упорными запорами. Постоянным симптомом хронического (особенно правостороннего) колит являются боли в животе, которые локализуются преимущественно в его нижних отделах, реже по всему животу; при левостороннем колите - в левой подвздошной области, при правостороннем - в правых отделах живота. Чаще боли бывают ноющими, монотонными, реже приступообразными, иногда больные жалуются на чувство распирания, нарастающее к вечеру. Боли могут усиливаться после еды, особенно после употребления некоторых овощей, молока. При присоединении мезаденита отмечается усиление болей после дефекации, клизм, при резких движениях, тряской езде. Поражение прямой кишки сопровождается тенезмами, болями в этой области после дефекации. Больные хроническим колитом жалуются на метеоризм, повышенное отхождение газов, урчание и ощущение переливания в животе. Общий вид больных не изменен, значительного похудания не отмечается. Часто наблюдаются невротические расстройства, признаки дисфункции вегетативной нервной системы (быстрая утомляемость, раздражительность, лабильность пульса, гипергидроз подмышечных впадин и др.). Живот умеренно вздут. При пальпации выявляют болезненность всей толстой кишки или отдельных ее сегментов, стенка кишки утолщена. При вовлечении в процесс серозной оболочки и образовании спаек подвижность кишки уменьшается.

Диагноз устанавливают на основании анамнеза, клинической картины, а также результатов инструментального и лабораторного исследований.

**. Болезни почек. Психосоматические расстройства при заболеваниях мочевыводящей системы**

Почки являются жизненно важным органом, поэтому любые изменения их функции сказываются на здоровье всего организма. Симптомы болезни почек могут быть как общими, так и местными.

**ОБЩИЕ СИМПТОМЫ**

Большинство почечных болезней характеризуются следующими симптомами:

· общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость,

· головная боль,

· ухудшение аппетита,

· утренние отеки, особенно в области век,

· повышение артериального давления,

· озноб и лихорадка,

· бледный цвет кожных покровов.

Из местных симптомов следует отметить следующие:

· боль в области поясницы со стороны поражения или с обеих сторон,

· покраснение кожи над проекцией почек,

· выбухание в поясничной области,

· изменения мочи: выделение кровавой мочи (гематурия), изменение ее цвета (мутная, коричневатая, насыщенно желтая или слабо концентрированная),

· частые позывы к мочеиспусканию,

· дискомфорт боль или жжение во время мочеиспускания.

Иногда могут быть симптомы заболевания почек, характерные только для какой-то конкретной болезни

**СИМПТОМЫ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

Основным проявлением мочекаменной болезни является почечная колика. Это острое состояние, вынуждающее больных немедленно обратиться к врачу. Почечная колика возникает в результате отхождения камня из лоханки, который закупоривает мочеточник и ранит его стенки. Мочевыводящие пути начинают усиленно сокращаться, пытаясь устранить препятствие. В результате нарушается отток мочи, нервные окончания в стенках мочеточника и лоханки раздражаются, поэтому признаки заболевания почек в этом случае трудно спутать с другими болезнями:

· очень сильная острая боль в области поясницы схваткообразного характера;

· болевые ощущения распространяются от поясничной области по ходу мочеточника в нижнюю часть живота, половые органы (в мошонку у мужчин, большие половые губы у женщин) и внутреннюю поверхность бедра.

Важным, но не единственным признаком мочекаменной болезни является боль в почках: симптомы при этом заболевании касаются и общего самочувствия. В момент почечной колики больной человек не может найти удобного положения, «мечется» в постели или ходит из угла в угол. Боль может быть очень сильной и даже нестерпимой, поэтому возникает чувство страха. Иногда повышаются температура тела, артериальное давление. Может возникнуть тошнота и даже рвота, головокружение. Уменьшается количество выделяемой мочи, учащаются позывы к мочеиспусканию. Моча может иметь большую концентрацию и примесь крови. По окончанию почечной колики, которая может продолжаться несколько минут или часов, выделяются мелкие камни и песок.

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Различные микроорганизмы, попадающие с кровью или по мочевыводящим путям, вызывают воспаление почек: симптомы при воспалительных заболеваниях во многом схожи с признаками других инфекционных болезней:

· жар, озноб,

· головная боль, утомляемость,

· потеря аппетита.

При пиелонефрите, как правило, болит левая почка или правая, то есть обычно воспалительный процесс локализуется с одной стороны. Но может быть и двухстороннее воспаление. При этом почка отекает, увеличивается в объеме, что приводит к растяжению почечной капсулы. Нервные окончания, находящиеся в ней, травмируются, что и вызывает боль. Болезненные ощущения при воспалении почек могут иметь неопределенный ноющий характер. Больной чувствует дискомфорт или тяжесть в пояснице. Если пиелонефрит возник в результате инфицирования нижележащих мочевыводящих путей, то признаки болезни почек включают учащенное мочеиспускание, сопровождающееся резью и жжением.

**СИМПТОМЫ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА**

Гломерулонефрит является инфекционно-аллергическим заболеванием с аутоиммунным компонентом, поэтому главными считаются общие признаки заболевания почек. Существует несколько форм гломерулонефрита, но практически при всех в моче появляется кровь, а в острой фазе выделение мочи может полностью прекратиться (анурия). Также с мочой выделяется большое количество лейкоцитов и белка. Для этого заболевания характерно поражение сразу обеих почек.

При гломерулонефрите возникают не только проблемы с почками: симптомы сопровождаются общими обменными нарушениями. Изменяются водно-электролитный баланс, нарушается выведение жидкости и солей, поэтому развивается выраженная артериальная гипертензия. Из-за большой потери белка с мочой возникают массивные отеки вплоть до водянки (анасарки). При этом жидкость может пропотевать в брюшную и плевральную полость, в околосердечную сумку. В тяжелых случаях развиваются отек легких и головного мозга. Местные симптомы, напротив, малозаметны. Больные могут не ощущать боли в пояснице и изменений мочеиспускания.

Стоит отметить, что при воспалительных заболеваниях чаще болит правая почка. Это связано с особенностями кровоснабжения и расположения.

Мочекаменная болезнь, пиелонефрит и гломерулонефрит являются наиболее распространенными почечными заболеваниями. Многие больные при этом не знают, как болят почки: симптомы часто бывают скрытыми или малозаметными. Поэтому следует обращать внимание на любые изменения со стороны почек или общего самочувствия. Ведь при отсутствии своевременного лечения большинство болезней почек переходят в хронические формы, которые плохо поддаются лечению.

**. Болезни печени. Психосоматические расстройства при заболеваниях печени. Психические нарушения при печеночной недостаточности**

Болезнь Вильсона (Болезнь Вильсона - Коновалова, гепатоцеребральная дистрофия, гепатолентикулярная дегенерация, болезнь Вестфаля-Вильсона-Коновалова) - врождённое нарушение метаболизма меди, приводящее к тяжелейшим наследственным болезням центральной нервной системы и внутренних органов.

Клиническая картина: Поражение печени протекает по типу хронического гепатита либо цирроза и клинически характеризуется гепатомегалией, гемолитической анемией, тромбоцитопенией, лейкопенией. Также наблюдается поражение нервной системы (гиперкинезы, повышенный мышечный тонус и\или параличи, атетоз, эпилептические припадки, слюнотечение, дизартрия, нарушения поведения, речи).

Гепати́т (греч. ἡπατῖτις от ἥπαρ - печень) - общее название острых и хронических диффузных (то есть, в отличие от очаговых, распространяющихся на весь орган) воспалительных заболеваний печени различной этиологии.

Симптомы: Желтуха - наиболее известный симптом, возникает, когда билирубин, не переработанный в печени, попадает в кровь и придаёт коже характерный желтоватый оттенок. Однако часто бывают и безжелтушные формы гепатита. Иногда начало гепатита напоминает грипп: с повышением температуры тела, головной болью, общим недомоганием, ломотой в теле. Как правило, это маска начинающегося вирусного гепатита, характеризующаяся слабостью. Боли в правом подреберье как правило возникают вследствие растяжения оболочки печени (увеличения печени) или могут быть связаны с желчным пузырём и поджелудочной железой. Боли могут быть как тупые и длительные, ноющие, так и приступообразные, интенсивные, могут отдавать в правое плечо и правую лопатку. Выделяют две основные формы клинического течения гепатитов: острую и хроническую**.**

**Психосоматические расстройства при заболеваниях печени**

Заболевания печени сопровождаются дисфорическими расстройствами и гипнагогическими галлюцинациями.

При циррозе печени с выраженными клиническими проявлениями (желтуха, асцит, желудочно-кишечные кровотечения) из психических нарушений на первый план выступают астенические расстройства с дисфорическими включениями в виде злобности, раздражительности, патологической пунктуальности, угнетенности, требования к себе повышенного внимания. Кроме того, наблюдаются выраженные вегетативные расстройства с приступами сердцебиения, потливости, колебаний артериального давления, покраснения кожных покровов при эмоциональных переживаниях. Характерны также кожный зуд, бессонница, чувство онемения конечностей. При утяжелении состояния нарастает оглушение, которое в последующем переходит в сопор, а иногда и в кому.

*Клиническая картина цероза печени*

К наиболее важным симптомам относятся спутанное сознание с дезориентацией в месте и времени, ослабление внимания, а также моторные нарушения, в частности тремор, напоминающий трепетание крыльев. Нейропсихическая симптоматика может манифестировать остро, как делирий, с нарушением сознания, дезориентацией и галлюцинациями, но чаще встречаются хронические расстройства с периодическими обострениями, с прогредиентным снижением личности и деменцией. Иногда эти патологические проявления трудно распознать, и нередки ошибочные диагнозы. Клинико-психическая картина многосимптомна и соответствует картине других органических реакций в отношении изменений личности, интеллекта, а также лабильности настроения. Симптоматика изменчива. В период ухудшения выраженными становятся характерологические нарушения, которые удается выявить еще в период ремиссии. Больные дружелюбны, большей частью слишком толерантны к себе и окружающим, часто эйфоричны и даже пуэрильны.

Они теряют чувство ответственности в отношении семьи и окружающего мира. Интеллектуальные нарушения имеют размах от незначительного ограничения умственных способностей до глубокой деменции. В начальный период колебания в статусе изо дня в день бывают поразительны. При полной сохранности сознания обнаруживается ограниченное снижение интеллекта. Так, некоторые больные не способны повторять определенные действия, особенно если они касаются ориентации в пространстве. Большую помощь при диагностике оказывает тест со спичками, из которых больной должен сложить звездочку.

Больной не может повторить показанный ему способ сложения фигуры. Он не может также повторить услышанную простенькую историю, разумно увязать отдельные события. Неспособность к простым подсчетам (например, от 100 отнять 7) приводит в отчаяние интеллигентных субъектов, так как они еще сохраняют в это время определенную самокритику и могут оценить собственную неполноценность. Почерк становится беспорядочным, неуверенным, дрожащим, пишущий не придерживается строки. Некоторые больные не могут утром одеться, путая очередность надевания отдельных предметов туалета. Особое внимание привлекают расстройства в «сфере туалета» - больной принимает одни предметы за другие. В этом случае больные часто мочатся в палате в обувь других пациентов и т. д.

Иногда возникают сексуальные нарушения с эксгибиционистскими тенденциями. Эти симптомы, однако, в большинстве случаев преходящи. Они могут появляться также в предкоматозный период, протекающий со значительным нарушением сознания и расстройствами речи (речь характерная - смазанная и невыразительная). Наблюдаются также перверация и произнесение не связанных друг с другом фраз. Нередко наступают ранние нарушения ритма сна (бессонные ночи), тремор в течение дня. Davidson и Summerskill говорят даже о состояниях, напоминающих нарколепсию. Встречаются двоение в глазах и галлюцинации, а также нарушения восприятия с макропсией. Лицо больного часто маскообразно, а взгляд характерно устремлен вдаль.

Почти всегда при этом определяются неврологические симптомы, особенно характерное дрожание, напоминающее трепетание крыльев. Почти во всех случаях имеются выраженные изменения ЭЭГ. При токсической дистрофии печени развивается коматозное состояние. Как известно, токсическая дистрофия является гепатоцеребральной патологией, и при коматозном состоянии (например, острой желтой атрофии печени при вирусном гепатите А) вначале появляются головные боли, потливость, приступы удушья, рвота, нарушается сон. В дальнейшем на фоне общего оглушения развиваются приступы психомоторного возбуждения, делириозно-аментивные расстройства с бессвязностью речи, отрывочными галлюцинаторными и бредовыми явлениями. Возможны эпилептиформные припадки. Утяжеление соматического состояния сопровождается усилением оглушения, затем наступает сопор, а в последующем - кома с возможным летальным исходом.

Очень интересна клиническая картина психических нарушений в процессе течения первичного гепатоцеллюлярного рака печени, ибо нельзя исключить влияния токсинов, продуцируемых опухолевой тканью. Одним из наиболее заметных фактов, отмеченных в последние годы, является быстрая регрессия этих симптомов под влиянием соответствующей терапии. Это лечение предусматривает очистительные средства, ограничение поступления белка, а также прием антибиотиков (неомицин и др.). Диагноз может представлять особые трудности у больных алкоголизмом (дифференцирование с белой горячкой).

***Психические нарушения при печеночной недостаточности***

При печеночной коме вследствие быстро наступающей печеночной недостаточности, как это наблюдается в редких случаях отравлений или при злокачественном течении вирусного гепатита, психическая симптоматика также драматична. К первому описанию, представленному Гиппократом, нельзя ничего добавить. В нем речь идет о том, что эти больные громко кричат, злобны и их невозможно усмирить. Такого рода симптомы весьма выражены у детей и юношей (иногда даже перед наступлением желтухи). Случается, что молодые больные с такими расстройствами попадают в психиатрические больницы. Появление желтухи проясняет ситуацию. После развития желтухи психические симптомы обычно регрессируют, а болезнь протекает как обычный гепатит.

Заслуживает внимания особого рода депрессия, которая наступает у больных паренхиматозным гепатитом в продромальном периоде и длительно удерживается после исчезновения заболевания. У сравнительно небольшого числа лиц, перенесших гепатит, депрессия сохраняется долго, даже годы. Это один из самых существенных симптомов так называемого постгепатитного синдрома.

*Клиническая картина*

По частоте симптомы распределяются следующим образом: утомляемость с большой потребностью в сне, неустойчивость настроения, чувство давления и переполнения в правом подреберье, непереносимость жирной пищи, потеря аппетита. Именно сочетание соматических и психических симптомов является причиной того, что больной попадает к врачу. Нередко это касается лиц, работающих в медицине. Такого рода больные встречаются среди студентов-медиков, санитарок, молодых врачей, которые на основании теории и практики работы с больными гепатитом знают о возможности заражения от больного в хроническом периоде болезни. В этих случаях необходимо прежде всего тщательное исследование. При функциональной гипербилирубинемии либо постгепатитном синдроме главная задача врача состоит в том, чтобы убедить больного в безвредности этого расстройства, носящего биохимический характер.

Постгепатитная гипербилирубинемия, а также варианты функциональной гипербилирубинемии (ювенильная желтуха Мейленграхта, синдром Дубина - Джонсона и т. д.) протекают часто фазно, причем нередко развивается депрессия, подобная истинным эндогенным депрессиям. Оба вида гипербилирубинемии, быть может, конституционно обусловлены. У этих больных наблюдаются также влажность рук, склонность к потливости, колебания артериального давления либо спазмы. Несомненно, ошибочно было бы считать больных, обращающихся к врачу с этими жалобами, больными неврозом. В то время как при конституциональной гипербилирубинемии имеются прежде всего функциональные нарушения, которые можно значительно смягчить соответствующей лечебной тактикой, психические нарушения при циррозе печени обратимы и доступны лечению лишь в начальный период. В этих случаях можно добиться значительных результатов длительной терапией, применяя антибиотики и ограничивая поступление белка в организм (Добжанский).

**Литература:**

1. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. - М. : Мысль, 1988. - 301 с.

2. Карвасарский, Б.Д. Клиническая психология / Б.Д. Карвасарский. - СПб. : Питер, 2006. - 960 с.

3. Карсон, Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека. - 11-е изд. - СПб. : Питер, 2004. - 1167 с.

4. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. - М. : МЕДпресс-информ, 2005. - 432 с.

5. Николаева, В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. - М. : Изд-во Моск. ун-та, 1987. - 168 с.