

Д.Д.Плетнев о психической симптоматике в картине чисто соматических заболеваний: уроки истории и современность

Н.П.Гарганеева

Кафедра поликлинической терапии ГБОУ ВПО СибГМУ Минздрава РФ, Томск

Резюме. Статья посвящена краткому изложению приоритетных научных изысканий выдающегося отечественного терапевта, профессора Дмитрия Дмитриевича Плетнева, внесшего значительный вклад в развитие клинического направления психосоматической медицины в России. На уровне диагностических и доказательных возможностей первой трети XX в. ученый обосновывает научные положения, которые в настоящее время широко изучаются в аспекте коморбидности сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств тревожно-депрессивного спектра. Д.Д.Плетнев одним из первых клиницистов-терапевтов обратил внимание на трудности дифференциально-диагностической оценки состояния соматических больных, имеющих психоэмоциональные нарушения – депрессивные аффекты и невроз страха. Многие работы ученого, посвященные изучению психической симптоматики в картине чисто соматических заболеваний, незаслуженно забытые, остаются актуальными и сегодня, интерпретируемые в современной медицине как разные проявления невротических и аффективных расстройств при заболеваниях внутренних органов.

В качестве современных приоритетных направлений обсуждаются вопросы интегративного подхода к изучению взаимосвязи патологии сердечно-сосудистой системы, тревожных и депрессивных расстройств невротического и аффективного уровня.

Ключевые слова: Д.Д.Плетнев, психосоматическая медицина, сердечно-сосудистые заболевания, невротические и аффективные расстройства, паническое расстройство, маскированная депрессия, интегративный подход.

D.D.Pletnev about mental symptoms in the picture of purely somatic diseases: lessons of history and today

N.P.Garganeeva

SBEI HPE Siberian State Medical University
Ministry of Healthcare of Russian Federation, Tomsk

Summary. The article is dedicated to brief statement of priority scientific investigations of the distinguished domestic therapist, Professor Dmitry Dmitriyevich Pletnev, having made significant contribution into development of clinical direction of psychosomatic medicine in Russia. At the level of diagnostic and conclusive possibilities of his time in the beginning of the XXth century, the scientist has grounded those scientific positions which currently are broadly studied in the aspect of co-morbidity of cardiovascular diseases and mental disorders of anxiety-depressive spectrum. D.D.Pletnev, one of the first clinicians-therapists has paid attention to difficulties of differential-diagnostic evaluation of state of somatic patients with psycho-emotional disturbances «depressive affects and neurosis of anxiety». Many papers of the scientist dedicated to study of «mental symptoms in picture of purely somatic diseases», what in the modern medicine is interpreted as various manifestations of neurotic and affective disorders in diseases of inner organs, wrongly forgotten, remain relevant at present as well.

As perspective scientific directions, questions of integrative approach to study of interrelationship of pathology of cardiovascular system, anxiety and depressive disorders of neurotic and affective level are discussed.

Key words: D.D.Pletnev, psychosomatic medicine, cardio-vascular diseases, neurotic and affective disorders, panic disorders, masked depression, integrative approach to problem.

Сведения об авторе

Гарганеева Наталья Петровна – д-р мед. наук, проф. каф. поликлинической терапии ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава РФ. E-mail: garganeyeva@mail.tomsknet.ru

Всякий врач должен быть хорошо знаком с так называемой малой психиатрией. Это знакомство необходимо не только в видах понимания семиотики больного, но и как элемент в установке предсказания и лечения.
Д.Д.Плетнев (1930 г.)

Нельзя рассматривать больного сквозь узкое окно своей специальности. Необходимо всегда помнить, что организм – единое целое, и не терять самого главного – личности больного с его сложным миром переживаний и эмоций.
Д.Д.Яблоков (1970-е годы).

Эти замечательные слова принадлежат выдающимся ученым-клиницистам, терапевтам XX в., нашим соотечественникам – профессору Дмитрию Дмитриевичу

Плетневу, одному из основоположников отечественной кардиологии и пионеру клинического направления психосоматической медицины в России, и академику АМН СССР Дмитрию Дмитриевичу Яблокову, известнейшему терапевту, который был нашим учителем и современником, продолжателем традиций М.Г.Курлова в развитии Сибирской терапевтической школы.

Смысл сказанного двух видных терапевтов как нельзя лучше отражает современную тенденцию к совершенствованию и сближению медицинских знаний, основанную на интеграции научных и практических достижений междисциплинарного характера.

Все отчетливее заметен пристальный интерес специалистов в области внутренней патологии к проблемам личности и психике пациента, изучению соотношения соматического и психического и возрас-

тающей потребности в восполнении дефицита этих знаний, к обоснованию и формулировке синтетического диагноза, а главное – необходимости воспитания психосоматического подхода как основополагающего подхода к врачеванию.

Профессиональная деятельность каждого врача предъявляет высокие требования к уровню его образования. Это продиктовано тем, что в своей повседневной работе врачи-терапевты, кардиологи и другие интернисты нередко сталкиваются с клиническими случаями, которые сложно объяснить без специальной подготовки, дополнительных знаний и умения интерпретации. Вопросы взаимосвязи внутренней и душевной патологии наиболее актуальны для врача-интерниста, их изучение раскрывает важнейшую по своей медико-социальной значимости проблему распространенности психических расстройств, являющихся наиболее частой причиной обращения пациентов в общемедицинские, а не в психиатрические учреждения.

Функциональное единство

Современные тенденции развития клинической психиатрии заключаются прежде всего в ее сближении с общей медициной. Так, зарубежные и отечественные клинические и клинико-эпидемиологические исследования последних лет свидетельствуют не только о высокой распространенности расстройств депрессивного и тревожного спектра в общемедицинской, и особенно кардиологической, практике, намного превышающей частоту этих расстройств в популяции, но и об их негативном влиянии на течение сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1–6]. Распространенность депрессивных расстройств среди больных с ССЗ варьирует от 18 до 60% [7–9], тревожных расстройств – от 15 до 30% и более [9–10]. Полученные результаты обуславливают необходимость более детального изучения причин формирования высокого уровня коморбидности указанных состояний, вариантов сочетания аффективной и сердечно-сосудистой патологии с позиции доказательной медицины, а также возможностей биопсихосоциальной реабилитации больных с использованием перспективного профилактического направления как в научном, так и клиническом аспектах, интегративного подхода к изучению данной проблемы на стыке терапии (в частности, кардиологии) и психиатрии.

Д.Д.Плетнев это предвидел и доказал. Блестящее московское и европейское образование, глубочайшие знания не только терапии, но и психиатрии, физиологии, патофизиологии, общей патологии, других дисциплин, широта интересов, неординарность взглядов, богатый собственный клинический опыт и редкостная врачебная незаурядность выделяли Д.Д.Плетнева среди его коллег. По единодушному мнению современников, он был первым и лучшим терапевтом своей эпохи, признанным лидером страны и крупнейшим мировым авторитетом в области клинической медицины. Его главный труд «Болезни сердца» (1936 г.) – непревзойденное руководство, в котором обобщены основные принципы методологии и понятия о функциональном единстве организма и в котором можно найти ответы на проблемные вопросы современной кардиологии.

Диалектика медицины и клиническое воплощение учения Д.Д.Плетнева о функциональном единстве и взаимообусловленности органов и систем, сформулированного в 1930-х годах, тесно связаны с тем, что

«каждый больной должен быть биологически подробно изучен параллельно в своих душевных и в своих физических проявлениях». Очень важным открытием для клиницистов-терапевтов и психиатров в 1927 г. стала работа «К вопросу о "соматической" циклотимии», в которой ученый обосновывает ряд абсолютно современных положений: «Соматические и психические симптомы связаны между собой и дополняют друг друга, будучи обусловлены общим этиологическим моментом».

Подводя итог этой работы, Д.Д.Плетнев обращается к читателям, убеждая, по сути, уже не одно их поколение в необходимости «совместного и одновременного изучения соматической и психической симптоматики, между собой связанной», так как «нет соматических болезней без психических, из них вытекающих, отклонений, как нет психических заболеваний, изолированных от соматических симптомов».

Пожалуй, главный тезис Д.Д.Плетнева: «Изучение медицины последнего времени приводит нас все больше и больше к тому, что психической симптоматике в картине чисто соматических заболеваний должна быть отведена значительно большая роль, чем это делалось до сих пор» – спустя 90 лет наконец приобретает реальное осмысление.

Однако, несмотря на огромные достижения в области кардиологии и терапии в целом и большой объем накопленного за последние десятилетия научно-практического материала, изучение взаимосвязи и патогенетической общности сердечно-сосудистой патологии, а также психических расстройств до настоящего времени представляет собой многогранную, неоднозначную проблему в методологическом и прикладном аспектах и является перспективным научным направлением современной медицины.

На современном этапе психосоматическая медицина постулирует концепцию биопсихосоциального единства и взаимодействия биологических, психических и социальных процессов, тесно связывающих человека с окружающей средой [11]. Благодаря созданию биопсихосоциальных модели (G.Engel, A.Schmale, 1977) и концепции (Th.Uexküll, W.Wesiak, 1990) современная психосоматическая медицина восстанавливает холистическую традицию, отражая необходимость интегративного подхода к пониманию этиологии и патогенеза, возможностей терапии мультифакторных заболеваний.

В истории любой научной дисциплины происходит переосмысление предшествующих этапов ее развития под влиянием новых теорий, учений, концепций, направлений. Прогресс научного познания невозможен без знания прошлого. Исчерпывающее обоснование интегративной позиции и синтетического понимания медицины открывается нам в работах Д.Д.Плетнева, внесшего огромный вклад в развитие этого клинического направления.

Как автор данной статьи, считаю своим долгом сказать, что возможностью изучить труды Д.Д.Плетнева, ознакомиться с основными вехами его блистательной и трагической судьбы мы, современные читатели, обязаны замечательной книге, которая так и называется: «Плетнев Д.Д. Избранное» [12], и ее авторам – известным отечественным ученым клиницистам В.И.Бородулину, В.Д.Тополянскому, академику АМН СССР Н.Р.Палееву.

Приоритетные научные изыскания великого ученого в области психосоматической медицины для мировой науки остались невостребованными при жизни Д.Д.Плетнева в силу сложившихся обстоя-

тельств¹. Но именно он еще в начале прошлого века сформулировал концепцию о функциональном единстве организма. По мнению ученого, путь к пониманию сложной патологии болеющего человека ведет через сочетанное изучение сложных корреляций живого организма. В частности, рассматривая проблему сближения общих вегетоневрозов с психоневрозами, он отстаивал позицию единой психофизиологической целостности организма человека со всей его сложной психосоматической установкой.

Многие работы Д.Д.Плетнева, посвященные изучению психической симптоматики в картине чисто соматических заболеваний, незаслуженно забытые, остаются приоритетными и актуальными и в настоящее время.

Удивительно, насколько научное мировоззрение ученого выдержало испытание не только временем, но и самой медициной. И сегодня оно является источником новых знаний и помогает понять великое предвидение ученого, выдвинувшего «во всей полноте проблему неврозов во внутренней патологии», где Плетнев, опережая своих современников более чем на полвека, находился в первой шеренге тех, кто был близок к нашему времени, благодаря созданному им клиническому учению о психосоматических корреляциях у здорового и больного человека [12].

Соматические заболевания и «неврозы»

Д.Д.Плетнев (в работах 1912–1936 гг.) одним из первых клиницистов-терапевтов обратил внимание на трудности дифференциально-диагностической оценки состояния соматических больных, имеющих психоэмоциональные («аффективного генеза») нарушения, что в современной медицине интерпретируется как разные проявления невротических и аффективных расстройств при заболеваниях внутренних органов.

Ровно 100 лет назад, в 1912 г., в программном докладе и статье «О сердечно-сосудистых неврозах» [13], рассматривая последние как «проявления эмоционально-аффективных нарушений, при которых наибольшее значение имеют депрессивные аффекты и невроз страха», ученый с позиции диагностических и доказательных возможностей своего времени обосновывал те научные положения, которые в настоящее время широко изучаются в аспекте коморбидности ССЗ и психических расстройств тревожно-депрессивного спектра.

Для современной науки передовой явилась точка зрения Д.Д.Плетнева на проблему «неврозов». Основываясь на свой клинический опыт в изучении органических и системных неврозов, ученый пришел к выводу, что органоневрозы, в частности неврозы сердца, – «не более, как одна из составных частей плейосимптоматики неврозов вообще, т.е. психоневрозов, и не могут быть самостоятельным заболеванием».

Отсутствие патологоанатомических критериев при сердечно-сосудистых неврозах Д.Д.Плетнев полагал недостаточным фактом для правильной биологической оценки разнообразных клинических картин. Так, боль в груди как основной признак грудной жабы (стенокардии) может быть обусловлена не только состоянием сосудов, но и возбудимостью центральной нервной системы под влиянием аффективных расстройств. Это был новый взгляд на природу

ангинозного приступа. При этом подчеркивалось: «необходима крайняя осторожность: нет четкой грани между нервными и органическими заболеваниями сердца и сосудов. Грань эта затуманена наслоениями нервных симптомов на органические сосудистые изменения, начало которых не всегда удается точно квалифицировать» [13].

Неоднократно возвращаясь к этой теме, в монографии «Болезни сердца» Д.Д.Плетнев напишет: «Из всех депрессивных аффектов наибольшее значение принадлежит страху», при этом «болевые ощущения соединяются нередко с общим чувством страха... При его оценке необходимо анализировать, является ли страх больного за свое сердце типом психическим, а сердечно-сосудистые симптомы – происхождения психогенного или он возникает вторично в ответ на соматическое состояние. Но на практике принципиальное значение имеет знание того, что аффекты страха представляют собой так называемый симптом-мишень для адекватной индивидуализированной терапии психотропными препаратами».

«Невроз страха»

Глубокое понимание психосоматического подхода к диагностике и лечению больных не позволяло Д.Д.Плетневу изолированно рассматривать соматические и психические симптомы заболеваний. В работе «О сердечно-сосудистых неврозах» характеризуя такое состояние, как невроз страха, ученый дает, по сути, описание клинической картины панического расстройства, относящегося в современной классификации к рубрике тревожных расстройств, в сложной картине которых «психические и физические симптомы настолько перепутаны, что трудно провести грань между тем, где оканчиваются одни и начинаются другие». Д.Д.Плетнев очень четко характеризует невроз страха: «Каждый раз аффективное состояние усиливается воспоминаниями и впечатлениями о физических симптомах и располагает к новым кризам» [12], – поразительно точно и подробно описывая все клинические симптомы тревожного расстройства.

В соответствии с современной трактовкой тревога – это проявление ведущего тревожного синдрома, а ее соматический и психический компоненты, сопровождающиеся приступами и феноменами болевых ощущений в грудной клетке, ощущениями сердцебиения, тахикардией, одышкой и иными кардиоваскулярными и внекардиальными проявлениями, а также страхом смерти, утраты самоконтроля, сумасшествия, являются его составляющими и могут быть характерными психопатологическими симптомами невротических расстройств: соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы, тревожно-фобических расстройств, в частности тревожного (панического расстройства), и других психических расстройств.

Подтверждением выраженности страха являются неоднократные обращения таких пациентов к разным специалистам: терапевту, неврологу, психотерапевту, поиски выхода из сложившейся ситуации путем попыток избавления от вредных привычек, активные занятия спортом, а также готовность больных к дальнейшему обследованию. На фоне психовегетативных пароксизмов происходит постепенная трансформация из развернутой картины кардиофо-

¹В июне 1937 г. Д.Д.Плетнев был арестован по ложному доносу, в марте 1938 г. осужден. Через 47 лет Решением Пленума Верховного совета СССР от 5 апреля 1985 г. Д.Д.Плетнев был реабилитирован посмертно.

бического синдрома в стойкое тревожно-фобическое состояние и формирование панического расстройства с ведущим танатофобическим синдромом (страх смерти), становление которого происходит по механизму тревожного ожидания, предвосхищения приступов. Как правило, опасения по поводу возможного заболевания сердца и смерти от инфаркта миокарда у больных с синдромом тревоги подкрепляются повторяющимися приступами с более яркими вегетативными и аффективными проявлениями и переживаниями, круг которых постепенно расширяется.

За яркой манифестностью психопатологического состояния и пароксизмов всеохватывающего страха смерти (по определению О.П.Вертоградовой, стержня кардиофобических приступов) бывает достаточно сложно распознать клинические признаки ангинозного приступа, который, протекая не совсем типично, модифицируется, перекрывается симптомами тревожного расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) [14].

В подтверждение нашего клинического наблюдения обратимся к Д.Д.Плетневу. В одной из дискуссий на съезде российских терапевтов он признался: «В данное время невозможно установить ясные грани, где начинаются неврозы и где оканчиваются. Это дело будущих исследователей».

Но легко ли распознать, впервые диагностировать приступ стенокардии у больного с пароксизмами панического расстройства в наше время?

Определить границы и глубину лабораторно-инструментальных диагностических вмешательств, являющихся гарантией своевременного выявления одного из самых прогностически неблагоприятных заболеваний современного человека – ИБС, даже для квалифицированного кардиолога считается делом непростым. В арсенале современного врача-кардиолога имеются широкие диагностические возможности первичного распознавания коронарного атеросклероза. Однако это не освобождает врача от ошибочного заключения, если он не находит симптомов сердечного заболевания у пациента с тревогой или депрессией и не может, как говорил Д.Д.Плетнев, установить, где начинается невроз и где оканчивается, и вследствие неправильной интерпретации клинических данных не проводит углубленного клинико-инструментального обследования больного. Чтобы разобраться в сложной диагностической картине, зачастую необходимы совместные усилия кардиолога (терапевта) и психиатра [14].

Маскированная депрессия

Значительным событием для науки и клинического изучения семиотики и диагностики психосоматических расстройств являлся выход статьи Д.Д.Плетнева «К вопросу о "соматической" циклотимии», опубликованной на русском (1927 г.) и немецком (1928 г.) языках. Ученый впервые описывает фазовые состояния с отчетливой периодичностью в развитии соматических расстройств, назвав их «диагностическими контурами психогенных нарушений в клинике внутренних болезней» и являющимися «одновременным выражением патологической динамики организма», при которых «соматические и психические симптомы связаны между собой и дополняют друг друга, будучи обусловлены общим этиологическим (психогенным) моментом». Термин «соматическая циклотимия» впервые также введен Д.Д.Плетневым [15].

Наблюдения ученого относительно общих психогенных соматических и психических симптомов у больных с соматической циклотимией находят свое подтверждение в современной психиатрии. Лишь спустя 50 лет (в 1970–80-х годах), обращаясь к работам Д.Д.Плетнева, понятие соматической циклотимии психиатры стали трактовать как маскированную депрессию [16] (P.Kielholz, 1973) либо скрытую, ларвированную, алекситимическую депрессию, либо как тимопатические (депрессивные) эквиваленты (J.Lopez Ibor, 1973). Ведущее положение в клинической картине маскированной депрессии занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективного регистра на уровне общих симптомов. Пациенты с признаками маскированной депрессии могут не осознавать депрессивного расстройства, оставаться убежденными в наличии какого-либо редкого, трудно диагностируемого соматического заболевания и настаивать на многочисленных обследованиях в общемедицинских учреждениях. При активном расспросе удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги, безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на телесных ощущениях [9].

В клинической медицине термин «маскированная депрессия» хорошо известен не только психиатрам, но и врачам-кардиологам, терапевтам и другим интернистам, так как именно у больных кардиологического профиля маскированная депрессия является часто встречающимся психопатологическим расстройством. Как правило, кардиологи и терапевты сталкиваются со стертыми, атипичными формами депрессии, диагностируемыми в рамках дистимии, невротических, нозогенных и других депрессивных расстройств.

Наибольшие трудности в общетерапевтической практике возникают при распознавании депрессии, когда симптоматика маскирована соматическими расстройствами, а также при формах депрессии, коморбидных соматическому заболеванию. И в том, и в другом случае сложность выявления психопатологических расстройств усугубляется тем, что клиническая картина депрессии включает ряд соматовегетативных симптомокомплексов, характерных и для аффективной патологии, и для соматического заболевания. Не менее сложной является и первичная, ранняя диагностика соматического заболевания, в частности ИБС, клиническая картина которого перекрывается симптомами депрессии [17].

В условиях первичного звена медико-санитарной помощи нередко возникают проблемы дифференциально-диагностического порядка при обращении больных к терапевту или кардиологу поликлиники, обусловленные тем, что соматические симптомы, входящие в структуру психического расстройства, приводят или к гипердиагностике соматического заболевания, или к неправильной интерпретации имеющихся нарушений. В связи с этим еще более убедительно звучат слова Д.Д.Плетнева (1930 г.), взятые для эпиграфа к данной статье: «Всякий врач должен быть хорошо знаком с так называемой малой психиатрией. Это знакомство необходимо не только в видах понимания семиотики больного, но и как элемент в установке предсказания и лечения».

Биологический подход

Чем больше вчитываешься в работы Д.Д.Плетнева, тем яснее осознаешь абсолютную их истинность и современность. В настоящее время как никогда актуальны вопросы повышения квалификации врачей-интернистов (кардиологов, терапевтов, эндокринологов, гастроэнтерологов и других специалистов) и необходимость их дополнительного образования в области психиатрии и психосоматической медицины. Но пока процесс усовершенствования в этом русле осуществляется преимущественно в рамках личной заинтересованности врача, а не в качестве обязательного специального предмета его профессиональной деятельности.

Д.Д.Плетнев – один из немногих ученых, которые видели развитие и прогресс медицины как науки в зависимости от достижений других наук: химии, физики, математики, биологии, а также развития научной методологии исследования и практического приложения научных истин как в диагностике, так и в лечении, и в профилактике.

Обобщая научные подходы к функциональным исследованиям, Д.Д.Плетнев в статье «Проблемы современной клиники» (1930 г.) выдвигает положение о целесообразности синтетического понимания патологического процесса и, по существу, раскрывает методологию научного поиска – изучения психосоматических соотношений. Д.Д.Плетнев излагает последовательность клинического и научного исследования: «Для понимания «души» сложного явления клиницист должен в порядке клинического исследования изучить функции различных органов, интимно связанных между собой. Провести физиологический эксперимент. Найти внутреннюю связь отдельных симптомов, возникающих в разных органах. В каждом отдельном случае искать изменения морфологического субстрата, – что, по мнению ученого, является недостаточным фактом, так как поиск закономерностей связи заболевания с материальным субстратом не всегда удастся. – Все клинические явления должны быть рассматриваемые в динамическом функциональном разрезе (динамический учет симптомов и динамическое понимание патофизиологических процессов). Наряду с анализом в процессе научного разрешения проблемы применять и метод синтеза».

В своих изысканиях главным условием Д.Д.Плетнев считает неразрывность клиники и физиологии, обращая внимание на то, что физические и душевные проявления пациента в равной степени должны подвергаться тщательному, подробному биологическому изучению, так как соматические и психические симптомы, наблюдаемые у каждого индивидуума, являются одновременным выражением патологической динамики организма и, следовательно, взаимобусловлены. Выпадение или резкое изменение функции одного органа сейчас же сказывается на гармонической жизни всего организма в определенных его проявлениях [18]. «Клиническая медицина, опирающаяся на законы физики и химии, общие для всех биологических дисциплин, является в своей многогранности и своем многообразии наукой».

Законченность и обобщенность научных истин поражают соответствием требованиям времени, и тем актуальнее работы Д.Д.Плетнева. В.Д.Тополянский, В.И.Бородулин, Н.Р.Палеев отметили, что они «являются отправной точкой, к которой стоит вернуться, чтобы осмыслить заново достижения медицины и биологии сегодняшнего дня».

Сейчас такой биологический подход нас не удивляет. Отправной точкой может служить широкое использование медико-биологических наук в том объеме, которого требует современная психосоматическая медицина для изучения причинно-следственных закономерностей в научных исследованиях с целью оценки общности патогенетических механизмов при разных мультифакторных заболеваниях.

Однако в 1930-х годах идею Д.Д.Плетнева о биологическом подходе к проблемам функциональной патологии, а также его высказывания о материальном и духовном единстве биологии и медицины, о необходимости введения клинической медицины в круг биологии и биологического мышления – в клиническую практику не поддержали. Напротив, это явилось одним из поводов для обвинения ученого в приверженности буржуазной идеологии.

В научных исследованиях нашего времени поиски патофизиологических закономерностей в механизмах взаимосвязи соматической и психической патологии, основанных на методах системного анализа и доказательной медицины, определяют приоритет современного понимания проблемы биопсихосоматического единства в контексте психосоматической медицины. Перспективным направлением фундаментальных исследований в этой области медицины является развитие медико-биологических наук: психонейроиммунологии, нейроэндокринологии, молекулярной биологии, генетики, нейрофизиологии, психофизиологии. Мы можем лишь предполагать, но, по-видимому, именно такое медико-биологическое направление медицины предвидел Д.Д.Плетнев. Современный научный подход к медико-биологическим исследованиям характеризуется возрастанием роли системности и основывается на патофизиологическом анализе заболеваний и знаниях теории диагностики.

Интеграция внутренней медицины на основе общей патологии и синтетического понимания патологического процесса – кардинальная цель научных и практических исследований Д.Д.Плетнева. В связи с этим ученый был убежден в необходимости овладения смежными диагностическими приемами.

Психокardiология

Клинический полиморфизм психоэмоциональных нарушений – от донозологических форм невротических расстройств до расстройств личности, аффективных, когнитивных расстройств – в последние годы рассматривается в качестве важной общемедицинской проблемы [17]. Сердечно-сосудистая система, как эффектор большинства адаптационных реакций организма, чаще других испытывает повреждающее действие психосоциального стресса, обуславливающего развитие симптомов психической дезадаптации. Среди них наиболее значимыми являются тревожные, тревожно-депрессивные, депрессивные, астенические расстройства, оказывающие существенное влияние на течение и прогноз ССЗ, в частности ИБС и артериальной гипертензии, занимающих ведущее место в структуре общей заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Проблемы психического здоровья общества неразрывно связаны с ССЗ [18].

Психосоциальный стресс и депрессия играют значимую роль в возникновении приступов стенокардии и острых коронарных синдромов [19, 20], сопряжены с разными болевыми и вегетативными феноменами. У пациентов, перенесших мощное психо-

травмирующие событие, на фоне приступа стенокардии выявляются симптомы депрессии, тревоги, психовегетативные расстройства, психологические проблемы. Невротические и аффективные расстройства, связанные со стрессом, отличаются полиморфизмом симптоматики, имеют или самостоятельную динамику, или наслаиваются на клиническую картину ИБС, затрудняя дифференциальную диагностику, лечение и профилактику кардиоваскулярной патологии. При многообразии кардиальных и экстракардиальных проявлений, взаимосвязанных с психоэмоциональным напряжением, возникают сложности в интерпретации клинических данных и в первичной диагностике ИБС [15].

Известно, что в популяции только 40–50% всех больных стенокардией знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50–60% случаев заболевание остается нераспознанным [21].

Как это ни парадоксально, но в 1932 г. Д.Д.Плетнев предлагает оригинальную концепцию патогенеза грудной жабы (участие психических факторов в развитии ангинозного приступа) и спазма венечных артерий. «Грудная жаба есть в первую очередь психическое переживание больного, в центре стенокардического синдрома – боль и смерть. Анатомический субстрат изменения венечных артерий не является решающим моментом для возникновения приступа грудной жабы», – пишет ученый [22].

Тем не менее его концепция о обязательном участии органического поражения коронарных артерий в развитии ангинозных приступов и концепция коронарного спазма получили в настоящее время четкое клиническое подтверждение.

Сегодня происходит накопление научно-практического опыта и сближение профессиональных интересов (кардиолога – терапевта, психиатра, психотерапевта, психолога), но это по-прежнему остается скорее исключением, чем правилом. Сотрудничество, основанное на объединении усилий интернистов и психиатров, способствует обогащению знаний в смежных специальностях и направлено на оказание реальной и эффективной помощи пациентам со сложной сочетанной соматической и психической патологией.

Для этого, с точки зрения Д.Д.Плетнева, необходимо синтетическое понимание патологического процесса: «Больной человек не представляет собой скрытый внутри него патологоанатомический препарат, выявляющийся теми или другими объективными и субъективными признаками: больным является весь человек». Можно сказать, такое понимание созвучно принципам биопсихосоматического единства, базирующимся на интегративном подходе к диагностике, лечению и профилактике.

Все то, о чем писал и рассуждал профессор Д.Д.Плетнев, воплощается в клинической медицине нашего времени. Изучение проблемы коморбидности соматической и психической патологии приобретает все большую актуальность и новое освещение.

Но признание глубины данной проблемы и пути ее решения пришли в российскую науку значительно позже и преимущественно из источников зарубежных исследований.

Приоритетность и актуальность превентивного направления предусматривают общую стратегию первичной и вторичной профилактики ССЗ, а также реабилитации больных воздействием на известные

патогенетические звенья и факторы сердечно-сосудистого риска с учетом личностно-психологических, медицинских и социальных характеристик пациента. С этих позиций большим достижением и прогрессом для науки и практики являются принятые в России рекомендации по профилактике ССЗ (пересмотр 2012 г.), где наряду с известными факторами риска учитываются психосоциальные факторы, влияющие на кардиоваскулярный риск и прогноз (психосоциальный стресс, депрессия, тревога, агрессия, тип личности Д, социальная изоляция и др.) [23].

Современная кардиология, представляющая собой один из важнейших разделов внутренних болезней, имеет ряд самостоятельных направлений. Примером является проблема сочетанных с ССЗ других нозологических форм, в частности кардио- и психопатологии. В связи с этим появился новый термин «психокордиология».

Так же, как и 100 лет назад, современно звучат слова Д.Д.Плетнева о том, что сложности, возникающие на стыке проблем, «не позволяют нам делать из отдела ССЗ замкнутой главы, она требует дальнейшей упорной работы и подлежит неоднократному пересмотру».

Лишь спустя десятилетия, в 1989 г., наши современники В.И.Бородулин, В.Д.Тополянский, Н.Р.Палеев, возвращая России имя «самого знаменитого профессора-терапевта» тех лет, имя русского ученого, клинициста, философа, напишут в своей книге: «Трудно сказать... во что обошлось нашей медицине забвение работ Д.Д.Плетнева» [24].

С трагической гибелью Дмитрия Дмитриевича Плетнева прервалась не только жизнь выдающегося российского ученого, но и на долгие годы оборвалась линия передовой научной мысли и медицинской науки.

Литература

1. Anda RF, Williamson DF, Jones D et al. Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology* 1993; 4: 285–94.
2. Carney RM, Freedland KE, Veith RC. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom Med* 2005; 67 (Suppl. 1): S29–S33.
3. Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и др. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общемедицинской практике. Результаты программы КОМПАС. *Кардиология*. 2004; 1: 48–54.
4. Van der Kooy K, Van Hout H, Marwijk H et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* (Copyright 2007); www.interscience.wiley.com
5. Frasure-Smith N, Lesperance Postgrad F. Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Med J* 2010; 86 (1014): 193–6.
6. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L et al. Enhanced Depression Care for Patients With Acute Coronary Syndrome and Persistent Depressive Symptoms: Coronary Psychosocial Evaluation Studies Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med* 2010; 170 (7): 600–8.
7. Ustün BN, Sartorius N. *Mental Illness in General Health Practice: An International study*. Chichester: John Wiley and Sons 1995.
8. Чазов Е.И., Оганов Р.Г., Погосова Г.В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования. *Кардиология*. 2007; 3: 28–37.
9. Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизев М.Ю., Иванов С.В. *Психокордиология*. М.: Мед. информ. агентство. 2005.

10. Todaro JF, Sben BJ, Raffa SD et al. Prevalence of anxiety disorder in men and women with established coronary heart disease. *J Cardiol Rehabil Prev* 2007; 27 (2): 86–91.
11. BrKutigam W, Kristian P, Rad M. Психосоматическая медицина. Пер. с нем. М.: ГЭОТАР-Медицина, 1999.
12. Плетнев ДД. Избранное. АМН СССР. Под ред. В.И.Бородулина, В.Д.Тополянского. Отв. ред. – акад. АМН СССР Н.Р.Палеев. М.: Медицина, 1989; с. 342, 388, 432.
13. Плетнев ДД. О сердечно-сосудистых неврозах. В кн.: Плетнев ДД. Избранное. АМН СССР. Под ред. В.И.Бородулина, В.Д.Тополянского. Отв. ред. – акад. АМН СССР Н.Р.Палеев. М.: Медицина, 1989; с. 58–76.
14. Гарганеева Н.П. Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца. *Клин. медицина*. 2002; 80 (8): 29–33.
15. Плетнев ДД. К вопросу о «соматической» циклотимии. В кн.: Плетнев ДД. Избранное. АМН СССР. Под ред. В.И.Бородулина, В.Д.Тополянского. Отв. ред. – акад. АМН СССР Н.Р.Палеев. М.: Медицина, 1989; с. 73–6.
16. Тиганов А.С. и др. Маскированная депрессия. *Клин. медицина*. 1986; 9: 6–11.
17. Семке В.Я. Интегративная медицинская помощь в пограничной психиатрии. *Сиб. вестн. психиатрии и наркологии*. 2009; 6: 7–9.
18. Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф. Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. *Сиб. мед. журн.* 2009; 24, 4 (2): 11–7.
19. Плетнев ДД. Проблемы современной клиники. В кн.: Плетнев ДД. Избранное. АМН СССР. Под ред. В.И.Бородулина, В.Д.Тополянского. Отв. ред. – акад. АМН СССР Н.Р.Палеев. М.: Медицина, 1989; с. 8–34.
20. Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф., Семке В.Я., Леонов В.П. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема. *Клин. медицина*. 2004; 82 (1): 35–41.
21. Rosengren A, Hauken S, Ounpuu S et al. Association of psychosocial risk factors of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART STUDY): case-control study 2004; 3 (www.thelancet.com).
22. Ohlén B, Nilsson PM, Nilsson JA, Berglund G. Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. *Eur Heart J* 2004; 25: 867–73.
23. Национальные клинические рекомендации. Сборник. Раздел I. Кардиоваскулярная профилактика. 4-е изд. Под ред. Р.Г.Оганова. М.: Силы-полиграф, 2010; с. 19–112.
24. Плетнев ДД. Грудная жаба. В кн.: Плетнев ДД. Избранное. АМН СССР. Под ред. В.И.Бородулина, В.Д.Тополянского. Отв. ред. – акад. АМН СССР Н.Р.Палеев. М.: Медицина, 1989; с. 84–98.
25. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике. Рекомендации Европейского общества кардиологов (пересмотр 2012 г.). *Рос. кардиол. журн.* 2012; 4 (96). Прил. 2: 1–84.
26. Тополянский В.Д., Бородулин В.И., Палеев Н.Р. Наш современник Д.Д.Плетнев. В кн.: Плетнев ДД. Избранное. АМН СССР. Под ред. В.И.Бородулина, В.Д.Тополянского. Отв. ред. – акад. АМН СССР Н.Р.Палеев. М.: Медицина. 1989; 317–432.