

4. Гучек П. А. Влияние окружающей среды на формирование болезней органов пищеварения : автореф. дис..... канд. мед. наук. — Липецк, 2001.
5. Дорофеев Г.И., Успенский В.М. Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте. — М., 1984.
6. Егорова И.П., Марченко Б.И. Оценка эпидемиологического риска здоровью на популяционном уровне при медико-гигиеническом ранжировании территорий : пособие для врачей. — М., 1999.
7. Ивлева Н.А., Сабирова З.Ф. // Экология человека. — 2000. - № 2. - С. 5-7.
8. Иванов Г. И. Почвообразование на юге Дальнего Востока. — М.: Наука, 1976.
9. Ковальчук В.К., Иванова И.Л., Глушак А.Я. и др. // Тихоокеанский мед. журнал. — 2006. — № 3, прил. — С. 97-99.
10. Ковальчук В.К., Маслов Д.В. // Тихоокеанский мед. журнал. - 2006. - №3. - С. 60-63.
11. Кальченко Е.И. // Современное здравоохранение. — 1991. - №5. - С. 46-51.
12. Логинов А.С., Касьяненко В.И., Алексеев В.Ф. и др. // Соц. гигиена и организация здравоохранения. — 1986. - № 9. - С. 65-67.
13. Лутай Г.Ф. // Гигиена и санитария. — 1992. — № 2. — С. 13-15.
14. Марченко Б.И. Здоровье на популяционном уровне: статистические методы исследования : руководство для врачей. — Таганрог: Сфинкс, 1997.
15. Мудрый И. В. // Гигиена и санитария. — 1999. — № 1. - С. 15-18.
16. Экология и здоровье детей / под ред. М. Я. Студеникина, А.А. Ефимовой. — М., 1998.
17. Leoci C., Ierardi E., Chiloiro M. // J. Clin. Gastroenterol. - 1995. - Vol. 20, No. 2. - P. 104-109.
18. Szymozak J., Ilow R., Regulska-Ilow B. // Roczn. Panstw. Zakl. Hig. - 1993. - Vol. 44, No. 4. - P. 331-346.
19. Tovey F.I. // J. Gastroenterol. Hepatol. - 1992. - Vol. 7, No. 4. - P. 427-431.

Поступила в редакцию 08.04.2008.

#### ECOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF THE DISTRIBUTION OF A SOMATIC PATHOLOGY OF THE GI TRACT IN PRIMORYE

V.K.Kovalchuk, I.L.Ivanova  
Vladivostok State Medical University

*Summary* — Results of the ecologic and epidemiologic estimations of a geographic distribution of parameters of primary disease (incidence) and attributive risk of gastritis, duodenitis, ulcer disease, not infectious enteritis and colitis in Primorsky Krai for 15-year period of supervision are stated. Primary localization of the maximal values of primary disease and attributive risk of development of gastritis and duodenitis in rural areas with the most discomfort conditions for the population on a background of absence of the technogenic environmental contaminations is revealed.

**Key words:** GI tract, somatic pathology, geographical distribution, epidemiological risk.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 3, p. 37-41.

УДК 616.89-02:[616.12+616.4(571.63)]

С.П. Генайло

Владивостокский государственный медицинский университет

### ПРОБЛЕМЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

*Ключевые слова:* психосоматические расстройства, инфаркт миокарда, сахарный диабет, соматоформная вегетативная дисфункция.

Изучено влияние социально-биологических факторов на формирование соматоформной вегетативной дисфункции у 128 человек и на частоту психических нарушений у 183 больных инфарктом миокарда и 111 больных сахарным диабетом. Психосоматические расстройства возникли у личностей со сниженной толерантностью к психотравмам, обусловленной пограничными психическими расстройствами. В клинической картине указанной патологии находит отражение совокупность влияний психотравмирующих факторов, особенностей преморбидного состояния и степени выраженности соматической вредности.

В период «романтической медицины» начала XIX века немецкий психиатр Иоганн Гейнрот в своей публичной лекции в 1818 г. впервые использовал понятие «психосоматическая медицина». Он объяснял многие соматические болезни как психогенные. Так, причины туберкулеза, эпилепсии и рака он рассматривал как результат переживания чувства злобы, стыда и особенно сексуальных страданий. М. Якоби ввел понятие «соматопсихическое» как противопо-

ложное и дополняющее понятие «психосоматическое» [9].

В современном понимании психосоматические расстройства — это группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

Психосоматические функциональные синдромы возникают чаще всего при неврозах. Такие «соматизированные» формы неврозов иногда называют «неврозами органов», системными неврозами или вегетоневрозами.

В основе органических психосоматических заболеваний (психосоматозов) лежит первично телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически устанавливаемыми патологическими изменениями в органах. Исторически к этой груп-

пе относятся семь классических психосоматических заболеваний: эссенциальная гипертензия, бронхиальная астма, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, неспецифический язвенный колит, нейродермит, ревматоидный артрит и гипертиреозидный синдром (так называемая чикагская семерка, по Alexander, 1950). В настоящее время к психосоматической патологии относят и такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца, нейрциркуляторная дистония, сахарный диабет, ожирение [28].

Исходя из структуры психосоматических соотношений считается целесообразным выделять 4 группы состояний [29]:

1. Соматизированные психические (соматоформные) реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии);

2. Психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний;

3. Реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно провоцированная манифестация либо экзацербация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании);

4. Реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу и относящиеся к категории симптоматических психозов, то есть к категории экзогенных психических нарушений.

О распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, так как в связи с многообразием их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а иногда обращаются за помощью и к представителям «нетрадиционной медицины», вообще выпадая из поля зрения врачей. Поэтому имеющиеся в литературе показатели этого вида расстройств должны оцениваться как несколько заниженные по сравнению с действительными. Тем не менее опубликованные данные свидетельствуют о том, что частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется среди населения от 15 до 50% [29].

В Хабаровском крае на пациентов с соматоформными расстройствами уходит до 50% рабочего времени врача-интерниста и до 20% бюджета [30]. В США на обследование и лечение данной группы больных расходуется более 20 млрд долларов в год.

Проблема психосоматической патологии в Приморском крае достаточно актуальна, учитывая социально-экономические проблемы региона, которые, несомненно, отражаются на здоровье населения, вызывают напряжение физиологических систем, в первую очередь — психоэмоциональной сферы.

Сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии ВГМУ изучено влияние социально-биологи-

ческих факторов в условиях социального стресса на формирование [10—21] соматоформной вегетативной дисфункции у 128 больных, на частоту развития психических нарушений у 183 больных инфарктом миокарда [1—18] и у 111 — сахарным диабетом [22—27].

Согласно результатам исследования, психосоматические расстройства чаще встречаются у лиц женского пола. Так, после инфаркта миокарда психические нарушения наблюдались у 72,9% женщин и 59,3% у мужчин [1]. При сахарном диабете группу больных с психическими нарушениями составили 71,2% женщин и 28,8% мужчин [24]. Среди обследуемых с соматоформной вегетативной дисфункцией также преобладали женщины (62,5%) [17].

Установлено, что психосоматические расстройства возникают у лиц со сниженной толерантностью к психотравмирующим воздействиям. Среди больных с психическими нарушениями в постинфарктном периоде наибольшую группу (34,5%) составили люди с акцентуациями характера, у 12% обращали на себя внимание признаки расстройств личности, у 6,6% ретроспективно диагностированы неврозы, у 11,4% выявлены психопатоподобные и у 7,7% — неврозоподобные нарушения сосудистого генеза, 2,2% пациентов страдали травматической болезнью головного мозга [4]. В преморбиде у 58% больных сахарным диабетом I типа, у 6,2% больных сахарным диабетом II типа диагностированы расстройства личности, у 19,3% больных сахарным диабетом I типа и у 60% сахарным диабетом II типа — невротические расстройства [25].

Несмотря на особенности патохарактерологических проявлений, всем больным с личностными и невротическими расстройствами в преморбидном периоде сахарного диабета были свойственны постоянное чувство внутреннего дискомфорта, тревоги, эмоциональной напряженности, диссонанса между претензиями и возможностями, что требует энергетического обеспечения, способствует выбросу контринсулярных гормонов, вызывающих стойкую гипергликемию при недостаточности инсулярного аппарата и является одной из причин перехода сахарного диабета из латентной стадии в манифестную [24].

72,7% пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией обнаруживали признаки личностных девиаций [12, 17]. Формирование соматоформной вегетативной дисфункции было непосредственно связано с психотравмирующими воздействиями в результате конфликтов в семье (31,3%), социальных конфликтов (25,8%), ухудшения материального положения (8,6%), производственных конфликтов (3,9%), ухудшения здоровья (15,6%) и утраты родственников и близких (14,8%) [18].

Психические нарушения при инфаркте миокарда развивались у больных из наиболее незащищенных групп населения в период социальной нестабильности (70% мужчин — представители рабочих профессий

с неполным средним образованием, 53,8% женщин — служащие, из них 63% — со среднеспециальным и высшим образованием). 63,9% пациентов здесь имели низкий уровень материальной обеспеченности и не проживали в семье [4].

Большая часть больных сахарным диабетом I типа заболели в возрасте 10—20 лет (38,8%), следующая, более значимая, группа приходилась на период 26—35 лет (35,6%). Очевидно, первый критический для сахарного диабета возрастной интервал объясняется подростковым кризом, в основе которого лежит перестройка деятельности эндокринной системы. Он оказался более значимым для лиц мужского пола (31,6%), чем для женского (16,7%) [26]. Второй пик заболевания сахарным диабетом I типа совпадал со зрелым возрастом, когда происходит становление профессиональной деятельности, определение социального статуса, в том числе и в сфере семейной жизни, раскрытие потенциальных возможностей и способностей [26]. Этот возрастной период более актуален для лиц женского пола (50%).

Для сахарного диабета II типа наиболее уязвимым является инволюционный возраст — 46—55 лет (45%). В этот период в связи с гормональной перестройкой, снижением работоспособности наблюдаются социальные, семейные и профессиональные коллизии, которые сопровождаются определенными невротическими расстройствами, провоцирующими манифестацию заболевания [36]. Инволюционный период является наиболее значимым в инициации сахарного диабета II типа для женщин (47,7%), чем для мужчин (30,7%).

Обследуемая группа пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией состояла из 48 мужчин и 80 женщин в возрасте от 20 до 54 лет. Наибольшее число больных (67,1%), как мужчин так и женщин, находилось в возрасте 25—39 лет [12]. У женщин эта зависимость более выражена: 41,3% обследованных женщин против 25,8% мужчин. Следующий, меньший по значимости период, равновероятный как для мужчин, так и для женщин, пришелся на 45—49 лет (8,6% мужчин и 7,1% женщин).

Установлено определенное соответствие особенностей синдрома вегетативной дистонии психологическим характеристикам. Высокий уровень личностной тревоги (проекция патологии на сердечно-сосудистую систему) сопряжен с проявлениями симпатикотонии, преобладание ситуационной тревоги (предпочтительная вовлеченность дыхательной системы) предполагает равновероятную заинтересованность как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Доминирование соматизированной тревоги (проекция патологии на желудочно-кишечный тракт) в значительной степени сопряжено с преобладанием ваготонии в структуре синдрома вегетативной дистонии [16].

Основными проявлениями соматоформной вегетативной дисфункции являются соматизированная депрессия и «вегетативные приступы». В качестве фа-

сада депрессии выступают вегетативные расстройства, имитирующие сердечно-сосудистую, легочную и желудочно-кишечную патологию. У больных с жалобами на неприятные ощущения в области сердца на первый план выходили страхи смерти, нарушения сна, снижение работоспособности. Пациенты с преимущественной заинтересованностью системы дыхания отличались значительными, ситуационно обусловленными колебаниями настроения и демонстративными реакциями. У больных с вегетативными проявлениями со стороны верхнего отдела желудочно-кишечного тракта преобладали неуверенность в себе, подавленность, угрюмость, прослеживались идеи самоуничтожения. При проекции патологии на нижний отдел желудочно-кишечного тракта доминировали навязчивые страхи, а ситуационные колебания аффекта были выражены незначительно, тревога и пониженное настроение жестко связаны с диспепсическими расстройствами [11,13,14,21].

При преимущественной заинтересованности верхнего и нижнего отделов желудочно-кишечного тракта пароксизмы отмечались на фоне сформированных перманентных расстройств. В случае предпочтительной вовлеченности сердечно-сосудистой и дыхательной систем заболевание практически равновероятно могло дебютировать как пароксизмами, так и перманентными расстройствами с последующим возникновением на их фоне приступов. Обращают на себя внимание особенности пароксизмов при преимущественной заинтересованности нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, которые встречались значительно реже, чем при других предпочтительных локализациях вегетативных расстройств, и отличались умеренными вегетативными проявлениями и необычной длительностью (до 48 часов). Наличие в клинической картине пароксизмов отчетливо коррелировало с повышенными показателями радикала демонстративности по сравнению с людьми, у которых патологические расстройства исчерпывались перманентными проявлениями, что свидетельствовало о существенном вкладе истерического компонента в природу соматоформной вегетативной дисфункции [17].

Анализ особенностей клинических проявлений и клинико-динамического наблюдения позволил выделить три варианта течения соматоформной вегетативной дисфункции: эпизодическое, рецидивирующее, непрерывное. При эпизодическом течении соматоформной вегетативной дисфункции в силу достаточной пластичности личностных свойств после редукции вегетативных расстройств имело место восстановление социально-трудовых функций в результате нивелирования регрессивных форм поведения и непродуктивных реакций даже при столкновении со сложными для личности обстоятельствами. При рецидивирующем течении соматоформной вегетативной дисфункции также отмечалось восстановление социально-трудовых функций, но в дальнейшем

при трудных жизненных условиях в силу снижения компенсаторных личностных возможностей наблюдались нейровегетативные сдвиги и рецидив регрессивных форм поведения. В случае непрерывного течения заболевания ригидность личностных свойств обуславливала стереотипизацию нейровегетативных расстройств, а также непродуктивных психопатологических реакций, что приводило к снижению социально-трудовой адаптации [15, 17].

Предикторы личностных расстройств при соматоформной вегетативной дисфункции свидетельствуют о постепенном снижении толерантности к психогенным воздействиям и нарушении пластичности личностных свойств по мере утяжеления течения заболевания. При эпизодическом течении соматоформной вегетативной дисфункции (49,3%) отмечалось преобладание гипертимных личностей (47,6%) с высокими показателями личностной тревоги и практически неизменными показателями интеллектуальной лабильности, при рецидивирующем течении (32,8%) доминировали демонстративные личности (47,6%) с преобладанием ситуационной тревоги и снижением подвижности нервных процессов, непрерывное течение (18%) наблюдалось преимущественно у тревожных личностей (47,8%) с высокими показателями соматизированной тревоги и выраженной ригидностью личностных свойств [15, 19].

Формирование реакций на болезнь при сахарном диабете определяется влиянием констелляции психотравмирующего фактора, связанного с клиническими проявлениями заболевания (угроза инвалидизации), особенностями преморбиды, а также типологией и тяжестью течения диабета [26]. У больных сахарным диабетом I типа преобладали эйфорическая (41,8%) и эргопатическая (22,6%) реакции, а у больных сахарным диабетом II типа — неврастеническая (21,3%), сенситивная (20%) и тревожная (18,7%). При сахарном диабете I типа было установлено достоверное влияние личностных расстройств в преморбиде на формирование эйфорической реакции, а при сахарном диабете II типа — невротических расстройств на развитие тревожной и неврастенической реакций. При среднетяжелом течении сахарного диабета по сравнению с тяжелым достоверно чаще наблюдалась гипернозогнозия (75,8 против 25%).

Клинические проявления психоэндокринного синдрома на ранних этапах заболевания (до 5 лет) чаще наблюдались при сахарном диабете I типа (90%), чем при сахарном диабете II типа (59%), и в значительной степени определялись соматогенным астеническим компонентом, который и обуславливал истощаемость психической деятельности, эмоциональную лабильность, аффективную неустойчивость и повышенную чувствительность к психогенным воздействиям [27]. Сложные взаимовлияния указанных факторов вызвали чередование дистимических состояний, осложненных дисфориями, и гневливых гипоманий. При формировании расстройств влече-

ный в зависимости от их разновидности можно выделить как определяющую роль эндокринных влияний (голод, жажда, влечение к теплу), так и практически равновероятную с ними значимость психогений (сексуальные влечения, влечение к ограничению территории). Для становления психоорганического синдрома при сахарном диабете I типа большую значимость имели метаболические нарушения, при сахарном диабете II типа — сосудистые расстройства. У больных сахарным диабетом I типа преобладает эксплозивный вариант, при сахарном диабете II типа — астенический вариант психоорганического синдрома [23].

В постинфарктном периоде расстройства адаптации по типу кратковременных депрессивных, смешанных тревожных и депрессивных, тревожно-фобических реакций, в формировании которых существенную роль играют психотравмирующие факторы, наблюдались преимущественно у больных, обнаруживавших в преморбиде проявления личностных отклонений в виде акцентуаций характера (37,1%). При нарушениях адаптации с преобладанием расстройств поведения (13,1%), смешанных расстройств эмоций и поведения (9,3%), истерических реакций (6,6%) также прослеживалась патопластическая роль преморбиды (у 49,1% больных выявлены личностные девиации, у 32,1% — энцефалопатии сосудистого генеза, у 18,8% — иные психические заболевания) [6].

Аффективные расстройства, проявлявшиеся маниакальными и депрессивными эпизодами, в клинической картине которых прослеживались преобладание идеаторного компонента и наличие астенического радикала с элементами раздражительной слабости и вегетативными реакциями, наблюдались у больных с атипичными формами инфаркта миокарда, не получавшими в первые дни заболевания адекватной медицинской помощи в связи с особенностями клинической картины [4]. Делириозное, онейроидное и сумеречное расстройства сознания наблюдались при неблагоприятном течении инфаркта миокарда вследствие обширности некротического очага. Случаи сумеречного расстройства сознания сочетались с наличием в преморбиде органического поражения центральной нервной системы [5].

В заключение можно сказать, что психосоматические заболевания возникают у личностей со сниженной толерантностью к психотравмам, как правило, в условиях социальной нестабильности при личностных девиациях, невротических расстройствах, органических поражениях центральной нервной системы в наиболее уязвимый для индивидуума возрастной период в результате особо значимых отрицательных психоэмоциональных переживаний. В клинической картине указанной патологии находит отражение совокупность влияний психотравмирующих факторов, особенностей преморбиды и степени выраженности соматической вредности.

## Литература

1. Андропова Н.В. // Проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины на Дальнем Востоке : тез. докл. — Владивосток, 1998. — С. 99.
2. Андропова Н.В. // Этика и деонтология в медицине на современном этапе: сб. науч. тр. — Владивосток, 1998. — С. 138-140.
3. Андропова Н.В. // Этика и деонтология в медицине на современном этапе: сб. науч. тр. — Владивосток, 1998. — С. 154.
4. Андропова Н.В., Генайло С.П. Психические нарушения у больных инфарктом миокарда на стационарном этапе лечения. — Владивосток : Медицина ДВ, 2007.
5. Андропова Н.В., Яцков Л.П., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 1999. — №2.-С. 133-135.
6. Андропова Н.В., Яцков Л.П., Генайло С.П. // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психотерапии на современном этапе : сб. науч. тр. — Владивосток, 1999. — С. 12-13.
7. Андропова Н.В., Яцков Л.П., Генайло С.П. // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психотерапии на современном этапе : сб. науч. тр. — Владивосток, 1999. — С. 14-16.
8. Андропова Н.В., Яцков Л.П., Генайло С.П. // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психотерапии на современном этапе : сб. науч. тр. — Владивосток, 1999. — С. 16-18.
9. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина : краткий учебник / пер. с нем. Г.А. Обухова и А.В. Бруенка. — М. : ГЭОТАР-Мед, 1999.
10. Генайло С.П., Яцков Л.П., Курченко Т.Л. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2000. — №3.-С. 124-125.
11. Курченко Т.Л., Генайло С.П. // Актуальные медико-биол. проблемы. — Ижевск, 2002. — С. 301—303.
12. Курченко Т.Л., Бернадская В.Ю. // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины : тез. докл. — Владивосток, 2003. — С. 111-112.
13. Курченко Т.Л., Генайло С.П. // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2004. — №3. — С. 42—45.
14. Курченко Т.Л., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — МЛ — С. 45-48.
15. Курченко Т.Л., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 2. — С. 121-124.
16. Курченко Т.Л., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 3. — С. 26-28.
17. Курченко Т.Л., Генайло С.П. Соматическая вегетативная дисфункция : пособие для врачей. — Владивосток : Медицина ДВ, 2005.
18. Курченко Т.Л., Генайло С.П., Яцков Л.П. // Социальные и психологические аспекты семьи : сб. науч. тр. — Владивосток, 2001. — С. 172—178.
19. Курченко Т.Л., Драузин А.Н. // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины : тезисы докладов. — Владивосток, 2005. — С. 75.
20. Курченко Т.Л., Ильина И.В. // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клин. медицины : тез. докл. — Владивосток, 2005. — С. 80.
21. Курченко Т.Л., Любарев Е.Н. // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клин. медицины : тез. докл. — Владивосток, 2004. — С. 98.
22. Лобанова Е.В., Генайло С.П. // Вестник РГМУ. — 2004. — Т. 34, № 3. — С. 18.
23. Лобанова Е.В., Генайло С.П. // Актуальные аспекты психосоматических исследований: материалы научно-практической конференции с международным участием. — Томск, 2005. — С. 97-104.
24. Лобанова Е.В., Генайло С.П. Психические нарушения непсихотического характера у больных сахарным диабетом : пособие для врачей. — Владивосток : Медицина ДВ, 2005.
25. Лобанова Е.В., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 1. — С. 39-42.
26. Лобанова Е.В., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 2. — С. 89-93.
27. Лобанова Е.В., Генайло С.П. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2005. — № 3. — С. 87-89.
28. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. — М. : МЕДпресс-информ, 2002.
29. Смулевич А.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1997. — №1.- С. 5-18.
30. Хандурина Г.Н., Бескровный Г.Г., Маховская Т.М. Соматоформные расстройства в клинике внутренних болезней : методические рекомендации. — Хабаровск, 2000.

Поступила в редакцию 11.04.2008.

PROBLEMS OF THE PSYCHO-SOMATIC FRUSTRATION IN PRIMORYE

S.P.Genajlo

Vladivostok State Medical University

*Summary* — Influence of the socio-biological factors on formation of the somatic vegetative dysfunction at 128 people and on frequency of mental infringements at 183 patients with a myocardial infarction and 111 patients with diabetes is investigated. Psycho-somatic frustration arose at patients with the reduced tolerance to psycho-trauma, caused by boundary mental frustration. In a clinical picture of the specified pathology there is the influence of psycho-trauma factors, premorbid features and degrees of expressiveness of somatic harm.

**Key words:** Psycho-somatic frustration, myocardial infarction, diabetes, somatic vegetative dysfunction.