

**СИНДРОМОЛОГІЧНА СТРУКТУРА СОМАТОГЕННОГО  
АСТЕНІЧНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ У ПАЦІЄНТІВ  
ПІДВИЩЕНОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ****Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України****(м. Харків)**

Дослідження виконано у межах науково-дослідних робіт кафедри психотерапії (зав. – проф. Михайлов Б. В.), кафедри сімейної медицини, народної та нетрадиційної медицини, санології (зав. – проф. Шкляр С. П.) «Обґрунтування, розробка та оцінка ефективності методів немедикаментозної корекції психосоматичних розладів та психогенних захворювань на первинному рівні надання медичної допомоги населенню» (2014-2016 р.) та є фрагментом наукової кваліфікаційної роботи автора.

**Вступ.** Згідно до існуючих уявлень, шкала оцінки ризику «SCORE» призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронарного) захворювання в найближчі 10 років. Тоді як в молодому віці технологія оцінки КВР носить проспективний характер. І, не дивлячись на меншу точність, ніж у старших вікових групах, технологія дозволяє на рівні первинної ланки надання медичної допомоги індивідуалізувати засоби цільової профілактики кардіоваскулярних подій [6-10]. Серед способів діагностики та моніторингу кардіоваскулярного ризику (КВР), відомі способи, що спрямовані на використання як результатів лабораторних досліджень, так і дихотомічних індикаторів ризику [1, 4, 14, 16]. Недоліком існуючих підходів є лабораторно-інструментальна формалізація в оцінках КВР, яка не враховує ні психологічний портрет особистості, ні наявність неспсихотичних розладів психічної сфери, що актуалізує удосконалення концепції діяльності на первинному рівні надання допомоги, задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу пацієнтів з високим КВР [11, 13, 14]. Саме тому, дослідження, спрямовані на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію ризикометричних підходів є актуальними [6-9, 13, 16].

**Мета дослідження** полягала у вивченні частоти та характеру патологічних симптомів при різних формах соматогенного астенічного симптомокомплексу у пацієнтів з підвищеним кардіоваскулярним ризиком.

**Об'єкт і методи дослідження.** Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного клініко-анамнестичного обстеження пацієнтів молодого віку, частина

яких мали неспсихотичні розлади психічної сфери (НППС) та які попередньо були стратифіковані за рівнем кардіоваскулярного ризику (КВР), визначеним за методикою «SCORE» [1, 16]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, наявності паління, рівня артеріального тиску та інших і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. Дослідження виконано за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. Серед 199 осіб з підвищеним кардіоваскулярним ризиком (пКВР) та НППС – 31 пацієнт мав соматогенний астенічний симптомокомплекс (САСК), стратифікованих за клінічними його варіантами: астенічним ( $^1n_2 = 14$ ); астено-тривожним ( $^2n_2 = 8$ ); астено-субдепресивним ( $^3n_2 = 6$ ) та диссомнічним ( $^4n_2 = 3$ ). При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2, 3, 12], варіаційна статистика [12], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів [12].

**Результати досліджень та їх обговорення.** Для пацієнтів з підвищеним КВР та наявним САСК характерними були невротичні скарги, які з'являлися поступово, через деякий час після діагностування коморбідних з підвищеним КВР соматичним захворюванням, без актуальних побічних психотравмуючих впливів з превалюванням явищ фізичної та психічної астенії. Саме тому, не можна виключити нейротоксичний та психотравмуючий вплив соматичного захворювання на підвищення КВР. Частота і виразність САСК зростала із збільшенням давності коморбідного захворювання та його важкості. Астенічна симптоматика посилювалась в періоди загострення і, навпаки, пом'якшувалась, навіть до зникнення, при поліпшенні соматичного стану. Першими ознаками невротичних порушень були явища фізичної та психічної астенії, загальна слабкість, підвищена втомлюваність, відчуття знесилення, зниження працездатності та здатності до концентрації уваги, погіршення пам'яті, неухважність, постсомнічні порушення, головний біль (**рис.**).

Поступово зростали розлади емоційно-вольової сфери: хвороблива дратівливість, запальність, коливання настрою з превалюванням негативних емоцій,

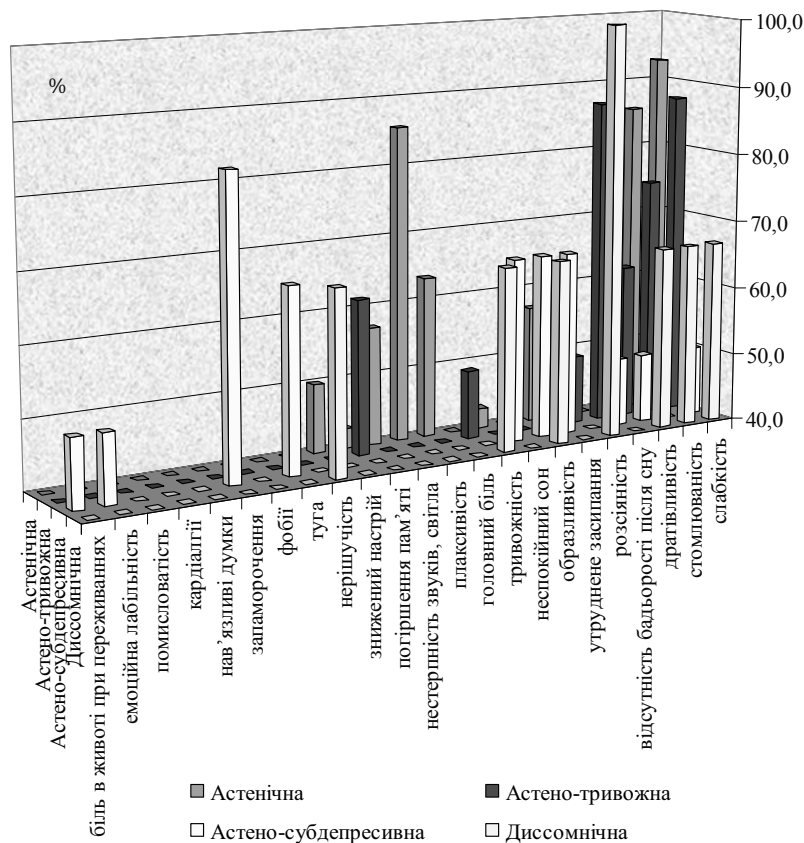


Рис. Інформативні симптоматичні комплекси залежно від форм САСК у пацієнтів підвищеного кардіоваскулярного ризику.

пригніченістю, понурістю, відчуттям туги, внутрішнього дискомфорту з елементами тривожності. В той же час, симптоматика була досить блідою, невиразною; пацієнти не акцентували на ній увагу, сприймаючи її як другорядне, хоча і неприємне «доповнення» до наявного у них соматичного захворювання. Ступінь інтенсивності психопатологічних симптомів в цій групі була на рівні 2,7-3,6 балів. Хоча синдромологічна

Таблиця

**Ранговий розподіл психопатологічних симптомів серед пацієнтів з підвищеним кардіоваскулярним ризиком та соматогенним астенічним симптомокомплексом**

Пацієнти з підвищеним КВР та САСК (n <sub>2</sub> =31)				Ранг
Астенічна (n <sub>2</sub> =14)	Астено-тривожна (n <sub>2</sub> =8)	Астено-субдепресивна (n <sub>2</sub> =6)	Диссомнічна (n <sub>2</sub> =3)	
слабкість (92,9±6,9%)	слабкість (87,5±11,7%)	запаморочення (83,3±15,2)	розсіяність (100%)	1
стомлюваність (85,7±9,4%)	відсутність бадьорості після сну (87,5±11,7%)	утруднене засипання (66,7±19,2%)	дратівливість (66,7±27,2%)	2
плаксивість (85,7±9,4%)	стомлюваність (75,0±15,3%)	порушення сну (66,7±19,2%)	стомлюваність (66,7±27,2%)	3
дратівливість (63,4±12,8%)	погіршення пам'яті (62,5±17,1%)	образливість (66,7±19,2%)	слабкість (66,7±27,2%)	4
утруднене засипання (57,1±13,2%)	тривожність (50,0±17,7%)	туга (66,7±19,2%)	тривожність (66,7±27,2%)	5

завершеність САСК була, як правило, неповною, однак дозволяла стратифікувати обстежених на варіанти: астенічний (n<sub>2</sub>=14); астено-тривожний (n<sub>2</sub>=8); астено-субдепресивний (n<sub>2</sub>=6); диссомнічний (n<sub>2</sub>=3).

Найпоширенішим симптомом у пацієнтів з підвищеним КВР та з астенічним варіантом САСК була загальна слабкість, яка зустрічалася майже у кожного хворого цієї підгрупи (92,9±6,9%), і за поширеністю достовірно перевищувала середній показник в групі пацієнтів із САСК. Більш, ніж у хворих з астенічним варіантом діагностувалися швидка втомлюваність (85,7±9,4%), плаксивість (85,7±9,4%), дратівливість (63,4±12,8%), утруднене засипання (57,1±13,2%), поширеність яких також достовірно перевищувала таку в середньому у хворих із САСК (p<0,05). Широко були представлені в цій підгрупі також такі психопатологічні симптоми, як нестерпність гучних звуків, яскравого світла (57,1±13,2%) та погіршення пам'яті і неспокійний сон (42,9±13,2%). Результати співставлення частоти діагностування п'яти найбільш часто діагностованих психопатологічних симптомів при різних варіантах САСК у пацієнтів з підвищеним кардіоваскулярним ризиком (табл.) дозволило визначити найбільш часті симптомокомплекси при різних формах САСК.

Отже, у пацієнтів з підвищеним КВР кожен із варіантів САСК має свої особливості симптомологічної структури. Більше ніж в половині випадків при астенічному варіанті САСК у пацієнтів з підвищеним КВР відзначалися головний біль, відчуття важкості в голові (63,4±12,8%), нестерпність гучних звуків та яскравого світла (57,1±13,2%) і знижений настрій (50,0±13,4%). У осіб з підвищеним КВР та з астено-тривожним варіантом САСК на першому місці за частотою діагностування також була загальна слабкість (87,5±11,7%), відсутність бадьорості після нічного сну (87,5±11,7%) і майже з такою ж частотою реєструвалася стомлюваність (75,0±15,3%), погіршення пам'яті (62,5±17,1%), частота яких 1,5-3 рази перевищувала середній показник у хворих із САСК; в

50,0±17,7% випадків в цій підгрупі діагностувалася тривожність, розсіяність.

Для пацієнтів з підвищеним КВР та астено-субдепресивним варіантом САСК найбільш характерними виявились: запаморочення (83,3±15,2), порушення сну та неспокійний сон (66,7±19,2%), образливість і туга (66,7±19,2%). Інші прояви мали дисперсний характер та досить рівномірно були представлені в клінічній картині пацієнтів з підвищеним КВР.

Переважаючими (найбільш поширеними) психопатологічними симптомами, достовірно більше представленими ніж в середньому у осіб з підвищеним КВР і САСК, при диссомнічному варіанті були (на рівні 65-100%): розсіяність, дратівливість, стомлюваність, слабкість, тривожність.

### Висновки.

1. Досліджено частоту патопсихологічних симптомів у осіб молодого віку з підвищеним кардіоваскулярним ризиком та соматогенним астеничним симптомокомплексом.

2. Найпоширенішим симптомом у пацієнтів з підвищеним КВР та з астеничним варіантом САСК була загальна слабкість – у (92,9±6,9)%, і за поширеністю достовірно перевищувала середній показник в групі пацієнтів із САСК. Більш, ніж у хворих з астеничним варіантом діагностувалися швидка втомлюваність (85,7±9,4%), плаксивість (85,7±9,4%), дратівливість (63,4±12,8%), утруднене засипання (57,1±13,2%),

поширеність яких також достовірно перевищувала таку в середньому у хворих із САСК ( $p < 0,05$ ).

3. У осіб з підвищеним КВР та з астено-тривожним варіантом САСК на першому місці за частотою діагностування також була загальна слабкість (87,5±11,7%), відсутність бадьорості після нічного сну (87,5±11,7%) і майже з такою ж частотою реєструвалася стомлюваність (75,0±15,3%), погіршення пам'яті (62,5±17,1%), частота яких 1,5-3 рази перевищувала середній показник у хворих із САСК; в 50,0±17,7% випадків в цій підгрупі діагностувалася тривожність, розсіяність.

4. Для пацієнтів з підвищеним КВР та астено-субдепресивним варіантом САСК найбільш характерними виявились: запаморочення (83,3±15,2), порушення сну та неспокійний сон (66,7±19,2%), образливість і туга (66,7±19,2%). Інші прояви мали дисперсний характер та досить рівномірно були представлені в клінічній картині пацієнтів з підвищеним КВР.

5. Виконано ранговий розподіл симптомів та визначені провідні симптомокомплекси залежно від варіанту САСК у пацієнтів з пКВР.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням закономірностей формування синдромологічної структури інших НППС серед пацієнтів різних ризикометричних груп КВР.

### Література

1. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – № 11(1). – С. 40-41.
2. Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195-1198.
3. Лищук В. А. Информатизация клинической медицине / В. А. Лищук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7-13.
4. Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5-6. – С. 123-129.
5. Органов Р. Г. Новый способ оценки индивидуального сердечно – сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина // Кардиология. – 2008. – № 5. – С. 85-89.
6. Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М. С. Панченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2013. – Вип. 4 (118). – С. 280-287.
7. Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 1. – С. 193-197.
8. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 2. – С. 149-153.
9. Панченко М. С. Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 457-467.
10. Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он ? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 18-19.
11. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52-60.
12. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. / Підручник. – Тернопіль, 2002. – С. 50-75.
13. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / Методичні рекомендації МОЗ України; укладачі: С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко // Затверджено ЦМК МОЗ України. – Київ, 2013. – 20 с.
14. Шальнова С. А. Оценка суммарного риска сердечно – сосудистых заболеваний. Комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно – сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. – 2005. – № 3. – С. 54-56.
15. Шкляр С. П. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495-505.
16. Bhatt D. L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman // JAMA. – 2006. – № 295. – P. 180-189.

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

### СИНДРОМОЛОГІЧНА СТРУКТУРА СОМАТОГЕННОГО АСТЕНИЧНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ У ПАЦІЄНТІВ ПІДВИЩЕНОГО КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Панченко М. С.

**Резюме.** Вивчено частоту патопсихологічних симптомів у осіб молодого віку з підвищеним кардіоваскулярним ризиком та соматогенним астеничним симптомокомплексом. Найпоширенішим симптомом у пацієнтів з підвищеним КВР та з астеничним варіантом САСК була загальна слабкість – у  $(92,9 \pm 6,9)\%$ , і за поширеністю достовірно перевищувала середній показник в групі пацієнтів із САСК. Більш, ніж у хворих з астеничним варіантом діагностувалися швидка втомлюваність  $(85,7 \pm 9,4\%)$ , плаксивість  $(85,7 \pm 9,4\%)$ , дратівливість  $(63,4 \pm 12,8\%)$ , утруднене засипання  $(57,1 \pm 13,2\%)$ , поширеність яких також достовірно перевищувала таку в середньому у хворих із САСК ( $p < 0,05$ ). У разі астено-тривожного варіанту САСК на першому місці за частотою діагностування також була загальна слабкість  $(87,5 \pm 11,7\%)$ , відсутність бадьорості після нічного сну  $(87,5 \pm 11,7\%)$  і майже з такою ж частотою реєструвалася стомлюваність  $(75,0 \pm 15,3\%)$ , погіршення пам'яті  $(62,5 \pm 17,1\%)$ , частота яких 1,5-3 рази перевищувала середній показник у хворих із САСК; в  $50,0 \pm 17,7\%$  випадків в цій підгрупі діагностувалася тривожність, розсіяність. При астено-субдепресивному варіанті САСК найбільш характерними виявилися: запаморочення  $(83,3 \pm 15,2)$ , порушення сну та неспокійний сон  $(66,7 \pm 19,2\%)$ , образливість і туга  $(66,7 \pm 19,2\%)$ . Виконано ранговий розподіл симптомів та визначені провідні симптомокомплекси залежно від варіанту САСК у пацієнтів з підвищеним КВР.

**Ключові слова:** кардіоваскулярний ризик, неспокійні порушення, медико-психологічний супровід.

УДК 616.33-002.44:616.61-002.3

### СИНДРОМОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА СОМАТОГЕННОГО АСТЕНИЧЕСКОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСА У ПАЦИЕНТОВ ПОВЫШЕННОГО КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Панченко Н. С.

**Резюме.** Изучена частота патопсихологических симптомов у лиц молодого возраста с повышенным кардиоваскулярным риском (пКВР) и соматогенным астеническим симптомокомплексом (САСК). Наиболее частым симптомом у пациентов с повышенным КВР и с астеническим вариантом САСК была общая слабость – в  $(92,9 \pm 6,9)\%$ , и по распространенности достоверно превышала средний показатель в группе пациентов с САСК. Более чем у  $s$  больных с астеническим вариантом диагностировались быстрая утомляемость  $(85,7 \pm 9,4\%)$ , плаксивость  $(85,7 \pm 9,4\%)$ , раздражительность  $(63,4 \pm 12,8\%)$ , затрудненное засыпание  $(57,1 \pm 13,2\%)$ , распространенность которых также достоверно превышала таковую в среднем у больных с САСК ( $p < 0,05$ ). При астено-тревожном варианте САСК на первом месте по частоте диагностирования также была общая слабость  $(87,5 \pm 11,7\%)$ , отсутствие бодрости после ночного сна  $(87,5 \pm 11,7\%)$  и почти с такой же частотой регистрировалась утомляемость  $(75,0 \pm 15,3\%)$ , ухудшение памяти  $(62,5 \pm 17,1\%)$ , частота которых 1,5-3 раза превышала средний показатель у больных с САСК; в  $50,0 \pm 17,7\%$  случаев в этой подгруппе диагностировалась тревожность, рассеянность. При астено-субдепрессивном варианте САСК наиболее характерными оказались головокружение  $(83,3 \pm 15,2)$ , нарушение сна и беспокойный сон  $(66,7 \pm 19,2\%)$ , обидчивость и тоска  $(66,7 \pm 19,2\%)$ . Выполнено ранговое распределение симптомов и определены ведущие симптомокомплексы зависимости от варианта САСК у пациентов с повышенным КВР.

**Ключевые слова:** кардиоваскулярный риск, неспокійні порушення, медико-психологічне супроводження.

UDC 616.33-002.44:616.61-002.3

### Syndromological Structure of Somatogenic Asthenic Syndrome in Patients with Increased Cardiovascular Risk

Panchenko M. S.

**Abstract.** The aim of the research was to study frequency and nature of psychopathological symptoms in various forms of somatogenic asthenic syndrome in patients with high cardiovascular risk.

**Materials and methods.** The primary information base for the implementation of research was the result of complex clinical and anamnestic survey of young patients, the part of whom had non-psychotic mental disorders (NPMD) and who were previously stratified by the level of cardiovascular risk (CVR), defined by the «SCORE» method. The usage of this method involved taking into account: age, gender, presence of smoking, blood pressure levels and other, and provided the possibility of extrapolation of possible risk to the older age. The research was carried out by a standardized gathering, storing and results' analyzing program. Among the 199 persons with high cardiovascular risk (hCVR) and NPMD – 31 patients had somatogenic asthenic syndrome (SAS), stratified by clinical variants: asthenic ( $^1n_2 = 14$ ); asthenic-anxious ( $^2n_2 = 8$ ); asthenic-subdepressive ( $^3n_2 = 6$ ) and dyssomniac ( $^4n_2 = 3$ ). When performing the study, the well-known and widely applied clinical statistical and clinical informational methods were used: the quantitative anamnestic analysis of medical history, the variational statistics, the probabilistic allocation of clinical signs with estimation of reliability of the results.

**Results and their discussion.** Neurotic complaints were typical for patients with high CVR and existing SAS, they happened gradually over time after diagnosis of comorbid somatic disease with high CVR, without actual stressful indirect phenomena with prevalence of physical and mental asthenia. Therefore, neurotoxic and traumatic impact of physical illness on CVR rising cannot be excluded. The frequency and emphasis of SAS grew with increasing of

antiquity of comorbid disease and its severity. Asthenic symptoms increased during periods of exacerbation and, conversely, moderated even to disappearance, while improving physical condition. The first signs of neurotic disorders were phenomena of physical and mental asthenia, weakness, fatigue, feeling of exhaustion, decreased performance and ability to concentrate, memory loss, inattentiveness, postsomniac disturbances, headache.

Emotional and volitional disorders increased gradually: morbid irritability, irascibility, mood swings with a prevalence of negative emotions, depression, despondency, anguish, and inner discomfort with elements of anxiety. At the same time, the symptoms were fairly pale, indistinct; patients did not pay attention on it, seeing it as a secondary, albeit unpleasant "add-on" to their current physical condition. The degree of intensity of psychopathological symptoms in this group was at the level of 2.7-3.6 points.

Each variant of SAS in patients with high CVR has its features of symptomological structure. More, than in half of cases in asthenic variant of SAS in patients with high CVR, registered a headache, a feeling of heaviness in the head ( $63,4 \pm 12,8\%$ ), intolerance to loud sounds and bright lights ( $57,1 \pm 13,2\%$ ) and low mood ( $50,0 \pm 13,4\%$ ). Patients with high CVR and asthenic-anxious variant of SAS on the first place by the frequency of diagnosing was also weakness ( $87,5 \pm 11,7\%$ ), lack of vigor after a night's sleep ( $87,5 \pm 11,7\%$ ) and almost with the same frequency were registered fatigue ( $75,0 \pm 15,3\%$ ), memory impairment ( $62,5 \pm 17,1\%$ ), which in 1.5-3 times exceeded the average in patients with SAS by the frequency; anxiety, absentmindedness were diagnosed in  $50,0 \pm 17,7\%$  of cases in this subgroup. Prevailing (most common) psychopathological symptoms, significantly more represented than on the average in patients with high CVR and dyssomniac variant of SAS were (at 65-100%): absentmindedness, irritability, fatigue, weakness, anxiety.

*Conclusions.* The frequency and kind of pathopsychological symptoms in young people with increased cardiovascular risk and somatogenic asthenic syndrome was studied.

Most common symptom in patients with high CVR and asthenic variant of SAS was a weakness – in ( $92,9 \pm 6,9\%$ ), and the prevalence was significantly higher, than on the average in group of patients with SAS. More than s of patients diagnosed: fatigue ( $85,7 \pm 9,4\%$ ), tearfulness ( $85,7 \pm 9,4\%$ ), irritability ( $63,4 \pm 12,8\%$ ), difficulty falling asleep ( $57,1 \pm 13,2\%$ ), the prevalence of which significantly exceeded the average in patients with SAS ( $p < 0.05$ ).

In patients with high CVR and asthenic-anxious version of SAS on the first place by the frequency of diagnosis was also weakness ( $87,5 \pm 11,7\%$ ), lack of vigor after a night's sleep ( $87,5 \pm 11,7\%$ ) almost on the same frequency was registered fatigue ( $75,0 \pm 15,3\%$ ), memory impairment ( $62,5 \pm 17,1\%$ ), which in 1.5-3 times exceeded the average in patients with SAS by the frequency.

Most common for patients with high CVR and asthenic-subdepressive variant of SAS were: dizziness ( $83,3 \pm 15,2$ ), sleep disorders and restless sleep ( $66,7 \pm 19,2\%$ ), touchiness and anguish ( $66,7 \pm 19,2\%$ ).

Ranking of symptoms was made and the major syndromes, depending on the variant of SAS in patients with hCVR, were defined.

**Keywords:** cardiovascular risk, nonpsychotic disorders, medical and psychological support.

*Рецензент – проф. Скрипніков А. М.*

*Стаття надійшла 18. 09. 2014 р.*