

На правах рукописи

Гарганеева Наталья Петровна

**КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ
ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ
ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ
И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ**

14.00.05 – Внутренние болезни

14.00.18 – Психиатрия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Томск - 2002

Работа выполнена в Сибирском государственном медицинском университете Министерства здравоохранения Российской Федерации, Научно-исследовательском институте психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН.

Научные консультанты:

доктор медицинских наук,
профессор Тетенев Ф.Ф.

академик РАМН, доктор медицинских наук,
профессор Семке В.Я.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
профессор Белобородова Э.И.

доктор медицинских наук,
профессор Зеневич М.В.

доктор медицинских наук,
профессор Корнетов Н.А.

Ведущая организация:

Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова МЗ РФ
(119881, г. Москва, Б. Пироговская ул., 2/6).

Защита состоится « 9 » сентября 2002 года в 10 часов на заседании диссертационного Совета Д 208.096.02 в Сибирском государственном медицинском университете по адресу: 634050, г. Томск, Московский тракт, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в научно-медицинской библиотеке Сибирского государственного медицинского университета (634050, г. Томск, пр. Ленина, 107).

Автореферат разослан « 4 » августа 2002 года

Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук,
профессор

Тюкалова Л.И.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Проблема соотношений соматических заболеваний и психических расстройств пограничного уровня приобретает особое значение в аспекте интегрированной диагностики и адекватной лечебной тактики (Смулевич А.Б., Козырев В.Н., Сыркин А.Л., 1997, 2000; Ромасенко Л.В., 1999; Циммерман Я.С., 1999; Комаров Ф.И. и соавт., 2000; Александровский Ю.А., 2002; Bridges K.W., Goldberg D.P., 1985; Mayou R.A., Hawton K.E., 1986; Lipowsky Z.J., 1988; Luban-Plozza B. et al., 1992; Wessely S. et al., 1996; Bräutigam W. et al., 1999; Karlsson H.E., 2000).

Актуальность проводимых исследований определяется высокой распространенностью неинфекционных заболеваний внутренних органов, относящихся к группе психосоматических и связанных с лабильностью регуляторных систем организма к воздействию психотравмирующих социальных и ситуационных факторов. В условиях стрессогенных влияний современной жизни, создающих повышенный фон эмоционального напряжения, усиливается тенденция к росту пограничных психических расстройств, способствующих развитию у соматических больных симптомов психической дезадаптации (Семке В.Я., Аксенов М.М., 1995; Александровский Ю.А., 1999, 2000; Семке В.Я., 2000; Положий Б.С., 2000).

Диапазон психических расстройств, сопряженных с соматическими заболеваниями, широк и включает невротические, соматоформные, аффективные, органические и эндогенные. В.Д. Тополянский, М.В. Струковская (1986) указывали, что психогенно обусловленные невротические расстройства, включающие проявления соматизированной и маскированной депрессии, встречаются в 10-50% случаев среди больных в общей врачебной практике. Ряд специалистов связывают рост психических заболеваний со склонностью к соматизации и распространенностью маскированных психических расстройств (Лебедев Б.А., 1991; Гиндикин В.Я., 1993; Ромасенко Л.В., 1999, 2002; Сукиасян С.Г. и соавт., 2001; Dwight M. et al., 1997), нозогенных реакций (Дробижев М.Ю., 2000), депрессивных расстройств (Вертоградова О.П., 1997; Смулевич А.Б., 1997, 2001; Корнетов Н.А., 1999, 2000; Краснов В.Н., 1999, 2000; Katon W., Sullivan M., 1990; Üstün V.T., Sartorius N., 1995; Feldman E., 1998).

Психоэмоциональный стресс, по мнению К.В. Судакова (1997), выступает как ведущая причина формирования некоторых психосоматических заболеваний. В качестве стрессорных факторов рассматриваются главные жизненные события (Вейн А.М., 1997, 2000; Циммерман Я.С., 1999; Theorell T., 1993; Bjorntorp P., 1997; Shaw C. et al., 1999; Mooy J.M., 2000; Fisher L. et al., 2001; Surwit R.S. et al., 2002).

Среди механизмов, лежащих в основе психосоматической патологии, Н. Schepank (1991) выделил факторы наследственности (30%), раннего развития (25%) и детского возраста (15%), события жизни (15%), факторы социального влияния (10%) и другие (5%). Для психосоматического направления последних лет в целом характерны поиск и установление психофизиологических закономерностей (Захаржевский В.Б., 1990).

В отечественной науке первые представления о роли нервной системы в генезе болезненных состояний («нервизм») были связаны с именами основоположников терапевтической и физиологической школ С.П. Боткина и И.М. Сеченова, затем И.П. Павлова, К.М. Быкова. Выдающиеся русские терапевты Д.Д. Плетнев, Г.Ф. Ланг, Р.А. Лурия, А.Л. Мясников, В.Х. Василенко были продолжателями идей интегративных клинических позиций психосоматического направления как основополагающего подхода в медицине.

Современная медицина поддерживает концепцию многофакторности, или полиэтиологичности, психосоматических заболеваний. Клинико-патогенетические взаимосвязи соматической и психической патологии в рамках пограничной психиатрии многовариантны и переплетаются с конституционально-биологическими, соматогенными и нейропсихогенными сдвигами. Центральным звеном такого взаимодействия являются содержание психической травмы и преморбидные особенности личности (Семке В.Я., 2001).

Научные интересы специалистов различных направлений пересекаются в исследованиях «функциональной» патологии органов и систем. Многообразии клинических вариантов вегетативных дисфункций, трудности дифференциальной диагностики, терапевтическая резистентность структурно-функциональных нарушений (Саркисов Д.С., 1997; Маколкин В.И., 1998) интерпретируются интернистами как единое самостоятельное заболевание - нейроциркуляторная дистония. На основании изучения психопатологических расстройств у больных НЦД было выделено два клинических варианта психосоматических отношений: сосуществование НЦД и психического расстройства и НЦД как эссенциальная составляющая психического расстройства (Ромасенко Л.В., Веденяпина О.Ю., Вербина А.В., 2002). Нарушения вегетативной регуляции различных уровней (сегментарные и надсегментарные) рассматриваются в качестве вторичных синдромов соматической и психической патологии (Вейн А.М., 2000). Согласно МКБ-10, вегетативные расстройства могут диагностироваться в виде проявлений соматоформной вегетативной дисфункции. Несмотря на различные концепции, подчеркивается существенное влияние эмоциональной сферы на формирование нейроциркуляторной дистонии (Маколкин В.И., Абакумов С.А., 1985; Маколкин В.И. и соавт., 1995; Волков В.С. и соавт., 1997), синдрома вегетативной дистонии или одного из его проявлений, психовегетативного синдрома (Вейн А.М. и соавт., 1997, 2000), соматоформных и других невротических расстройств (Семке В.Я., Карпов Р.С., 1996; Вертоградова О.П., 1998; Белокрылова М.Ф., 2000). Ряд авторов выделяют самостоятельную группу заболеваний - «органные неврозы», изучаемую в спектре коморбидной (соболезненной) психической и соматической патологии (Смулевич А.Б., Рапопорт С.И., Сыркин А.Л., Овчаренко С.И. и соавт., 2000, 2002).

По мнению G.L. Engel (1972), все многообразие психосоматических состояний можно разделить на психогенные, психофизиологические и соматопсихически-психосоматические категории. А.М. Вейн (1994, 2000) рассматривает психосоматические отношения с участием психовегетативных и психоэндокринных механизмов в их развитии. Психосоматические аспекты внутренней патологии представляют крупную теоретическую и практическую проблему, дискутируемую среди интернистов, психиатров (Губачев Ю.М., 1981; Шхвацабая И.К., 1985; Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. и соавт., 1985, 2000; Карвасарский Б.Д., 1990; Зайцев В. П. и соавт., 1991; Цивилько М.А., 1991, 1998; Волков В.Т., Стрелис А.К., Караваева Е.В., Тетенев Ф.Ф., 1995; Сыркин А.Л. и соавт., 1996; Палеев Н.Р., Краснов В.Н. и соавт., 1997; Шпак Л.В. и соавт., 1998; Крылов А.А. и соавт., 1998; Лакосина Н.Д., 1998; Мартынов А.И. и соавт., 2000; Musselman D.L. et al., 1998; Glassman A.H., Shapiro P.A., 1998, 1999; Steinmetz D., 2001).

Современное понятие стратификации риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в частности, ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, занимающих одно из ведущих мест по своей медико-социальной значимости, предусматривает общую стратегию профилактики, лечения и прогноза с учетом личностных, медицинских и социальных факторов (Оганов Р.Г., 1990, 2000; Аронов Д.М. и соавт., 1993; Чазов Е.И., 1994; Арабидзе Г.Г., 1997; Карпов Р.С., 1998; Makino Y., Kawano Y., 1998; Potts J. L., Thomas J., 1999; May M. et al., 2002).

Сахарный диабет - наиболее распространенное из группы тяжелых метаболических заболеваний - входит в триаду болезней (атеросклероз, рак, сахарный диабет), преобладающих в структуре инвалидизации и смертности населения (Балаболкин М.И., 2000; Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В., 2000; Шестакова М.В., 2001; Gutierrez L., 2001). В возникновении и течении сахарного диабета важную роль играют неблагоприятные социально-психологические факторы (Коркина М.В., Елфимова Е.В., Марилов В.В., 1997; Сидоров П.И. и соавт., 2000; Goodnick P.A., 1997; Trigwel P., Peveler R., 1998; Hänninen J.A. et al., 1999; Herpertz S. et al., 2000; Lustman P. et al., 2000; Garay-Sevilla M.E., 2000).

Язвенная болезнь относится к числу распространенных патологий, развивается у людей наиболее трудоспособного возраста, приводит к значительным социально-экономическим потерям (Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А., 1987; Григорьев П.Я., Яковенко А.В., 1997; Рысс Е.С., 1998). Несмотря на ведущую роль в этиологии язвенной болезни хеликобактерной инфекции, психосоматические аспекты не утратили актуальности и активно обсуждаются (Волков В.С. и соавт., 1995; Коркина М.В., Марилов В.В., 1995; Миронычев Г.Н., Логинов А.Ф., Калинин А.В., 1996; Белобородова Э.И. и соавт., 1999; Циммерман Я.С., Белоусов Ф.В., 1999; Гриневич В.Б. и соавт., 2000; Walker P. et al., 1988; Lewis J., Lewis S., 1995; Leonhardt T., 1999).

Программные научные исследования в области кардиологии, эндокринологии, гастроэнтерологии привели к огромным достижениям в развитии отечественной клинической медицины. Превентивная медицина, основываясь на научной концепции многофакторности, дифференцирует специфичность мер первичной и вторичной профилактики воздействием на известные этиопатогенетические звенья и факторы риска развития и прогрессирования каждого из рассмотренных выше заболеваний гетерогенной природы.

При всей многоаспектности в изучении патогенетических механизмов развития нозологических форм заболеваний внутренних органов и множестве литературных сведений в исследованиях, проводимых специалистами в области внутренней патологии, не уделяется должного внимания проблемам психосоматических соотношений. Отсутствуют единые методические принципы их изучения. Широкий круг научных разработок, выполненных в этом направлении, отражающий разносторонние взгляды, тенденции и подходы, остается прерогативой психиатрии, а результаты опубликованных работ, сохраняющих за собой право и приоритет исследований, оставляют много нерешенных вопросов. Недостаточно изучена роль психосоциальных факторов в возникновении и развитии соматических заболеваний. Исследования в области современной психосоматической медицины предусматривают решение задач, включающих определение нейропсихогенных влияний в многофакторной этиологии и патогенезе ряда соматических заболеваний, их взаимосвязь с гуморальными и морфологическими изменениями, выяснение механизмов формирования психосоматических расстройств.

Поиски путей преодоления дифференциально-диагностических трудностей выявления соматической патологии у пациентов с пограничными психическими расстройствами, в одинаковой мере – распознавание психопатологических нарушений у больных с заболеваниями внутренних органов при обращении в общесоматические ЛПУ составляют основные направления кооперативных исследований в области психосоматики: создание клинко-диагностических моделей и выбор адекватной стратегии лечения. Актуальны вопросы повышения уровня знаний врачей по проблемам психосоматической медицины как типа врачебного мышления (Канарейкин К.Ф., 1989; Незнанов Н.Г., Крылов В.И., Скворцов Н.Л., 1996; Губачев Ю.М., Макиенко В.В., 2000; Тетенев Ф.Ф., 2001). Это обуславливает необходимость дополнительной подготовки специалистов общей практики в системе психосоматической ориентации.

Изучение факторов риска различной природы требует применения в исследованиях системного подхода к решению клинических проблем (Семке В.Я., 1982; Семке В.Я., Леонов В.П., 2001; Завьялов А.В., Плотников В.В., Северьянова Л.А., 2001; Fava G.A., Sonino N., 2000). Анализ взаимосвязи соматической и психической патологии с использованием совокупности конституционально-биологических, соматических, психосоциальных факторов, определяющих формирование и развитие психических расстройств и заболеваний внутренних органов, предусматривает оценку функционального состояния отдельных органов и систем клиническими, лабораторно-инструментальными и биометрическими методами. Такой подход отвечает современным требованиям доказательной медицины (evidence-based medicine) (Дильман В.М., 1987; Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э., 1999; Власов В.В., 2001) в поиске общих механизмов соматических и психических нарушений и является перспективным для развития психосоматического направления.

Цель исследования: изучение клинко-патогенетических закономерностей формирования психосоматических соотношений при заболеваниях внутренних органов и пограничных психических расстройствах с использованием методов многомерного статистического анализа и последующим обоснованием организационных принципов интегративной медицинской помощи, превентивных и реабилитационных программ.

Задачи исследования:

1. Изучить структуру соматической патологии у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами в условиях отделения пограничных состояний специализированного психиатрического стационара.

2. Определить распространенность, семиотику и клиническую феноменологию соматических и психопатологических проявлений у пациентов с психосоматическими заболеваниями с учетом полового диморфизма.

3. Оценить роль психосоциальных (стрессорных) факторов в формировании непсихотических психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

4. Исследовать клинко-патогенетические закономерности формирования психосоматических соотношений у больных ишемической болезнью сердца и пограничными психическими расстройствами с оценкой значимости совокупности факторов риска различной природы (конституционально-биологических, клинических, социально-психологических).

5. Изучить динамику показателей спектра липидов крови у пациентов с коронарной болезнью сердца и непсихотическими психическими расстройствами.

6. Изучить влияние конституционально-биологических, клинических, социально-психологических факторов на динамику пограничных психических расстройств у пациентов с артериальной гипертонией.

7. Оценить прогностическую значимость факторов риска развития нарушений углеводной толерантности и сахарного диабета 2 типа у пациентов с пограничными психическими расстройствами.

8. Изучить особенности формирования психосоматических соотношений у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка и эрозивными гастродуоденальными поражениями.

9. Разработать и обосновать организационные принципы интегративной медицинской помощи больным с сочетанной соматической и пограничной психической патологией.

Работа является фрагментом комплексных исследований, проводимых в соответствии с планом научно-исследовательской деятельности СГМУ по теме «Социальная медицина и общественное здоровье» (номер гос. регистрации 01.2.00 101693), и научно-целевой региональной программы ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН по теме № 102 «Региональные и этнокультуральные особенности пограничных состояний (клинико-биологический, социально-психологический и превентивный аспекты» (номер гос. регистрации 01.9.70 0 03 128).

Научная новизна. На основе комплексного клинического исследования репрезентативной выборки пациентов с сочетанными соматическими заболеваниями и психическими расстройствами, включающего современные клинические и инструментальные методы диагностики, динамическое наблюдение, катамнестическую оценку, впервые разработан системный психосоматический подход к изучению патогенетической общности сочетанных или коморбидных заболеваний. Сущность данного подхода заключается в установлении взаимосвязи клинико-функциональных, клинико-лабораторных, клинико-морфологических особенностей патологии внутренних органов с клиническим полиморфизмом непсихотических психических нарушений, а также нозологической и синдромально-феноменологической оценкой структуры психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

На модели наиболее часто встречающихся и социально значимых мультифакториальных заболеваний (ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, гастродуоденальных эрозий) сформулирована концепция психосоматических соотношений, показаны клинико-патогенетические механизмы их формирования (на основе функциональных, метаболических, морфологических характеристик) с учетом совокупности конституционально-биологических, соматогенных, психогенных и социально-психологических факторов, изученных с использованием методов многомерного биостатистического анализа. Впервые описаны дифференциально-диагностические критерии общих соматопсихических и психосоматических симптомокомплексов, затрудняющих диагностику заболеваний внутренних органов и психических расстройств в общей врачебной практике. Выделены и систематизированы дополнительные психосоциальные предикторы изученных «психосоматических» заболеваний, которые, наряду с известными специфическими для каждого заболевания факторами риска (ФР) их развития и прогрессирования, позволяют более комплексно и дифференцированно оценить тяжесть, закономерности развития и прогноз соматической патологии.

Выявлена связь депрессивных, тревожно-фобических, смешанных тревожно-депрессивных расстройств и клинических вариантов стенокардии напряжения с атерогенными сдвигами в спектре липидов крови. Установлена закономерность выраженности гипоальфахолестеролемии (менее 0,9 ммоль/л) при тревожно-фобических расстройствах у пациентов с коронарной болезнью сердца. Обнаружено, что гипергликемия при максимальном уровне глюкозы крови наблюдается у больных с депрессивными расстройствами в текущем состоянии. Впервые обосновано диагностическое использование в качестве значимых биологических критериев взаимосвязи коронарного атеросклероза, сахарного диабета 2 типа с коморбидной психической патологией невротического и аффективного круга дополнительных информативных для этих целей показателей спектра липидов крови и уровня гликемии. Выбранные модели психосоматических соотношений и обнаруженная в них зависимость между степенью метаболических изменений и глубиной психопатологических расстройств легли в основу предположения о вероятностных причинно-следственных связях указанных факторов.

Установлена сопряженность начальных проявлений артериальной гипертензии (ГБ I стадии, НЦД с повышенным АД) с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

Впервые дана сравнительная характеристика клинико-эндоскопической картины гастродуоденальных заболеваний у пациентов с пограничной психической патологией. Обосновано, что полиморфизм и динамика психопатологических расстройств при язвенной болезни и гастродуоденальных эрозивных поражениях взаимосвязаны с динамикой морфологических изменений.

Впервые показано, что психические расстройства предшествуют первичному выявлению и верифицированной диагностике заболеваний внутренних органов у больных с пограничной психической патологией.

Описаны наиболее часто встречающиеся психосоматические заболевания, особенности их клинических проявлений, впервые выявленных при пограничных психических расстройствах. Разработаны и апробированы программы интегративной медицинской помощи психосоматическим больным, предусматривающие сотрудничество интерниста, психиатра, психотерапевта и самого пациента для решения тактических задач в общей врачебной практике.

Практическая значимость исследования. Результаты исследования наиболее распространенных и социально значимых мультифакториальных заболеваний внутренних органов у пациентов с проявлением широкого спектра непсихотических психических расстройств имеют значение для выделения приоритетов как в области организации здравоохранения, медицинского образования, так и в клинической практике. В силу диагностической и терапевтической сложности «психосоматических» заболеваний при высоком уровне их коморбидности с пограничными психическими расстройствами, различий в их проявлениях с учетом полового диморфизма предложенная методологическая программа системного исследования психосоматического больного предусматривает взаимодействие специалистов различного профиля (интерниста, психиатра, психотерапевта) в комплексной оценке соматического и психического состояния пациента, при выборе оптимальных подходов к диагностике, комбинированной терапии психотропными и соматотропными препаратами, профилактике и реабилитации. Полученные данные позволяют определить объем, направленность и специфику организации интегративной медицинской помощи больным на всех этапах преемственного наблюдения.

Результаты проведенного исследования с использованием метода логистической регрессии позволили определить спектр предикторов для прогностической оценки развития и прогрессирования соматических заболеваний. При этом клиническую и статистическую значимость, наряду с известными факторами риска, имели такие предикторы, как возраст начала клинических проявлений психопатологического расстройства, соотношение давности психического и соматического заболевания, текущее психическое расстройство и ряд психосоциальных (стрессорных) факторов, рассматриваемые в качестве дополнительных факторов в оценке прогнозирования заболеваний при разработке программ профилактических вмешательств с учетом индивидуальных критериев стратификации степени риска. Апробированная модель комплексного исследования психосоматических больных, в клинической картине которых доминировала психопатологическая симптоматика, позволила осуществить в условиях отделения пограничных состояний психиатрического стационара первичную диагностику ишемической болезни сердца в 18,9% случаев, язвенной болезни - в 24,9%, гастродуоденальных эрозий - в 73,8%, сахарного диабета 2 типа - в 21,7%, нарушения толерантности к глюкозе - в 46,8%. Полученные результаты могут быть использованы в дифференциально-динамической оценке соматического и психического состояния пациентов специали-

стами амбулаторно-поликлинических ЛПУ (интернистами, психиатрами) в общей врачебной практике.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Разработанный алгоритм системного психосоматического подхода в клинике внутренних болезней является перспективным методом исследования социально значимых мультифакториальных заболеваний (ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, гастродуоденальных эрозий) при высоком уровне их сочетания с психическими расстройствами.

2. Распространенные соматические заболевания и психические расстройства представляют собой наиболее адекватную модель для изучения их патогенетической общности или коморбидности, при многомерном анализе клинико-функциональных, клинико-лабораторных, клинико-морфологических особенностей патологии внутренних органов и клинического полиморфизма непсихотических психических нарушений.

3. Развитие, особенности течения и прогноз коронарной болезни сердца, артериальной гипертензии, сахарного диабета 2 типа, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, гастродуоденальных эрозий взаимосвязаны, наряду с известными специфическими для каждого заболевания факторами риска, с воздействием психосоциальных стрессорных факторов, что подтверждается их высокой коморбидностью с психической патологией.

4. Своевременная диагностика заболеваний внутренних органов у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами затруднена в виду их атипичности, стертости, недифференцированной симптоматики при многообразии общих соматовегетативных и психовегетативных клинических проявлений.

5. В комплекс обследования пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами необходимо включить исследование показателей спектра липидов крови и определение уровня гликемии как дополнительных биологических критериев взаимосвязи соматической и психической патологии. Метаболические нарушения фракций липидов крови (дислиппротеинемия) и нарушения углеводного обмена, выявленные у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, существенно повышают риск развития коронарной болезни сердца и сахарного диабета 2 типа.

6. Предложенная модель интегративного медицинского сервиса с участием специалистов различного профиля (интернаста, психиатра, психотерапевта) позволяет оптимально повысить эффективность специализированной клинико-диагностической, терапевтической и профилактической помощи пациентам, способствует усовершенствованию знаний врачей общей практики в вопросах психосоматической ориентации.

Практическое внедрение полученных результатов. Результаты исследования внедрены в практику лечебно-диагностической и научной деятельности отделения пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН; реализованы в практической деятельности интернистов амбулаторно-поликлинического звена (врачей общей практики, участковых врачей), дневного стационара поликлиники № 10 г. Томска. Основные положения диссертационной работы включены в программу обучения студентов старших курсов лечебного факультета, врачей общей практики. Полученные новые данные используются в лекционном курсе учебно-педагогического процесса кафедры госпитальной терапии и курса поликлинической терапии СГМУ; кафедры психотерапии и психологического консультирования ТГУ.

Апробация работы. Основные материалы диссертационного исследования были изложены в докладах на Юбилейной конференции «Медико-биологические аспекты нейрорегуляторной регуляции» (Томск, 1997); Всероссийской научной конференции с международным участием «Актуальные проблемы профилактики неинфекционных заболеваний» (Москва, 1999); Российской научно-практической конференции «Патологическая боль» (Новосибирск, 1999); 7-й и 8-й научно-практических конференциях «Достижения современной гастроэнтерологии» (Томск, 1999, 2000); VII International Symposium «Ural atomic, Ural industrial» (Екатеринбург, 1999); научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы кардиологии» (Тюмень, 2000); 2-й Объединенной Всероссийской Всеармейской научной конференции «Санкт-Петербург-Гастро-2000» (Санкт-Петербург, 2000); XIII Съезде психиатров России (Москва, 2000); Всероссийском симпозиуме «Психосоматические расстройства: системный подход» (Курск, 2001); образовательном семинаре, организованном Научным центром психического здоровья РАМН, кафедрой психиатрии и психосоматики ФПО ММА им. И.М. Сеченова по программе «Махаон» (Томск, 2001); конференции НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Профилактика и лечение артериальной гипертонии у населения Томской области» (Томск, 2001); Международном симпозиуме «Тревожно-фобические расстройства» (Томск, 2001); XIV International Symposium «Drugs affecting lipid metabolism» «New York, NY (USA) (September, 2001); Kongress Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung Nervenheilkunde (Berlin, November, 2001); IX Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, 2002); VI Международной конференции «Биоантиоксидант» (Москва, 2002); заседании апробационного совета СГМУ и НИИ психического здоровья Томского научного центра СО РАМН (Томск, май 2002).

Публикации. По теме диссертации опубликовано 79 работ, в том числе 43 статьи в центральных и региональных журналах и сборниках, 6 публикаций в зарубежной печати, 2 методических пособия. Поданы заявки на изобретение № 2000122805, № 2000122806, № 2000122809, № 2001125374.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 499 страницах машинописного текста, состоит из введения, семи глав, включающих обзор литературы, характеристику материала и методов, раздела результатов исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы, приложения. Библиографический указатель содержит 660 источников, из них 367 отечественных и 293 иностранных авторов. Работа иллюстрирована 7 клиническими примерами, 101 таблицей, 49 рисунками, 1 схемой.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на клинической базе НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН (директор - академик РАМН, профессор В.Я. Семке) и кафедре пропедевтики внутренних болезней (заведующий кафедрой - профессор Ф.Ф. Тетенев) СГМУ (ректор - член-корреспондент РАМН, профессор В.В. Новицкий).

В основе настоящего исследования был использован системный подход в изучении взаимосвязи соматической патологии и непсихотических психических расстройств. Общая методологическая структура исследования представлена на схеме 1.

Методология системного подхода к исследованию психосоматического больного
(программа этапного изучения)



Репрезентативную выборку составили 1350 пациентов (428 мужчин и 922 женщины), госпитализированных в отделение пограничных состояний НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН за период с 1996 по 2001 год.

В исследование включались пациенты с ранее установленным диагнозом, прошедшие обследование в общесоматических ЛПУ, или впервые выявленными соматическими заболеваниями в период пребывания в отделении пограничных состояний. Обязательным условием было получение информированного согласия лечащего врача и самого пациента на участие в исследовании и проведении дополнительных диагностических вмешательств.

Для решения поставленных задач были использованы клинический (клинико-физикальный, клинико-психопатологический), катamnестический, параклинические (клинико-лабораторные, функциональные, инструментальные, экспериментально-психологические) методы исследования и методы биостатистического анализа.

Клиническая характеристика больных на момент включения в программу исследования

Все пациенты лично курировались автором как в период их пребывания в отделении пограничных состояний, так и при катamnестическом исследовании. Средний возраст для общей группы составил $41,78 \pm 10,42$ года, в том числе для женщин - $42,41 \pm 10,17$, для мужчин - $40,42 \pm 10,83$. Для объективной оценки соматического и психического состояния анализировались предшествующие истории болезни, карты амбулаторного больного поликлиник, медицинская документация, выданная больным при выписке из стационарных отделений профильных НИИ, клиник СГМУ и общесоматических ЛПУ. Диагностическая квалификация патологии внутренних органов и психических расстройств осуществлялась в соответствии с Международной статистической классификацией болезней, травм и причин смерти

10-го пересмотра (МКБ-10). Катamnестическое изучение, включавшее 278 пациентов, проводилось во время повторных госпитализаций тематических больных в отделение пограничных состояний. Продолжительность катamnеза составила в среднем $3,6 \pm 2,3$ года (минимальная - 1 год, максимальная - 6 лет).

При первичном выявлении соматического заболевания в процессе обследования больного, в клинической картине которого доминировала психопатологическая симптоматика, для подтверждения предполагаемого соматического диагноза проводились дополнительные лабораторно-инструментальные методы исследования. С этой целью больные направлялись на амбулаторное обследование в специализированные лаборатории клинических, биохимических, эндоскопических, функциональных, ультразвуковых, радиоизотопных методов диагностики ведущих научно-консультативных и диагностических центров г. Томска.

Заболевания внутренних органов, систематизированные по основным нозологическим группам, а также соматические заболевания других органов и систем представлены на рисунке 1. В соответствии с поставленными задачами в программу исследования были включены пациенты с патологией сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония), эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа), системы органов пищеварения (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, эрозивные поражения слизистой оболочки гастродуоденальной локализации). В первую группу наблюдения были включены пациенты с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы (МКБ-10, класс IX, рубрики I10, I20, I25).

У 68,5% пациентов из общей группы наблюдалась артериальная гипертония (АГ). Из них 51,8% случаев (700 человек: 269 мужчин, 431 женщина) составили пациенты с ди-

агнозом «эссенциальная гипертензия», в традиционной клинической оценке – гипертоническая болезнь (ГБ) I стадии (20,4%), ГБ II стадии (31,4%), верифицированная в соответствии с диагностическими критериями и критериями стратификации риска АГ (ВОЗ/МОАГ, 1999; ДАГ 1, 2000), а также разработанными экспертами Всероссийского научного общества кардиологов в 2001 г.

В качестве контрольных групп были отобраны пациенты с диагнозом НЦД (n=224), в соответствии с общепринятой классификацией (Маколкин В.И., 1985), протекающая с повышением артериального давления (АД). Кроме того, пациенты, у которых среднесуточный уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) оставался стабильно нормальным.

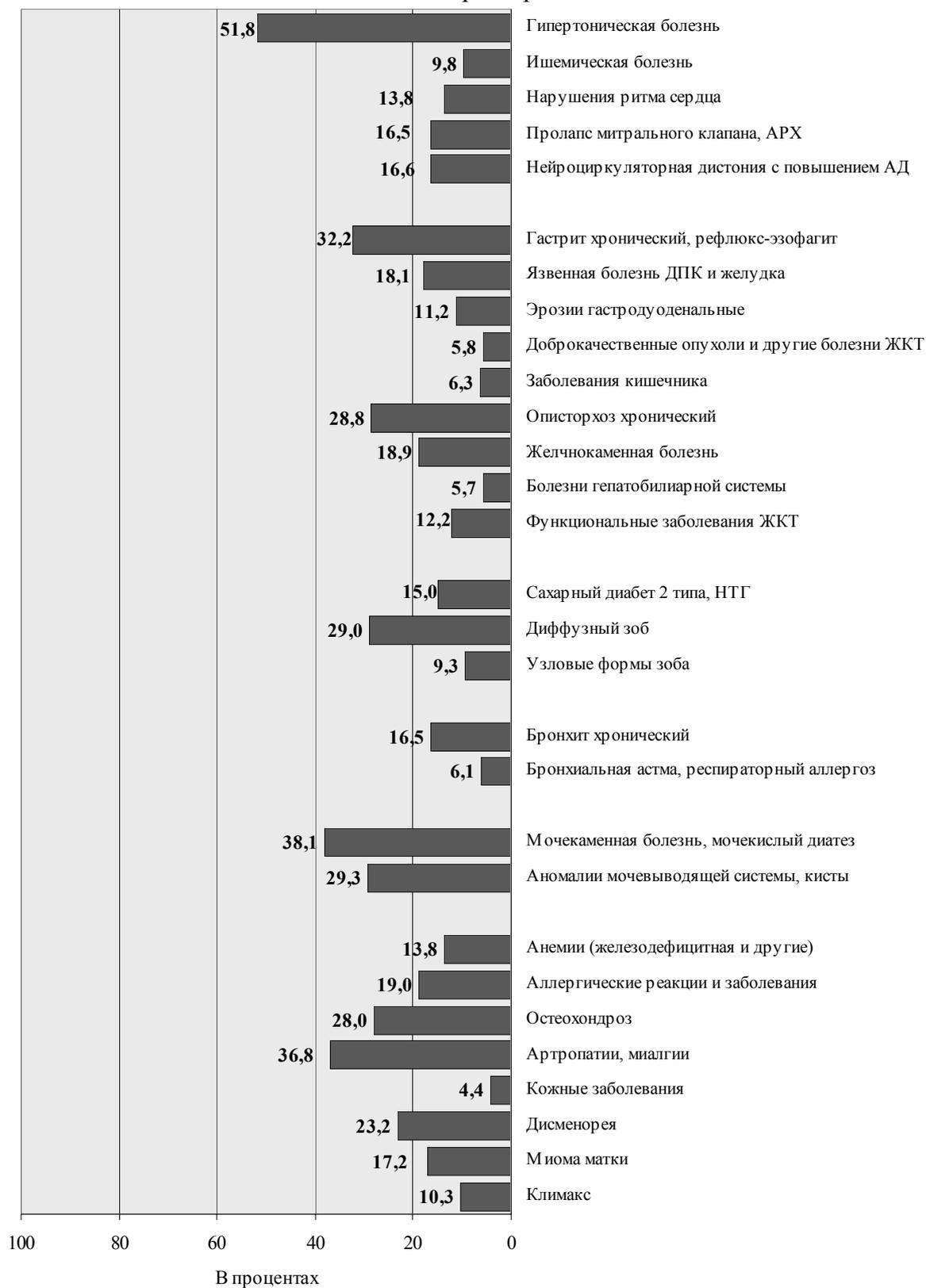
Следующая группа была представлена пациентами с коронарной болезнью сердца. В исследование включались больные с хронической формой ИБС, клиническим проявлением которой являлась стабильная стенокардия напряжения (СН) (Kannel W., 1972). Диагноз СН с определением функциональных классов (ФК) основывался на критериях, предложенных Канадской ассоциацией кардиологов (Гасилин В.С., Сидоренко Б.А., 1987). Всего наблюдалось 132 пациента с верифицированным диагнозом ИБС, средний возраст которых составил $53,17 \pm 7,25$ года. Из них 92 мужчины (69,7%), средний возраст - $51,27 \pm 6,91$ года, 40 женщин (30,3%), средний возраст - $57,55 \pm 6,10$ года. Основную группу составили больные с хроническими коронарными синдромами стабильной СН ФК II (n=96; 72,7%); ФК III (n=25; 18,9%). Пациенты с прогрессирующей СН (n=11; 8,4%) включались в исследование после окончания курса лечения и выписки из клиник НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН в периоде стабилизации состояния.

Вторую группу составили пациенты с заболеваниями эндокринной системы (МКБ-10, класс IV, рубрики E10 – E14). Обследовано 203 пациента с сахарным диабетом (СД), из них 127 женщин и 76 мужчин. С диагнозом СД 2 типа наблюдалось 77 больных (средний возраст - $51,34 \pm 8,07$ года), которые в 23 случаях для достижения компенсации диабета использовали препараты инсулина в комбинации с таблетированными сахаропонижающими препаратами (ТСП) и в 54 - только ТСП. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) наблюдалось у 126 пациентов (средний возраст - $45,89 \pm 8,64$ года). Диагноз устанавливался по критериям этиологической классификации СД (ВОЗ, 1999) (Баллолкин М.И. и соавт., 2000). СД 2 типа, требующий медикаментозной коррекции, был впервые диагностирован у 44 пациентов (21,7% от общего числа больных СД) отделения пограничных состояний.

Третья группа представлена пациентами с заболеваниями системы органов пищеварения (класс XI, диагностические рубрики K20-K31). Основными критериями отбора для формирования групп наблюдения являлись результаты клинической и эндоскопической диагностики. Было проанализировано 613 результатов эзофагогастродуоденоскопии (ЭФГДС): в 40,0% случаев выявлена язвенная болезнь, в 18,1% - изолированные эрозивные поражения гастродуоденальной локализации, в 30,5% - различные формы хронического гастрита, рефлюкс-эзофагита и другая патология, в 4,2% - изолированные полипы желудка, в 0,3% - злокачественный процесс, в 6,9% - патологии не обнаружено. Распределение больных на группы в зависимости от локализации язвенного или эрозивного дефектов, состояния слизистой оболочки гастродуоденальной области проводилось в соответствии с клинико-эндоскопической классификацией язвенной болезни (Григорьев П.Я., 1986, 1998; Гребенев А.Л., Шептулин А.А., 1989) и гастродуоденальных эрозивных поражений (Водолагин В.Д., 1996; Гриневиц В.Б. и соавт., 1996; Циммерман Я.С., Ведерников В.Е., 2001).

В исследование были включены 245 пациентов с язвенной болезнью (ЯБ) двенадцатиперстной кишки (ДПК) и желудка (ЯБЖ), 152 больных с гастродуоденальными эрозивными поражениями (ГДЭ).

Структура соматической патологии у пациентов с пограничными психическими расстройствами



Средний возраст больных ЯБ составил $43,28 \pm 8,86$ года, причем при ЯБ ДПК - $42,5 \pm 8,65$; ЯБЖ - $45,10 \pm 8,98$; ГДЭ - $41,35 \pm 10,48$. В группе обследованных с диагнозом ЯБ было 134 женщины (54,7%) и 111 мужчин (45,3%). ЯБ ДПК наблюдалась в 169 случаях (69%), ЯБЖ - в 76 (31%), соотношение равно 2,22:1. У 41 пациента было выявлено сочетание ЯБ и ГДЭ. Частота эрозий в группе больных с ЯБЖ составила 21,1% случаев, с ЯБ ДПК - 14,8% ($df=3$; $\chi^2=11,123$; $p=0,011$; $\phi=0,213$). Впервые выявленная ЯБ была диагностирована у 61 (24,9%) пациента отделения пограничных состояний. Изолированные гастродуоденальные эрозии обнаружены у 111 больных (56 женщин и 55 мужчин), что составило, по данным ЭФГДС, 14,8% обследованных женщин (средний возраст - $43,82 \pm 11,08$ года) и 23,5% мужчин (средний возраст - $38,91 \pm 10,09$ года). В 73,8% из 111 случаев изолированные ГДЭ впервые были диагностированы в период пребывания пациентов в отделении пограничных состояний.

Клиническая характеристика непсихотических (пограничных) психических расстройств (ПР) и распределение пациентов на группы наблюдения проводились согласно диагностическим критериям МКБ-10 (класс V, «Психические расстройства и расстройства поведения»). Верификация ПР осуществлялась сотрудниками отделения пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН. В соответствии с экспертными заключениями психиатров и медицинских психологов для диагностической систематизации психических и поведенческих расстройств были использованы различные подходы: нозологический, синдромальный, феноменологический, психологический.

Аффективные расстройства (F3) включали расстройства настроения депрессивного характера непсихотического уровня и были диагностированы в 109 случаях. Невротические¹, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4) диагностированы в 797 случаях. Расстройства личности (F60) выявлены у 216 пациентов. Органические психические расстройства² (F06) составили 318 случаев. В анализируемой выборке коморбидные ПР составили 90 случаев. Построенная по феноменологическому принципу синдромальная систематика психических нарушений основывалась на выделении ведущего психопатологического синдрома, отражающего текущее психическое состояние пациентов.

Критерии исключения. В исследование не включали лиц старше 66 лет, с заболеваниями внутренних органов, осложненными выраженными признаками сердечной недостаточности, и другой тяжелой соматической и психической патологией, затрудняющей обследование. В качестве контрольных использовались группы сравнения, а также группы пациентов, у которых при клинико-лабораторном обследовании не было обнаружено выраженных нарушений со стороны внутренних органов.

Клинико-лабораторные, клинико-функциональные и инструментальные методы исследования

Комплекс необходимых для первичного скрининга клинических, клинико-лабораторных методов исследования выполнен в клинической, биохимической, иммунологической лабораториях, в лаборатории функциональной диагностики НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН.

¹ Указанные расстройства объединены в одну группу в силу их исторической принадлежности к концепции невроза и связи основной части расстройств с психологическими причинами.

² Группа органических психических расстройств (F06) образована нозологическими рубриками, которые соответствовали диагностическим критериям психических расстройств ранее используемой МКБ-9, включая рубрики: невротические расстройства и неврозоподобные состояния экзогенной этиологии, обусловленные соматическими заболеваниями (300.0), другие непсихотические расстройства вследствие сосудистых заболеваний (310.8).

Объем исследований включал общий анализ периферической крови, содержание тромбоцитов, общий анализ мочи, биохимические показатели крови унифицированными методами: билирубин, уровень глюкозы, активность аминотрансфераз, амилазы крови, показатели свертывающей системы крови, общего холестерина и другие биохимические исследования. Для количественного анализа глюкозы крови использовался глюкозооксидазный метод. В случаях СД уровень глюкозы контролировался гликемическим и глюкозурическим профилями, в случаях пограничных значений нарушенной толерантности к глюкозе - глюкозотолерантным диагностическим тестом (ВОЗ, 1998).

Иммунологические исследования выполнены на базе клинической и психонейроиммунологической лаборатории (руководитель – профессор Т.П. Ветлугина). Методы включали: оценку показателей клеточного, гуморального и фагоцитарного звеньев иммунитета (Петров Р.В. и соавт., 1992).

В перечень обязательных были внесены электрофизиологические методы диагностики, нейрофизиологические исследования мозга (электроэнцефалография, реоэнцефалография, эхоэнцефалография); экспериментально-психологическое исследование на основе стандартизированного Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММРП) в модификации Ф.Б. Березина и соавт. (1976); консультации специалистов (невролога, окулиста, иммунолога, медицинского психолога).

В соответствии с задачами исследования для подтверждения как впервые выявленной, так и диагностированной соматической патологии у больных с ПР в период их пребывания в отделении пограничных состояний были использованы диагностические возможности специализированных лабораторий, консультативных отделов ведущих медицинских центров Томска.

Комплекс специальных клинико-лабораторных, инструментально-диагностических исследований, необходимых для верификации впервые установленного диагноза ИБС, АГ, был выполнен в клинико-диагностических подразделениях на базе НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (директор - академик РАМН, профессор Р. С. Карпов).

Ряд исследований проводился в отделении функциональной и лабораторной диагностики НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН (руководитель - профессор В. А. Дудко).

Спектр липидов крови был исследован в клинико-диагностической лаборатории. Липиды крови определяли стандартизованными и унифицированными методами и включали общий холестерин (ОХС), триацилглицериды (ТАГ), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС-ЛПВП). Расчетным путем оценивали холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС-ЛПНП) по формуле (Fredrickson D., Friedwald W., 1972), коэффициент атерогенности (КА) по А.Н. Климову, индекс атерогенности (ИА).

В лаборатории функциональных методов диагностики комплекс исследований включал проведение эхокардиографии (Эхо КГ), суточного мониторирования ЭКГ (СМТ ЭКГ), суточного мониторирования АД, велоэргометрии по методике восходящих нагрузок (ВЭМ). Электрокардиографическое исследование проводилось с регистрацией ЭКГ в 12 общепринятых и дополнительных (по Нэбу, Слопаку) отведениях на электрокардиографах фирмы «Marquette Hellige» (Германия). Суточное мониторирование АД больным с АГ осуществлялось по стандартной методике с использованием суточного монитора АД «AND» «Spacelabs» (Япония). Эхокардиографические исследования выполнялись на ультразвуковых системах «Acuson» 128 XP 10 (США), «Ultramark - 9 HDI» ATL (США), «Алока SSD-2200» (Япония). В качестве базисного нагрузочного теста использовали пробу с дозированной физической нагрузкой, которая выполнялась на велоэргометре «Siemens-Elerna» (Швеция-Германия), регистрацией ЭКГ на полиграфе Bioset 8000 CB (Германия). Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру проводили с помощью портативной системы фирмы «Siemens» (Германия).

В отделе лучевой диагностики, в лаборатории радионуклидных методов исследования (руководитель – член-корреспондент РАМН, профессор Ю.Б. Лишманов) проводилась радионуклидная однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда с ^{199}Tl (таллий-хлорид). Перфузионная сцинтиграфия миокарда выполнялась в условиях острой лекарственной пробы (использование дипиридамола или аденозина) на гамма-камере «OMEGA-500» фирмы «Technicare» с компьютерной обработкой данных «Сцинтрон» фирмы «Matrix computer AG» (Швейцария).

Общее количество УЗИ с использованием метода ультразвукового сканирования внутренних органов (печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, щитовидной железы, сердца и сосудов) было выполнено 1106 пациентам (81,9%), из них 758 женщинам и 348 мужчинам.

Общее число выполненных ЭФГДС составило 613 (45,4%), включая 379 исследований, проведенных женщинам, 234 – мужчинам. ЭФГДС проводилась по общепринятой методике (с диагностической целью и контрольной через 3-4 недели на фоне проводимой терапии) в отделениях эндоскопической диагностики СГМУ, областной клинической больницы, городской больницы № 3 г. Томска.

Методы статистического анализа

Полученные в результате обследования 1350 больных фактические материалы в виде качественных и количественных клинических, лабораторно-инструментальных признаков (519 показателей) регистрировались в тематической карте и составили компьютерную базу данных.

Статистический анализ проводился в центре «Биостатистика» (руководитель – доцент факультета информатики Томского государственного университета, канд. техн. наук В.П. Леонов). Биометрический анализ осуществлялся с использованием пакетов SAS 6.12, SPSS 10, S-PLUS 2000 и STATISTICA-6.

В исследовании применялись методы дисперсионного, дискриминантного и кластерного анализов с построением классификационных дендрограмм, 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 виде $M \pm SD$, где M - среднее выборочное, SD – стандартное отклонение. Для проверки статистических гипотез применяли непараметрические методы - корреляция по Спирмэну, 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 Кохрэна и Левене. При построении прогностических вероятностных моделей использовали логистический регрессионный анализ. Построение порядка 100 уравнений логистической регрессии осуществлялось с использованием 80-90 признаков. В каждом из вариантов уравнения логистической регрессии пошаговый алгоритм отбирал предикторы с указанием процента верного предсказания - значения (Concordant) и величины коэффициента связи (Somers'D). Достигнутые уровни значимости теста согласия Hosmer and Lemeshow во всех итоговых уравнениях составляли 0,7-0,9, что свидетельствовало о высокой степени адекватности созданных моделей реальным данным.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены основные результаты исследования, отражающие общий системный анализ взаимосвязи патологии внутренних органов и непсихотических психических расстройств, выполненного на примере ИБС, АГ, СД 2 типа, ЯБ ДПК и ЯБЖ, ГДЭ. Распространенные социально значимые соматические заболевания и психические расстройства являются наиболее адекватными моделями изучения их патогенетической общности или коморбидности³ при многомерном анализе клинко-функциональных особенностей патологии внутренних органов и клинического полиморфизма непсихотических психических нарушений.

ОБЩИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ И ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ СООТНОШЕНИЙ

Распределение больных в зависимости от возраста показало, что наибольшее число пациентов находилось в возрастных группах 30-39 лет (26,9%) и 40-49 лет (38,2%), то есть наиболее трудоспособном возрасте. Женщины были старше мужчин ($p=0,001$), отличались более высоким уровнем образования (35,6% из них получили высшее образование, 44,6% - среднее специальное), соответственно у мужчин - 26,4 и 30,8% ($p=0,001$), женщины в 2,7 раза чаще были разведены или состояли в повторном браке ($df=7$; $\chi^2=28,656$; $p=0,001$; $\phi=0,146$).

В соответствии с задачами исследования был проведен анализ мотиваций обращения пациентов в отделение пограничных состояний, их отношения к заболеванию, а также степени участия психогенных факторов в формировании текущего психического состояния пациентов с оценкой значимости отдельных психострессоров (табл.1).

Условно было выделено три группы показателей: 1) мотивационные факторы (субъективно предъявляемые мотивы обращения к психиатру; мотивация госпитализации); 2) признаки, характеризующие субъективное отношение психосоматического пациента к своему состоянию; 3) психосоциальные факторы с различной (индивидуальной) значимостью для каждого пациента.

Психосоциальные стрессорные факторы в соответствии со шкалой выраженности психотравмирующего воздействия⁴ классифицировались на жизненные события, медицинские, производственные, негативные межличностные отношения и семейно-бытовые события.

Наиболее мощные стрессорные факторы (жизненные события) были выявлены в 527 случаях (39,0%) преимущественно у женщин ($df=6$; $\chi^2=88,663$; $p=0,001$; $\phi=0,440$). Производственные факторы в группе женщин составили 31,1%, в группе мужчин – 37,4% ($df=7$; $\chi^2=25,975$; $p=0,001$; $\phi=0,204$). Медицинские факторы имели значение у мужчин в 49,8% случаев и у женщин - в 34,2% ($df=12$; $\chi^2=120,369$; $p=0,001$; $\phi=0,336$). По выраженности психотравмирующего воздействия бытовые и межличностные факторы относились к умеренным или незначительным, но являлись самыми распространенными, актуальными для 61,8% женщин и 49,1% мужчин ($df=3$; $\chi^2=40,822$; $p=0,001$; $\phi=0,261$), ($df=4$; $\chi^2=18,068$; $p=0,001$; $\phi=0,151$) соответственно.

³ Термин «коморбидность» имеет различные трактовки, заимствован из психиатрии. А. Feinstein (1970) формулировал коморбидность как сосуществование любых клинических сущностей, которые выявляются в анамнезе болезни, то есть случаи совпадения во времени у одного больного различных синдромов и заболеваний. «Коморбидность» (букв.) – соболезненность; временная коморбидность в данном контексте – совпадение психического расстройства и соматического заболевания во времени, коморбидность соматической и психической патологий (на уровне общих симптомов) (Смулевич А.Б., 2000).

⁴ Шкала выраженности психотравмирующего воздействия (для взрослых по критериям DSM-III-R).

Таблица 1

Мотивационные факторы и субъективная оценка состояния, являющиеся причиной госпитализации психосоматических больных в отделение пограничных состояний

Мотивационные факторы и состояния	Общая группа (n=1350)		Женщины (n=922)			Мужчины (n=428)			Достигнутый уровень значимости p
	Абс.	%	Абс.	%	%	Абс.	%	%	
Страхи	390	28,9	305	22,6	33,1	85	6,3	19,9	p=0,001
Страх смерти, паника	149	11,0	100	7,4	10,8	49	3,6	11,4	p=0,001
Тревога	316	23,4	214	15,9	23,2	102	7,5	23,8	p=0,001
Подавленное настроение	292	21,6	213	15,8	23,1	79	5,9	18,5	p=0,001
Утрата интересов	170	12,6	113	8,4	12,3	57	4,2	13,3	p=0,001
Снижение работоспособности	251	18,6	169	12,5	18,3	82	6,1	19,2	p=0,001
Неудовлетворенность состоянием здоровья	113	8,4	62	4,6	6,7	51	3,8	11,9	p=0,001
Общая слабость	100	7,4	77	5,7	8,4	23	1,7	5,4	p=0,001
Душевный дискомфорт	160	11,9	115	8,6	12,6	45	3,3	10,5	p=0,001
Суицидальные мысли, намерения	107	7,9	77	5,7	8,4	30	2,2	7,0	p=0,001
Эмоциональная неустойчивость	96	7,1	53	3,9	5,7	43	3,2	10,0	p=0,001
Раздражительность, конфликтность	170	12,6	77	5,7	8,4	93	6,9	21,7	p=0,001
Субъективная неудовлетворенность предстоящим лечением	551	40,8	393	29,1	42,6	158	11,7	36,9	p=0,001
Сохраняющаяся фиксация на психотравмирующей ситуации	429	31,8	342	25,3	37,1	87	6,5	20,3	p=0,001
Изменение характера	115	8,5	76	5,6	8,2	39	2,9	9,1	p=0,001
Признание себя тяжело больным	402	29,8	283	21,0	30,7	119	8,8	27,8	p=0,001
Признание себя нервно больным	185	13,7	96	7,1	10,4	89	6,6	20,8	p=0,001
Признание себя соматически больным	116	8,6	57	4,2	6,2	59	4,4	13,8	p=0,001
Признание себя психически больным	62	4,6	45	3,3	4,9	17	1,3	4,0	p=0,001
Отрицание болезни	22	1,6	6	0,4	0,7	16	1,2	3,7	p=0,001
Настоятельное требование родственников	39	2,9	22	1,6	2,3	17	1,3	4,0	p=0,001
Совет родственников, друзей, знакомых	96	7,1	67	5,0	7,3	29	2,1	6,8	p=0,001
Стрессорные факторы (жизненные события)	527	39,0	400	29,6	43,4	127	9,4	29,7	p=0,001
Медицинские факторы	528	39,1	315	23,3	34,2	213	15,8	49,8	p=0,001
Производственные факторы	447	33,1	287	21,3	31,1	160	11,8	37,4	p=0,001
Межличностные отношения, бытовые факторы	780	57,8	570	42,2	61,8	210	15,6	49,1	p=0,001

Примечание. Цифры, выделенные жирным шрифтом в заштрихованных клетках таблицы, обозначают максимально значимые взаимосвязи.

В 551 случае (40,8% от общей выборки больных) мотивом обращения к психиатру с целью госпитализации была субъективная неудовлетворенность результатами обследова-

дования в общесоматических учреждениях. В группе женщин данный фактор был более значимым, чем в группе мужчин ($p=0,001$). Такие пациенты, т.н. «трудные больные»⁵, госпитализировались в отделение пограничных состояний по «самообращению» в поиске «лучших» специалистов после многолетнего «марафона» по различным медицинским учреждениям. Пациенты, признававшие себя «тяжелобольными», независимо от характера заболевания первоначально консультировались у интерниста. Данная группа пациентов нуждалась в специализированной помощи психиатра в общемедицинских ЛПУ.

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

Женщины признавали себя тяжелобольными, у них преобладали страхи различного содержания, тревога, подавленное настроение, ангедония сочеталась с потерей массы тела и отсутствием аппетита, суицидальными мыслями, душевным дискомфортом, слезливостью, общей слабостью, среди психострессоров максимально значимыми были жизненные события, межличностные или бытовые факторы.

Для мужчин более значимыми были общая неудовлетворенность своим состоянием, признание себя нервно или соматически больным, полное отрицание болезни. Мужчинам свойственны 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. В качестве психотравмирующих факторов для них значимыми были медицинские (связанные с заболеванием) и производственные факторы. Возникшие проблемы психического здоровья являлись поводом для обращения мужчин к психиатру, минуя общесоматическое ЛПУ.

В группе женщин наблюдалось преобладание депрессивного, тревожно-депрессивного, истерического, фобического синдромов. У мужчин доминировала дистимическая, тревожная, ипохондрическая, астеническая симптоматика ($df=7$; $\chi^2=154,311$; $p=0,001$; $\phi=0,320$). В 16,4% случаев у женщин преобладали синдромы истерического круга, у мужчин в 23,1% – дистимического ($p=0,001$). Синдромы депрессии у женщин выявлялись в 34,4%, у мужчин - в 25,0%. У мужчин в 3 раза чаще диагностировались ипохондрическое и астеническое состояния. Симптомы тревоги и фобические симптомы чаще выявлялись у женщин.

Психопатологическая картина текущего психического состояния соматических больных дополнялась, «приукрашивалась» соматическими, соматовегетативными симптомами (рис.2).

Самыми распространенными и значимыми были парестезии, ощущение онемения (88,6%; $p=0,002$), пароксизмы гипертензии (74,3%; $p=0,008$), ощущение внутренней дрожи, тремор (77,1%; $p=0,001$), абдоминалгии (64,7%; $p=0,012$), кардиалгии (60,1%; $p=0,001$), ком в горле (56,6%; $p=0,001$), гипервентиляционный синдром (41,9%; $p=0,001$), артралгии, миалгии (36,8%; $p=0,001$), перебои в работе сердца, субъективные нарушения сердечного ритма (29,4%; $p=0,001$), дисменорея (23,2%; $p=0,001$), предменструальное напряжение (16,%; $p=0,001$), кожный зуд (15,4%; $p=0,046$), дизурия (10,7%; $p=0,001$), дисфагия (3,1%; $p=0,028$).

⁵ По мнению Z.J. Lipowski (1986), «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).

Структура соматических, соматовегетативных симптомов у пациентов с пограничными психическими расстройствами.



К наиболее часто встречающимся общим симптомам отнесены цефалгии (92,9%; $p=0,001$), инсомнии (86,7%; $p=0,001$), сниженное настроение (85,3%; $p=0,001$), эмоциональная неустойчивость (78,4%; $p=0,037$), раздражительность (73,9%; $p=0,001$), тревожность (54,2%; $p=0,001$), пароксизмы страха смерти (21,0%; $p=0,001$), психовегетативный синдром (20,7%; $p=0,001$) и другие признаки, отражающие уровень эмоциональных нарушений и характерологические особенности пациентов.

Наблюдалась определенная специфичность или предпочтительность перечисленных проявлений. Так, при *невротических* расстройствах встречались кардиалгии, ощущения сердцебиения, дисфагии, дизурия, страх смерти, ком в горле, колебания настроения, тревожность, у мужчин - гипертензивные кризы, респираторный синдром, снижение активности, пессимизм, у женщин - нарушения сна, дисменорея, предменструальное напряжение. При *депрессивных* состояниях 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 пациентов с *органическими* расстройствами выявлялись цефалгии, артралгии, миалгии, кожный зуд, сухость кожи, раздражительность, нарушение сна, у мужчин – абдоминалгии, слезливость, вспыльчивость, у женщин - нарушения сердечного ритма, пароксизмы гипертензии. Для пациентов с *расстройствами личности* были характерными жалобы на кардиалгии, учащенное сердцебиение, респираторные расстройства, кожный зуд, усиление миопии, страх смерти, вспыльчивость, для мужчин – артралгии, миалгии, для женщин – абдоминалгии, дизурию, предменструальное напряжение, дисменорею, эмоциональную неустойчивость, ком в горле, тремор, парестезии, раздражительность.

Взаимосвязи соматических и психических расстройств, объединенные соматовегетативными и психовегетативными симптомами, обуславливали трудности дифференциальной диагностики коморбидной патологии, с которыми сталкивались врачи общей практики в первичной медицинской сети. Во многих случаях предъявляемые жалобы пациентов были преувеличенными, не соответствовали тяжести и клинической картине патологии внутренних органов и, как результат, не становились предметом всестороннего обследования при обращении больных в общесоматические ЛПУ. В то же время их многообразие затрудняло первичное распознавание психопатологических нарушений. Так оставались нераспознанными проявления тревоги, фобии, депрессии, астении.

В общей группе больных с *гипертонической болезнью* ($n=700$) наиболее часто диагностировались невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (49,8%), определявшие текущее психическое состояние пациентов (реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, неврастения, в общей группе ($df=4$; $\chi^2=44,072$; $p=0,001$) и в группе женщин, а также тревожно-фобические расстройства у мужчин). Невротические расстройства у женщин с ГБ составили 56,4% случаев. Сравнительный анализ взаимосвязи ГБ и нозологических рубрик ПР показал, что максимально значимые различия в группах женщин и мужчин, страдающих ГБ, были обусловлены у мужчин органическими расстройствами невротического характера, которые выявлялись в 48% случаев и более чем в 2 раза превышали их число в группе женщин (23%). Аффективные расстройства у женщин встречались в 2,3 раза чаще, чем в группе мужчин ($p=0,001$).

С целью уточнения механизмов развития гипертензивного синдрома у больных с ПР были проанализированы случаи установленного диагноза *нейроциркуляторной дистонии*, сопровождавшейся повышением АД ($n=224$). Удельный вес невротических расстройств при НЦД с синдромом артериальной гипертензии составил 57,6% случаев,

расстройств личности – 24,6%, органических – 13,4%, аффективных – 4,5%. В группе женщин была выявлена зависимость НЦД с синдромом АД и расстройствами личности в текущем психическом состоянии ($df=3$; $\chi^2=53,795$; $p=0,001$), тогда как у мужчин НЦД в первую очередь ассоциировалась с невротическими расстройствами ($df=3$; $\chi^2=29,954$; $p=0,001$). При этом наиболее значимыми были тревожно-фобические и соматоформные расстройства в обеих группах пациентов с НЦД ($df=6$; $\chi^2=73,476$; $p=0,001$).

Анализ взаимосвязи в группах больных с *ишемической болезнью сердца* и психическими расстройствами установил наличие значимых связей как в общей группе пациентов с ИБС ($df=3$; $\chi^2=100,20$; $p=0,001$ $\phi=0,272$), так и отдельно в группах женщин ($df=3$; $\chi^2=81,743$; $p=0,001$; $\phi=0,298$) и мужчин ($df=3$; $\chi^2=11,626$; $p=0,009$; $\phi=0,165$). В общей группе больных ($n=132$) были выявлены в 57,6% случаев органические непсихотические, в 31,8% - невротические, в 7,6% - аффективные, в 3% - личностные расстройства ($df=3$; $\chi^2=100,20$; $p=0,001$). В структуре невротических расстройств в 53,6% случаев психическое состояние пациентов соответствовало критериям расстройств адаптации.

У больных с диагнозом *сахарного диабета 2 типа* наиболее значимые различия в группах ПР определялись взаимосвязями с органическими (в группе женщин) и аффективными расстройствами ($df=6$; $\chi^2=54,936$; $p=0,001$; $\phi=0,202$). Несмотря на численное преобладание невротических расстройств у больных СД, среди которых максимальное число случаев составили расстройства адаптации и реакции на тяжелый стресс (49,5%), значимых различий в их структуре у мужчин и у женщин не выявлено ($p=0,546$).

При *язвенной болезни ДПК и желудка* максимально значимые различия в группах пациентов с ПР были обусловлены органическими и аффективными расстройствами ($df=3$; $\chi^2=22,714$; $p=0,001$), а у больных с *гастродуоденальными эрозивными поражениями* - органическими ($df=3$; $\chi^2=20,316$; $p=0,001$). В группе женщин с ПР, страдающих ЯБ, наибольшие корреляционные взаимосвязи были установлены с аффективными расстройствами депрессивного круга и расстройствами личности ($df=3$; $\chi^2=16,963$; $p=0,001$). У мужчин органические расстройства в 3,3 раза превышали таковые у женщин ($p=0,001$).

Анализ взаимосвязей некоторых соматических заболеваний и психических расстройств представлен в таблице 2.

Таким образом, изучение общих предпосылок и закономерностей формирования психосоматических соотношений показало, что степень выявленных взаимосвязей варьирует в зависимости от вида соматической патологии, уровня психических нарушений и полового диморфизма. В связи с этим основным условием обследования психосоматического больного является соблюдение требований к тщательному сбору анамнеза, к трактовке жалоб и симптомов, как предъявленных, так и активно выявленных.

Таблица 2

Взаимосвязь соматической патологии и психических расстройств (фрагмент)

Соматическая патология: болезни, синдромы, со- стояния	n абс.	%	Аффективные расстройства (F 3)	Невротиче- ские расстрой- ства (F 4)	Органические расстройства (F06)	Расстройства личности (F60)	Статистики связи			
							df	χ^2	p	
З а б о л е в а н и я в н у т р е н н и х о р г а н о в										
Гипертоническая болезнь	общ.	700	51,8	53	349	228	70	3	85,492	0,001
	жен.	431	31,9	44	243	99	45	3	71,691	0,001
	муж.	269	19,9	9	106	129	25	3	6,318	0,097
НЦД с повышением АД	общ.	224	16,6	10	129	30	55	6	73,476	0,001
	жен.	153	11,3	8	92	10	43	6	53,795	0,001
	муж.	71	5,3	2	37	20	12	6	29,954	0,001
Ишемическая болезнь сердца	общ.	132	9,8	10	42	76	4	3	100,200	0,001
	жен.	40	3,0	7	8	24	1	3	81,743	0,001
	муж.	92	6,8	3	34	52	3	3	11,626	0,009
ПМК, АРХ (ЭхоКГ-критерии)	общ.	223	16,5	12	138	17	56	3	48,033	0,001
	жен.	170	12,6	12	107	7	44	3	23,637	0,001
	муж.	53	3,9	0	31	10	12	3	22,000	0,001
Сахарный диабет	общ.	203	15,0	20	90	79	14	6	54,936	0,001
	жен.	127	9,4	15	64	37	11	6	61,099	0,001
	муж.	76	5,6	5	26	42	3	6	14,041	0,029
Язвенная болезнь ДПК и желудка	общ.	245	18,1	26	110	79	30	3	22,714	0,001
	жен.	134	10,0	23	70	21	20	3	16,963	0,001
	муж.	111	8,1	3	40	58	10	3	4,665	0,198
Эрозии гастро- дуоденальные	общ.	152	11,2	13	60	56	23	3	20,316	0,001
	жен.	76	5,6	10	38	14	14	3	4,583	0,205
	муж.	76	5,6	3	22	42	9	3	6,727	0,081
Функциональные заболевания ЖКТ, в т.ч. СРК	общ.	164	12,2	11	84	29	40	6	12,834	0,046
	жен.	117	8,7	10	64	11	32	6	10,080	0,121
	муж.	47	3,5	1	20	18	8	6	3,17	0,768
О б щ и е с о м а т о - и п с и х о в е г е т а т и в н ы е с и м п т о м ы										
Кардиалгии	общ.	812	60,1	57	459	175	121	3	37,187	0,001
	жен.	554	41,0	50	336	75	93	3	17,626	0,001
	муж.	258	19,1	7	123	100	28	3	27,270	0,001
Респираторный синдром	общ.	566	41,9	33	341	57	135	3	81,839	0,001
	жен.	495	36,6	31	291	45	128	3	59,807	0,001
	муж.	71	5,3	2	50	12	7	3	16,403	0,001
Психовегетатив- ный синдром	общ.	279	20,7	13	182	34	50	6	50,812	0,001
	жен.	220	16,3	13	143	17	47	6	18,302	0,006
	муж.	59	4,4	0	39	17	3	6	24,596	0,001
Пароксизмы страха	общ.	284	21,0	6	181	33	64	3	50,704	0,001
	жен.	205	15,2	5	124	21	55	3	26,255	0,001
	муж.	79	5,8	1	57	12	9	3	40,450	0,001
Абдоминалгии	общ.	873	64,7	67	464	215	127	3	4,139	0,247
	жен.	604	44,7	58	359	89	98	3	5,156	0,161
	муж.	269	20,0	9	105	126	29	3	3,716	0,294
Дисфагии	общ.	42	3,1	2	25	6	8	6	12,834	0,046
	жен.	35	2,6	2	22	4	7	6	10,080	0,121
	муж.	6	0,5	0	3	2	1	6	3,317	0,768
Кожные проявления (зуд, сухость)	общ.	208	15,4	16	93	63	36	6	12,793	0,046
	жен.	156	11,5	14	78	31	33	6	10,964	0,089
	муж.	52	3,9	2	15	32	3	6	9,927	0,128
Нарушение сна (инсомния)	общ.	1170	86,7	82	628	296	164	3	26,579	0,001
	жен.	784	58,1	68	472	119	125	3	13,568	0,004
	муж.	386	28,6	14	156	177	39	3	10,166	0,017
Предменструаль- ное напряжение	жен.	222	16,4	16	136	4	66	9	93,077	0,001

Примечание. Представлены сводные данные результатов анализа таблиц сопряженности. Указанные числа в таблице равны фактическим частотам наблюдения соматической патологии у 1350 больных. Цифры в заштрихованных клетках обозначают фактические частоты наблюдений, превышающие расчетные в таблицах сопряженности.

МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Взаимосвязь ишемической болезни сердца и пограничных психических расстройств

Для оценки клинических особенностей коморбидных состояний имеет значение изучение соотношения возраста больных, возраста начала соматического заболевания, возраста на момент возникновения психопатологических нарушений, соотношения давности ИБС и ПР. Средний возраст начала ИБС в общей группе больных составил $50,11 \pm 7,00$ года, а средний возраст начала ПР - $47,35 \pm 8,40$. Возраст начала ИБС у женщин - $54,22 \pm 5,63$ года, у мужчин - $48,32 \pm 6,80$ ($df=1$; $F=5,28$; $p=0,0232$). Многофакторным анализом было установлено, что возраст манифестации ПР у женщин с ИБС составил $51,35 \pm 6,95$ года, у мужчин - $45,60 \pm 8,43$, что значительно отличало группы между собой ($df=7$; $F=34,15$; $p=0,0001$).

Независимо от ФК СН и пола пациентов манифестация ПР опережала клинические проявления коронарной болезни сердца. Была выявлена взаимосвязь между возрастом начала ПР и ФК стенокардии ($df=3$; $F=61,76$; $p=0,0001$), а также между возрастом начала ИБС и полом пациентов ($df_1=6$; $df_2=127$; $F=4,19$; $p=0,0007$). Наиболее тесная связь между возрастом начала ПР и возрастом впервые выявленной ИБС отмечена у мужчин с прогрессирующей стенокардией, появление психопатологических расстройств у которых лишь на 4 месяца в среднем предшествовало первичной диагностике ИБС. Это были случаи развития острого коронарного синдрома (инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии) у больных, перенесших массивные психотравмирующие ситуации. У больных с пограничными ПР ИБС ассоциировалась с

АГ, СД, нарушениями сердечного ритма, ожирением I-II степени, сосудистыми изменениями сетчатки, дислипидемией и другими заболеваниями.

В психическом состоянии мужчин преобладали (в порядке значимости, $p=0,001$) астенодепрессивные, депрессивные⁶, тревожно-депрессивные, тревожные и тревожно-фобические психопатологические синдромы, в 20,7% случаев сопровождавшиеся кардиофобическим и танатофобическим синдромами, в 17,3% - другими ипохондрическими проявлениями. У женщин доминировала тревожная, тревожно-депрессивная и депрессивная симптоматика, которая сочеталась в 15,0% случаев с конверсионными, в 12,5% - с сенестопатическими расстройствами, в 20,0% - с ипохондрической фиксацией канцерофобического и кардиофобического содержания. Ипохондрическая симптоматика в качестве ведущей, а также астеническая симптоматика (астеновегетативная, астеноцефалгическая, агрипническая) в одинаковой мере была характерной для женщин и мужчин. Дистимическое состояние чаще наблюдалось у мужчин. Коморбидные психопатологические синдромы (фобии ипохондрического содержания - кардиофобии, канцерофобии, сенестопатическая, дисфорическая, конверсионная симптоматика) ($\chi^2=32,640$; $p=0,001$) вносили определенное своеобразие в структуру основного ПР и психического состояния пациентов, отражаясь и в общей клинической картине больных ИБС. Полиморфизм психопатологической симптоматики был наиболее выражен при СН ФК II у 38,4% мужчин и 51,7% женщин. При СН ФК III коморбидные психопатологические синдромы встречались у 31,6% мужчин и у 50,0% женщин, при прогрессирующей стенокардии - у 37,5 и 33,3% соответственно. Для сравнительной характеристики

⁶ «Депрессивный» синдром в данном исследовании включал разнообразные клинические проявления (астенодепрессивные, депрессивные, депрессивно-ипохондрические, депрессивный с истерическими включениями), но во всех случаях депрессивная симптоматика являлась доминирующей.

текущего психического состояния больных ИБС, относящихся к разным ФК СН, были выделены преобладающие симптомокомплексы ПР (табл.3). У 38,6% пациентов определялись расстройства астенического круга (органическое астеническое расстройство, неврастения), у 37,9% - депрессивные расстройства и реакции, у 16,7% - тревожные и фобические расстройства, у 3,0% - ипохондрическое расстройство, у 3,8% - расстройства личности.

Таблица 3

Структура ведущих психических расстройств у больных СН

Психические расстройства	Стенокардия напряжения (n=132)		
	ФК II	ФК III	Прогрессирующая стенокардия
Депрессивные расстройства и реакции	32,3%*	48,0%	63,6%**
Тревожные, тревожно-фобические расстройства	15,6%	20,0%	18,2%
Расстройства астенического круга	44,8%*	28,0%	18,2%*
Другие психические расстройства	7,3%	4,0%	

Примечание. Психические расстройства представлены в качестве ведущих психопатологических нарушений без учета шифров коморбидных ПР. Звездочками отмечены статистически значимые различия в группах: *($p < 0,05$), **($p < 0,01$).

По мере утяжеления течения ИБС в психическом состоянии пациентов наблюдалось нарастание частоты депрессивных расстройств, расстройств адаптации, нозогенных реакций, которые у больных СН ФК III и прогрессирующей стенокардией напряжения составили соответственно 48,0 и 63,6%. В данном случае в понятие «депрессивных расстройств» был включен широкий спектр психопатологических проявлений, встречающихся не только при аффективной патологии или «депрессивных расстройствах как диагноза большой депрессии, но и как синдромах слабых эффектов депрессии» (Musselman D.L., Evans D.L., Nemeroff C.B., 1998), при других заболеваниях (психогении, нарушения адаптации, соматогении) (Смулевич А.Б., 2000) с ведущим депрессивным синдромом. Прогрессирование ИБС сопровождалось усилением клинических проявлений стенокардии и трансформацией психопатологической симптоматики. При этом отмечено увеличение доли коморбидных ПР (органического астенического расстройства). Частота тревожных, тревожно-фобических расстройств в группе больных ИБС составила 18,2% случаев.

В структуре нозофобической симптоматики характерным и стойким синдромом был кардиофобический, который сохранял и усиливал свою значимость как у мужчин, так и у женщин по мере прогрессирования ИБС. Для мужчин не менее важным являлось наличие ипохондрических переживаний в одинаковой степени при ИБС со СН ФК II, ФК III и прогрессирующей стенокардии, для женщин - сенестопатических и конверсионных проявлений. Клинические проявления ПР, завуалированные соматическими и соматовегетативными симптомами, «заслоняли» и дополняли картину коронарной болезни сердца, или, возможно, выраженные психопатологические симптомы являлись эквивалентами соматического заболевания.

Проблемы дифференциальной оценки соматовегетативных, психовегетативных симптомов и психологических проявлений в структуре ИБС

При многообразии кардиальных и экстракардиальных ощущений, феноменов, взаимосвязанных с психоэмоциональным напряжением, затрудняется первичное выявление ИБС (табл. 4).

Таблица 4

Соматические, соматовегетативные, психовегетативные и психологические симптомы в структуре ИБС, затрудняющие ее диагностику

Соматовегетативные симптомы, проявления	ИБС есть	ИБС нет	Статистики связи	
			χ^2	P
Кардиалгии	82	47	8,803	0,003
Ощущения перебоев, сердцебиение	80	52	127,405	0,001
Пароксизмальные состояния (в анамнезе)	125	7	31,214	0,001
Ком в горле	56	76	12,086	0,001
Парестезии	114	18	7,096	0,008
Абдоминалгии	79	40	8,005	0,005
Психовегетативный синдром	29	103	19,068	0,001
Респираторный синдром	27	76	18,903	0,001
Страх смерти, другие страхи	51	81	6,711	0,010
Миалгии, артралгии	126	6	6,817	0,009
Инсомнии	65	26	3,775	0,050

Психологические симптомы	ИБС	ИБС	Статистики связи	
			χ^2	p
Тревожность	83	49	4,417	0,036
Неустойчивое настроение	122	10	5,878	0,015
Пессимизм	48	84	18,737	0,001
Гипотимия	88	44	8,501	0,004
Раздражительность	99	33	0,088	0,767
Конверсии	46	86	28,159	0,001
Демонстративность	38	94	36,531	0,001
Ипохондрическая фиксация	115	17	11,056	0,001
Напряженность	65	67	0,045	0,833
Соматизация	41	91	12,702	0,001
Застреваемость	25	107	4,632	0,031
Ригидность	63	68	14,147	0,001

Манифестация психопатологических синдромов, их выраженность и связь с психотравмирующими событиями, сочетающиеся с поиском пациентом заболевания, только «не сердечного» (что особенно свойственно женщинам), наряду с немотивированными опасениями и страхами тревожного или ипохондрического содержания, во многих случаях препятствуют своевременному выявлению патологии сердечно-сосудистой системы. Возникает необходимость дифференциации невротической или иной кардиалгии от ангиальных приступов (Маколкин В.И., 1985; Аллилуев И.Г., Маколкин В.И., Абакумов С.А., 1985).

Среди пациентов отделения пограничных состояний впервые диагностированная и подтвержденная специальными методами диагностики коронарная болезнь сердца составила 25 случаев (18,9%). Изучение особенностей течения ИБС у пациентов, в клинической картине которых доминировали психопатологические симптомы, позволило определить две основные причины дифференциально-диагностических трудностей при ее распознавании.

1) Было отмечено, что чем менее выражен уровень клинических симптомов тревоги, депрессии и, напротив, в большей степени - проявления астении, ипохондрии, тем более разнообразны по своим клиническим характеристикам общие сомато- и психовегетативные симптомы (кардиалгии, абдоминалгии, респираторные нарушения, ощущения кома в горле, дисфагии, перебои в работе сердца), затрудняющие выявление ранних форм СН. В общей практике соматовегетативные, психовегетативные проявления, сочетающиеся с психологическими проблемами, интерпретировались интернистами как клинические симптомы НЦД.

2) С усилением симптомов тревоги и депрессии, в структуре которых присутствовали соматические симптомы, верификация клинических признаков ИБС была затруднена

в связи с яркостью манифестации психопатологических нарушений, приводящих пациентов за консультативной помощью к психиатру.

При дифференциально-диагностическом обследовании как мужчин, так и женщин с предполагаемым диагнозом «вероятная» стенокардия необходимо учитывать, что отсутствие классических симптомов коронарной болезни сердца при наличии выраженных психопатологических нарушений является основанием для подозрения на атипичные формы ИБС. В медицинской практике нередко возникают проблемы дифференциально-диагностического порядка, обусловленные тем, что соматические симптомы, входящие в структуру ПР, приводят или к гипердиагностике соматического заболевания, или, напротив, перекрывая его симптоматику, к неправильной интерпретации.

Исследование показало наличие статистически значимых связей с различными соматовегетативными, психовегетативными и психологическими проявлениями у больных ИБС, которые можно рассматривать как симптомы, «перекрывающие» клинические признаки ИБС и психопатологические синдромы, что не исключает возможности их патогенетической общности, с одной стороны, с психопатологическими расстройствами, с другой – с соматическим заболеванием, которое на период развернутой клинической психопатологической картины становится малосимптомным, а его объективные соматические симптомокомплексы усиливаются или модифицируются нехарактерными проявлениями.

РОЛЬ МЕТАБОЛИЗМА ЛИПИДОВ В МЕХАНИЗМАХ ВЗАИМОСВЯЗИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Актуальность вопроса определяется необходимостью поиска биохимических критериев взаимосвязи атеросклероза и психоэмоциональных факторов, их использования в практике для повышения диагностической и терапевтической эффективности лечения коронарной болезни, сочетающейся с пограничными психическими расстройствами.

Уровень липидов крови у больных с ишемической болезнью сердца, ассоциированной с соматическими заболеваниями и непсихотическими психическими расстройствами: кластерный анализ взаимосвязи

С целью изучения липидного спектра крови, оценки функции липидтранспортной системы и взаимосвязи этих показателей с клиническими проявлениями ИБС и ПР обследовано 83 пациента (65 мужчин, 18 женщин; средний возраст - $50,63 \pm 7,90$ года). У 64 из них диагноз ИБС (средний возраст - $52,28 \pm 7,01$ года) был установлен ранее в специализированном кардиологическом стационаре. У 19 пациентов (средний возраст - $45,05 \pm 8,31$ года) в анамнезе не было указаний на диагноз коронарной болезни сердца, но на момент обследования наблюдался сердечно-болевой синдром, наряду с такими заболеваниями, как АГ, нарушения сердечного ритма, СД. Данная группа была обозначена как пациенты с «вероятной» стенокардией.

Для изучения взаимосвязи ИБС и ПР был проведен кластерный анализ⁷ на основе показателей спектра липидов крови (рис. 3). Применительно к полученным кластерам был использован дискриминантный анализ. В дискриминантную функцию были отобраны признаки ОХС ($p=0,000000$) и ИА ($p=0,000143$). Правильная переклассификация составила 100%. На рис.3 показано распределение ОХС и ИА для двух кластеров (K1, K2). Отчетливо видна локальность кластеров: изолированное распределение по значениям ИА $<3,5$ в K1 и ИА $>3,5$ в K2.

⁷ Кластерный анализ выполнялся с применением двух алгоритмов: метод k-средних и метод построения иерархических дендрограмм.

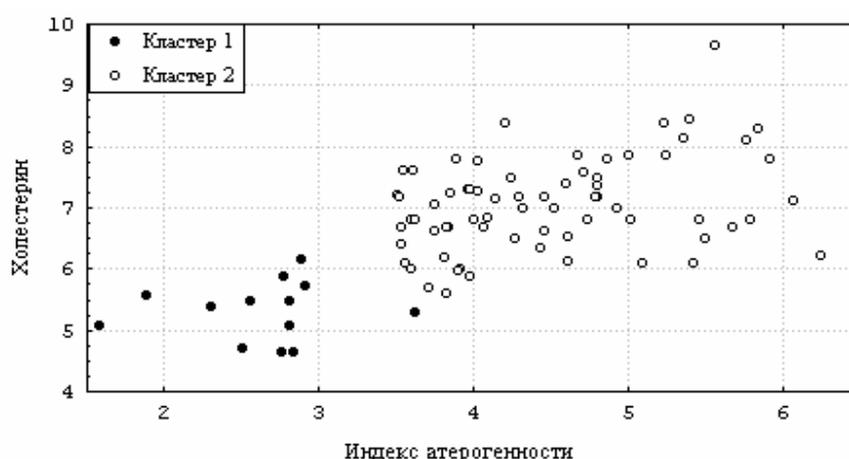


Рис.3. Распределение общего холестерина и индекса атерогенности в двух кластерах.

Показатели уровня липидов крови, распределенные кластерным анализом, имели статистически значимые различия в спектре липидного обмена в кластерах К1 и К2 (табл.5).

Таблица 5

Сравнительная характеристика показателей уровня липидов крови у больных ИБС и психическими расстройствами (для двух кластеров)

Показатели липидов крови (ммоль/л)	Содержание липидов крови в исследуемых группах больных, М±SD			
	Кластер 1 (К1) (n=13)	Кластер 2 (К2) (n=70)	Достигнутый уровень значимости	
			P	F
ОХС	5,22±0,56	6,88±0,82	P=0,000000	F=48,676
ТАГ	1,45±0,45	2,35±0,84	P=0,002870	F=14,387
ХС-ЛПНП	3,23±0,39	4,73±0,63	P=0,000000	F=68,354
ХС-ЛПОНП	0,66±0,20	1,08±0,38	P=0,000300	F=14,277
ХС-ЛПВП	1,27±0,27	1,08±0,15	P=0,000427	F=13,498
ИА	2,63±0,50	4,48±0,74	P=0,000000	F=73,400
КА	3,22±0,71	5,50±0,99	P=0,000000	F=62,350

У пациентов в группе К1 не обнаружено патологических сдвигов в спектре липидов крови. Тогда как группа К2 была представлена больными с нарушениями метаболизма липидов крови атерогенного характера.

Сравнение групп больных в 2 кластерах (табл.6) выявило статистически значимые связи по таким признакам, как: ИБС ($df=1$; $\chi^2=18,752$; $p=0,001$; $\phi=0,475$); ФК СН ($df=3$; $\chi^2=19,008$; $p=0,001$; $\phi=0,479$); болевая/безболевая форма ИБС ($df=1$; $\chi^2=18,752$; $p=0,001$; $\phi=0,475$); ГБ ($df=1$; $\chi^2=9,958$; $p=0,002$; $\phi=0,346$); стадии ГБ ($df=2$; $\chi^2=10,538$; $p=0,005$; $\phi=0,356$), гипертонические кризы ($df=1$; $\chi^2=7,918$; $p=0,005$). В группах К1, К2 преобладали случаи ФК II (23,1 и 52,8% соответственно), случаи ФК III (22,8%) и прогрессирующей СН (10%) – в К2 ($p=0,001$).

В группе К1 случаи верифицированной СН составили 30,8%, в группе К2 - 85,7%, случаи «вероятной» стенокардии в К1 - 69,2%, в К2 - 14,3%, увеличивая отнесение «вероятной» стенокардии к группе пациентов с ИБС ($p=0,001$). Безболевые эпизоды ИБС и постинфарктный кардиосклероз (ПИК) наблюдались у больных 2-го кластера ($p=0,001$).

Таблица 6

Клинические показатели исследуемых групп больных (для двух кластеров)

Клиническая характеристика Пациентов	Кластер 1 (n=13)	Кластер 2 (n=70)	Достигнутый уровень значимости, P
Средний возраст (в годах)	46,85±9,07	51,32±7,53	P=0,059
Пол (муж/жен)	11/2	54/16	P=0,548
Семейный анамнез по ССЗ: есть/нет	8/5	64/6	P=0,004
ФК: II/III/прогрессирующая стенокардия, «вероятная» стенокардия	3/1/0/9	37/16/7/10	P=0,001
Болевые/безболевые эпизоды/ «вероятная» стенокардия	4/0/9	57/3/10	P=0,001
Инфаркт миокарда в анамнезе: есть/нет	0/13	10/60	P=0,14
Давность ИБС	0,76±0,95	2,96±3,43	P=0,208
Давность психического расстройства	3,97±5,12	5,35±5,09	P=0,30
Нарушения ритма сердца/реоларизации миокарда	3/5	28/13	P=0,676
Индекс массы тела, кг/м ²	26,77±4,21	28,58±4,04	P=0,210
Сахарный диабет 2 типа/НТГ	3/0	17/19	P=0,063
Психовегетативный синдром/ Синдром вегетативной дистонии	0/5	13/0	P=0,001
ГБ I стадии/ II стадии/нет	2/7/4	8/59/3	P=0,005
САД (до лечения), мм рт.ст.	147,62±28,28	165,09±23,76	P=0,020
САД (после лечения), мм рт.ст.	119,15±7,86	124,26±7,60	P=0,029
ДАД (до лечения), мм рт.ст.	95,08±16,91	102,21±11,26	P=0,0570
ДАД (после лечения), мм рт.ст.	76,85±8,57	81,46±5,40	P=0,0125
ЧСС (до лечения), уд.мин	84,92±12,09	82,30±13,54	P=0,5160
ЧСС (после лечения), уд.мин	67,00±6,32	66,36±7,98	P=0,780
ПМК/АРХ	2/1	4/1	P=0,449
Гипотимия: есть/нет	3/10	56/14	P=0,001
Тревожность: есть/нет	6/7	51/19	P=0,047
Неустойчивое настроение: есть/нет	7/6	67/3	P=0,001
Слезливость: есть/нет	4/9	56/14	P=0,001
Ипохондрическая фиксация: есть/нет	7/6	60/10	P=0,007
Обидчивость: есть/нет	2/11	32/38	P=0,041
Пессимизм: есть/нет	1/12	25/45	P=0,045
Соматизация: есть/нет	1/12	24/46	P=0,055
Инсомнии: есть/нет	12/1	70/0	P=0,020
Нарушения внимания: есть/нет	7/6	56/14	P=0,043
Мотивационные, причинные факторы	13	47	P=0,001

Примечание. Для сравнения групповых средних количественных признаков использовали дисперсионный анализ, где приведены M±SD (M – выборочное среднее, SD – стандартное отклонение). Для качественных характеристик использовали анализ таблиц сопряженности.

ИБС, ассоциированная с соматическими заболеваниями и состояниями, такими как ГБ, ПИК, СД, нарушениями ритма и проводимости сердца, ожирением, в основном представлена в К2, что указывало на тесную взаимосвязь атеросклеротического процесса, обусловленного нарушением метаболизма липидов и перечисленной патологии. Была обнаружена однородность групп пациентов К1 и К2 по заболеваниям внутренних органов, являющихся наиболее неблагоприятными ФР развития и прогрессирования

ИБС. При разделении на два кластера были выявлены статистически значимые различия ($df=7$; $\chi^2=40,202$; $p=0,001$; $\phi=0,696$) между исследуемыми группами больных ИБС К1 и К2 по ведущим психопатологическим синдромам, определявшим текущие ПР пациентов на момент госпитализации. У пациентов в группе К1 отмечено преобладание астенической симптоматики, в то время как у пациентов группы К2 доминирующими психопатологическими расстройствами были тревожные и депрессивные, в 28,6% случаев сопровождавшиеся кардиофобическим синдромом. Больным, имеющим выраженные нарушения спектра липидов крови и относящимся к К2, преимущественно назначалась терапия антидепрессантами трициклического ряда или селективными ингибиторами обратного захвата серотонина – СИОЗС (амитриптилин, коаксил, флуоксетин) по сравнению с использованием транквилизаторов ($p=0,043$). Лечение пациентов К1 включало анксиолитическую терапию ($p=0,007$).

Клинические проявления ИБС и ассоциированные с ней заболевания, проанализированные с помощью кластерного анализа взаимосвязи с уровнем липидов крови, соответствовали глубине метаболических изменений липидного обмена.

Во всех случаях достигнутые уровни значимости для дискриминантных функций были $p<0,00009$, что позволило использовать их для дискриминации анализируемых группировок. Анализ таблиц сопряженности кластеров, сформированных по данным уровня липидов крови, позволяет говорить о наличии двух видов статистически значимых связей: между показателями спектра липидов крови и особенностями психопатологических нарушений - психических расстройств (преобладанием депрессивных и (или) тревожных расстройств), и между ПР и соматическими заболеваниями. Это подтверждается статистической значимостью взаимосвязи показателей липидного спектра крови и психического состояния соматических больных с патологией сердечно-сосудистой системы, прежде всего коронарным атеросклерозом или повышенным риском развития ИБС при наличии других значимых факторов риска.

Взаимосвязь показателей уровня липидов крови, ФК стенокардии напряжения у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами

В соответствии с задачами исследования был проведен многофакторный анализ, позволивший включить в исследование как показатели спектра липидов крови, так и клинические признаки, характеризующие течение коронарной болезни сердца и текущее психическое состояние 87 пациентов. Были выявлены статистически значимые различия отдельных липидных фракций у больных с разными ФК стенокардии и «вероятной» стенокардией (табл. 7).

С помощью двухфакторного дисперсионного анализа была установлена статистически значимая связь между фракцией ХС-ЛПНП и расстройствами настроения депрессивного характера (депрессивный эпизод, дистимия) ($p=0,0083$), а также клиническими вариантами стенокардии напряжения ($p=0,0116$). Обнаружен эффект взаимосвязи депрессивных расстройств, вариантов течения ФК СН и содержания в крови уровня ХС-ЛПНП ($p=0,0072$). Выявлен эффект взаимодействия между невротическими расстройствами и содержанием в крови ТАГ ($p=0,0001$) у больных с разными ФК СН ($p=0,0404$). При аффективных расстройствах максимальные уровни ОХС (7,89 ммоль/л), ХС-ЛПНП (5,65 ммоль/л) наблюдались у больных с прогрессирующей стенокардией на фоне депрессивного эпизода средней степени тяжести. Максимальная средняя концентрация ТАГ (3,12 ммоль/л) выявлена при ФК III и депрессивном эпизоде. Сниженный средний уровень ХС-ЛПВП (0,90 ммоль/л) определялся при ИБС ФК III у пациентов с дистимией.

У больных с соматогенными органическими ПР непсихотического уровня максимальное содержание ОХС составило 7,87 ммоль/л, уровень ХС-ЛПНП достигал 5,62

ммоль/л при депрессивном органическом расстройстве на фоне прогрессирующей стенокардии напряжения. Наибольшее среднее значение ТАГ (2,42 ммоль/л) выявлено в группе пациентов с ИБС ФК II и органическим астеническим расстройством. Минимальный средний уровень ХС-ЛПВП (0,89 ммоль/л) наблюдался у больных СН ФК II-III, текущее психическое состояние которых квалифицировалось наличием депрессивного органического расстройства.

Таблица 7

Спектр липидов крови в зависимости от ФК стенокардии напряжения

Показатели, ммоль/л	Средние значения показателей уровня липидов крови у больных с ИБС, M±SD				
	ФК II n=42	ФК III n=19	Прогрессирующая стенокардия n=7	«Вероятная» стенокардия n=19	Достигнутый уровень значимости (p)
ОХС	6,67±0,99	6,62±0,65	7,66±0,62*	5,99±1,01*	P=0,0041
ТАГ	2,40±0,95	2,25±0,66	2,33±0,54	1,73±0,66	P=0,3270
ХС-ЛПНП	4,52±0,74*	4,53±0,49*	5,46±0,45**	3,94±0,91*	P=0,0003
ХС-ЛПОНП	1,09±0,44	1,03±0,30	1,07±0,25	0,73±0,30	P=0,3277
ХС-ЛПВП	1,05±0,16*	1,03±0,17*	1,13±0,15	1,23±0,23*	P=0,0769
ИА	4,40±0,84*	4,52±0,81*	4,87±0,57*	3,33±1,03*	P=0,0007
КА	5,43±1,18*	5,57±0,89*	5,85±0,84*	4,00±1,19*	P=0,0016
Возраст (в год.)	50,36±6,37*	54,26±7,34*	57,85±5,55*	45,05±8,31*	P=0,0010

Примечание. *Звездочкой отмечены статистически значимые различия в группах по отношению к группе сравнения (Scheffe's Test); **Звездочками отмечены статистические различия в группах ИБС.

В группе пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами максимально выраженная гипоальфахолестеролемиа наблюдалась у больных ИБС с тревожно-фобическими расстройствами. У пациентов с ИБС ФК II и ФК III, имеющих панические или смешанные тревожно-депрессивные состояния, выявлено резкое снижение фракции ХС-ЛПВП, достигающей уровня $\leq 0,90$ ммоль/л; значительное повышение содержания уровня ТАГ до 3,0 и более ммоль/л, повышенный уровень ХС-ЛПНП (4,42 ммоль/л) при среднем значении ОХС крови 6,52 ммоль/л. В прогностическом отношении эта группа являлась наиболее неблагоприятной. У пациентов с реакциями на тяжелый стресс и нарушением адаптации в 11 случаях диагностирована пролонгированная депрессивная реакция, в 6 - смешанная тревожная и депрессивная реакция, в 6 - другие реакции на тяжелый стресс (нозогении). У больных с прогрессирующей стенокардией напряжения и пролонгированной депрессивной реакцией максимальный уровень ОХС достигал 7,48 ммоль/л, ТАГ - 2,68 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 5,29 ммоль/л. При смешанной тревожно-депрессивной реакции и стенокардии ФК II «антиатерогенная» фракция ХС-ЛПВП имела тенденцию к снижению до 1,02 ммоль/л. При нозогенных реакциях у больных стенокардией ФК III отмечено повышение ОХС (7,20 ммоль/л). В двух случаях при СН ФК II-III и ипохондрическом расстройстве выявлена гипертриацилглицеридемиа (3,79 ммоль/л) и гиперхолестеролемиа (9,63 ммоль/л).

У 12 мужчин с ИБС ФК II-III (средний возраст - 50,75±5,65 года) при исследовании спектра липидов обнаружена выраженная гипоальфахолестеролемиа (среднее значение ХС-ЛПВП - 0,82 ммоль/л). Текущее психическое состояние больных классифицировалось в 6 случаях как агорафобия с паническим расстройством, в 2 - смешанная тревожно-депрессивная реакция, в 1 - дистимия, в 1 - органическое депрессивное рас-

стройство, в 2 - органическое астеническое расстройство. Преобладание тревожных и депрессивных состояний в клинической картине пациентов этой группы сопровождалось значимым положительным эффектом от проводимой терапии антидепрессантами и анксиолитиками ($p=0,002$; $p=0,045$). Основными мотивационными факторами ($p=0,021$) обращения больных за психиатрической помощью были снижение активности и потеря работоспособности, приступы паники, сопровождающиеся страхом смерти, тревога за свое здоровье, подавленное настроение, в ряде случаев - пассивные суицидальные мысли. Психологическое обследование обнаружило склонность к заниженной самооценке ($p=0,045$), ипохондрической фиксации ($p=0,003$), нарушению социальной адаптации ($p=0,007$).

Таким образом, гипоальфахолестеролемиа наблюдалась у больных ИБС, в текущем психическом состоянии которых преобладали тревожные, тревожно-фобические, смешанные тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства. В группе невротических расстройств максимально выраженная гипоальфахолестеролемиа (менее 0,9 ммоль/л) выявлена у больных ИБС с тревожно-фобическими расстройствами. Обнаруженные эффекты взаимосвязей фракций липидного спектра (ТАГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП), ПР (невротических, аффективных) и ФК, включая прогрессирующую стенокардию, позволяют предположить, что значимые колебания концентрации уровня липидов крови обусловлены, по-видимому, коморбидным влиянием на метаболический обмен атеросклеротического процесса и психического состояния.

Факторы прогнозирования ишемической болезни сердца у пациентов с пограничными психическими расстройствами

Установление клинически и статистически значимых ассоциативных взаимосвязей соматических, психических и психологических факторов в качестве дополнительных критериев риска предполагает возможность участия факторов психического воздействия на формирование спектра предикторов, оказывающих влияние на развитие и течение ИБС.

Прогнозирование коронарной болезни сердца у пациентов с ПР с использованием метода логистической регрессии позволило выявить, наряду с общеизвестными факторами риск-стратификации ИБС, такими как ДЛП ($p=0,0001$), возраст пациента ($p=0,0001$), нарушения ритма сердца ($p=0,0001$), АГ ($p=0,0001$), ИМТ ($p=0,0001$), ГЛЖ ($p=0,0003$), гипертензивные кризы ($p=0,0041$), СД ($p=0,0001$), не менее значимые факторы, отражающие психическое и психосоциальное состояние пациентов, в совокупности обеспечивающие правильное прогнозирование ИБС (Concordant = 96,8%; Somers' D = 0,938). Наиболее важными и значимыми предикторами были признаки, характеризующие состояние психической сферы больных ИБС: диагноз ПР ($p=0,027$), ведущий психопатологический синдром ($p=0,012$), возраст начала ПР ($p=0,020$). Прогностическими признаками были субъективные мотивационные факторы: панический страх смерти, другие фобии ($p=0,0075$). Из числа психосоциальных факторов - стрессорные факторы (жизненные события) ($p=0,0487$), семейно-бытового плана ($p=0,0153$). Психологическое состояние характеризовалось наличием высокого уровня тревожности ($p=0,0215$), ипохондрической фиксации ($p=0,0024$), интровертированности ($p=0,0001$), демонстративности ($p=0,0022$), нарушений социальной адаптации ($p=0,0015$).

В группе *мужчин* наиболее важным фактором прогнозирования ФК СН при значениях (Concordant=93,7%; Somers'D=0,878) оказался возраст начала ПР ($p=0,0001$), данный признак с первого шага был отобран алгоритмом и составил 83,6% точного предсказания. Не менее значимым фактором являлся признак давности ПР ($p=0,0031$). Существенная роль принадлежала психотравмирующему воздействию мощных стрессорных

факторов (жизненные события) ($p=0,0219$), стрессорных факторов семейно-бытового плана ($p=0,0447$), явившихся основными причинами развития постстрессовых реакций в виде расстройств адаптации, депрессивных, смешанных тревожно-депрессивных расстройств у больных ИБС.

На степень тяжести стенокардии и риск-стратификации ИБС у мужчин оказывали влияние ассоциированные заболевания и состояния: ДЛП, в том числе гипоальфахолестеролемиа ($p=0,0001$), нарушения ритма сердца ($p=0,0014$), гипертензивные кризы ($p=0,0021$), СД ($p=0,014$). Предикторы психосоциального уровня включали пароксизмы страха смерти, тревоги ($p=0,0006$), приводившие к нарушению социальной адаптации, ощущению внутренней напряженности ($p=0,0338$) и неудовлетворенности своим состоянием ($p=0,0226$). На фоне выраженной тревоги формировались фобии ипохондрического содержания, проявлявшиеся разнообразными соматическими ощущениями ($p=0,0251$), раздражительностью ($p=0,0198$). По мере прогрессирования и утяжеления ФК стенокардии напряжения и развития астенической, тревожной, тревожно-фобической, тревожно-депрессивной, депрессивной симптоматики ($p=0,0304$) общее состояние таких пациентов усугублялось появлением ипохондрических, сенестопатических, истероформных расстройств. В рамках невротоподобной симптоматики у пациентов часто возникали внекардиальные симптомы ($p=0,0067$), включавшие проявления синдрома раздраженного кишечника (СРК) ($p=0,0115$), ощущения кома в горле, удушья, кардиофобии ($p=0,0047$) и другие признаки соматизации.

Анализ факторов прогнозирования ИБС у *женщин* выявил некоторые особенности. Результаты анализа логистических уравнений показали высокую точность прогнозирования (Concordant 93,1 - 95%; Somers'D 0,877 - 0,916). В число предикторов вошли ДЛП ($p=0,0001$), в другом варианте - ГЛЖ ($p=0,0162$), нарушения сердечного ритма ($p=0,0001$), СД ($p=0,0003$), являющиеся основными известными факторами риск-стратификации развития и прогрессирования коронарного атеросклероза. Важным прогностическим фактором был ведущий психопатологический синдром ($p=0,0040$). В психическом состоянии доминировала тревожная симптоматика, депрессивная с преобладанием истерического компонента и тревожно-депрессивная, истероформная симптоматика. ИБС ассоциировалась с более поздним возрастом ($p=0,0001$), климактерическим периодом ($p=0,0027$), заболеваниями щитовидной железы (диффузными или фиброзно-узловыми поражениями с клиническими признаками хронического тиреоидита) ($p=0,0353$). Женщинам были свойственны вегетативные дисфункции в виде дыхательных расстройств, психовегетативных пароксизмов ($p=0,0047$), они чаще фиксировали свое внимание на страхах различного содержания ($p=0,0149$), которые включали кардиофобические, канцерофобические проявления и другие нозофобии, что отражалось на общей пессимистической оценке их состояния ($p=0,0166$).

Некоторые предикторы сохраняли свою значимость практически во всех уравнениях логистической регрессии: возраст пациента ($p=0,0001$), нарушения ритма сердца ($p=0,0001$), ГЛЖ ($p=0,0001$), ДЛП ($p=0,0001$), пароксизмы гипертензии ($p=0,0011$), СД ($p=0,0022$), возраст начала ПР ($p=0,0001$), ведущий психопатологический синдром ($p=0,0304$), диагноз ПР ($p=0,0213$), воздействие стрессорных факторов (негативные жизненные события) ($p=0,0219$), отягощенный семейный анамнез по ССЗ ($p=0,0014$).

Психозэмоциональные нагрузки играют большую роль в возникновении приступов стенокардии у больных ИБС, а характерологические особенности пациента связаны с динамикой патологического процесса (Кавтарадзе Г.В., 1985; Волков В.С., 1990; Шпак Л.В., 1999; Makino Y., Kawano Y., 1998). Следовательно, изучение известных ФР развития и прогрессирования ИБС невозможно без учета их воздействия на психозэмоциональную сферу больного.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПОГРАНИЧНОГО УРОВНЯ

Артериальная гипертония является наиболее часто встречающимся заболеванием (68,4%) у пациентов с пограничными ПР (табл.8).

Таблица 8

Клиническая характеристика анализируемых групп пациентов с АГ (n=1350)

Показатели	Всего больных n=1350 (100 %)				Достигнутый уровень значимости P
	ГБ I стадии n=276 (20,4 %)	ГБ II стадии n=424 (31,4 %)	НЦД с повышением АД n=224 (16,6 %)	Группа сравнения n=426 (31,6 %)	
Соотношение, жен/муж	167/109	264/160	153/71	340/86	P=0,0001
САД, мм рт.ст.	144,81±12,48	162,88±17,69	130,95±8,40	118,95±7,76	P=0,0001
ДАД, мм рт.ст.	93,34±7,75	101,51±8,93	85,51±6,85	76,38±6,42	P=0,0001
Возраст, общая группа, годы	40,51±8,47	49,50±8,23	35,77±9,28	38,09±9,70	P=0,0001
Возраст, женщины, годы	41,99±7,49	51,18±7,31	37,91±8,53	37,83±9,39	P=0,0001
Возраст, мужчины, годы	38,24±9,39	46,73±8,85	31,17±8,93	39,10±10,45	P=0,0001

Выявлены взаимосвязи АГ и ПР как в общей группе больных ($df=9$; $\chi^2=162,376$; $p=0,001$; $\phi=0,366$), так в группе женщин ($df=9$; $\chi^2=139,690$; $p=0,001$; $\phi=0,377$) и в группе мужчин ($df=9$; $\chi^2=34,315$; $p=0,001$; $\phi=0,275$) (табл 9).

Таблица 9

Взаимосвязь артериальной гипертонии и психических расстройств

Психические расстройства		ГБ I стадии	ГБ II стадии	НЦД с повышением АД	Группа сравнения
Аффективные расстройства	Общ.	17	45	12	35
	Жен.	14	35	9	29
	Муж.	3	10	3	6
Невротические расстройства	Общ.	184	194	140	279
	Жен.	122	141	98	239
	Муж.	62	53	42	40
Органические расстройства (непсихотические)	Общ.	44	184	30	60
	Жен.	11	88	10	23
	Муж.	33	96	20	37
Расстройства зрелой личности	Общ.	43	32	55	86
	Жен.	29	18	43	76
	Муж.	14	14	12	10

Примечание. Числа, указанные в клетках таблицы, соответствуют фактическим частотам психических расстройств с учетом их коморбидности.

При ГБ I стадии обнаружены максимальные связи с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, расстройствами личности, что было также значимо для пациентов с НЦД, сопровождавшейся повышением АД. Невротические расстройства были характерны для больных с начальными проявлениями АГ (ГБ I стадии) и НЦД с повышением АД. Это имеет важное практическое значение для своевременного выявления и лечения артериальной гипертонии у пациентов с синдромами вегетативных расстройств. Органические непсихотические и аффективные расстрой-

ства тесно сопряжены с более тяжелым течением АГ и наблюдались у больных ГБ II стадии. Депрессивные расстройства чаще выявлялись у женщин.

Текущее психическое состояние пациентов в раннем периоде АГ (ГБ I стадии) квалифицировалось в 31,9% случаев расстройствами адаптации в виде депрессивных реакций, тревожно-депрессивными реакциями, в 11,2% - тревожно-фобическими расстройствами (агорафобия, паническое расстройство), в 23,5% - соматоформными, диссоциативными и другими невротическими расстройствами. Расстройства личности в 2 раза чаще диагностировались у больных с ГБ I стадии: у женщин с истерическим расстройством личности, у мужчин с эмоционально неустойчивым расстройством личности. Начальные проявления АГ характеризовались пароксизмами страха смерти, тревогой с выраженными вегетативными нарушениями, сердцебиением, колебаниями АД, фиксацией на неприятных и необъяснимых соматических ощущениях, гиперболизацией и яркой эмоциональной окраской этих ощущений, демонстративностью, желанием привлечь к себе внимание, потребностью в поддержке и одобрении со стороны окружающих. У больных НЦД с повышением АД наблюдалось преобладание тревожного, фобического, истерического синдромов; выявлялась конверсионная, нозофобическая, сенестопатическая симптоматика.

У пациентов с АГ, соответствующей критериям ГБ II стадии, в текущем психическом состоянии выявлялись в 10,6% случаев аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия); в 24,8% - пролонгированные депрессивные реакции, нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс; в 6,4% - тревожно-фобические расстройства, в 14,6% - соматоформные и другие невротические расстройства; в 28,3% - органическое астеническое расстройство, в 7,8% - органическое аффективное расстройство. Проявлялось это в подавленном настроении, снижении работоспособности, стойком представлении о наличии тяжелого неизлечимого заболевания, озабоченности, разнообразных фобий, страхов возможной инвалидизации, потери работы, агрипнии, ипохондрических переживаниях.

Таким образом, наибольшее число ПР у больных ГБ соответствовало критериям невротических (49,8%) и невротоподобных расстройств астенического круга (32,6%). Невротические расстройства представлены в общей группе больных ГБ в 48,9% случаев расстройствами адаптации и реакцией на тяжелый стресс, в 17,5% - тревожно-фобическими, в 15,9% - неврастенией, в 14,3% - соматоформными, в 3,4% - диссоциативными расстройствами.

В механизмах взаимосвязи АГ и ПР имеют значение не только возраст пациента, определяемый на момент обследования больного, но и возраст начала АГ, а также возраст первых проявлений психопатологии. Изучение соотношений возраста пациента, давности АГ и ПР показало наличие значимых различий в зависимости от пола пациентов ($df_1=3$; $df_2=696$; $F=51,75$; $p=0,0001$), а также от стадии ГБ ($df_1=3$; $df_2=696$; $F=14,58$; $p=0,0001$). Установлена статистически и клинически значимая связь между возрастом начала манифестации ПР и АГ, давностью ПР и АГ и влиянием стрессорных факторов. Как у женщин, так и у мужчин с ГБ I стадии давность ПР превышала давность АГ. Допустимо предположить, что в этих случаях ПР были первичными по отношению к возникновению ранних проявлений АГ. При ГБ II стадии, напротив, продолжительность АГ превышала давность ПР. Вероятнее всего, соматическое заболевание при этом могло быть первичным по отношению к развитию ПР, а хронические стрессорные факторы оказывали провоцирующее влияние на клинические особенности и прогрессирование ГБ. Полученные данные свидетельствуют о непосредственном участии таких значимых факторов, как возраст больного, возраст начала и давность ПР в формировании взаимосвязей с АГ, не меньшее значение имели стрессорные факторы.

Установлено дезадаптирующее влияние ПР на течение АГ. У пациентов с АГ, соответствующей критериям ГБ I стадии, преобладали невротические ПР, преимущественно в виде расстройств адаптации: депрессивные, тревожно-депрессивные и другие реакции на тяжелый стресс, а также тревожно-фобические и соматоформные расстройства. У больных ГБ II стадии максимально значимые взаимосвязи определялись с органическим астеническим расстройством и аффективными расстройствами (депрессивный эпизод, дистимия).

У больных АГ, соответствующей ГБ I стадии, а также у пациентов с синдромами вегетативных дисфункций и пароксизмами при НЦД обнаружены взаимосвязи с невротическими ПР и расстройствами личности. Это позволило констатировать, что невротические расстройства в одинаковой мере характерны для больных с начальной стадией ГБ и НЦД (или СВД), протекающих с повышением АД. Данный факт указывает на общность патогенеза синдрома АГ и вероятную первичную роль невротических расстройств в развитии АГ, что имеет важное практическое значение для своевременной диагностики и лечения ранних проявлений АГ у больных с невротическими психическими расстройствами.

Факторы прогнозирования гипертонической болезни у пациентов с пограничными психическими расстройствами

Для общей группы пациентов с гипертонической болезнью процент верного предсказания стадии ГБ варьировал от 97,1 до 87,5%, в зависимости от числа обследованных (384-700 человек) и числа введенных предикторов, по которым можно проследить динамику предсказательной ценности каждого признака (предиктора). Пошаговым логистическим анализом из 80 предложенных предикторов алгоритм отобрал 11 признаков для общей группы (n=700; Concordant=87,5%; Somers'D=0,751); 14 признаков для женщин (n=431; Concordant=89,6%; Somers'D=0,784) и 14 признаков для мужчин (n=269; Concordant=91,1%; Somers'D=0,823). Клинически значимыми (в общей группе больных) были предикторы, сохранявшие предсказательную ценность во всех итоговых уравнениях логистической регрессии: величина САД (p=0,0001); возраст начала ПР (p=0,0001); величина ДАД (p=0,0004); давность ПР (p=0,0001). Факторами риск-стратификации АГ в данных уравнениях являлись предикторы: ГЛЖ (p=0,0018); гипертензивные кризы (p=0,0025); изменения сосудов сетчатки (p=0,0001); ДЛП (p=0,002); уровень гликемии (p=0,0008); ЧСС (p=0,010); заболевания щитовидной железы (p=0,025).

Психосоциальные предикторы были представлены стрессорными факторами, из числа которых доминировали жизненные события (p=0,0002); медицинские факторы (p=0,0032). Важное значение имели предикторы: гипотимия (p=0,0005), пессимизм, сниженная самооценка (p=0,0121); высокий уровень тревожности (p=0,0223); конверсии (p=0,002) (тремор, онемение); вспыльчивость (p=0,0068); цефалгии (p=0,0092).

Учитывая существенное влияние на прогнозирование ГБ таких предикторов, как величина САД, ДАД, гипертонические кризы, по сути являющихся патогномичными проявлениями АГ, эти факторы были исключены из спектра потенциальных предикторов с тем, чтобы оценить степень участия других в уравнениях регрессии. Исключение признаков САД и ДАД, гипертонических кризов не привело к снижению предсказательной ценности остальных 11 предикторов (Concordant=87,5%; Somers'D=0,751) (табл.10). Предиктор возраст начала ПР с первого шага логистического уравнения обеспечивал в 70,8% случаев правильное прогнозирование АГ.

Таблица 10

Факторы прогнозирования ГБ у пациентов с пограничными психическими расстройствами
(оценки параметров логистической регрессии в общей группе, n=700)

Variable	Parameter Estimate	Wald Chi-Square	Pr > Chi-Square	Standardized Estimate
Возраст начала психического расстройства	-0,1037	66,7534	0,0001	-0,560281
ГЛЖ (н/о)	0,4300	26,0791	0,0001	0,350491
Стрессорные факторы (жизненные события)	-0,6497	8,8895	0,0029	-0,171491
Парестезии	1,0306	8,4963	0,0036	0,165847
Давность психического расстройства	-0,1354	26,0008	0,0001	-0,350042
Конверсии	-0,5100	5,1845	0,0228	-0,140588
Индекс Кетле (индекс массы тела)	-0,0718	10,3048	0,0013	-0,178179
Сахарный диабет 2 типа, НТГ	0,5944	8,7685	0,0031	0,213941
Изменения сосудов сетчатки	1,4424	24,6326	0,0001	0,292448
Колебания ЧСС	0,0294	6,6370	0,0100	0,161409
Панические состояния	0,8176	7,4063	0,0065	0,171160

Примечание. Association of Predicted Probabilities and Observed Responses
Concordant = 87,5%; Somers'D = 0,751

Результаты пошаговой процедуры (для таблицы 10)

Step	Variable Entered	Score Chi-Square	% точного предсказания	Pr > Chi-Square
1	Возраст начала психического расстройства	59,9807	70,8	0,0001
2	Изменения сосудов сетчатки	132,30	77,2	0,0001
3	Гипертрофия левого желудочка	48,0217	81,2	0,0001
4	Давность психического расстройства	48,0548	84,7	0,0001
5	Сахарный диабет 2 типа, НТГ	13,3333	85,5	0,0003
6	Стрессорные факторы (жизненные события)	11,4070	86,1	0,0007
7	Парестезии	5,3132	86,4	0,0212
8	Индекс Кетле (индекс массы тела)	7,4425	86,9	0,0064
9	Колебания ЧСС	5,1893	87,0	0,0227
10	Паническое состояние	4,6233	87,3	0,0315
11	Конверсии	5,2321	87,5	0,0222

Для женщин наиболее важными предикторами были: возраст начала ПР на первом шаге логистического уравнения (75,4%), давность ПР ($p=0,0001$); изменения сосудов сетчатки ($p=0,0001$); ГЛЖ ($p=0,0009$); ДЛП ($p=0,0182$); стрессорные факторы (производственные) ($p=0,0191$), гипотимия ($p=0,0394$), семейный анамнез по заболеваниям ССС ($p=0,0464$), величина САД ($p=0,0001$). Факторами, инициирующими развитие ПР у женщин, являлись значимые психосоциальные стрессовые жизненные события ($p=0,0086$).

В группе мужчин наиболее значимым предиктором являлась ГЛЖ ($p=0,0001$), обеспечивающая 57,3% верного прогнозирования стадии АГ на первом шаге, на втором - стрессорные факторы (медицинские факторы) ($p=0,0040$), затем - индекс массы тела (Кетле) ($p=0,0005$). Важными оказались предикторы: гипотимия ($p=0,0005$), признаки, характеризующие социальное положение мужчины в обществе и уровень его образования ($p=0,0023$), давность ПР ($p=0,0028$), возраст начала ПР ($p=0,0015$), субъективная оценка пациента имеющих ПР ($p=0,0466$), пароксизмы вегетативных кризов ($p=0,0117$), изменения сосудов сетчатки ($p=0,0211$).

Результаты показали, что для оценки стадии ГБ и степени риска развития АГ, наряду с ведущими факторами риск-стратификации АГ, имеют существенное значение и другие факторы психического, социально-психологического характера (возраст начала психического расстройства и его продолжительность, воздействие психосоциальных стрессорных факторов). Величина САД и ДАД, ЧСС, колебания ЧСС в качестве предикторов имели более сильные связи в прогнозировании АГ у женщин с пограничными ПР.

МЕХАНИЗМЫ ВЗАИМОСВЯЗИ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

В общей группе обследованных больных СД 2 типа наблюдался в 5,7% случаев, НТГ - в 9,3%. Частота ПР у пациентов с СД (n=203) представлена в 44,3% случаев невротическими расстройствами, в 38,9% - органическими, в 9,8% - аффективными, в 7% - расстройствами личности. У женщин невротические расстройства выявлялись в 50,4% случаев, органические - в 29,1%, тогда как у мужчин в 34,2% - невротические, в 55,3% - органические. Результаты анализа показали статистически значимые взаимосвязи между СД и ПР в группах женщин ($df=6$; $\chi^2=61,099$; $p=0,001$; $\phi=0,257$) и мужчин ($df=6$; $\chi^2=14,014$; $p=0,029$; $\phi=0,181$).

Невротические расстройства, связанные со стрессом и соматоформные расстройства преимущественно диагностировались у женщин, причем в 59,5% случаев при нарушении толерантности к глюкозе (НТГ), в 32,6% - при СД 2 типа ($p<0,01$). В группе мужчин с СД 2 типа доля невротических расстройств составила 41,2%, а при НТГ - 28,6% ($p<0,05$). У пациентов с НТГ невротические расстройства встречались в 68,9% случаев, с СД 2 типа легкой или средней степени тяжести - в 24,4%, с СД 2 типа средней степени тяжести (компенсируемый препаратами инсулина) - в 6,7% ($p<0,001$). Невротические расстройства, из которых 49,5% случаев составили расстройства адаптации, реакции на тяжелый стресс, были наиболее частыми психопатологическими нарушениями, встречающимися у больных при легком течении СД, или являлись первыми клиническими проявлениями у пациентов с НТГ. Данное наблюдение подтверждает, что впервые установленные случаи НТГ, составившие 46,8% от общего числа больных, были диагностированы преимущественно у пациентов с расстройствами адаптации и реакциями на тяжелый стресс, обусловленными стрессорными факторами.

В структуре ПР у пациентов с СД и НТГ в 39,9% случаев отмечены расстройства депрессивного круга, в том числе расстройства адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции, смешанной тревожной и депрессивной реакции, нозогенных и других реакций на тяжелый стресс в 48 случаях, аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия, рекуррентное расстройство) - в 20, органическое аффективное расстройство - в 13; в 30,0% случаев - органическое астеническое расстройство, в 2,5% - другие органические расстройства, в 6,9% - тревожно-фобические расстройства (паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство); в 13,8% - остальные невротические расстройства; в 6,9% - расстройства личности. Текущее психическое состояние пациентов с СД и НТГ характеризовалось ведущей психопатологической симптоматикой, выявляемой на момент обследования: депрессивной - в 36,5% случаев, тревожной - в 16,7%, тревожно-депрессивной - в 10,3%, астенической - в 20,0%. Психопатологические синдромы имели сложную структуру, сочетаясь с ипохондрической, астенической, дисфорической симптоматикой у пациентов с диабетом более тяжелой степени тяжести (СД 2 типа средней степени и компенсируемый инсулином). У больных с НТГ и СД 2 типа психопатологическая симптоматика была дополнена сенестопатическими проявлениями, фобиями ипохондрического содержания (включая нозофобии: канцерофобии, кардиофобии), конверсионными и другими фобическими проявлениями ($\chi^2=29,505$; $p=0,043$).

Двухфакторным дисперсионным анализом (табл.11) установлена связь между уровнем гликемии натощак и текущими психическими расстройствами в зависимости от наличия/отсутствия СД ($df_1=11$; $F=89,11$; $p=0,0001$) и ($df=3$; $F=4,04$; $p=0,0071$) соответственно.

Взаимосвязь уровня глюкозы крови и текущего психического расстройства

Психические расстройства, МКБ-10	Показатели гликемии натощак (ммоль/л), M±SD				
	Общая группа больных n=1350	Группа больных без СД n=1147	Группа больных СД n=203	Сахарный диабет	
				НТГ n=126	СД типа 2 n=77
Все группы (F3, F06, F4, F60)	5,017±0,90	4,75±0,54	6,53±1,94	5,74±0,54	7,83±3,07
Аффективные расстройства:	5,13±1,85	4,63±0,60	6,94±3,04	5,77±0,52	9,10±4,96
Депрессивный эпизод	5,28±2,06		6,67±3,41	5,72±0,53	9,53±5,95
Рекуррентное аффективное расстройство	5,09±1,42		8,10±2,69	6,20±0,20	10,00±0,00
Дистимия	4,91±1,52		7,98±3,05	5,71±0,49	8,73±2,95
Органические психические расстройства:	5,32±1,52	4,84±0,51	6,80±2,22	5,86±0,45	7,73±3,07
Органическое аффективное	6,24±2,65		8,59±2,94	6,00±0,21	9,43±1,34
Органическое астеническое	5,28±1,46		6,63±2,28	5,86±0,47	7,49±2,24
Невротические расстройства:	4,96±0,96	4,76±0,53	6,36±1,55	5,74±0,58	7,74±2,63
Депрессивные реакции, смешанная тревожная и депрессивная реакция	5,03±1,21		6,69±2,06	5,80±0,49	8,30±3,37
Нозогенные и другие реакции на тяжелый стресс	5,17±1,36		7,17±1,73	5,61±0,81	10,68±2,73
Тревожно-фобические расстройства	4,86±0,73		6,12±1,17	5,63±0,76	6,96±1,59
Соматоформное расстройство	4,87±0,65		5,80±0,55	5,54±0,52	6,27±0,56
Неврастения	4,74±0,62		6,04±0,13	5,98±0,13	6,21±2,14
Расстройства зрелой личности:	4,71±0,62	4,65±0,56	5,57±0,66	5,38±0,56	6,80±0,99
Эмоционально неустойчивое	4,85±0,64		5,60±0,74	5,43±0,81	6,10±0,00
Истерическое расстройство	4,69±0,66		5,50±0,91	5,19±0,58	6,75±1,06
Смешанное расстройство	4,78±0,57		5,65±0,21	5,65±0,21	-
Стойкое изменение личности	4,79±0,59		6,00±0,00	6,00±0,00	-

Примечание. Во всех случаях исследование уровня глюкозы крови проводилось утром натощак на фоне актуальных психопатологических нарушений, определявших текущее психическое расстройство пациентов. В данной таблице приведены результаты по наиболее часто встречающимся психическим расстройствам.

А также обнаружено влияние эффекта взаимодействия психического расстройства и степени тяжести СД на показатели уровня глюкозы крови ($df=6$; $F=3,38$; $p=0,0026$).

Максимальный уровень глюкозы натощак наблюдался у больных СД 2 типа средней степени тяжести, текущее психическое состояние которых квалифицировалось симптомами депрессии. Для расстройств адаптации и аффективных расстройств была характерна неустойчивость уровня глюкозы крови, что проявлялось в колебаниях средних показателей (от 4,63 до 10,68 ммоль/л).

Высокий риск развития диабетических ангиопатий имеет важное значение в патогенезе поздних осложнений СД. Проведен анализ соматической патологии, ассоциированной с СД у пациентов с пограничными ПР. В 79,3% случаев выявлена взаимосвязь СД и ГБ ($df=3$; $\chi^2=10,305$; $p=0,016$; $\phi=0,253$), у 56 (27,6%) с ИБС, из числа которых в 41 случае проведено исследование спектра липидов крови; в 80,8% - определено ожирение разной степени. Семейный анамнез был отягощен заболеваниями эндокринной

системы у 29,5% больных ($df=3$; $\chi^2=11,819$; $p=0,008$; $\chi=0,241$), заболеваниями ССС у 64,5% ($df=3$; $\chi^2=11,039$; $p=0,012$; $\chi=0,233$).

Анализ показателей спектра липидов крови у больных с пограничными ПР и ассоциированными заболеваниями внутренних органов (ИБС, ГБ) в зависимости от наличия/отсутствия СД 2 типа выявил значимые сдвиги в спектре липидов во всех исследуемых группах ($F=3,29$; $p=0,0251$). Наиболее глубокие нарушения метаболизма липидов крови за счет повышения содержания атерогенных и снижения «антиатерогенных» фракций (ТАГ 2,66 ммоль/л; ОХС 7,06 ммоль/л; ХС-ЛПНП 4,75 ммоль/л; ХС-ЛПВП 1,08 ммоль/л; ИА 4,43; КА 5,57) наблюдались у больных СД 2 типа и НТГ, ассоциированными с ИБС, стенокардией ФК III и прогрессирующей стенокардией напряжения, ГБ II стадии. Ассоциированные заболевания и клинические состояния относятся к основным критериям и факторам риск-стратификации АГ и ИБС. Это является подтверждением необходимости более строгих критериев оценки степени нарушения углеводного и липидного обменов для определения качества компенсации СД и риска поздних осложнений у больных с НТГ или СД 2 типа, сопровождающихся выраженными метаболическими сдвигами (Балаболкин М.И. и соавт., 2000; Сыркин А.Л. и соавт., 2001; Хадипаш Л.А., Перова Н.В., 2001; Шестакова М.В., 2001; Gary T. L., Crum R.M., 2000).

Дисперсионным анализом выявлена статистически значимая связь между возрастом начала клинических психопатологических проявлений, обусловленных стрессорными факторами (жизненные события, социальные, медицинские), типами СД и степенью тяжести ($df_1=7$; $df_2=195$; $F=3,56$; $p=0,00135$) ($df_1=3$; $F=4,47$; $p=0,0046$) (рис.4).

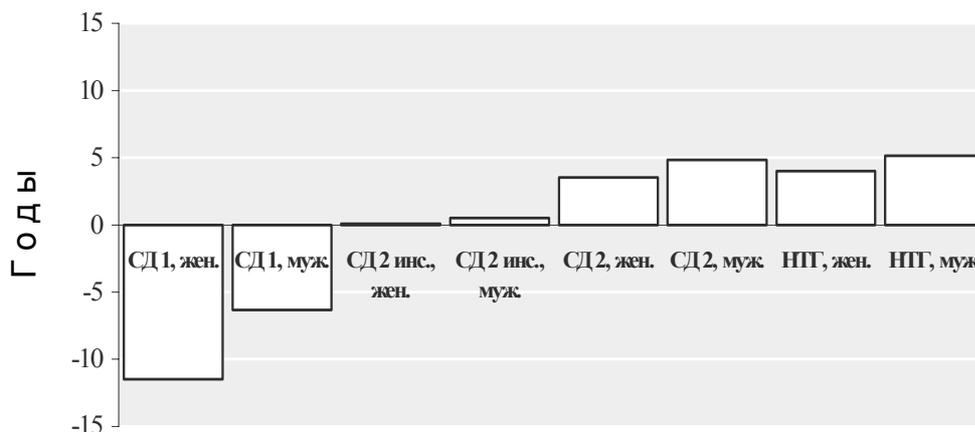


Рисунок 4. Развитие сахарного диабета по отношению к началу психопатологических проявлений (нулевой линией условно обозначено начало психического расстройства). Для сравнения в исследование была включена группа больных с СД 1 типа.

Манифестация ПР во всех случаях предшествовала развитию СД 2 типа и НТГ. Наиболее четкая зависимость между сроками манифестации ПР и клиническими проявлениями СД наблюдалась у больных, обозначенных как СД 2 инс., для компенсации которого требовалось назначение препаратов инсулина, диагностированным в первые шесть месяцев от начала ПР.

Стрессорные факторы (главные жизненные события) и связанные с ними ПР, прежде всего депрессивные, послужившие причиной госпитализации больных в психиатрический стационар, способствовали более быстрому развитию или декомпенсации СД 2 типа, требовавшему использование препаратов инсулина. В 44 случаях (21,7%) диагноз СД 2 типа впервые верифицирован в период госпитализации больных в отделение пограничных состояний. НТГ впервые выявлено в 46,8% случаев.

По данным S. Herpertz et al. (2000), уровень гликемии ассоциируется с выраженностью психосоциального стресса и потребностью инсулина, но не с типом СД. В ряду неблагоприятных факторов, оказывающих воздействие на течение СД, рассматриваются психотравмирующие события, психический стресс (Коркина М.В. и соавт., 1997; Сидоров П.И. и соавт., 2000; Eaton W.W., 1996; Mooy J.M., 2000; Surwit R.S., 2002).

Факторы прогнозирования сахарного диабета у больных с пограничными психическими расстройствами

Для построения моделей взаимосвязи соматического и психического состояния и прогнозирования СД у пациентов с ПР использован метод логистической регрессии. В общей группе больных с ПР процент точного прогнозирования (Concordant) колебался от 74,5 до 92,7% в зависимости от числа обследованных (155-203 человек) и количества введенных предикторов.

Среди предикторов, являющихся значимыми показателями соматического и психического состояния пациентов с СД, наиболее важное значение имели уровень гликемии ($p=0,0001$); давность ПР ($p=0,0002$); ИМТ ($p=0,0001$); стрессорные факторы (жизненные события) ($p=0,0001$); вегетативные расстройства ($p=0,0005$); возраст начала ПР ($p=0,0118$); психопатологическое состояние пациента ($p=0,0029$); субъективное отношение пациента к своему заболеванию ($p=0,0046$); отягощенность семейного анамнеза по эндокринной патологии ($p=0,0437$). Анозогнозия по отношению к явным признакам соматического заболевания сочеталась у пациентов с чрезмерной, недифференцированной тревожностью в отношении своего здоровья в целом, опасениями или страхом смерти, неудовлетворенностью своим состоянием и существующим положением, снижением активности, неадекватной оценкой собственных возможностей. Анозогностическое отношение к факту болезни было выявлено в исследованиях M.E.Garay-Sevilla (1999).

В другом варианте уравнения логистической регрессии при максимальном проценте правильного прогнозирования (Concordant=80,5%; Somers'D=0,656) ведущим предиктором оказался признак пессимизм ($p=0,0002$), отражающий низкую оценку собственных возможностей пациента, а также снижение активности, депрессивное состояние. Фактор пессимизм, снижение активности и настроения, один из 12 других предикторов, с первого шага обеспечивал 28,6% правильного прогнозирования вероятного развития СД. В процедуре пошагового отбора предиктор уровень гликемии ($p=0,0001$) был включен алгоритмом в данное уравнение лишь на третьем шаге. Среди дифференцированных прогностических признаков, характеризующих текущее психопатологическое расстройство, наиболее часто выявлялись гипотимия, тревожность, астения, вегетативные дисфункции, в 28,6% случаев - депрессивное состояние.

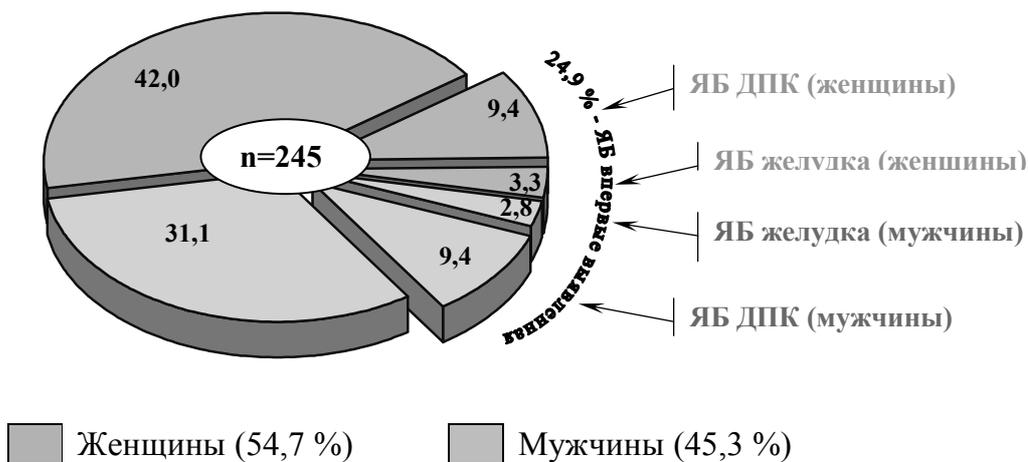
Таким образом, в исследуемой группе больных для оценки вероятного прогнозирования СД, степени риска сосудистых осложнений, наряду с выявленными ассоциированными соматическими заболеваниями и состояниями (СД, ГБ, ИБС, ожирение, метаболические нарушения в спектре липидов крови и углеводного обмена), следует учитывать психические и психосоциальные факторы, которые могут быть использованы в качестве дополнительных критериев оценки стратификации риска при разработке методов лечения и превенции (давность ПР, соотношение возраста манифестации ПР и СД, возраст пациента, стрессорные факторы (жизненные события), ведущий психопатологический синдром.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЭРОЗИИ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Язвенная болезнь и изолированные гастродуоденальные эрозии у пациентов с пограничными ПР относятся к часто встречающимся заболеваниям как у мужчин, так и у женщин. Среди обследованных с ЯБ - 54,7% женщин и 45,3% мужчин; среди пациентов с ГДЭ - 50,5% женщин и 49,5% мужчин. Анализ таблиц сопряженности позволил выявить наличие статистически значимых взаимосвязей между ПР и ЯБ ($df=3$; $\chi^2=24,826$; $p=0,001$; $\phi=0,131$), а также ПР и ГДЭ ($df=3$; $\chi^2=19,165$; $p=0,001$; $\phi=0,115$).

В 61 случае (24,9%) ЯБ была *впервые выявлена* в период госпитализации пациентов в отделение пограничных состояний (12,7% женщин, 12,2% мужчин) (рис.5). Впервые выявленные *гастродуоденальные эрозивные поражения* составили 82 случая (73,8%), наблюдались у 35,1% женщин и 38,7% мужчин от общего числа пациентов с изолированными ГДЭ.

Исследование структуры ПР у 245 пациентов с ЯБ в зависимости от локализации язвенного дефекта и пола пациентов показало, что у больных с ЯБ ДПК аффективные расстройства составили 13,0%, у больных ЯБЖ – 10,5%. В обоих случаях аффективные расстройства были выявлены преимущественно у женщин по сравнению с мужчинами ($p<0,001$), максимальный удельный вес которых (депрессивный эпизод, дистимия) составил 20,4% в группе женщин с ЯБ ДПК.



Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства встречались в 48,5% случаев при ЯБ ДПК и в 46,1% - при ЯБЖ. Выявлены у женщин в 52,2% случаев, у мужчин в - 36,0% ($p<0,05$) в одинаковых соотношениях при ЯБ ДПК и ЯБЖ. Максимальный удельный вес невротических расстройств составил 56,1% у женщин с ЯБЖ, минимальный - 34,3% у мужчин с ЯБЖ. Органические ПР выявлены в 29,6% случаев при ЯБ ДПК и в 38,2% при ЯБЖ. У женщин диагностированы в 15,7% случаев, у мужчин - в 52,3% ($p<0,001$). Максимальный удельный вес органических расстройств (62,9%) определен у мужчин с ЯБЖ, минимальный (15,0%) – у женщин с ЯБ ДПК. Расстройства личности обнаружены в 13,6% случаев при ЯБ ДПК и в 10,5% при ЯБЖ, у женщин - в 14,9%, у мужчин - в 9,0% ($p<0,05$).

Психическое состояние больных с ЯБ ДПК характеризовалось преобладанием аффективных расстройств и расстройств личности, которые наиболее часто диагностировались у женщин. Органические ПР чаще выявлялись у мужчин с ЯБЖ. Частота невро-

тических расстройств при ЯБ ДПК и ЯБЖ была одинаковой и составила 52,2% у больных ЯБ.

Психическое состояние пациентов, квалифицированное на синдромальном уровне, отличалось разнообразной психопатологической симптоматикой при различных фазах течения ЯБ. Установлены статистически значимые взаимосвязи между ЯБ и психопатологическими синдромами в общей группе пациентов ($df=7$; $\chi^2=39,161$; $p=0,001$; $\phi=0,170$) и в группах мужчин ($df=7$; $\chi^2=19,055$; $p=0,008$; $\phi=0,211$) и женщин ($df=7$; $\chi^2=27,138$; $p=0,001$; $\phi=0,171$). Взаимосвязи с психопатологическими синдромами обнаружены и в общей группе пациентов с ГДЭ ($df=7$; $\chi^2=19,888$; $p=0,006$; $\phi=0,121$).

В зависимости от вида гастродуоденальной патологии, стадии течения ЯБ определены различия в психопатологической картине больных. С помощью анализа таблиц сопряженности изучена сравнительная частота ведущих психопатологических синдромов ($df=63$; $\chi^2=89,447$; $p=0,016$; $\phi=0,382$) и сочетанной (коморбидной) психопатологической симптоматики ($df=63$; $\chi^2=611,975$; $p=0,001$; $\phi=0,819$), обусловивших формирование текущего ПР у больных ЯБ и ГДЭ.

В результате многофакторного анализа установлена взаимосвязь фазы течения язвенного процесса (клинико-эндоскопической характеристики развития, рецидива или обострения ЯБ, затухающего обострения, ремиссии), возраста первых проявлений и продолжительности ПР, пола пациентов ($df_1=10$; $df_2=245$; $F=2,91$; $p=0,0018$), ($df=5$; $F=2,63$; $p=0,0242$). Во всех случаях рецидива или обострения ЯБ при наличии язвенного или эрозивного дефекта, соответствующего разным стадиям язвенного процесса, появление психического расстройства предшествовало эндоскопической диагностике ЯБ и у мужчин, и у женщин с пограничной психической патологией.

Полиморфизм психопатологических расстройств, их динамика у больных с ЯБ и ГДЭ определялись клинической динамикой язвенного или эрозивного процесса - от стадии «свежего» язвенного или эрозивного дефекта до стадии эндоскопической ремиссии, а также полом пациентов.

Сравнительная клинико-эндоскопическая и клинико-психопатологическая характеристика больных ЯБ и ГДЭ представлена в таблице 12. Частота психических расстройств у больных язвенной болезнью и гастродуоденальными эрозиями в зависимости от клинико-эндоскопической характеристики отражена на рисунках 6а и 6б.

У пациентов, в психическом состоянии которых доминировали депрессивные расстройства независимо от их нозологической природы (депрессивный эпизод, дистимия, реакции на тяжелый стресс и нарушения адаптации, нозогенные реакции), при эндоскопическом исследовании преимущественно выявлялся «свежий» язвенный дефект или эрозивное поражение гастродуоденальной слизистой.

У больных, при эндоскопическом исследовании которых обнаруживался язвенный дефект слизистой на фоне рубцовой деформации луковицы ДПК, сочетающейся с ГДЭ, в психическом состоянии преобладали симптомы депрессии, дистимии и усиливались симптомы ипохондрии. Ипохондрическая симптоматика была наиболее выраженной у больных с рецидивирующим течением ЯБ, протекающей на фоне рубцовых изменений луковицы ДПК и эрозивных дефектов, характеризующейся длительным периодом обострения и продолжительной стадией затухающего обострения. По мере стихания воспалительного процесса, уменьшения признаков обострения и формирования рубца у больных ЯБ нарастала тревожно-депрессивная, тревожная, тревожно-фобическая, истерическая (конверсионная) симптоматика, достигая максимума у пациентов с ЯБ в стадии эндоскопической ремиссии.

Таблица 12

Клинико-эндоскопическая и психопатологическая характеристика пациентов в зависимости от фазы, стадии течения язвенной болезни и гастродуоденальных эрозий

Ведущие психопатологические синдромы	Деформация луковицы ДПК (n=53)	Язвенный дефект (n=15)	Язвенный дефект, рубцовая деформация луковицы (n=39)	Стадия рубцевания язвы и рубцовая деформация ДПК (n=36)	Стадия рубцевания язвы (n=49)	Изолированные гастродуоденальные эрозии (n=111)	Эндоскопическая ремиссия (n=53)
Депрессивный	45,3	53,3	41,0	33,3	44,9	35,1	33,9
Дистимический	17,0	13,3	30,8	13,9	12,2	15,3	11,3
Ипохондрический	2,0	6,7	7,7	16,7	4,1	7,2	5,7
Тревожно-депрессивный	11,3	13,3	10,3	11,1	18,4	11,7	9,5
Тревожно-фобический	9,4	6,7	7,7	13,9	12,2	18,1	17,0
Истерический	7,5	0	2,5	2,8	6,2	7,2	11,3
Астенический	7,5	6,7	0	8,3	2,0	5,4	11,3

Частота сочетанных синдромов в структуре ведущих психопатологических синдромов (в %)

24,6 24,7 15,1 40,0 20,0 0,7 30,8 21,5 7,7 14,0 16,6 19,9 22,5 28,5 16,3 10,8 2,7 3,6 17,0 28,2 18,9
I II III I II III

Синдромы, сочетанные с ведущими:
I – Астенический синдром
II – Ипохондрический синдром
III – Истерический синдром

I II III

I II III

Ведущий психопатологический синдром, обусловивший максимально значимые статистические различия в группах

Наряду с ведущими психопатологическими синдромами выявлялись нозофобии ипохондрического содержания (канцерофобия, кардиофобия), сенестопатии, дисфория, конверсионные наслоения. Наибольший удельный вес сочетанных психопатологических расстройств встречался у 58,6% больных с ЯБ в стадии эндоскопической ремиссии и у 52,8% пациентов с рубцовой деформацией луковицы ДПК. Приблизительно в одинаковой степени выявлялись у больных с ЯБ в фазе обострения или рецидива - в 45,4% и у больных с ГДЭ - в 43,2%.

Невротические расстройства наиболее часто встречались у больных с разными фазами и стадиями течения ЯБ и ГДЭ. Отличительные особенности психического состояния больных обусловлены также органическими, аффективными расстройствами и расстройствами личности. В фазе «свежего» язвенного дефекта, обострения или рецидива ЯБ у пациентов преобладали органические и аффективные расстройства. По мере стихания признаков воспаления, в стадии затухающего обострения увеличивалось число расстройств личности, при этом уменьшалась доля органических расстройств. В фазе эндоскопической ремиссии и клинически невыраженных признаков воспалительного процесса у больных ЯБ психическое состояние характеризовалось преимущест-

венно невротическими расстройствами и расстройствами личности. Вероятно, личностные расстройства в этих случаях являлись конституционально-биологическими предрасполагающими факторами, участвовавшими в механизмах развития или рецидива язвенной болезни.

Рисунок 6а. Частота психических расстройств у больных язвенной болезнью и гастродуоденальными эрозиями в зависимости от клинико-эндоскопической характеристики

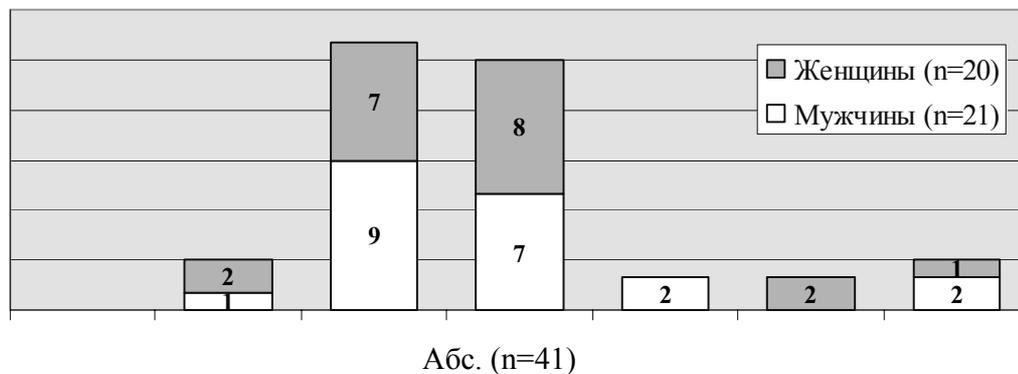
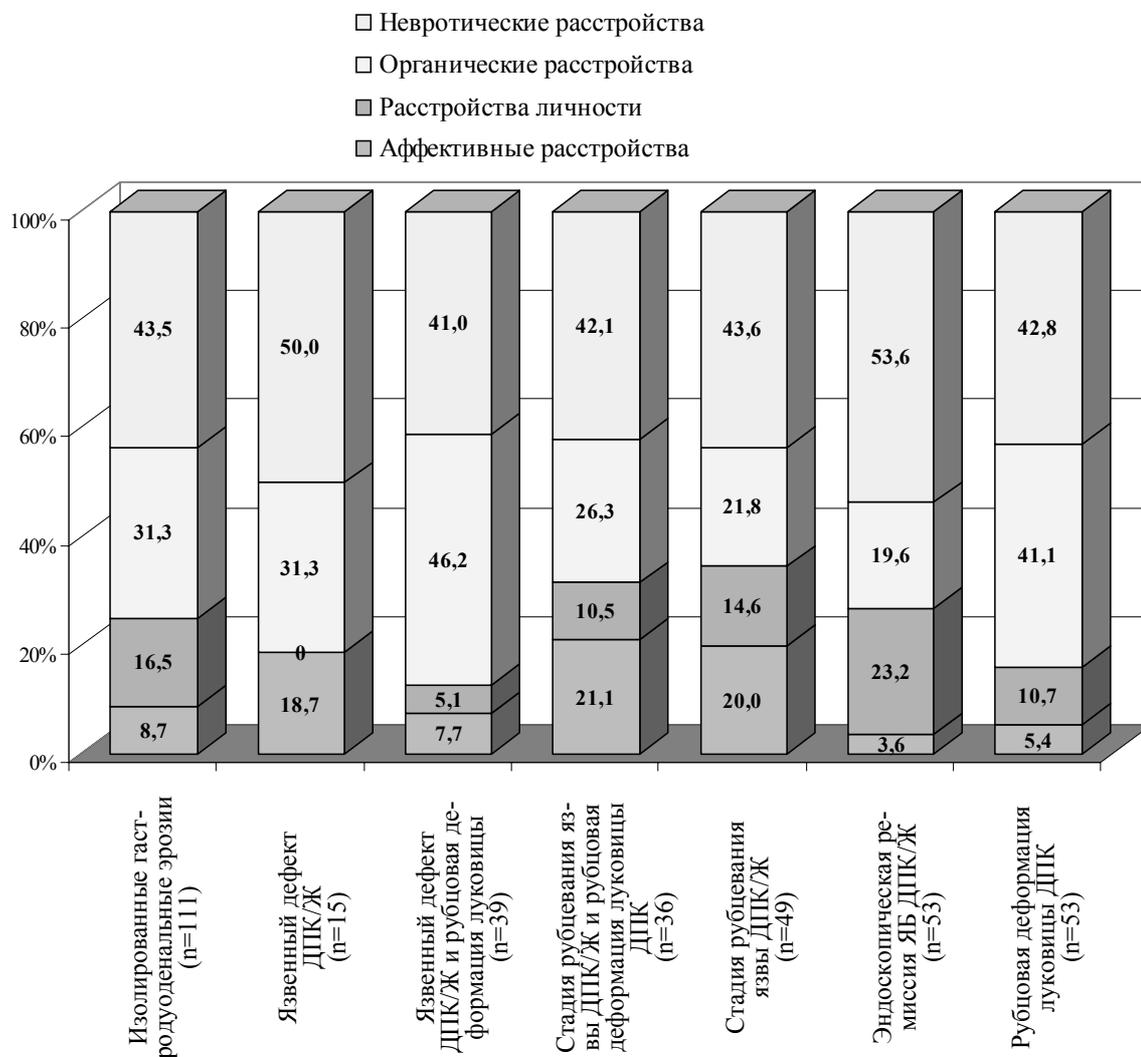


Рисунок 6б. Частота гастродуоденальных эрозий в зависимости от фазы и стадии течения язвенной болезни у больных с пограничными психическими расстройствами

Невротические расстройства в зависимости от глубины поражения и динамики от невротической реакции до невротического развития личности занимали промежуточное положение. Бессимптомное течение ЯБ сопровождалось невротическими реакциями. У пациентов с истерическими и зависимыми чертами личности наблюдались снижение стрессоустойчивости и формирование стойких невротических расстройств. Декомпенсации психического состояния, обусловленного провоцирующими психотравмирующими факторами, сопутствовали обострение или рецидив ЯБ. В связи с этим до определенного момента ЯБ не диагностировалась. Таким образом, данные факторы можно рассматривать как дополнительные факторы агрессии в этиопатогенетических механизмах нарушенного равновесия между факторами агрессии и защиты в течении язвенной болезни.

Язвенная болезнь у пациентов с ПР не имела выраженных клинических признаков болевого или диспепсического синдрома. Периоды обострения или рецидивов длительное время протекали бессимптомно. Первые клинические признаки в виде невыраженных алгических, диспепсических симптомов проявлялись в периоды декомпенсации ПР на фоне актуальных психопатологических расстройств, явившихся причиной обращения за консультативной помощью к психиатру, которые по сути маскировали соматические нарушения. К таким проявлениям отнесены абдоминалгии неопределенной локализации, не связанные с приемом пищи, явления дисфагии, ком в горле, кардиалгии, сердцебиение, респираторные нарушения, кожные парестезии и ощущения онемения.

Позднее первичное выявление ЯБ у пациентов с пограничными ПР наиболее характерно для женщин. Трудности диагностики определялись отсутствием классической симптоматики ЯБ и «язвенной настороженности» у врача при обследовании женщин. Во всех случаях обострения, рецидивирующего течения ЯБ начало манифестации ПР было первичным по отношению к моменту диагностирования впервые выявленного язвенного или эрозивного дефекта слизистой или рецидива язвенного дефекта, или стадии рубцевания язвы. Клинические симптомы ЯБ в период развернутой клинической картины ПР зачастую оставались незамеченными или неправильно интерпретированными.

Вариант течения ЯБ в этом случае определялся атипичностью алгического синдрома, его мозаичной характеристикой, обусловленными не столько нозологической категорией, сколько своеобразием и полиморфизмом проявлений психопатологического синдрома, сопровождающегося сенестопатическими включениями у больных с ипохондрическими расстройствами, а также яркими вегетативными дисфункциями и конверсионными проявлениями у пациентов с истерическими расстройствами, которые можно рассматривать как потенциальные эквиваленты ЯБ, особенно в группе женщин. Трудности выявления ЯБ также обусловлены личностными особенностями больных, фиксацией их на психотравмирующих ситуациях. ЯБ встречалась у женщин со смешанными чертами личности (истерозпилептоидными, истерозбудимыми, истеропсихастеническими, мозаичными). У женщин с ГДЭ была обнаружена связь с истерическими и тормозимыми чертами характера. Анализ личностных особенностей у мужчин показал, что ЯБ чаще встречалась у лиц при психастеническом и тормозимом типах.

На бессимптомность или малосимптомность предшествующего рецидивирующего течения ЯБ указывало то, что в 52,2% случаев у пациентов с ПР диагностировались рубцовые изменения или деформация луковицы ДПК. Оценка психиатрами описанного болевого синдрома как соматоформного, фобического или другого расстройства не позволяла купировать его использованием только психотропных препаратов. Присоединение классической схемы терапии ЯБ обеспечило достижение положительного эффекта как в лечении расстройств психической сферы, так и ЯБ. Своевременное лече-

ние расстройств адаптации и других расстройств невротического круга адекватными дозами психотропных препаратов, присоединение профилактической противоязвенной терапии базисными препаратами (блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, в частности фамотидина, сочетающегося с небольшими дозировками сульпирида 100 мг/сут), позволяло предотвратить развитие рецидива или обострения язвенной болезни.

Факторы прогнозирования язвенной болезни и гастродуоденальных эрозий у пациентов с пограничными психическими расстройствами

В соответствии с задачами исследования методом логистической регрессии установлена значимость психосоциальных, психологических факторов в развитии и течении ЯБ и ГДЭ, наряду с другими известными этиопатогенетическими факторами. У пациентов с язвенно-эрозивными гастродуоденальными заболеваниями определены неспецифические для ЯБ клинические симптомы соматического, психического, психологического уровней, препятствующие их своевременной диагностике.

Оценка параметров уравнений логистической регрессии показала высокую степень прогнозирования ЯБ (Concordant 77,0-83,1%; Somers' D 0,543-0,622). Для общей группы больных ЯБ значимым прогностическим фактором являлся признак наследственной предрасположенности, отягощенности семейного анамнеза по заболеваниям ЖКТ ($p=0,0001$), который с первого шага логистического уравнения обеспечивал 24,0% правильного прогнозирования ЯБ у пациентов с пограничными ПР. Из соматических факторов имели значение наличие хронического гастрита, дуоденита (гастродуоденита), инфицированных НР ($p=0,0015$); желчнокаменной болезни ($p=0,0300$); показатели иммунного статуса (изменение количественного содержания Т- и В-лимфоцитов) ($p=0,0174$), фактор агрессии - дуоденогастральный рефлюкс ($p=0,0015$).

По мнению ряда авторов (Епишин А.В. и соавт., 1988; Белобородова Э.И., 1995; Циммерман Я.С., Михалева Е.Н., 2000), дисбаланс иммунной системы является одним из неблагоприятных прогностических критериев ЯБ. Многофакторным анализом установлена взаимосвязь показателей гуморального звена иммунитета у больных ЯБ и ГДЭ с невротическими ПР ($df=4$; $F=2,66$; $p=0,0388$), ($df=4$; $F=2,98$; $p=0,0241$). На фоне угнетения показателей клеточного иммунитета повышена концентрация сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов М, А. У пациентов с невротическими расстройствами и выявленной ЯБ уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) составил $138,43 \pm 71,94$ усл. ед; у больных с невротическими расстройствами, не имевших ЯБ, уровень ЦИК оставался в пределах $106,83 \pm 50,46$ усл. ед. Обнаружен эффект взаимосвязи невротических расстройств и повышения концентрации сывороточных IgM, составившей $1,57 \pm 0,59$ г/л у больных с ЯБ ($df=3$; $F=4,00$; $p=0,0106$). Выявлен эффект взаимодействия невротических расстройств и расстройств личности с повышенным содержанием IgA ($2,59 \pm 0,94$ г/л) у больных ЯБ по сравнению с группами пациентов без ЯБ ($df=3$; $F=3,12$; $p=0,0272$).

В данной когорте пациентов с ЯБ прогностическое значение имели психосоциальные факторы: давность ПР ($p=0,0001$); возраст начала ПР ($p=0,0013$); стрессорные факторы: жизненные события ($p=0,0021$); медицинские факторы ($p=0,0002$); факторы семейно-бытового плана ($p=0,0379$); условия воспитания в детстве (строгое воспитание) ($p=0,0324$); семейное положение (бракоразводная ситуация) ($p=0,0136$).

Факторы, имеющие клиническое значение, но не являющиеся специфическими симптомами ЯБ, представлены психическими, психовегетативными, соматовегетативными предикторами: психопатологический синдром, определяющий текущее психическое состояние ($p=0,0009$); пароксизмы страха смерти ($p=0,0006$); гипотимия ($p=0,0003$); ипохондрическая фиксация на соматических ощущениях ($p=0,0124$); гипертензивные кризы

с вегетативными проявлениями ($p=0,0017$); парестезии, ощущения онемения ($p=0,0025$), дизурические расстройства ($p=0,0252$); слезливость ($p=0,0299$). Для этих пациентов характерна такая форма защиты, как «бегство в болезнь» ($p=0,0084$).

Примечательным был порядок предикторов в данном уравнении. Значимым фактором, вошедшим в уравнение с первого шага, был признак наследственной принадлежности по заболеваниям ЖКТ. Далее алгоритмом отобраны предикторы, составившие группу с практически одинаковым процентом предсказания, которые отнесены к провоцирующим факторам развития ЯБ: стрессорные жизненные события, гипотимия, давность ПР. Роль этих предикторов в развитии ЯБ возрастала при наличии факторов медицинского характера (соматические заболевания, травмы, периоды гормональной перестройки, нарушения эндокринной регуляции, состояние иммунной системы, хеликобактерный гастрит, гастродуоденит, рефлюксная болезнь).

Следующая группа предикторов характеризовалась клиническими симптомами соматических, психических и психовегетативных проявлений (ведущий психопатологический синдром, вегетативные расстройства), указывающих на вторичный характер возникновения в период декомпенсации как ПР, так и соматического заболевания. Совокупность перечисленных факторов составила 81,0% правильного прогнозирования ЯБ у пациентов с ПР.

Анализ прогностических факторов ЯБ у пациентов с пограничными ПР выявил отличительные особенности в подборе предикторов в *группах мужчин и женщин* при общем значимом предикторе семейной отягощенности по заболеваниям ЖКТ. Психическое состояние у *мужчин* обусловлено преимущественно факторами экзогенно-органического происхождения ($p=0,0023$), при которых важную роль играли медицинские стрессорные факторы ($p=0,0018$). У *мужчин* ЯБ протекала на фоне других соматических заболеваний: хронической бронхообструктивной болезни ($p=0,0010$); НТГ или СД 2 типа ($p=0,0002$); хронического НР-гастродуоденита, рефлюксной болезни ($p=0,0379$). Выявлялись симптомы депрессии (гипотимия) ($p=0,0016$); тревоги ($p=0,0457$); кардиалгии ($p=0,0079$); ком в горле ($p=0,0024$); неудовлетворенность общим состоянием ($p=0,0163$). Имели значение социальное положение в обществе, уровень образования ($p=0,0340$); отягощенность семейного анамнеза по психопатологии ($p=0,0110$); ССЗ ($p=0,0261$). Прогностический уровень перечисленных предикторов составил $\text{Concordant}=84,6\%$ и $\text{Somers'D}=0,693$.

Психическое состояние *женщин* с ЯБ взаимосвязано с психотравмирующим воздействием стрессорных факторов (жизненных событий) ($p=0,0160$); межличностными проблемами ($p=0,0198$); стрессорными медицинскими факторами ($p=0,0167$), которые являлись причинами невротических расстройств, расстройств адаптации, реакций на тяжелый стресс. Имели значение возраст начала ПР ($p=0,0096$); давность ПР ($p=0,0001$); условия воспитания в детском возрасте ($p=0,0133$), отягощенность семейного анамнеза по психопатологии ($p=0,0041$). Предрасполагающими факторами были дисгормональные нарушения, связанные с периодами возрастных изменений, дисфункциями яичников (дисменорея, климакс) ($p=0,0247$); заболевания щитовидной железы ($p=0,0052$); заболевания кишечника (СРК) ($p=0,0092$); иммунные нарушения, бронхиальная астма и респираторный аллергоз ($p=0,0011$). При этом ЯБ протекала на фоне выраженных вегетативных расстройств с пароксизмами страха смерти ($p=0,0024$); гипертензии ($p=0,0092$); отмечены дизурические нарушения ($p=0,0249$); парестезии ($p=0,0046$); неустойчивость настроения ($p=0,0013$); аффективная несдержанность ($p=0,0080$); слезливость ($p=0,0374$), демонстративность (эгоцентризм) ($p=0,0040$). Были характерны высокий уровень депрессивных расстройств ($p=0,0061$), ипохондрическая фиксация на телесных ощущениях ($p=0,0280$). Прогнозирование ЯБ у *женщин* достигало $\text{Concordant}=82,8\%$; $\text{Somers'D}=0,660$.

Пациенты с *эрозивными поражениями слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки* имели отличительные особенности в подборе спектра предикторов. В процедуре пошагового отбора с первого шага логистического уравнения алгоритм отобрал предиктор – абдоминалгии ($p=0,0001$), который характеризовался необычными или неопределенными болевыми ощущениями в различных частях живота при отсутствии типичной «язвенной» алгической симптоматики. Абдоминалгии в качестве эквивалентных симптомов, наряду с наследственной отягощенностью по заболеваниям ЖКТ ($p=0,0155$), НР-инфицирования ($p=0,0038$), характерологическими особенностями личности ($p=0,0018$), синдромом гипервентиляции ($p=0,0003$), синдромами дисплазии соединительной ткани сердца (ПМК, АРХ) ($p=0,0098$), ипохондрической фиксацией на состоянии своего здоровья и соматических проявлениях ($p=0,0025$), нарушением социальной адаптации ($p=0,0289$) и другими факторами, в 83,1% случаев обеспечивали правильное прогнозирование заболевания.

В прогнозировании ГДЭ у мужчин имели значение не только медицинские факторы ($p=0,0102$), но и психогенные, которые вошли в качестве предикторов как стрессорные факторы семейно-бытового и межличностного характера ($p=0,0222$); ПР ($p=0,0041$); гипотимия ($p=0,0088$); застреваемость ($p=0,0380$). Соматические заболевания представлены хроническим описторхозом ($p=0,0387$); НТГ или СД 2 типа ($p=0,0001$), хроническим обструктивным бронхитом ($p=0,0236$), вегетативными кардиальными расстройствами ($p=0,0019$), пароксизмами гипертензии ($p=0,0044$).

В прогнозировании ГДЭ у женщин с семейной отягощенностью по заболеваниям ЖКТ усиливалось неблагоприятное влияние соматических заболеваний, стрессорных медицинских факторов ($p=0,0007$), учитывалось психическое состояние пациенток, характеризовавшееся симптомами депрессии ($p=0,0001$), ипохондрическими переживаниями ($p=0,0004$), при этом существенным фактором являлась давность психического расстройства ($p=0,0006$).

Результаты проведенного исследования позволили выявить ряд клинических и статистически значимых факторов внутренней и внешней агрессии, оказывающих неблагоприятное провоцирующее воздействие на развитие психосоматического заболевания. Реализация указанных механизмов происходила на нескольких уровнях: конституциональном-биологическом, личностном и социальном. Изменения в любом звене сложного динамического процесса, рассматриваемого в рамках системы известных взаимодействующих факторов агрессии и защиты, могут приводить к нарушению их равновесия под влиянием неблагоприятных факторов, прежде всего воздействующих на нейроэндокринные механизмы регуляции нормального баланса. В перечень факторов, способствующих развитию ЯБ и появлению ГДЭ, диагностическим алгоритмом отобраны соматические сопутствующие заболевания и состояния (хронический гастродуоденит, ассоциированный НР, заболевания гепатобилиарной системы, ЖКБ, хронический описторхоз, заболевания сердечно-сосудистой и эндокринной систем, дисгормональные нарушения у женщин, дисбаланс иммунной системы), выступающие в роли медицинских стрессорных факторов.

В равной степени к значимым для пациентов с ЯБ и ГДЭ были отнесены психологические и психосоциальные факторы. Стрессорные факторы являлись ведущими предикторами из группы психосоциальных, обусловившими развитие ПР. Текущее психическое состояние больных с язвенными и эрозивными процессами определялось не только видом психопатологии, но и было взаимосвязано с локализацией процесса, фазой течения и стадией ЯБ, полом пациентов. При этом имели значения тесные взаимоотношения возрастных факторов: возраста начала психического расстройства, возраста начала (первичной диагностики) язвенного или эрозивного процесса, длительности воздействия ПР на соматическое состояние пациента. «Перевес» факторов психиче-

ского и психологического воздействия над соматическими приводил к тому, что у пациентов с пограничными ПР язвенная болезнь длительное время не диагностировалась и выявлялась на стадии уже сформировавшейся рубцовой деформации луковицы ДПК. Клиническими эквивалентами в течении ЯБ становились симптомы соматического, соматовегетативного, психовегетативного, психического, психологического характера, затрудняющие ее своевременную диагностику. Конституционально-биологические значимые факторы были представлены отягощенностью семейного анамнеза по заболеваниям ЖКТ и психопатологии, личностными особенностями пациентов, состоянием эндокринной и иммунной систем. К предрасполагающим факторам отнесены ряд социально значимых: условия воспитания в детском возрасте, уровень образования, социальное положение. Совокупность наследственно-обусловленных, соматических, психических, психологических, социальных факторов оказывала влияние на клинические особенности течения ЯБ и ГДЭ у пациентов с психическими расстройствами. Своеобразие клинических проявлений наиболее выражено у женщин с пограничными психическими расстройствами.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Амбулаторно-поликлинические учреждения по-прежнему остаются ведущими в системе охраны и укрепления здоровья населения, оказывая необходимые диагностические и лечебные мероприятия 80-85% больных, вследствие этого их следует рассматривать как перспективный этап для реализации комплексных профилактических программ преемственного и динамического наблюдения за больными терапевтического профиля с пограничными психическими расстройствами.

В условиях общемедицинской сети оптимальной для практического внедрения представляется интегративная модель взаимодействия специалистов разного профиля (интерниста/терапевта, психиатра, психотерапевта), функционирующая на всех этапах - от амбулаторно-поликлинического до специализированного стационарного в плане решения совместных клинико-диагностических, терапевтических, профилактических и реабилитационных задач, вопросов медико-социальной экспертизы. Организация специализированной котерапевтической помощи обеспечивает не только преемственное, но и проспективное (долговременное) наблюдение психосоматических больных в различных структурных подразделениях территориальной поликлиники: в терапевтических отделениях (участковые терапевты, врачи общей практики), в дневном стационаре поликлиники. В связи с этим общесоматические ЛПУ (региональные и территориальные поликлиники, стационары) являются важным звеном, а в некоторых случаях и определяющим своевременность распознавания ПР у пациентов с соматическими заболеваниями. Это возлагает на врачей общесоматических ЛПУ ответственность за принятие правильного тактического решения. Сочетание психопатологических и соматических нарушений вызывает дифференциально-диагностические трудности при первичной диагностике патологии внутренних органов, в одинаковой мере - при распознавании ПР, что требует проведения дополнительных специализированных клинико-диагностических и консультативных исследований. Реализация интегративного подхода должна осуществляться прежде всего доступностью котерапевтической помощи, согласованными действиями специалистов, психосоматической подготовкой врача общей практики и активным участием самого пациента.

Своевременной диагностике заболеваний внутренних органов у пациентов с пограничными ПР способствовали созданные алгоритмы по выявлению «общих» соматопсихических, психовегетативных симптомов, обуславливающих дифференциально-

диагностические трудности. Построение алгоритма основывалось на разработанной схеме обследования психосоматического больного. Первым этапом является тщательно собранный анамнез, позволяющий выяснить конституционально-биологические особенности и ФР семейной соматической и психической отягощенности. Второй этап - уточнение механизмов формирования соматического заболевания и пограничных ПР, выявление инициирующих причин различной природы (соматических, психических, социально-психологических), а также определение удельного веса и роли каждого фактора в структуре многофакторной концепции. Клиническое интервьюирование больного и клиничко-лабораторное обследование соматического и психопатологического состояния пациента позволяет выявить общие симптомы на основе дифференциальной оценки заболеваний внутренних органов с учетом других уже выявленных ФР. Основным принципом построения алгоритма и выявления общих симптомов заключается в использовании системного подхода к изучению совокупности ФР различной природы мультифакториальных заболеваний.

В программе реабилитации психосоматических пациентов основное место занимает комбинированная соматотропная и психофармакотерапия, наряду с психотерапевтическими методами. При лечении психических расстройств у пациентов, страдающих соматическими заболеваниями, возникают определенные сложности, обусловленные необходимостью одновременного назначения различных видов психотропной терапии и средств, используемых в клинике внутренних болезней. Наличие хронической соматической патологии или первичное ее выявление у больных, находящихся на госпитализации в специализированном психиатрическом стационаре, требует вмешательства интерниста с целью присоединения оптимальной схемы медикаментозной этиопатогенетической фармакотерапии.

Доминирование психопатологических расстройств, нарушающих социальное функционирование пациентов, определяло выбор психофармакотерапии и дозы антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков. Для лечения психических расстройств назначались тимоаналептики: трициклические антидепрессанты (амитриптилин, амиксид), коаксил; селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (золот, флуоксетин). Из группы анксиолитиков наиболее часто использовались производные бензодиазепа - диазепам, валиум, феназепам, лоразепам, транксен, трапекс, грандаксин, атаракс. Нейролептики: фенотиазины (сонапакс, терален, неулептил), галоперидол, сульпирид (эглонил). Результаты показали высокую эффективность лечения психосоматических больных с невротическими расстройствами - 81,5%. В общей группе пациентов с пограничными психическими расстройствами в целом достигнуто выздоровление в 44,8% случаев, улучшение психического состояния - в 47,3%. Психофармакотерапия у данных пациентов была определяющей, длительность ее соответствовала тяжести психического состояния пациентов. В силу выраженности психопатологической симптоматики психотропная терапия включала комбинацию, как правило, нескольких групп психотропных препаратов с максимально адекватной дозировкой препарата целенаправленного действия.

При назначении сочетанной психотропной и соматотропной терапии осуществлялся выбор между формальным присоединением схемы лечения препаратами соматотропного действия или дифференцированным назначением при соблюдении принципов разработанных стандартов. Не менее важным является использование схем комбинированной сомато- и психотропной терапии на период длительной поддерживающей терапии в общей врачебной практике. По результатам протоколов наблюдения, например, в комбинации с психотропными препаратами наиболее эффективными и безопасными были ингибиторы АПФ (энап, диротон, престариум, эднит), бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, которые, назначались в виде курсовой и дли-

тельной терапии в дозировках, соответствующих степени риска сердечно-сосудистой патологии. Не обнаружено потенцирующего отрицательного взаимодействия с препаратами кардиопротективного действия (предуктал). К главным достоинствам фамотидина (H₂-блокатора гистаминовых рецепторов третьего поколения, кваматела), блокаторов протоновой помпы (омеза, омепразола) относится хорошая совместимость с психотропными препаратами. Выявлено эффективное использование нейролептика сульпирида (эглонила) в практике лечения психосоматических заболеваний. Препарат оказался незаменимым при сочетанной длительной базисной противоязвенной и антихеликобактерной терапии у пациентов с пограничными психическими расстройствами на фоне приема психотропных средств.

В процессе проводимой психотропной терапии у пациентов не отмечено отрицательной динамики течения заболеваний внутренних органов. Несмотря на выявленную патологию верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистых заболеваний (коронарной болезни сердца, артериальной гипертензии), сахарного диабета, пациенты продолжали лечение в психиатрическом стационаре. Внедрение разработанных оптимальных корригирующих лечебно-профилактических и реабилитационных программ, основанных на принципах комплексной рациональной и дифференцированной терапии (сокурации), позволяет достигнуть клинической эффективности не только в соматическом, но и в психическом статусе больных, что в целом оказывает положительное влияние на качество жизни и социальную адаптацию пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Высокая распространенность заболеваний внутренних органов среди пациентов специализированного психиатрического стационара (отделение пограничных состояний) отражает общемедицинскую проблему своевременного распознавания сочетанной соматической и психической патологии. Структура соматической патологии у 1350 обследованных больных включает ряд наиболее социально значимых заболеваний сердечно-сосудистой системы (гипертоническая болезнь – 51,8%, нейроциркуляторная дистония с синдромом артериальной гипертензии – 16,6%, ишемическая болезнь сердца - 9,8%); эндокринной системы (сахарный диабет 2 типа – 5,7%, нарушение толерантности к глюкозе – 9,3%); системы органов пищеварения (изолированные гастродуоденальные эрозии - 8,2%, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка - 18,1%). Большинство пациентов госпитализируются в порядке самообращения (35,5%) и по направлению психиатра (34,9%).

2. Клинико-динамический анализ невротических, аффективных, связанных со стрессом расстройств обнаруживает феноменологическое многообразие соматовегетативных и психовегетативных проявлений, маскирующих основные симптомы заболеваний внутренних органов. Дифференциально-диагностические трудности при раннем выявлении у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами коронарной болезни сердца, язвенной болезни, сахарного диабета обусловлены их атипичностью, стертой, недифференцированностью.

Манифестация пограничных психических расстройств предшествует первичному выявлению и верифицированной диагностике заболеваний внутренних органов.

На начальных этапах отмечается полиморфизм психопатологической симптоматики с преобладанием нозофобий (нозо-, кардио-, танато-), а также симптомов астении - у мужчин, сенестопатий и конверсионных расстройств - у женщин, при наличии «общих» соматовегетативных проявлений (кардиалгий - 60,1%; абдоминалгий - 64,7%; артралгий, миалгий - 36,8%; гипервентиляционных (41,9%) и дизурических (10,7%) расстройств).

Усиление тревожных и депрессивных расстройств, в структуре которых присутствуют соматические симптомы, выраженность психопатологических нарушений препятствуют верификации клинических признаков соматического заболевания и определяют необходимость дополнительной консультации психиатра.

3. Выявленная сочетанная соматическая и психическая патология представляет собой наиболее адекватную модель для изучения ее патогенетической общности или коморбидности при многомерном анализе клинико-функциональных, клинико-лабораторных, клинико-морфологических особенностей заболеваний внутренних органов и клинического полиморфизма непсихотических психических расстройств.

4. Анализ патогенетических условий формирования психосоматических заболеваний свидетельствует о роли психосоциальных факторов в механизмах психотравмирующего воздействия на пациентов, нарушающих их адаптационные возможности. Тяжелые психосоциальные стрессоры являются более значимыми для женщин (43,4% против 29,7% у мужчин), производственные и медицинские факторы - для мужчин (49,8 и 37,4% соответственно); семейно-бытовые конфликты и негативные межличностные отношения сохраняют актуальность для 61,8% женщин и 49,1% мужчин.

5. Комплексное клиническое обследование больных с пограничными психическими расстройствами подтверждает клинический полиморфизм психосоматических соотношений, взаимосвязанный с половым диморфизмом и психологическими особенностями личности. Анализ преморбидных личностных особенностей показал, что демонстративные черты преобладают у женщин (52,4%), тормозимые - у мужчин (27,9%). При направлении к психиатру из общесоматической сети для женщин характерны: фиксация на психотравмирующей ситуации; восприятие себя «тяжелобольной»; депрессивный тип реакции на заболевание; для мужчин - фиксация на неудовлетворительном физическом состоянии; склонность к самопорицанию и самообвинению; тревожно-депрессивная или анозогностическая реакции на соматическое заболевание.

6. Клинико-психопатологический анализ показывает гетерогенность непсихотических ПР у пациентов с патологией внутренних органов. Психические расстройства пациентов соответствуют невротическим, связанным со стрессом и соматоформным расстройствам в 55,3% случаев, органическим непсихотическим расстройствам - в 22,1%, специфическим расстройствам личности - в 15,0%, аффективным расстройствам - в 7,6%.

7. Клинико-динамический анализ позволяет установить закономерности формирования ишемической болезни сердца у пациентов с пограничными психическими расстройствами.

Пациенты с психовегетативными пароксизмальными состояниями в структуре тревожно-фобических расстройств и дислипидемией составляют группу высокого риска развития ИБС.

Тревожно-фобические расстройства, смешанные тревожно-депрессивные реакции и депрессивные расстройства у больных ИБС протекают на фоне атерогенной дислипидемии (гиперхолестеролемии, гиперацилтриглицеридемии, гипоальфахолестеролемии). Наиболее выраженная гипоальфахолестеролемия (менее 0,9 ммоль/л) наблюдается у больных ИБС с тревожно-фобическими расстройствами. Положительная динамика с редукцией ПР происходит одновременно с ростом уровня ХС-ЛПВП и снижением уровней ОХС и ХС-ЛПНП.

Усиление ФК стенокардии напряжения и прогрессирование коронарной болезни сердца сопровождается значимым увеличением частоты депрессивных расстройств.

8. Клинико-психопатологический анализ показывает гетерогенность непсихотических психических расстройств у пациентов с АГ, обусловленную характером и стадией течения, возрастом и полом пациентов.

Формирование ГБ I стадии и НЦД с повышением АД у пациентов в пограничными ПР происходит на фоне предшествующих невротических расстройств. Обнаружена взаимосвязь ГБ I стадии с расстройствами адаптации и реакциями на тяжелый стресс, тревожно-фобическими расстройствами, НЦД - с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами.

ГБ II стадии сопровождается развитием неврозоподобных расстройств, а у женщин - также депрессивных расстройств, возникновению которых способствует декомпенсация соматического состояния при провоцирующем влиянии хронических психострессоров.

Показатели САД, ДАД, ЧСС и суточных колебаний ЧСС обнаруживают прогностическую значимость в большей степени для женщин, чем для мужчин.

9. Анализ клинических, биологических, социально-психологических признаков, характеризующих состояние больных сахарным диабетом и коморбидными психическими расстройствами, позволяет выделить ряд закономерностей.

Манифестация психических расстройств предшествует развитию СД 2 типа и НТГ. Случаи СД, для компенсации которого требуется назначение препаратов инсулина, выявляются у женщин в течение первого месяца, у мужчин - первых шести месяцев от начала психического расстройства. Группу высокого риска составляют пациенты, у которых повышенный уровень гликемии ассоциирован с влиянием психострессоров и ПР депрессивного спектра. В текущем психическом состоянии больных сахарным диабетом 2 типа в 40% случаев доминирует депрессивная симптоматика. Наиболее частыми психопатологическими проявлениями при НТГ являются невротические, связанные со стрессом расстройства.

10. Клинико-психопатологический и клинико-динамический анализ показывает особенности формирования психосоматических соотношений при язвенной болезни и гастродуоденальных эрозивных поражениях.

Полиморфизм и динамика психопатологических нарушений при язвенной болезни и гастродуоденальных эрозивных поражениях взаимосвязаны с динамикой морфологических изменений язвенного или эрозивного процесса от стадии «свежего» язвенного или эрозивного дефекта до стадии эндоскопической ремиссии, локализацией и характером поражения, обнаруживающих различия у мужчин и женщин с пограничными психическими расстройствами.

Язвенная болезнь и изолированные гастродуоденальные эрозии относятся к часто встречающимся заболеваниям как у мужчин, так и у женщин с пограничными психическими расстройствами. Органические психические расстройства наблюдаются в 3,3 раза чаще у мужчин, страдающих ЯБ, в то время как аффективные расстройства - в 6,4 раза чаще у женщин с язвенной болезнью.

Более чем в половине случаев язвенная болезнь протекает на фоне расстройств адаптации и реакций на тяжелый стресс. Появление психопатологической симптоматики предшествует развитию, обострению либо рецидиву язвенного или эрозивного дефекта.

11. Методом логистической регрессии определен спектр клинических прогностических предикторов, который, наряду с известными специфическими для каждого заболевания факторами риска, включает значимые психические, психологические, психосоциальные факторы, обеспечивающие в совокупности высокий процент правильного прогноза. К ним относятся: соотношение возраста начала и продолжительности ПР и соматического заболевания; выраженность и структура психосоциальных стрессоров; ведущий психопатологический синдром в текущем психическом состоянии, определяющие диагноз психического расстройства, которые рассматриваются в качестве дополнительных факторов в оценке прогнозирования с учетом индивидуальных критериев степени риск-стратификации мультифакториальных соматических заболеваний.

12. Для усовершенствования медицинской помощи пациентам с сочетанной соматической и психической патологией в общесоматической сети предлагается алгоритм комплексного обследования и лечения психосоматического больного, основанный на выявлении «общих» симптомов коморбидных расстройств. Реализация данного интегративного подхода в диагностике и терапии психических расстройств непсихотического уровня у пациентов с сочетанной соматической патологией в отделении пограничных состояний позволяет достичь выздоровления в 44,8% случаев, клинического улучшения - в 47,3%. Наибольшая эффективность реабилитационных программ отмечена в группе пациентов с невротическими расстройствами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Оптимальной для практического внедрения представляется интегративная модель взаимодействия специалистов разного профиля (терапевта/интерниста, психиатра, психотерапевта) с целью согласования реабилитационной тактики (клинико-диагностических, терапевтических, превентивных задач и решение вопросов медико-социальной экспертизы) на всех этапах - от амбулаторно-поликлинического до специализированного стационарного. После окончания курса лечения в отделении пограничных состояний пациент с сочетанной соматической и пограничной психической патологией нуждается в динамическом и преемственном наблюдении в условиях поликлиники. Реализация интегративного подхода осуществляется прежде всего доступностью котерапевтической помощи, согласованными действиями специалистов, психосоматической подготовкой врача общей практики и активным участием самого пациента.

2. Предложенный алгоритм обследования психосоматического больного предусматривает оценку совокупности конституционально-биологических, соматических, психических, психосоциальных факторов с целью установления дополнительных прогностических критериев стратификации риска тяжести течения заболеваний внутренних органов при разработке индивидуальных методов лечения и профилактики в общей врачебной практике.

3. Для своевременного распознавания сочетанной соматической и психической патологии целесообразны выделение и дифференциально-диагностическая оценка «общих симптомов». Наиболее распространенными и значимыми соматовегетативными проявлениями являются кардиалгии, ощущения перебоев в работе сердца, учащенное сердцебиение, гипертензивные пароксизмы, ощущения внутренней дрожи, тремор, абдоминалгии, респираторные нарушения, ощущения кома в горле, артралгии, парестезии, онемение, дисменорея и предменструальное напряжение у женщин, кожный зуд, дизурия, дисфагия, которые требуют тщательной клинической интерпретации и всестороннего клинико-лабораторного и инструментального исследования.

4. Пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами представляют собой особую группу наблюдения с высоким риском первичного выявления заболеваний внутренних органов. В план обследования таких пациентов необходимо включить исследование спектра липидов крови, уровня гликемии или глюкозотолерантного теста и других методов клинической и инструментальной диагностики.

5. В подходах к лечению психосоматических пациентов основное место занимает комбинированная соматотропная и психофармакотерапия. Индивидуальное использование адекватных дозировок психотропных и соматотропных препаратов, включение в программу психотерапевтических комплексов является эффективным при проведении курсовой и длительной терапии. В частности, у больных ИБС, АГ, СД с пограничными психическими расстройствами на фоне приема поддерживающих доз психотропных препаратов назначение по показаниям ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, ан-

тагонистов кальция, ангио- и кардиопротекторов способствует положительной динамике соматического и психического состояния. Для профилактики рецидива ЯБ у пациентов с ПР, наряду с адекватными дозами психотропных препаратов, рекомендуется присоединение H₂-блокаторов (фамотидин 20 мг/сут). В целях длительной поддерживающей терапии в общей врачебной практике показано использование эглонила в сочетании с базисными противоязвенными препаратами у пациентов с пограничными психическими расстройствами.

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Особенности взаимосвязи системы гемостаза и уровня фибронектина у больных ишемической болезнью сердца // Тер. архив.- 1990.- № 8.- С.54-59. (соавт. Н.В. Канская, Р.С. Карпов, Т.В. Крашенина, В.М. Михайлова, О.Ю. Романько, М.Ю. Быкова).

2. Влияние флувастатина на липидный спектр плазмы крови у больных с различными факторами риска развития сердечных заболеваний // Человек и лекарство. III Рос. нац. конгр.: Тез. докл. – Москва, 1996.– С. 139. (соавт. Р.С. Карпов, Е.Ю. Коломин, А.В. Врублевский, Н.А. Федорова, И.В. Луста).

3. Клиническая динамика цефалгического синдрома соматогенной природы при пограничных нервно-психических расстройствах // Научно-орг. основы психиатр. и психолог. помощи в регионе Сибири и Дальнего Востока: Материалы междунар. конф.- Томск, 1998. – С .70–71. (соавт. Е.Г. Запускалова).

4. Пограничные нервно-психические и психосоматические расстройства у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Экология и псих. здоровье / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке. – Кемерово-Томск, 1998.– С. 266-269. (соавт. В.А. Рудницкий).

5. Основные этические и деонтологические подходы в ведении больных, страдающих соматическими заболеваниями в условиях отделения пограничных состояний // Этика, деонтология в медицине на современном этапе: Материалы междунар. научно-практ. конф.- Владивосток, 1998. - С.14-20. (соавт. Т.А. Дорохова, С.В. Гарганеев, Е.С. Байкова).

6. Дневной стационар поликлиники: достижения и перспективы // Сибирский медицинский журнал.– 1998.– № 1-2.– Т.13.– С.60–63.

7. Особенности клинического течения язвенной болезни и эрозивного гастрита у пациентов с нервно-психическими расстройствами отделения пограничных состояний // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии. – 1998.– № 6-7.– С. 336–337. (соавт. Т.А. Дорохова).

8. Современный подход к лечению и реабилитации больных с заболеваниями внутренних органов и пограничными состояниями // Акт. вопр. погран. и аддикт. состояний / Под ред. акад. В.Я. Семке.– Томск-Барнаул, 1998.– С. 40–42.

9. Соматические расстройства в клинике пограничной нервно-психической патологии // Реабилитация в психиатрии (клин. и соц. аспекты) / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке.– Томск, 1998.– С. 165–166. (соавт. В.Я. Семке, Т.А. Дорохова).

10. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца на санаторно-курортном этапе лечения // А.Л. Мясников в Сибири: Материалы научно-практ. межтерритор. конф. / Под ред. акад. РАМН Ю.П. Никитина.– Новосибирск-Белокуриха, 1999.– С. 85–86. (соавт. Е.Ф. Левицкий, Н.В. Канская, Т.Д. Гриднева, М.А. Сереброва, А.А. Кожанова, С.С. Шахова).

11. Современный подход к реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами // Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии: Материалы III Рос. науч. конф. с междунар. участием. – Москва, 1999. – С.37.

12. Роль физических факторов в медикаментозной терапии при кардиологической реабилитации больных с наличием модифицированных липопротеинов в крови // Там же. - Москва, 1999. - С. 109. (соавт. Н.В. Канская, Е.Ф.Левицкая, Т.Д. Гриднева, М.А. Сереброва, С.С. Шахова, А.А. Кожанова).

13. Особенности соматических проявлений в зависимости от типа клинической динамики истерического невроза // Акт. вопр. психиатрии: Материалы IX науч. отчет. сес. НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН.– Томск, 1999. – С. 46–47. (соавт. О.Э. Перчаткина).

14. Язвенная болезнь и эрозивные поражения гастродуоденальной зоны в клинике пограничных состояний: вопросы котерапии // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии.– 1999.– № 8, 9.– С. 61–66. (соавт. Т.А. Дорохова)

15. Взаимосвязь соматической патологии, вторичной иммунологической недостаточности, пограничных нервно-психических расстройств у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 1999.– № 4 – С. 31-34. (соавт. В.Я. Семке, Е.М. Волкова, В.А. Рудницкий, Е.М. Епанчинцева).

16. Роль интерниста в котерапии больных с гастродуоденальной патологией и пограничными психическими расстройствами // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии.– 1999.- № 8, 9.– С. 99–100.

17. Коррекция функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы: диагностические ориентиры // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 1999.– № 2-3.– С. 131–132. (соавт. В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова).

18. Особенности клинического течения заболеваний внутренних органов у участников ликвидации аварии на ЧАЭС, страдающих пограничными нервно-психическими расстройствами // Организация мед. обслуживания, особенности диагностики, лечения и реабилитации людей, подвергшихся воздействию радиации: Сб. метод. материалов / Под ред. Л.В. Капилевича, В.Н. Сиваченко.– Томск, 1999.– С. 110–116.

19. Gastroduodenal ulcer as a model of psychosomatic approach in family medicine // Проблемы здоровья семьи – 2000: Материалы III междунар. науч. конф. – Пермь (Россия) – Хургада (Египет), 1999.– С. 100–102. (соавт. Т.А. Дорохова, Т.А. Загროмова).

20. Сердечно-сосудистые заболевания и пограничные психические расстройства в аспекте междисциплинарного подхода к диагностике и лечению // Progress in Biomedical Research. – Erlanger–Nurnberg, 1999.- Suppl.A.- Vol.4.- № 1.- P. 22.

21. Функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы: критерии диагностики // Там же.– P. 33. (соавт. М.Ф. Белокрылова, В.Я. Семке).

22. Лечение заболеваний гастродуоденальной локализации у больных с пограничными нервно-психическими расстройствами с позиции котерапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 1999.– № 2–3.– С. 68–73. (соавт. Т.А. Дорохова).

23. Психосоматические проблемы у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС // Гигиена труда, окружающей среды, профилактика проф. и общ. заболеваемости в ведущ. отраслях промышленности: Материалы респ. научно-практ. конф., посвящ. 70-летию Центра.– Екатеринбург, 1999. – С.70–73. (соавт. В.А. Рудницкий, В.Я. Семке, Е.М. Волкова)

24. Слово как лечебный фактор в котерапии психосоматических больных // Всерос. науч. конф., посвящ. 150-летию со дня рождения акад. И.П. Павлова. – Томск, 1999.– С. 32–34. (соавт. Н.М. Ошаева).

25. Regional aspects of research for boundary psychical and somatic pathology in education workers // Main tendencies in forming health in people of the north.– Krasnoyarsk, Russia, 1999. – P. 53–55. (со. О.А. Pavlova).

26. Оптимизация подходов к первичной и вторичной профилактике ишемической болезни сердца // Акт. пробл. профилактики неинфекц. заболеваний: Материалы Всерос.

науч. конф. с междунар. участием.– Москва, 1999.– Т.1. – С. 38–39. (соавт. Н.В. Канская, Т.Д. Гриднева, Г.П. Филиппов, И.А. Позднякова, А.А. Кожанова, М.А. Сереброва).

27. Разработка методов первичной и вторичной профилактики ишемической болезни сердца на основе нормализации ранних стадий дислипидемий // Там же. – Т.2. – С. 45–46. (соавт. Е.Ф. Левицкий, Н.В. Канская, Т.Д. Гриднева, С.С. Шахова, М.А. Сереброва).

28. Котерапевтический подход к этапам реабилитации больных соматической патологией и пограничными психическими расстройствами // Там же. – Т.2. – С. 142 .

29. Сравнительные психологические характеристики больных язвенной болезнью // Акт. вопр. психиатрии: Материалы IX науч. отчет. сес. НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке.– Томск, 1999.– Вып.9.– С.57–58. (соавт. И.Я. Стоянова, Т.А. Дорохова, И.Е. Куприянова, Н.М. Ошаева, И.А. Братушева).

30. Оптимизация реабилитации кардиологических больных и вторичная профилактика заболевания // Реабилитация и вторич. профилактика в кардиологии: Материалы III Рос. науч. конф. с междунар. участием.– Москва, 1999.– С. 118 –119. (соавт. Е.Ф. Левицкий, Н.В. Канская, Т.Д. Гриднева, С.С. Шахова, И.А. Позднякова, А.А. Кожанова, М.А. Сереброва).

31. Mental and somatic health in liquidators of the Chernobyl Atomic power station accident // VII Internat. Symp. "Ural atomic, Ural industrial": Book of abstracts.– Ekaterinburg, Russia, 1999.– P. 32–35. (co. V.Ya. Semke, V.A. Rudnitsky).

32. Противоязвенная и психофармакологическая терапия в аспекте междисциплинарного подхода к лечению коморбидных нарушений // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. - 1999. - № 5. – С. 142.

33. Психологическая защита и психотерапевтическая тактика пациентов с язвенной болезнью // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 1999.– № 4.– С. 64-66. (соавт. Т.А. Дорохова, В.Я. Семке, И.Я. Стоянова, И.А. Братушева).

34. Стенокардия и кардиалгии у больных с пограничной нервно-психической патологией: особенности болевого синдрома // Патологическая боль: Тез. рос. научно-практ. конф.– Новосибирск, 1999. – С. 196-198. (соавт. М.Ф. Белокрылова).

35. Понятие «качество жизни» в оптимизации первичного звена медицинской помощи (котерапевтическая модель) // Бюл. НИИ соц. гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН. – Москва, 1999. – С. 52-57.

36. Место кватерала в комплексной психотропной терапии у больных язвенно-эрозивными гастродуоденальными заболеваниями коморбидными с психическими расстройствами // Сибирский журнал гастроэнтерологии и гепатологии.– 2000.- № 10–11.– С. 21-22. (соавт. В.Я. Семке, Т.П. Новожеева).

37. Изучение язвенно-эрозивных гастродуоденальных заболеваний и пограничной психопатологии в зависимости от пола и структуры личности пациента // Там же.– 2000.- № 10, 11.– С. 96-97. (соавт. Ф.Ф. Тетенов, В.Я. Семке, Н.Ю. Мальцева).

38. Психопатологические расстройства у больных ишемической болезнью сердца с гиперлипидемией // Совр. подходы к диагностике и лечению нерв. и псих. заболеваний: Материалы юбил. науч. конф. с междунар. участием, посвящ. 140-лет. каф. душев. и нерв. болезней военно-мед. академии.– СПб, 2000. - С. 284-285. (соавт. М.Ф. Белокрылова).

39. Improvement of primary health care from position of psychosomatic orientation in family medicine // Проблемы здоровья семьи – 2000: Материалы IV Междунар. научно-образ. конф. – Пермь (Россия) – Сусс (Тунис), 2000. - С.135-136. (соавт. Т.А. Дорохова).

40. К оценке психогенных факторов в генезе посттравматических стрессовых расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.– 2000.- № 1.– С. 14–16. (соавт. Е.М. Епанчинцева, В.Я. Семке).

41. Вопросы становления семейной медицины в свете психосоматической парадигмы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2000. – № 2. – С. 21–24.
42. Семейный анамнез по сердечно–сосудистым заболеваниям и функциональные кардиоваскулярные расстройства у мужчин // Акт. вопр. кардиологии.– Томск, 2000.– С. 16–18. (соавт. М.Ф. Белокрылова, В.Я. Семке, Т.А. Смирнова).
43. Психологические особенности пациентов с гипертонической болезнью // Там же. – С. 133–134. (соавт. И.Я. Стоянова, Н.С. Биндерис, И.А. Братушева).
44. Опыт применения эднита на фоне психотропной терапии у больных артериальной гипертонией и психическими расстройствами // Там же.– С. 31-32. (соавт. Т.П. Новожеева).
45. Коморбидность ишемической болезни сердца и психических расстройств у больных с гиперлипидемией и другими факторами атерогенеза // Там же.– С.32-33. (соавт. Ф.Ф. Тетенев, В.Я. Семке, М.Ф. Белокрылова).
46. Пограничные нервно–психические расстройства у работников образования (клинико-динам. и реабилитац. асп.): Метод. рекомендации / НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН.– Томск, 2000. – 20 с. (соавт. О.А. Павлова, В.Я. Семке, О. Д. Головин, И.Я. Стоянова).
47. К проблеме коморбидности язвенно-эрозивных гастродуоденальных заболеваний и психических расстройств // XIII Съезд психиатров России: Материалы съезда.– Москва, 2000.– С. 76. (соавт. В.Я. Семке).
48. Квамател в комплексной сомато- и психофармакотерапии // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. – 2000. –Т. X.– № 5.– С. 120.
49. Психологические характеристики больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией коморбидных с пограничными психическими расстройствами // Акт. пробл. кардиологии: Тез. докл. научно-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 15-лет. Тюмен. кардиолог. центра.– Тюмень, 2000. – С. 48-49. (соавт. В.Я. Семке, Ф.Ф. Тетенев, Н.Ю. Мальцева).
50. Изучение возрастной психологии как путь к осознанию психотерапевтом своей идентичности // Психолог. и психиатр. пробл. клин. медицины: Сб. науч. тр., посвящ. 100-лет. каф. психиатрии и наркологии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова / Под общ. ред. проф. Н.Г. Незнанова, проф. В.И. Крылова. – С.-Петербург, 2000. – С. 194-196. (соавт. М.Ф. Белокрылова, В.Я. Семке).
51. Клинико-психопатологические особенности язвенно-эрозивных гастродуоденальных заболеваний в зависимости от пола и типа личности // Гастробюллетень. – С.-Петербург, 2000. – Прилож. № 1.– С. 17. (соавт. Ф.Ф. Тетенев, В.Я. Семке).
52. Соматические и психические соотношения при заболеваниях органов дыхания // Пульмонология. 10-й Нац. конгр. по болезням органов дыхания.– Москва, Санкт-Петербург, 2000. – С. 386. (соавт. Ф.Ф. Тетенев).
53. К вопросу о состоянии здоровья педагогов: психосоматические проблемы // Общест. здоровье и организация мед. помощи на рубеже веков / К 75-лет. каф. соц. медицины, экономики и упр-я здравоохранением СМУ: история, настоящее, будущее.– Томск, 2000.– С. 276-280. (соавт. В.Я. Семке, О.А. Павлова).
54. Предуктал в схеме психотропной терапии психических расстройств у больных ишемической болезнью сердца // Человек и лекарство. VIII Рос. нац. конгр.: Тез. докл. – Москва, 2001.- С. 95-96. (соавт. В.Я. Семке, Ф.Ф. Тетенев, В.В. Скорук).
55. Применение эднита у больных пограничными психическими расстройствами и артериальной гипертонией // Там же.- С.113. (соавт. В.Я. Семке, Т.П. Новожеева, С.Н. Мальцева, Л.П. Якутенок).
56. Роль H₂-блокаторов гистаминовых рецепторов в комплексной психофармакотерапии психосоматических расстройств в гастроэнтерологической практике // Там же. – С. 163. (соавт. В.Я. Семке, Ф.Ф. Тетенев, Т.П. Новожеева).

57. Тактика противоязвенного лечения и психофармакотерапия психосоматических расстройств // Совр. технологии психиатр. и нарколог. сервиса / Под ред. акад. РАМН В.Я. Семке.- Томск: МГП «Раско», 2001.- Т.2.- С. 26-28. (соавт. Т.П. Новожеева, В.Я. Семке).

58. К проблеме коморбидности у ликвидаторов аварии на ЧАЭС: аспекты соматического и психического здоровья // Мед. и эколог. эффекты ионизирующей радиации (к 15-лет. аварии на ЧАЭС): Материалы I междунар. научно-практ. конф.- Северск-Томск, 2001 / Ред. Р.М. Тахауов, П.В. Капилевич, А.Б. Карпов.- Томск, 2001. - С. 42-44. (соавт. В.Я. Семке)

59. Биопсихосоциальный аспект в оценке состояния здоровья // Health and Education in XXI Century / Materials 2-nd International scientific and practical conference.- Moscow: Russian Peoples Friendship University, 2001.- P. 61-62.

60. Методологические проблемы системного анализа психосоматических заболеваний // Психосомат. расстройства - систем. подход: Материалы Всерос. симп. / Под общ. ред. член.-корр. РАМН А.В. Завьялова.- Курск: КГМУ, 2001.- С. 13-19. (соавт. В.Я. Семке, В.П. Леонов).

61. Логистические модели взаимосвязи гемодинамики и психических расстройств // Там же. – С. 77-81. (соавт. В.П. Леонов).

62. Efficacy of lipid level correction for patients with ischemic heart disease // Drugs affecting lipid metabolism. XIV Internat. Symp. - New York, NY (USA), September, 9-13, 2001 /Abstract Book. - 2001. - P. 112. (со: N. Kanskaya, F. Tetenev, V. Serebrov et al.)

63. Соматическая патология в клинике пограничной психиатрии: модели анализа взаимосвязи // Юбил. научно-практ. конф., посвящ. 80-лет. каф. пропедевтики внутр. болезней и 100-лет. со дня рожд. проф. Б.М. Шершевского: Сб. докл.- Томск, 2001.- С. 31-40.

64. Липиды, ишемическая болезнь сердца и психические расстройства // Кардиология: эффективность и безопасность диагностики и лечения: Материалы Рос. нац. конгр. кардиологов.- Москва, 2001.- С. 89. (соавт. Н.В. Канская, Ф.Ф. Тетенев, В.Я. Семке).

65. Логистическое моделирование взаимосвязи артериальной гипертензии и психических расстройств // Там же. – С. 169. (соавт. В.П. Леонов, Ф.Ф. Тетенев, В.Я. Семке).

66. Врожденная патология и психические расстройства // Сибирский вестник психиатрии и наркологии.- 2001.- № 1.- С.21-26. (соавт. О.А. Редчиц, Е.В. Макарова, Е.В. Гуткевич, В.Ф. Лебедева).

67. Прогностическая ценность гемодинамических показателей у больных пограничными психическими расстройствами // Там же.- 2001.- № 2.- С. 14-16.

68. Системный подход к анализу связи патологии внутренних органов и психических расстройств // Там же.- 2001.- № 3.- С. 51-57.

69. Возможности биометрического анализа взаимосвязи соматических показателей и систематики психических расстройств // Сибирский медицинский журнал.- 2001.- № 2.- С. 25-32. (соавт. В.П. Леонов).

70. Случай синдрома Жильбера, осложненного депрессивной реакцией // Российский психиатрический журнал.- 2001. - № 3. - С. 69-72. (соавт. Е.М. Юровская, Е.Д. Счастныи, В.Ф. Лебедева).

71. Психосоматическая ориентация в общей врачебной практике // Клиническая медицина.- 2001.- № 8.- С. 60-63. (соавт. Ф.Ф. Тетенев).

72. Логистическая регрессия в анализе связи артериальной гипертензии и психических расстройств // Сибирский медицинский журнал.- 2001.- № 3, 4. - С. 42-49. (соавт. В.П. Леонов).

73. Значение психоэмоциональных факторов в течении ишемической болезни сердца // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2001.- № 4.- С. 39-44.

74. Язвенно-эрозивные гастродуоденальные заболевания в клинике пограничных психических расстройств: проблемы коморбидности // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии.- 2001.- № 5.- Т. XI.- С. 18. (соавт. Ф.Ф. Тетевнев, В.Я. Семке).

75. Logistische Modellierung der Wechselbeziehung der arteriellen Hypertonie und psychischen Störungen / Kongress Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Berlin, 21-25 November // Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung Nervenheilkunde.- 2001.-V. 20.- (Suppl. 3).-S. 109. (co: V. Semke, V. Leonow)

76. Применение диуретиков у больных пограничными психическими расстройствами и артериальной гипертонией // Человек и лекарство. IX Рос. нац. конгр.: Тез. докл.- Москва, 2002.- С. 403. (соавт. В.Я. Семке, Т.П. Новожеева, С.Н. Мальцева, Л.П. Якутенок).

77. Психосоматический аспект артериальной гипертензии: взгляд интерниста // Материалы 4-го Рос. науч. форума «Традиции рос. кардиологии и новые технологии в кардиологии XXI века», III Всерос. научно-практ. конф. «Артериальная гипертензия в ряду других сердечно-сосудистых факторов риска».- Москва, 2002.- С. 68-70. (соавт. В.П. Леонов).

78. Особенности психического реагирования больных сахарным диабетом 2 типа // IV Съезд физиологов Сибири: Тез. докл. - Новосибирск, 2002. - С.29. (соавт. М.Ф. Белокрылова, Е.В. Кругликова).

79. Паническое расстройство в клинической картине ишемической болезни сердца // Клиническая медицина.- 2002.- № 8.- С. 28-33.

Список сокращений

АГ - артериальная гипертензия
АД - артериальное давление
АПФ - ангиотензин - превращающий фермент
ГБ – гипертоническая болезнь
ГДЭ – гастродуоденальные эрозии
ГЛЖ – гипертрофия левого желудочка
НР - *Helicobacter pylori*
ДАД – диастолическое артериальное давление
ДЛП – дислипотеинемия
ИА – индекс атерогенности
ИМТ – индекс массы тела
КА – коэффициент атерогенности
НТГ – нарушение толерантности к глюкозе
НЦД – нейроциркуляторная дистония
ОХС – общий холестерин
ПВС – психовегетативный синдром
ПР – психическое расстройство
САД - систолическое артериальное давление
СВД – синдром вегетативной дистонии
СД – сахарный диабет
СН – стенокардия напряжения
ТАГ – триацилглицериды
ФР – фактор риска
ХС-ЛПВП – холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС-ЛПНП – холестерин липопротеидов низкой плотности
ХС-ЛПОНП – холестерин липопротеидов очень низкой плотности
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЯБ – язвенная болезнь
ЯБ ДПК – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ЯБЖ - язвенная болезнь желудка