

ВЕЛИКОЕ ПРЕДВИДЕНИЕ: Д.Д. ПЛЕТНЕВ О «НЕОБХОДИМОСТИ СОВМЕСТНОГО И ОДНОВРЕМЕННОГО ИЗУЧЕНИЯ СОМАТИЧЕСКОЙ И ПСИХИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ»*

Н.П. Гарганеева

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск

Посвящается 140-летию со дня рождения 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.

Д.Д. Плетнев (1927)

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 (70-е годы XX века).

Незыблемые заповеди врачевания принадлежат выдающимся ученым-клиницистам, терапевтам прошлого столетия, нашим соотечественникам — одному из основоположников отечественной кардиологии и пионеру клинического направления психосоматической медицины в России проф. Д.Д. Плетневу и известнейшему терапевту, нашему учителю, продолжателю традиций М.Г. Курлова в развитии Сибирской терапевтической школы, акад. АМН СССР Д.Д. Яблокову.

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

Многие работы Д.Д. Плетнева в области психосоматической медицины, посвященные изучению «психической симптоматики в картине чисто соматических заболеваний» и незаслуженно забытые, останутся приоритетными и актуальными в настоящее время и будут в дальнейшем востребованными для новых исследований. Лишь спустя годы главный тезис Д.Д. Плетнева, взятый для эпиграфа, наконец приобретает реальное осмысление.

Все более заметен пристальный интерес специалистов в области внутренней патологии к проблемам личности и психике пациента, изучению соотношений соматического и психического и возрастающей потребности в восполнении дефицита этих знаний, обоснованию и формулировке синтетического диагноза, а главное, к необходимости воспитания психосоматического подхода как основополагающего подхода к врачеванию.

Это продиктовано тем, что в своей повседневной работе терапевты/кардиологи нередко сталкиваются с клиническими случаями, которые сложно объяснить

без специальной подготовки, дополнительных знаний, умения интерпретировать. Профессиональная деятельность каждого врача предъявляет высокие требования к уровню его образования. Не случайно, «согласно ФГОС¹ высшего профессионального образования, специалист, соответствующий квалификации по современным требованиям, должен обладать разносторонними общекультурными и профессиональными компетенциями». В этих требованиях к профессиональным компетенциям современного врача можно услышать мнение Д.Д. Плетнева: «Только при хорошей физиологической (на уровне целостности организма) и общепатологической подготовке и при индивидуальном анализе больного врач сумеет быть хорошим терапевтом и будет достоин того высокого звания, которое он носит».

В последние годы для интернистов особенно актуальны вопросы взаимосвязи внутренней и душевной патологии, их изучение раскрывает важнейшую по своей медико-социальной значимости проблему распространенности непсихотических психических расстройств в общемедицинской практике. При широком диапазоне психических расстройств у пациентов общемедицинской сети клинико-эпидемиологические исследования свидетельствуют о высокой распространенности депрессивных и тревожных расстройств и их негативном влиянии на течение и исход прежде всего сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) [1—6]. Депрессивные расстройства у больных с ССЗ составляют 18—60% [7—9], тревожные — 15—30% [9, 10]. Возникает необходимость изучения причин формирования высокого уровня коморбидности психической и сердечно-сосудистой патологии с позиции доказательной медицины, разработки различных стратегий профилактики с учетом интегра-

* Плетнев Д.Д. Избранное / АМН СССР. — М.: Медицина, 1989. — С. 73—76.

¹ Приказ Минобрнауки России от 08.11.10 № 1118 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по направлению подготовки (специальности) «Лечебное дело».

тивного подхода к решению проблемы на стыке терапии (кардиологии) и психиатрии.

Значительно опережая свое время, Д.Д. Плетнев это предвидел и доказал. Его главный труд «Болезни сердца» (1936) — фундаментальное непревзойденное руководство, в котором обобщены основные принципы методологии и понятия о функциональном единстве организма и можно найти исчерпывающие ответы на проблемные вопросы современной кардиологии.

Блестящее московское и европейское образование, глубочайшие знания не только терапии, но и психиатрии, физиологии, патофизиологии, общей патологии и других дисциплин, широта интересов, неординарность взглядов, богатый клинический опыт и редкостная врачебная незаурядность выделяли Д.Д. Плетнева среди его коллег. По единодушному мнению современников, Д.Д. Плетнев был «первым и лучшим терапевтом своей эпохи, лидером страны и крупнейшим мировым авторитетом в области клинической медицины». Его называли прямым продолжателем идей создателя «русской научной медицины» С.П. Боткина, что являлось высшей степенью признания научных достижений и таланта ученого.

Как автор настоящей статьи, считаю своим долгом отметить, что возможность изучить труды Д.Д. Плетнева, познакомиться с основными вехами его блистательной и трагической судьбы, мы, современные читатели, обязаны замечательной книге, которая так и называется «Д.Д. Плетнев. Избранное»² и ее редакторам-составителям, авторам примечаний — известным отечественным ученым профессорам В.И. Бородулину, В.Д. Тополянскому, под редакцией акад. АМН СССР Н.Р. Палева.

Диалектика медицины и клиническое воплощение учения Д.Д. Плетнева о «функциональном единстве» и «взаимообусловленности» органов и систем, сформулированные в 30-е годы XX века, заключались в полном убеждении о том, что «каждый больной должен быть биологически подробно изучен параллельно в своих душевных и в своих физических проявлениях». Смысл этого убеждения Д.Д. Плетнев раскрывает и обосновывает в работах, прошедших через годы и приблизивших нас к пониманию абсолютно современных истин.

Так, в статье «К вопросу о «соматической» циклотимии» (1927), явившейся открытием для терапевтов и психиатров, он пишет: «Нет соматических болезней без психических из них вытекающих отклонений, как нет психиатрических заболеваний, изолированных от соматических симптомов».

Именно со страниц этой работы Д.Д. Плетнев обратился к читателям, убеждая по сути уже не одно поколение врачей и ученых в «необходимости совместного и одновременного изучения соматической и психической симптоматики, между собой связанной».

Несмотря на огромные достижения в области терапии и, в частности, кардиологии вопросы взаимосвязи и патогенетической общности ССЗ и психических расстройств далеки от разрешения, представляют собой многогранную неоднозначную проблему в методологическом и прикладном аспектах и являются перспективным научным направлением.

Изучая клиническую медицину как науку, Д.Д. Плетнев внес колоссальный вклад в становление и развитие психосоматического направления в клинике внутренних болезней, осуществиться которому в России не было суждено долгие годы. Приоритетные научные изыскания Д.Д. Плетнева в области психосоматической медицины для мировой науки остались невостребованными в силу

сложившихся обстоятельств³. Но именно Д.Д. Плетнев еще в начале прошлого века создал учение о психосоматических корреляциях у здорового и больного человека, отстаивая позицию единой психофизиологической целостности организма человека: «... путь к пониманию сложной патологии болеющего человека ведет через сочтанное изучение сложных корреляций живого организма с его сложной психосоматической установкой...» <...> «... рядом с биологическими элементами болезни стоят и социологические, усложняя как возникновение, так и течение болезни ...».

Учение Д.Д. Плетнева не могло не повлиять на дальнейшее развитие новых теорий, его идеи отчетливо прослеживаются в современном определении психосоматической медицины, постулирующей концепцию биопсихосоциального единства и взаимодействия биологических, психологических и социальных процессов, связывающих человека с окружающей средой [11]. Основанная на моделях (G. Engel, A. Schmale, 1977; Th. Uexküll, W. Wesiak, 1990), эта концепция в продолжение учения Д.Д. Плетнева призвана восстанавливать холистическую традицию в медицине и психосоматический подход к лечению больного.

Д.Д. Плетнев одним из первых обратил внимание на трудности дифференциально-диагностической оценки соматического состояния больных, имеющих психозоматические нарушения «аффективного генеза», интерпретируемые в настоящее время как проявления невротических или аффективных расстройств при соматических заболеваниях. Благодаря уникальным работам (1912—1936) научное мировоззрение Д.Д. Плетнева помогает понять великое предвидение ученого во многих направлениях психосоматической медицины, «выдвинувшего во всей полноте проблему неврозов во внутренней патологии»⁴.

Более 100 лет назад, в 1912 г. в докладе и в статье «О сердечно-сосудистых неврозах» [12], рассматривая последние как «проявления эмоционально-аффективных нарушений, при которых наибольшее значение имеют депрессивные аффекты и невроз страха», Д.Д. Плетнев по сути обосновал современное представление о невротических расстройствах.

С точки зрения современной науки вклад Д.Д. Плетнева в изучение проблемы «невроза» при соматических заболеваниях огромен. Основываясь на клиническом опыте в изучении органических и системных неврозов, он пришел к выводу, что «органоневрозы, в частности неврозы сердца, не более как одна из составных частей плюрисимптоматики неврозов вообще, т. е. психоневрозов, и не могут быть самостоятельным заболеванием», выделив ряд диагностических признаков, свидетельствующих об их аффективной природе.

Впоследствии Д.Д. Плетнев уточнил свою позицию. Отсутствие патолого-анатомических критериев при сердечно-сосудистых неврозах он полагал недостаточным фактом «для правильной биологической оценки разнообразных клинических картин». Так, боль в груди как основной признак грудной жабы может быть обусловлена не только состоянием сосудов, но возбудимостью цен-

² Плетнев Д.Д. Избранное / АМН СССР // Ред. В.И. Бородулин, В.Д. Тополянский. Отв. ред. акад. АМН СССР Н.Р. Палев. — М.: Медицина, 1989. — 432 с.

³ В 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 полностью [В кн.: Плетнев Д.Д. Избранное / АМН СССР. — М.: Медицина, 1989. — С. 342].

⁴ О Д.Д. Плетневе как о продолжателе научных традиций С.П. Боткина в журнале «Клиническая медицина» (1933), одним из основателей которого он являлся, написано: «В последнее время это направление вновь поставлено на очередь Плетневым и его школой, выдвинувшими во всей полноте проблему неврозов во внутренней патологии» [В кн.: Плетнев Д.Д. Избранное / АМН СССР. — М.: Медицина, 1989. — С. 388].

тральной нервной системы под влиянием аффективных расстройств. Это был новый взгляд на природу стенокардии. При этом «необходима крайняя осторожность: нет четкой грани между нервными и органическими заболеваниями сердца и сосудов. Грань эта затуманена наложениями нервных симптомов на органические сосудистые изменения, начало которых проявляется неопределяемыми симптомами, и их не всегда удается точно квалифицировать». Невозможность точно разграничить нервные и органические заболевания сердца Д.Д. Плетнев объяснял и тем, что «по мере усовершенствования техники исследования увеличивается количество анатомических заболеваний» [12].

Научная проницательность Д.Д. Плетнева уникальна. В 1936 г. он написал: «Функциональное понимание процесса не должно быть противопоставлено морфологическому, поскольку они взаимосвязаны. В ряде патологических случаев, когда тончайшее гистологическое исследование не дает при современном знании указаний на структурные, микроскопической анатомией улавливаемые изменения, последние связаны с изменениями физико-химического характера, с изменениями своего рода химической анатомии» [13]. Неоднократно возвращаясь к проблеме «неврозов», в монографии «Болезни сердца» Д.Д. Плетнев обобщил: «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) тимопсихическим, а сердечно-сосудистые симптомы происхождения психогенного или он возникает как вторичный процесс в ответ на соматическое состояние. На практике принципиальное значение имеет знание того, что аффекты страха представляют собой так называемый симптом-мишень для адекватной индивидуализированной терапии психотропными препаратами».

Таким образом, с позиции диагностических и доказательных возможностей своего времени Д.Д. Плетнев выдвинул научные положения, которые в настоящее время широко изучаются в аспекте коморбидности расстройств тревожно-депрессивного спектра⁵ и ССЗ.

Подробно описанное Д.Д. Плетневым такое психосоматическое состояние, как «невроз страха», или «аффект страха», в современной медицине соответствует клинической картине панического расстройства, классифицируемого в рубрике тревожных расстройств⁶.

Поразительно точно детализируя клинические проявления «невроза страха», Д.Д. Плетнев описал паническое расстройство, где «психические и физические симптомы настолько перепутаны, что трудно провести грань между тем, где оканчиваются одни и начинаются другие <...> Каждый раз аффективное состояние усиливается воспоминаниями и впечатлениями о физических симптомах и располагает к новым кризам» [12]. На фоне повторяющихся пароксизмов страха и развития стойкого тревожно-фобического со-

стояния происходит формирование панического расстройства с ведущим танатофобическим синдромом, тревожным ожиданием, «предвосхищением» приступов с еще более яркими вегетативными и аффективными переживаниями и опасениями смерти от инфаркта миокарда.

За яркостью пароксизмов «всеохватывающего» страха смерти порой очень сложно распознать признаки ангинозного приступа. Это было показано на примере описанного случая панического расстройства в клинической картине ишемической болезни сердца (ИБС) [14]. Тревожные расстройства и ССЗ — актуальная проблема в кардиологии, которая сейчас изучается. Об этом нас предупредил Д.Д. Плетнев: «В данное время невозможно установить ясные грани, где начинаются неврозы и где оканчиваются. Это дело будущих исследователей».

Как показал упомянутый клинический пример, диагностировать приступ стенокардии у больного с «аффектами страха» или пароксизмами панического расстройства даже в наше время не просто. Как определить границы и глубину диагностических исследований, являющихся гарантией своевременного выявления ИБС? Врач не гарантирован от ошибочного заключения, если он не находит симптомов сердечного заболевания у больного с тревогой или депрессией, не может, как говорил Д.Д. Плетнев, «установить, где начинается невроз и где оканчивается», и вследствие неправильной интерпретации клинических данных не проводит углубленного обследования. При наличии коморбидной патологии порой необходимы совместные усилия кардиолога и психиатра, а также следование совету Д.Д. Плетнева: «Больной должен быть биологически подробно изучен параллельно в своих душевных и в своих физических проявлениях».

Ценнейшим вкладом в изучение семиотики и диагностики психических расстройств явилась работа Д.Д. Плетнева «К вопросу о “соматической” циклотимии», изданная в 1927 г. на русском языке и в 1928 г. на немецком языке [15]. Ученый впервые описывает фазовые состояния с отчетливой периодичностью в развитии соматических расстройств, назвав их диагностическими контурами психогенных нарушений в клинике внутренних болезней, 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 также впервые Д.Д. Плетневым.

Наблюдения Д.Д. Плетнева относительно общих психогенных соматических и психических симптомов у больных с «соматической» циклотимией находят свое подтверждение в современной психиатрии. Лишь в 70—80-е годы XX века понятие «соматическая» циклотимия психиатры стали трактовать как «маскированную» депрессию (Kielholz P., 1973); «скрытую», «ларвированную», «алекситимическую» депрессию, тимопатические (депрессивные) эквиваленты (Lopez Ibor J., 1973). Ведущее положение в клинической картине маскированной депрессии занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективного регистра на уровне общих симптомов. Больные с маскированной депрессией фиксированы на соматических ощущениях, часто убеждены в наличии труднодиагностируемого заболевания, настаивают на многочисленных обследованиях [9].

Термин «маскированная депрессия» хорошо известен не только психиатрам, но и врачам-интернистам, так как именно у кардиологических больных маскированная депрессия является часто встречающимся психическим расстройством. Так, соматовегетативные

⁵ В современной трактовке расстройства тревожно-депрессивного спектра, наиболее часто встречающиеся в общей медицинской практике, преимущественно представлены невротическими и аффективными расстройствами.

⁶ Термин «невроз» не используется в современной классификации. В МКБ десятого пересмотра в классе психических расстройств имеется рубрика «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F4), включающая ряд нозологических форм, в том числе фобические и тревожные расстройства, расстройства адаптации (депрессивные реакции), смешанное тревожное и депрессивное расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс. Рубрика (F3) «Аффективные расстройства» (расстройства настроения) — депрессивные расстройства.

симптомокомплексы, характерные и для аффективной, и для соматической патологии у пациентов с депрессией, осложняют первичную диагностику ИБС [16].

Д.Д. Плетнев — один из немногих ученых своего времени, кто видел развитие и прогресс клинической медицины как науки в зависимости от достижений других наук: химии, физики, математики, биологии, а также от развития научной методологии исследования и практического приложения научных истин как в диагностике, так и в лечении и профилактике. В работе «Является ли клиническая медицина наукой?» (1936) Д.Д. Плетнев поднимает этот важный вопрос: «Будучи биологической дисциплиной, клиника не может не строиться на данных, на которых строятся прочие биологические дисциплины. Клиническая медицина, опирающаяся на законы физики и химии, общие для всех биологических дисциплин, является в своей многогранности и своем многообразии наукой» [13].

Обобщая научные подходы к функциональным исследованиям, в статье «Проблемы современной клиники» (1930) Д.Д. Плетнев выдвигает положение о целесообразности синтетического понимания патологического процесса и по существу раскрывает для нас методологию изучения психосоматических соотношений и последовательность научного поиска: «Для понимания «души» сложного явления клиницист должен в порядке клинического исследования изучить функции 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. Функциональное понимание процесса не должно быть противопоставлено морфологическому, поскольку они взаимно связаны, тогда как поиск закономерностей связи заболевания с материальным субстратом не всегда удается. Все клинические явления должны быть рассматриваемы в динамическом функциональном разрезе (динамический учет симптомов и динамическое понимание патофизиологических процессов). Наряду с анализом в процессе научного разрешения проблемы следует применять и метод синтеза».

В своих изысканиях главным условием Д.Д. Плетнев считал неразрывность клиники и физиологии, учитывая, 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, взаимообусловлены. Выпадение или резкое изменение функции одного органа сейчас же сказывается на гармонической жизни всего организма в определенных его проявлениях» [17].

Вчитываясь в труды Д.Д. Плетнева, все яснее осознаешь абсолютную их истинность и современность. Законченность и обобщенность научных открытий поражает соответствием с требованиями времени. «Тем актуальнее работы Плетнева, — пишут В.Д. Тополянский, В.И. Бородулин, Н.Р. Палеев, — что они являются отправной точкой, к которой стоит вернуться, чтобы осмыслить заново достижения медицины и биологии сегодняшнего дня» [18].

Сейчас биологический подход в исследованиях нас не удивляет: отправной точкой служит широкое использование медико-биологических наук для изучения закономерностей и общности патогенетических механизмов при мультифакторных заболеваниях, но в 30-е годы прошлого столетия идею Д.Д. Плетнева о биологическом подходе к проблемам функциональной патологии, а также высказывания о материальном и ду-

ховном 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 в обвинении ученого в приверженности к буржуазной идеологии.

В научных исследованиях нашего времени поиски взаимосвязи соматической и психической патологии, основанные на методах доказательной медицины, опираются на приоритетное развитие клинических и фундаментальных наук: психонейроиммунологии, молекулярной биологии, генетики, биофизики, психонейрофизиологии, психозендокринологии ...

Мы можем лишь предполагать, что 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 синтетическом понимании патологического процесса — кардинальная цель научных и практических исследований Д.Д. Плетнева. В связи с этим он был убежден в «необходимости для терапевтов овладения смежными диагностическими приемами». В условиях стрессогенных влияний современной жизни психическое здоровье общества неразрывно связано с ССЗ и рассматривается как важнейшая общемедицинская проблема [19]. Психосоциальный стресс, депрессия, тревога являются независимыми факторами риска развития фатальных и нефатальных кардиоваскулярных осложнений [20—22]. У больных ИБС, перенесших психосоциальный стресс, ангинозные приступы сопряжены с тревожно-депрессивными расстройствами и психологическими проблемами. Невротические и аффективные расстройства, связанные со стрессом, отличаются полиморфизмом симптоматики, многообразием кардиальных и экстракардиальных проявлений. Возникают сложности в интерпретации клинических данных и дифференциальной диагностики, лечении [16, 23].

Парадоксально, но еще в 1932 г. Д.Д. Плетнев предложил оригинальную концепцию патогенеза грудной жабы (участие психических факторов в развитии ангинозного приступа) и спазма коронарных артерий: «Грудная жаба есть в первую очередь психическое переживание больного, в центре стенокардического синдрома — боль и смерть. Анатомический субстрат изменения коронарных артерий не является решающим моментом для возникновения приступа грудной жабы» [24]. Концепция о «необязательном участии органического поражения коронарных артерий в развитии ангинозных приступов» и концепция «коронарного спазма» получили в настоящее время четкое клиническое подтверждение.

Проблемы дифференциально-диагностического порядка нередко встречаются при обращении больных к терапевту или кардиологу поликлиники. Соматические симптомы, входящие в структуру психического расстройства, приводят или к гипердиагностике патологии внутренних органов, или к неправильной интерпретации имеющихся нарушений. Вероятно, в какой-то степени этим объясняется тот факт, что в 50—60% случаев стенокардия своевременно не диагностируется и заболевание остается нераспознанным.

В этом аспекте еще более убедительно воспринимаются слова Д.Д. Плетнева (1930): «Всякий врач должен быть хорошо знаком с так называемой малой психиатрией. Это знакомство необходимо не только в видах понимания семиотики у больного, но и как элемент в установке предсказания и лечения» [17].

Как никогда актуальны вопросы образования интернистов в области психиатрии и психосоматической медицины. Возникает необходимость усовершенствования этих знаний в профессиональной деятельности врача. Профессиональное сотрудничество, основанное на объединении усилий специалистов (кардиолог/терапевт, психиатр, психотерапевт, психолог), — скорее исключение, чем правило; оно способствует обогащению знаний в смежных специальностях и направлено на оказание реальной и эффективной помощи больным со сложной сочетанной соматической и психической патологией.

С точки зрения Д.Д. Плетнева, для этого необходимо «синтетическое понимание патологического процесса»: «Больной человек не представляет собой скрытый внутри него патолого-анатомический препарат, выявляющийся теми или другими объективными и субъективными признаками: больным является весь человек. Как диагноз болезни, так и терапия должны быть строго индивидуальны. Врач имеет дело с теми или иными анатомическими поражениями сердца или сосудов, с нарушением их функциональных приспособлений, с нарушением функциональных координаций различных органов и их систем у того или другого индивидуума в связи с условиями его конституции, социального строя и быта, труда, привычных интоксикаций ...»⁷

Можно сказать, что такое «синтетическое понимание» созвучно с современными принципами биопсихосоциального подхода к больному.

Все то, о чем писал и рассуждал проф. Д.Д. Плетнев, воплощается в клиническую медицину нашего времени. Изучение проблемы коморбидности соматической и психической патологии приобретает все большую актуальность и новое освещение. Удивительно, насколько научное мировоззрение ученого выдержало испытание не только временем, но и самой медицинской наукой.

Основа человеческого бытия, тайна взаимоотношений «psycho» и «soma» в их диалектическом единстве —

⁷ Плетнев Д.Д. Болезни сердца // Плетнев Д.Д. Избранное / АМН СССР. — М.: Медицина, 1989. — С. 83.

Сведения об авторе:

Гарганеева Наталья Петровна — д-р мед. наук, проф., проф. каф. поликлинической терапии; e-mail: garganeyeva@mail.tomsknet.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. **Anda R.F., Williamson D.F., Jones D., Mascera C., Eaker E., Glassman A.H., Marks J.** Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*. 1993; 4: 285—94.
2. **Carney R.M., Freedland K.E., Veith R.C.** Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom. Med.* 2005; 67 (Suppl. 1): S29—33.
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. Journal of Geriatric Psychiatry* (www.Interscience.wiley.com) (Copyright, 2007).
5. **Frasure-Smith N., Lesperance F.** Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Med. J.* 2010; 86 (1014): 193—6.
6. **Davidson K.W., 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. **Ustüun B.N., 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., Дробижев М.Ю., Иванов С.В.** Психокardiология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство»; 2005.
10. **Todaro J.F., Shen B.J., Raffa S.D.** et al. Prevalence of anxiety disorder in men and women with established coronary heart disease. *J. Cardiohulm Rehabil. Prev.* 2007; 27 (2): 86—91.
11. **Bräutigam W., Kristian P., Rad M.** Психосоматическая медицина: Пер. с нем. М.: ГЭОТАР Медицина; 1999.
12. **Плетнев Д.Д.** О сердечно-сосудистых неврозах. В кн.: Бородулин В.И., Тополянский В.Д., ред.; Палеев Н.Р., отв. ред. Плетнев Д.Д. Избранное. М.: Медицина; 1989: 58—76.

13. **Плетнев Д.Д.** Является ли клиническая медицина наукой? В кн.: Бородулин В.И., Тополянский В.Д., ред.; Палеев Н.Р., отв. ред. Плетнев Д.Д. Избранное. М.: Медицина; 1989; 34—42.
14. **Гарганеева Н.П.** Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца. Клиническая медицина. 2002; 80 (8): 29—33.
15. **Плетнев Д.Д.** К вопросу о «соматической» циклотимии. В кн.: Бородулин В.И., Тополянский В.Д., ред.; Палеев Н.Р., отв. ред. Плетнев Д.Д. Избранное. М.: Медицина; 1989; 73—6.
16. **Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф.** Основные симптомокомплексы и условия формирования невротических и аффективных расстройств у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. Сибирский медицинский журнал. 2009; 24 [4 (вып. 2)]: 11—7.
17. **Плетнев Д.Д.** Проблемы современной клиники. В кн.: Бородулин В.И., Тополянский В.Д., ред.; Палеев Н.Р., отв. ред. Плетнев Д.Д. Избранное. М.: Медицина; 1989; 8—34.
18. **Тополянский В.Д., Бородулин В.И., Палеев Н.Р.** Наш современник Д.Д. Плетнев. В кн.: Бородулин В.И., Тополянский В.Д., ред.; Палеев Н.Р., отв. ред. Плетнев Д.Д. Избранное. М.: Медицина; 1989; 317—69.
19. **Семке В.Я.** Интегративная медицинская помощь в пограничной психиатрии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009; 6: 7—9.
20. **Rosengren A., Hauken S., Ounpuu S.** et al. Association of psychosocial risk factors of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART STUDY): case-control study. *www.thelancet.com*. 2004; 3.
21. **Ohlin B., Nilsson P.M., Nilsson J.A., Berglund G.** Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. *Eur. Heart J.* 2004; 25: 867—73.
22. **Surtees P.G., Nicholas W.J., Wainwright N.W.** et al. Depression and ischemic heart disease mortality: Evidence from the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am. J. Psychiatry.* 2008; 165: 515—23.
23. **Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф., Семке В.Я.** и др. Артериальная гипертензия как психосоматическая проблема. Клиническая медицина. 2004; 82 (1): 35—41.
24. **Плетнев Д.Д.** Грудная жаба. В кн.: Бородулин В.И., Тополянский В.Д., ред.; Палеев Н.Р., отв. ред. Плетнев Д.Д. Избранное. М.: Медицина; 1989; 84—98.
25. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике / Рекомендации Европейского Общества Кардиологов (пересмотр 2012 г.). Российский кардиологический журнал. 2012; 4 (96), прил. 2: 1—84.
8. **Chazov E.I., Oganov R.G., Pogosova G.V.** et al. Clinical-epidemiological program of study of depression in cardiological practice: in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease (KOORDINATA): results of multi-center investigation. *Kardiologiya.* 2007; 3: 28—37 (in Russian).
9. **Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu., Ivanov S.V.** *Psikhokardiologiya.* Moscow: OOO «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo»; 2005 (in Russian).
10. **Todaro J.F., Shen B.J., Raffa S.D.** et al. Prevalence of anxiety disorder in men and women with established coronary heart disease. *J. Cardiohulm Rehabil Prev.* 2007; 27 (2): 86—91.
11. **Bräutigam W., Kristian P., Rad M.** *Psychosomatic medicine: Transl. from German.* Moscow: GEOTAR Meditsina; 1999 (in Russian).
12. **Pletnev D.D.** About cardiovascular neuroses. In: Pletnev D.D. Selected papers / AMSci of USSR. Editors, compilers, and the authors notes V.I. Borodulin, V.D. Topolyanskiy. Responsible ed. academician of AMSci of USSR N.R. Paleev. Moscow: Meditsina; 1989: 58—76 (in Russian).
13. **Pletnev D.D.** Is the clinical medicine a science? In: Pletnev D.D. Selected papers / AMSci of USSR. Editors, compilers, and the authors notes V.I. Borodulin, V.D. Topolyanskiy. Responsible ed. academician of AMSci of USSR N.R. Paleev. Moscow: Meditsina; 1989: 34—42 (in Russian).
14. **Garganeeva N.P.** Panic disorder in clinical picture of ischemic heart diseases. *Klinicheskaya meditsina.* 2002; 80 (8): 29—33 (in Russian).
15. **Pletnev D.D.** About «somatic» cyclothymia. In: Pletnev D.D. Selected papers / AMSci of USSR. Editors, compilers, and the authors notes V.I. Borodulin, V.D. Topolyanskiy. Responsible ed. academician of AMSci of USSR N.R. Paleev. Moscow: Meditsina; 1989: 73—6 (in Russian).
16. **Garganeeva N.P., Belokrylova M.F.** Basic symptom complexes and conditions of formation of neurotic and affective disorders in patients with cardiovascular diseases. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal.* 2009; 24 [4 (2)]: 11—7 (in Russian).
17. **Pletnev D.D.** Problems of modern clinic. In: Pletnev D.D. Selected papers / AMSci of USSR. Editors, compilers, and the authors notes V.I. Borodulin, V.D. Topolyanskiy. Responsible ed. academician of AMSci of USSR N.R. Paleev. Moscow: Meditsina; 1989: 8—34 (in Russian).
18. **Topolyanskiy V.D., Borodulin V.I., Paleev N.R.** Our contemporary D.D. Pletnev. In: Pletnev D.D. Selected papers / AMSci of USSR. Editors, compilers, and the authors notes V.I. Borodulin, V.D. Topolyanskiy. Responsible ed. academician of AMSci of USSR N.R. Paleev. Moscow: Meditsina; 1989: 317—76 (in Russian).
19. **Semke V.Ya.** Integrative medical care in borderline psychiatry. *Sibirskiy vestnik psikiatrii i narkologii.* 2009; 6: 7—9 (in Russian).
20. **Rosengren A., Hauken S., Ounpuu S.** et al. Association of psychosocial risk factors of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART STUDY): case-control study. *www.thelancet.com*. 2004; 3.
21. **Ohlin B., Nilsson P.M., Nilsson J.A., Berglund G.** Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. *Eur. Heart J.* 2004; 25: 867—73.
22. **Surtees P.G., Nicholas W.J., Wainwright N.W.** et al. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am. J. Psychiatry.* 2008; 165: 515—23.
23. **Garganeeva N.P., Tetenev F.F., Semke V.Ya.** et al. Arterial hypertension as psychosomatic problem. *Klinicheskaya meditsina.* 2004; 82 (1): 35—41 (in Russian).
24. **Pletnev D.D.** Angina pectoris. In: Pletnev D.D. Selected papers / AMSci of USSR. Editors, compilers, and the authors notes V.I. Borodulin, V.D. Topolyanskiy. Responsible ed. academician of AMSci of USSR N.R. Paleev. Moscow: Meditsina; 1989: 84—98 (in Russian).
25. Prevention of cardiovascular diseases in clinical practice / Recommendations of European Society of Cardiology (revision 2012). *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal.* 2012; 4 (96), 2: 1—84 (in Russian).

REFERENCES

1. **Anda R.F., Williamson D.F., Jones D., Mascera C., Eaker E., Glassman A.H., Marks J.** Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology.* 1993; 4: 285—94.
2. **Carney R.M., Freedland K.E., Veith R.C.** Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease. *Psychosom. Med.* 2005; 67 (1): 29—33.
3. **Oganov R.G., Ol'binskaya L.I., Smulevich A.B.** et al. Depressions and depressive spectrum disorders in general medicine practice. Results of program KOMPAS. *Kardiologiya.* 2004; 1: 48—54 (in Russian).
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. Journal of Geriatric Psychiatry (www.Interscience.wiley.com)* (Copyright, 2007).
5. **Frasure-Smith N., Lesperance F.** Depression and cardiac risk: present status and future directions. *Med. J.* 2010; 86 (1014): 193—6.
6. **Davidson K.W., 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. **Ustüun B.N., Sartorius N.** *Mental Illness in General Health Practice: An International study.* Chichester: John Wiley and Sons; 1995.

Поступила 20.02.13