

УДК 616.895-07-092:616.1

Н.П. Гарганеева*, М.Ф. Белокрылова**E-mail: garganeyeva@mail.tomsknet.ru;
bel@sibmail.com**ОСНОВНЫЕ СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ
И УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ
НЕВРОТИЧЕСКИХ И АФФЕКТИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ
С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ*** ГОУ ВПО Сибирский государственный
медицинский университет Росздрава, г. Томск;
** Учреждение РАМН НИИ психического здоровья
СО РАМН, г. Томск*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.**«К вопросу о «соматической» циклотимии» (Д.Д. Плетнев, 1927)*

В повседневной клинической практике врачи-терапевты, кардиологи нередко сталкиваются с различными проявлениями невротических, аффективных и других психопатологических расстройств, наблюдаемых у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Наибольшие трудности возникают при распознавании депрессивных расстройств, симптоматика которых маскирована соматическими симптомами. Разнообразные сомато-вегетативные симптомокомплексы, характерные и для аффективной патологии, и для соматического заболевания, отличаясь полиморфизмом симптоматики, имеют или самостоятельную динамику, или наслаиваются на течение ССЗ, затрудняя, в частности, раннюю диагностику ишемической болезни сердца (ИБС), клиническая картина которой «перекрывается» симптомами психических расстройств.

В 1927 г. выдающийся российский терапевт Д.Д. Плетнев в статье «К вопросу о «соматической» циклотимии» впервые описал общие соматические симптомы циклотимии, при которой «соматические и психические симптомы связаны между собой и дополняют друг друга, будучи обусловлены общим этиологическим моментом... и являются одновременным выражением патологической динамики организма», назвав эти фазовые проявления «диагностическими контурами психогенных нарушений в

клинике внутренних болезней» [1]. Многие работы Д.Д. Плетнева в области клинического направления психосоматической медицины, незаслуженно забытые, остаются актуальными и в настоящее время. Спустя 50 лет (в 70-80-е годы XX века) понятие «соматическая циклотимия» психиатры стали трактовать как «маскированная депрессия» (Kielholz P., 1973), или «скрытая», «ларвированная», «алекситимическая» депрессия, либо как «тимопатические (депрессивные) эквиваленты» (J.J. Lopez Ibor, 1973). Ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы расстройств аффективного регистра. 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 медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Но при активном расспросе часто удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на телесных ощущениях [2].

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.

Несмотря на огромные достижения в области кардиологии и большой объем накопленного научно-практического материала, вопросы коморбидности (соболезненности) сердечно-сосудистой патологии и психических расстройств представляют собой многогранную, неоднозначную проблему в методологическом и прикладном аспектах.

В настоящее время установлена роль психологических факторов в увеличении заболеваемости и смертности при ишемической болезни сердца, доказана связь между стрессорными событиями и распространенностью тревожных и депрессивных расстройств у больных ССЗ. Так, опубликованные данные мета-анализа, обобщенного за многие годы, о влиянии депрессии на кардиоваскулярные заболевания [3], а также результаты известных российских программных многоцентровых клинико-эпидемиологических исследований по изучению депрессии «КОМПАС», «КООРДИНАТА» убедительно свидетельствуют о высоком риске фатальных и нефатальных кардиоваскулярных осложнений и высокой распространенности тревожных и депрессивных расстройств при ССЗ в условиях острого или хронического психоэмоционального стресса [4, 5]. Ко-

митет экспертов ВНОК¹ в последних российских рекомендациях (2008) обращает внимание на важность изучения психосоциального стресса как одного из факторов риска развития ИБС и ее осложнений. Становится очевидным, что в связи с высокой распространенностью в популяции тревожных и депрессивных расстройств проблемы психического здоровья общества неразрывно связаны с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования – изучить основные симптомокомплексы, предпосылки и условия формирования невротических и аффективных расстройств с оценкой значимости психосоциального стресса у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Многолетний опыт научно-исследовательской и практической работы, основанный на взаимодействии специалистов разного профиля (терапевта, психиатра, психотерапевта, клинического психолога) и реализованный на базе Научно-исследовательского института психического здоровья Сибирского отделения РАМН (директор – академик РАМН В.Я. Семке), позволил сделать некоторые обобщения. Выборку составили 1350 пациентов (428 мужчин и 922 женщины), госпитализированных в отделение пограничных состояний НИИПЗ СО РАМН с верифицированными заболеваниями сердечно-сосудистой системы (артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца), а также ассоциированными с сахарным диабетом типа 2, в клинической картине которых на момент обращения к психиатру доминировали психические расстройства преимущественно невротического и аффективного уровней в связи с предшествующими перенесенными психотравмирующими событиями. Оценка психического состояния больных и диагностика психических расстройств осуществлялась в соответствии МКБ-10 с использованием клинко-психопатологического, экспериментально-психологического методов исследования. В исследовании был использован системный подход в изучении взаимосвязи соматической патологии и непсихотических психических расстройств.

В исследовании применялись методы дисперсионного, дискриминантного, анализ таблиц сопряженности, корреляционный анализ. При анализе таблиц сопряженности оценивались значения статистики Пирсона Хи-квадрат (χ^2), достигнутый уровень значимости (p) и фи-коэффициент (ϕ) – показатель силы связи. Вклады в связь дискретных признаков изучали по величине $D\chi^2$ отдельных клеток таблиц сопряженности. Во всех процедурах статистического анализа критический уровень значимости p принимался равным 0,05. Средние выборочные значения количественных признаков приведены в тексте в ви-

де $M \pm SD$, где M – среднее выборочное, SD – стандартное отклонение. Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы – корреляция по Спирмену, тест Манна-Уитни, медианный тест Краскэла-Валлиса и непараметрический дисперсионный анализ Фридмана. Проверка нормальности распределения производилась с использованием трех методов: Колмогорова-Смирнова, Лиллиефорса и Шапиро-Уилки, проверка гипотез о равенстве генеральных дисперсий – с помощью критериев Кохрена и Левене.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Наблюдающаяся тенденция к учащению различных симптомов психической дезадаптации у соматических пациентов обусловлена общим ростом психических расстройств в условиях стрессогенных влияний современной жизни. Для изучения степени участия психосоциального стресса в формировании коморбидной патологии был проведен анализ психотравмирующих событий с индивидуальной оценкой значимости психогенных факторов (психострессоров), обусловивших развитие непсихотических психических расстройств невротического и аффективного уровней. Анализируемые стрессорные факторы в соответствии со шкалой выраженности психотравмирующего воздействия и индивидуальной значимостью для каждого пациента классифицировались на главные жизненные события, медицинские, производственные, негативные межличностные и семейно-бытовые (рис. 1). В качестве мощных психотравмирующих факторов по степени воздействия выступали такие психо-эмоциональные стрессы, как утрата близкого, смерть ребенка, стихийное бедствие, тяжелое соматическое заболевание у ребенка, у себя или у ближайших родственников, развод, бракоразводная ситуация, потеря работы, финансовые

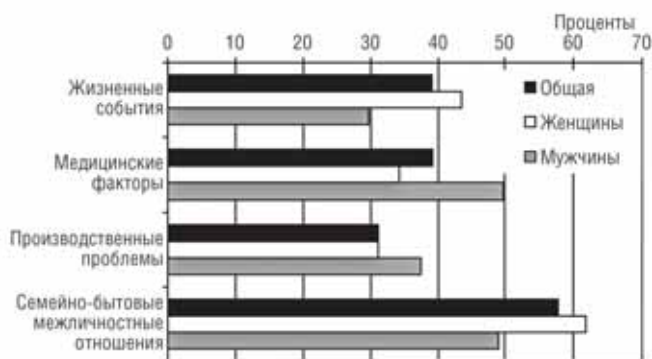


Рис. 1. Оценка психосоциальных стрессорных факторов, нарушающих адаптационные возможности соматических пациентов, в соответствии со шкалой выраженности психотравмирующего воздействия (для взрослых по критериям DSM-III-R, $n=1350$).

Примечание: достигнутый уровень статистической значимости во всех исследуемых группах при значении $p=0,001$

¹ Национальные клинические рекомендации / Раздел II // Диагностика и лечение стабильной стенокардии, Москва, 2008. – С. 58-112.

проблемы, и другие. Мощные психотравмирующие события жизни были более значимыми для женщин: факторы производственного плана, медицинские проблемы (для 50% мужчин и для 37% женщин соответственно). Главные жизненные события, семейно-бытовые и негативные межличностные отношения сохраняли актуальность для 61,8% женщин и 49,1% мужчин.

Результаты изучения патогенетических условий формирования психосоматических заболеваний, связанных с лабильностью регуляторных систем организма к воздействию психострессоров, свидетельствуют о значимой роли психосоциальных факторов в механизмах, нарушающих адаптационные возможности пациентов и усугубляющих течение имеющихся соматических заболеваний.

По данным проведенного исследования, в 40,8% от общей выборки больных мотивом обращения к психиатру с целью госпитализации была субъективная неудовлетворенность своим состоянием, что имело более важное значение для женщин, чем для мужчин. Пациенты, признававшие себя «тяжелобольными», независимо от характера заболевания первоначально консультировались у интерниста, ссылаясь на общее плохое самочувствие, но, не получив от лечащего врача исчерпывающего объяснения своего состояния, искали помощи у других специалистов или прибегали к нетрадиционным методам лечения, в том числе у экстрасенсов². Более чем в половине случаев этим больным были даны рекомендации для прохождения консультации у психиатра или психотерапевта, но пациенты, не признавая у себя проблем с психическим здоровьем, отказывались от предложенного терапевтами направления в силу сохраняющегося высокого уровня социальной стигматизации психиатрии в обществе. Пациенты, требующие к себе постоянного внимания, становились для лечащего врача «трудными больными»³. По наблюдениям Z.J. Lipowski (1986, 1988), Любан-Плоцца В. и соавт. (1996), после длительного «марафона» в поиске «лучших» специалистов по различным медицинским учреждениям так называемые «трудные больные» длительное время не попадают в поле зрения психиатров [7, 8].

Именно эта группа «трудных» пациентов нуждается в специализированной консультативной помощи психиатра в условиях общемедицинских лечебно-профилактических учреждений.

При направлении пациентов к психиатру из общей медицинской сети были выявлены следующие характерные признаки: (в порядке статистической значимости признаков, $p=0,001$)

Для женщин	Для мужчин
Фиксация на психотравмирующей ситуации	Фиксация на неудовлетворительном физическом состоянии
Стрессорные факторы (жизненные события, межличностные, семейно-бытовые отношения)	Стрессорные факторы (медицинские, производственные)
Подавленное настроение	Склонность к самопорицанию, самообвинению
Восприятие себя «тяжелобольной»	Восприятие себя соматически или «нервно» больным
Депрессивный тип реакции на соматическое заболевание	Ангедония
Пассивные суицидальные мысли	Тревожно-депрессивная или анозогностическая реакция на соматическое заболевание
Страхи различного содержания	Страх смерти

Рис. 2. Мотивационные факторы и субъективная оценка состояния, явившиеся причиной госпитализации соматических больных в отделение пограничных состояний

В дальнейшем пациенты госпитализировались в отделение пограничных состояний, обратившись к психиатру самостоятельно или по совету родственников и друзей.

Сравнительный анализ мотивационных факторов показал, что для женщин более значимой была сохраняющаяся фиксация на психотравмирующей ситуации (рис. 2).

Осознавая себя тяжелобольными, женщины испытывали страхи различного содержания, тревогу, подавленное настроение, отмечали ангедонию, потерю массы тела и отсутствие аппетита, суицидальные мысли, душевный дискомфорт, слезливость, общую слабость. Максимально значимыми психострессорами для женщин были главные жизненные события, негативные межличностные отношения и семейно-бытовые факторы.

Данные состояния характеризуются психопатологической незавершенностью депрессивного синдрома.

² В данном контексте уместно обратиться к статье Д.Д. Плетнева «Проблемы современной клиники» (1930), в которой автор обращает внимание на деонтологические аспекты: «Благодаря» неумению и нередко нежеланию врачей заниматься психологией больных, их переживаниями последние отходят от них и идут к чудотворцам. Врачи, сами того не желая, тем самым культивируют знахарство».

³ По мнению Z.J. Lipowski (1986, 1988), «негативное отношение» к таким пациентам связано с тем, что их поведение не соответствует ожиданиям врачей. Нуждаясь в помощи, чувствительные и внимательные к слову врача, они, недоверчивые, критично настроенные, склонны сомневаться в правильности диагностики и назначений. «Конфликт между объективным и субъективным» состоянием здоровья приводит к фиксации пациента на болезненных проявлениях и способствует соматизации психических расстройств. Такие пациенты, как правило, длительное время не попадают в поле зрения психиатров (Katon W., 1986; 1986; Любан-Плоцца В. и соавт., 1996; Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986) [7, 8, 9].

рома («субсиндромальные депрессии»), слабой выраженностью или отсутствием основных проявлений депрессии (собственно гипотимии, психомоторных расстройств, идей виновности и др.), что и затрудняло ее своевременное распознавание у соматических больных.

Мужчины чаще обнаруживали общую неудовлетворенность своим состоянием, признавая себя «нервно» или «соматически» больными, или полностью отрицали болезнь. Их отличали эмоциональная неустойчивость, раздражительность, конфликтность, наличие цефалгий, страх смерти, тревога, утрата интереса к жизни, к работе (ангедония без дополнительных признаков депрессии), в большей степени склонность к идеям самоуничтожения и самообвинения. Наиболее значимыми психотравмирующими факторами были медицинские проблемы (связанные с фактом заболевания) и производственные. Проблемы психического здоровья являлись поводом для обращения мужчин к психиатру, минуя общесоматическое лечебное учреждение.

«Непризнание себя больным», отрицание болезни (анозогностическая реакция) пациента на соматическое заболевание обуславливают низкую приверженность, в частности кардиологических больных, к обследованию и лечению, что подтверждается эпидемиологическими исследованиями особенно мужской части населения.

В группе женщин наблюдалось преобладание депрессивного, тревожно-депрессивного, истерического, фобического синдромов. У мужчин доминировала дистимическая, тревожная, ипохондрическая, астеническая симптоматика ($p=0,001$). В 16,4% случаев у женщин преобладали синдромы истерического круга, у мужчин в 23,1% – дистимического ($p=0,001$). Депрессивные нарушения у женщин выявлялись в 34,4%, у мужчин – в 25,0%. Симптомы тревоги и фобии чаще наблюдались у женщин, в то время как у мужчин в 3 раза чаще диагностировались ипохондрические и астенические состояния.

Психопатологическая картина текущего психического расстройства у больных с заболеваниями внутренних органов дополнялась, «приукрашивалась» соматическими, соматовегетативными симптомами, обозначенными как соматические «маски» или маскированные, соматизированные симптомы.

В структуре психопатологических расстройств наиболее частыми были «маски»⁴ в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств, в форме алгической симптоматики, не свойственные классическим клиническим признакам конкретной патологии внутренних органов.

Самыми распространенными у наблюдаемых пациентов были парестезии, ощущение онемения (88,6%; $p=0,002$), пароксизмы гипертензии (74,3%;

$p=0,008$), ощущение внутренней дрожи, тремор (77,1%; $p=0,001$), ком в горле (56,6%; $p=0,001$), гипервентиляционные нарушения (41,9%; $p=0,001$), перебои в работе сердца, субъективные нарушения сердечного ритма (29,4%; $p=0,001$). Часто встречались алгические «маски» в виде цефалгий (92,9%; $p=0,001$), абдоминалгий (64,7%; $p=0,012$), кардиалгий (60,1%; $p=0,001$), артралгий, миалгий (36,8%; $p=0,001$). Реже наблюдались кожный зуд (15,4%; $p=0,046$), дизурия (10,7%; $p=0,001$), дисфагия (3,1%; $p=0,028$); у женщин – дисменорея (23,2%; $p=0,001$), предменструальное напряжение (16%; $p=0,001$). К наиболее часто встречающимся «маскам» в форме нарушений биологического ритма были отнесены инсомнии (86,7%; $p=0,001$). «Маски» в форме патохарактерологических расстройств были представлены в виде эмоциональной неустойчивости (78,4%; $p=0,037$), раздражительности (73,9%; $p=0,001$), тревожности (54,2%; $p=0,001$), пароксизмов страха смерти (21,0%; $p=0,001$), психовегетативного синдрома (20,7%; $p=0,001$), отражающих уровень эмоциональных нарушений и характерологические особенности пациентов.

У всех пациентов с заболеваниями внутренних органов на фоне доминирующих психопатологических нарушений наблюдалась определенная специфичность или предпочтительность перечисленных проявлений.

Так, при *невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах* часто выявлялись кардиалгии, ощущения сердцебиения, дисфагии, дизурия, страх смерти, ком в горле, колебания настроения, тревожность, у мужчин – гипертензивные кризы, респираторный (гипервентиляционный) синдром, снижение активности, пессимизм, у женщин – нарушения сна, дисменорея, предменструальное напряжение.

При *аффективных расстройствах* с ведущим депрессивным синдромом отмечались нарушения сердечного ритма, кожный зуд, цефалгии, слезливость, сниженное настроение, усиление близорукости, нарушения сна, у мужчин – парестезии и тремор, у женщин – абдоминалгии, миалгии, гипертензивные кризы, климактерический синдром, эмоциональная неустойчивость.

У больных с *органическими (непсихотическими) психическими* расстройствами встречались цефалгии, артралгии, миалгии, кожный зуд, сухость кожи, раздражительность, нарушение сна, слезливость, у мужчин – абдоминалгии, вспыльчивость, у женщин – нарушения ритма сердца, гипертензивные кризы.

Для пациентов с *расстройствами личности* были характерными жалобы на кардиалгии, учащенное сердцебиение, респираторные расстройства, кожный зуд, усиление миопии, страх смерти, вспыльчивость,

⁴ В зависимости от доминирующих феноменов соматизированные «маски» представлены в соответствии с классификацией А.Б. Смулевича (2003).

для мужчин – артралгии, миалгии, невралгии, для женщин – абдоминалгии, дизурия, предменструальное напряжение, дисменорея, эмоциональная неустойчивость, ком в горле, тремор, парестезии, раздражительность.

Во многих случаях предъявляемые жалобы пациентов на имеющиеся расстройства являются преувеличенными, зачастую не соответствуют тяжести и клинической картине патологии внутренних органов и, как следствие, не становятся предметом всестороннего обследования при обращении больных в общесоматические лечебно-профилактические учреждения. В то же время их многообразие и неспецифичность затрудняют первичное распознавание психопатологических нарушений. Так, остаются нераспознанными проявления тревоги, фобии, депрессии, астении, ипохондрии у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и других внутренних органов.

В соответствии с результатами проведенного исследования артериальная гипертензия (АГ) различной степени и стадии течения является наиболее часто встречающимся заболеванием (68,4%) у пациентов с невротическими, аффективными и другими психическими расстройствами. Так, у больных с верифицированным диагнозом гипертоническая болезнь ($n=700$; средний возраст – $45,95 \pm 9,41$ года) в 49,8% случаев диагностировались невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства, определявшие текущее психическое состояние пациентов (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации в виде депрессивных реакций, неврастения) в общей группе ($p=0,001$) и в группе женщин, а также тревожно-фобические расстройства у мужчин, и выявлялись преимущественно при ГБ I стадии. В сравнительном аспекте невротические расстройства более характерны для женщин (56,4% случаев), тогда как органические расстройства – для мужчин. Аффективные расстройства (депрессивный эпизод различной степени тяжести) преобладали у больных ГБ II-III стадии, причем у женщин встречались в 2,3 раза чаще, чем у мужчин ($p=0,001$).

Таким образом, формирование начальных стадий гипертонической болезни происходит на фоне предшествующих невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств, а также расстройств личности. Аффективные расстройства (депрессивный эпизод различной степени тяжести, дистимия) и органические (астеническое, тревожное, аффективное) непсихотические расстройства были тесно сопряжены и ассоциировались с более тяже-

лым течением артериальной гипертензии – у больных ГБ II-III стадии.

С целью уточнения механизмов развития гипертензивного синдрома у больных с психопатологией были проанализированы случаи установленного диагноза *нейроциркуляторной дистонии*⁵ (НЦД), сопровождавшейся повышением АД ($n=224$, средний возраст – $35,77 \pm 9,29$ года), и трактуемой в соответствии с МКБ-10 в рубрике «Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы». В таких случаях при наличии у больных синдрома АГ, сопровождающегося выраженными вегетативными симптомами, удельный вес невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств составил 57,6% случаев, расстройств личности – 24,6%, органических – 13,4%, аффективных – 4,5%. В группе женщин проявления нейроциркуляторной дистонии наиболее часто ассоциировалась с расстройствами личности в текущем психическом состоянии ($p=0,001$), тогда как у мужчин – с невротическими расстройствами ($p=0,001$). При этом и у женщин, и у мужчин наиболее значимыми были тревожно-фобические и соматоформные расстройства ($p=0,001$).

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства в одинаковой мере были характерны для больных с начальными клиническими проявлениями артериальной гипертензии как при ГБ I стадии, так и при НЦД, что имеет важное практическое значение в плане своевременной диагностики и терапии синдрома артериальной гипертензии у пациентов с ярко выраженными вегетативными дисфункциями. Данный факт указывает на общность патогенеза синдрома артериальной гипертензии и вероятную первичную роль невротических расстройств в развитии гипертонической болезни⁶.

У пациентов с *ишемической болезнью сердца* ($n=132$; средний возраст – $53,17 \pm 6,91$ года) в 38,6% определялись расстройства астенического круга (органическое астеническое расстройство, неврастения), у 37,9% – депрессивные расстройства невротического и аффективного уровней, у 16,7% – тревожно-фобические расстройства. При этом были установлены значимые взаимосвязи психопатологических расстройств и проявлений ИБС как в общей группе больных ($p=0,001$), так и отдельно в группах женщин ($p=0,001$) и мужчин ($p=0,009$). Клиническая картина больных ИБС, в психическом состоянии которых преобладали расстройства депрессивного спектра независимо от их нозологической природы, отягощалась симптомами депрес-

⁵ Классификация нейроциркуляторной дистонии (В.И. Маколкин, 1999).

В МКБ-10 как самостоятельная диагностическая категория НЦД трактуется в классе болезней нервной системы (G 90.8 – другие расстройства вегетативной нервной системы) и в классе психических расстройств (F 45.30 – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы сердца и сердечно-сосудистой системы).

⁶ Следует отметить, что, по данным А.М. Вейна (2000), в дебюте ГБ у 14% больных наблюдалось паническое расстройство с эпизодической АГ, относящееся к рубрике тревожных расстройств невротического уровня [10].

сии (подавленное настроение, анергия, слабость, ангедония, инсомния, слезливость), а также симптомами сердечно-сосудистого заболевания. Структура невротических расстройств, связанных со стрессом, в 53,6% случаев соответствовала критериям расстройств адаптации. Следует отметить, что с усилением тяжести течения стенокардии увеличивалась частота депрессивных расстройств и реакций, составивших при ФК II, ФК III и прогрессирующей стенокардии соответственно 32,3%, 48% и 63,6%. Прогрессирование коронарной болезни сердца сопровождалось трансформацией психопатологической симптоматики в сторону углубления депрессивной симптоматики, что необходимо учитывать при оценке степени риска кардиоваскулярных осложнений.

Депрессивные, тревожные и другие расстройства по сути маскируют симптомы ИБС, усиливаясь соматовегетативными экстракардиальными проявлениями, такими как пароксизмы страха, алгии других локализаций, ощущения кома в горле, респираторные нарушения, кожные парестезии.

Изучение общих предпосылок и закономерностей формирования психосоматических соотношений на примере ССЗ показало, что степень выявленных связей варьирует в зависимости от вида соматической патологии, уровня психических нарушений и полового диморфизма. Центральными звеньями такого взаимодействия являются содержание психической травмы (психосоциального стресса) и преморбидные особенности личности [11].

Манифестация психопатологических синдромов, их выраженность и связь с психотравмирующими событиями, наряду с немотивированными опасениями и страхами тревожного или ипохондрического содержания, во многих случаях препятствуют своевременному, раннему, выявлению ССЗ. Так, среди пациентов отделения пограничных состояний впервые диагностированная и подтвержденная специальными функциональными и инструментальными методами исследования ИБС составила 19% случаев [12].

Взаимосвязи соматических проявлений и психических расстройств, объединенные соматовегетативными и психовегетативными симптомами (соматическими «масками» и общими симптомами), обуславливают трудности дифференциальной диагностики коморбидной патологии, с которыми сталкиваются врачи первичного звена здравоохранения.

Многообразие и полиморфизм экстракардиальных симптомокомплексов при коморбидной соматической и психической патологии затрудняют выявление, дифференциальную диагностику и терапию заболеваний внутренних органов. Изучение особенностей течения конкретной соматической патологии

у пациентов, в клинической картине которых преобладают психопатологические симптомы, позволило определить две основные причины дифференциально-диагностических трудностей при ее первичном распознавании в общетерапевтической практике.

1. Чем менее выражены основные клинические симптомы тревоги, депрессии в актуальном психическом состоянии больных, напротив, в большей степени маскированные проявления астении, ипохондрии, тем более были разнообразны по своим клиническим характеристикам общие сомато- и психовегетативные симптомокомплексы (кардиальные – кардиалгии, ощущения перебоев в работе сердца, сердцебиение и внекардиальные – абдоминалгии, неопределенные алгии, респираторные нарушения, дисфагии, парестезии, тремор и др.), затрудняющие выявление соматического заболевания на ранних стадиях.

В кардиологической практике соматовегетативные, психовегетативные проявления, сочетающиеся с психологическими проблемами, часто интерпретируются интернистами лишь как клинические проявления синдрома вегетативной дистонии или НЦД без проведения дополнительных подтверждающих диагнозов исследований, что и является поводом для неудовлетворенности полученной консультации и заставляет пациентов обращаться к другим специалистам. В подобных ситуациях узкие специалисты, к которым обычно обращаются такие больные, лишь констатируют отсутствие той или другой патологии, и «не перестаешь удивляться истории их контактов с медициной – запутанных, зачастую неудачных или даже курьезных» [13].

2. С усилением симптомов тревоги и основных проявлений депрессии, в структуре которых присутствуют соматические симптомы, верификация клинических признаков патологии внутренних органов бывает затруднена в связи с яркостью манифестации выявленных психопатологических нарушений, напрямую приводящих больных за консультативной помощью к психиатру.

Характер болевых ощущений, отсутствие четкой взаимосвязи ангинозных приступов с физической нагрузкой, нетипичная локализация болевых ощущений, отсутствие антиангинального эффекта от нитроглицерина⁷, купирование пароксизмов и кардиалгий приемом транквилизаторов или антидепрессантов обычно вызывают сомнение по поводу возможной коронарной болезни сердца и дают основание считать, что это проявления «ангиноидного синдрома».

В таких случаях клинические признаки ИБС на фоне выраженных психопатологических расстройств зачастую остаются не замеченными па-

⁷ Нитраты и другие антиангинальные препараты не оказывают заметного влияния на ангинозный приступ у больных ИБС с кардиальным синдромом Х (стенокардия при неизменных коронарных артериях). Больных отличает плохое качество жизни и высокая частота тревожно-депрессивных расстройств [Ю.А. Карпов, 2003] [14].

циентом и неправильно интерпретируются врачом-терапевтом или кардиологом на этапах наблюдения больных в учреждениях общесоматической сети.

Вероятно, этим можно объяснить и тот факт, что только 40-50% всех больных стенокардией знают о наличии у них болезни и получают соответствующее лечение, тогда как в 50-60% случаев заболевания остается нераспознанным.

Основные условия дифференциально-диагностического подхода к обследованию психосоматического больного заключаются в соблюдении требований к тщательному сбору анамнеза, правильной трактовке жалоб, как предъявленных, так и активно выявленных, в детальном анализе наблюдаемых симптомов и синдромов, всестороннем клинико-инструментальном исследовании пациента и тесном сотрудничестве терапевта (кардиолога) и психиатра. Проведенное исследование показало наличие различных соматовегетативных, психовегетативных и психологических проявлений у больных с коморбидной кардиологической и психической патологией. Симптомы, «перекрывающие» клинические признаки соматической болезни и психопатологические синдромы, отражают возможность их патогенетической общности, с одной стороны, с психопатологическими расстройствами, с другой – с определенным соматическим заболеванием. При этом заболевание внутренних органов на фоне развернутой психопатологической картины остается малосимптомным, а ее объективные соматические симптомокомплексы усиливаются или модифицируются нехарактерными и неспецифическими проявлениями, являющимися клиническими эквивалентами трудно диагностируемых на ранних стадиях ССЗ.

Психопатологические расстройства при кардиоваскулярных заболеваниях являются предметом обсуждений диагностических и терапевтических трудностей как в общеврачебной, так и в психиатрической практике, но также представляют большую проблему для самого пациента. Значительный рост доли психических расстройств невротического и аффективного уровней среди пациентов общемедицинских учреждений свидетельствует об актуальности организации специализированной (лечебно-консультативной, реабилитационной) интегративной помощи данным больным и необходимости усовершенствования подготовки врачей интернистов в области психосоматической медицины.

ЛИТЕРАТУРА

- Плетнев Д.Д. К вопросу о «соматической» циклотимии. В кн.: Д.Д. Плетнев. Избранное. / Под ред. акад. АМН СССР Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 1989. – С. 73-76.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. – М.: ООО Медицинское информационное агентство, 2005. – 784 с.
- Van der Kooy K. et al. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis // Int. J. Geriatric Psychiatry. – 2007.
- Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, С.А. Шальнова, А.Д. Деев // Кардиология. – 2005. – №8. – С. 37-43.
- Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов, Р.Г. Оганов, Г.В. Погосова, С.А. Шальнова и др. // Кардиология. – 2007. – №3. – С. 28-37.
- Гарганеева Н.П., Тетенев Ф.Ф. Психосоматическая ориентация в общеврачебной практике // Клиническая медицина. – 2001. – №8. – С. 60-63.
- Lipowsky Z.J. Somatization: The concept and its clinical application // Amer. J. Psychiatry. – 1988. – V. 145. – №7. – P. 521-527.
- Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Кригер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – С-Пб., 1996. – 281 с.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
- Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Воробьева О.В. и соавт. Вегетативные расстройства: клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М. Вейна. – М.: Мед. информ. агентство, 2000. – 752 с.
- Семке В.Я. Психогении современного общества. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 2003. – 408 с.
- Гарганеева Н.П. Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца // Клиническая медицина. – 2002. – №8. – С. 28-33.
- Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Нейроциркуляторная дистония в терапевтической практике. – М.: Медицина, – 1985. – 192 с.
- Карпов Ю.А. Механизмы развития поражения сердечно-сосудистой системы у больных с депрессией // Consilium medicum. – 2003. – Экстравыпуск. – С. 10-12.

BASIC SYMPTOM COMPLEXES AND CONDITIONS OF FORMING NEUROTIC AND AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS HAVING CARDIOVASCULAR DISEASES

N.P. Garganeyeva, M.F. Belokrylova

SUMMARY

The paper presents results of investigation of factors determining difficulties of modern recognition of neurotic, affective and other mental disorders by physicians of general medicine network and motives underlying addressing by patients with combined somatic and mental pathology a psychiatrist. On a large clinical material including 1350 patients, the analysis of psychologic symptoms which mask the manifestations and complicate early diagnosis of cardiovascular diseases associated with non-psychotic mental disorders is presented.

Key words: psychosomatic symptom complexes, neurotic disorders, affective disorders, depression, hypertonic disease, ischemic heart disease.