

## СУБСИНДРОМАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

А.В. Погосов, А.О. Николаевская

*ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет  
Министерства здравоохранения России, Курск*

Значительное место среди всей психической патологии пограничного уровня приходится на долю расстройств с функциональными жалобами со стороны соматической сферы [9, 10, 13]. Это связано с тенденцией к соматизации, а также редукцией клинических проявлений психических расстройств ввиду патоморфоза – появления мягких, стертых, скрытых их форм [1, 15]. Анализ специальной литературы свидетельствует о неуклонном росте в общемедицинской сети расстройств с атипичными формами психической патологии, когда последняя выступает в качестве причины повышения частоты обращений за медицинской помощью, недостаточно обоснованных повторных обследований и риска диагностических ошибок [7, 11, 14]. Такое положение объясняется, с одной стороны, предубежденностью пациентов относительно констатации психического расстройства, искаженными представлениями о сфере деятельности психиатров ввиду низкой психолого-психиатрической культуры, с другой – неразвернутостью клинических форм заболевания, размытостью его границ, что затрудняет своевременную диагностику [13]. В свете модернизации психиатрической службы в нашей стране, привлечение специалистов по психическому здоровью в деятельность первичной медицинской сети является одним из ведущих направлений [3]. По мнению исследователей, подобная практика способствует ранней диагностике психических нарушений у больных, обращающихся за помощью к врачам-интернистам, и предотвращению их наиболее тяжелых последствий. Такая модель диагностики и терапии непсихотических форм психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети рассматривается как общепринятая в разных странах мира [6]. Л.П.Великанова [4] в своей работе указывает на то, что современная медицина ориентирована на «факт болезни», при этом доболезненные состояния, предшествующие развернутым стадиям заболевания, в большинстве случаев являются полностью обратимыми. Выявление субсиндромальных форм психических расстройств несет в себе профилактический и реабилитационный потенциал, уменьшает стигматизацию [16]. Ранняя диагностика и сво-

временное лечение, по мнению Ф.И.Белялова [2], способствуют быстрому и полному восстановлению работоспособности и психологической адаптации.

Несмотря на обсуждение проблемы выявления ранних, стертых, атипичных, доклинических, предболезненных форм психической патологии, в специальной литературе в настоящее время отсутствуют исследования, посвященные клиническим особенностям субсиндромальных психических расстройств, как наиболее часто встречающихся у пользователей первичной медицинской сети.

**Целью** нашего исследования являлось изучение клинических проявлений субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. Это позволило сформулировать следующие задачи: 1) обозначить группы субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями в поликлиническом звене; 2) показать обоснованность выделения их форм; 3) описать общие и частные закономерности клиники субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями.

### Материал и методы

В 2011–2014 годах, в соответствии с поставленными задачами, нами было обследовано 218 больных субсиндромальными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми проявлениями с различной длительностью заболевания. Субсиндромальные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями нами представляются как группа болезненных состояний, преимущественно невротического уровня, различной нозологической принадлежности, при которых сердечно-сосудистые жалобы носят функциональный характер. Такие больные обращаются за медицинской помощью в поликлинические учреждения, зачастую на начальном этапе течения заболевания.

Диагностика осуществлялась с помощью указаний МКБ-10, DSM-III-R. Соматизированные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями включали: F45.0 – соматизированное расстройство (СР); F32.01 – депрессивный эпизод легкой степени

с соматическими симптомами (СД); F41.0 – паническое расстройство (ПР). Из 218 обследованных у 88 больных было диагностировано соматизированное расстройство – F45.0 (основная группа – 38; контрольная группа – 50), у 63 – депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами – F32.01 (основная группа – 32; контрольная – 31), у 67 – паническое расстройство – F41.0 (основная группа – 30; контрольная – 37).

Распределение больных в основную и контрольную группы происходило с учетом длительности заболевания. Основную группу (100 чел.) составили больные с субсиндромальными проявлениями заболеваний с длительностью заболевания до 1 года. Они выявлялись в условиях поликлиник №1, №5 города Курска. В контрольную группу (118 чел.) вошли больные с длительностью заболевания более 1 года, находившиеся на стационарном лечении в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах №1, №2 Курского клинического психоневрологического диспансера.

В исследование включались больные, не имеющие по результатам обследования (терапевт, кардиолог, невролог, эндокринолог и др.) соматических заболеваний. Критериями исключения были психические и наркологические заболевания: шизофрения, шизоаффективное и аффективное расстройства, эпилептическая болезнь, наркомании, токсикомании.

Социально-демографические показатели обследованных выглядели следующим образом: преобладали жители сельской местности (125 чел. – 57,33%), лица женского пола (160 чел. – 73,39%). Распределение по возрасту: от 20 до 30 лет – 87 человек (39,90%), от 31 до 40 лет – 74 (33,94%), от 41 до 50 лет – 57 человек (26,16%). Наибольший удельный вес приходился на лиц со средне-специальным образованием (116 чел. – 53,21%), далее следовали высшее (незаконченное высшее) (61 – 27,98%) и среднее (41 – 18,81%) образование. Преобладали лица, имеющие постоянную работу (117 чел. – 53,66%), имеющих непостоянную работу и безработных было соответственно 46 (21,10%) и 55 (25,24%). В браке состояли 140 (64,22%) больных, разведенных было 35 (16,05%), холостых – 43 (19,73%).

При проведении исследования использовались клиничко-психопатологический и статистический методы. Были задействованы следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) ф-критерий Фишера – позволяет оценить достоверность различий между процентными долями и частотой двух выборок. Для статистического анализа использовалась программа Statistica (версия 6.0) Stat Soft.

### Результаты исследования

Переходя к освещению клинических особенностей субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями, остановимся на обсуждении соматизированного расстройства (табл. 1).

Из табл. 1 видно, что субсиндромальные проявления соматизированного расстройства (СР), также как и его клинически оформленный вариант, были представлены четырьмя группами диагностических симптомов (в соответствии с диагностическими указаниями DSM-III-R). Речь идет о нарушениях со стороны сердца и дыхательной системы, желудочно-кишечных, псевдоневрологических и болевых симптомах.

Среди четырех групп диагностических симптомов на первом месте по частоте у больных как основной, так и контрольной группы, находились нарушения со стороны сердца и дыхательной системы (основная группа – 2,28 симптома в расчете на 1 больного; контрольная группа – 3,52). На втором месте по частоте в обеих группах встречалась псевдоневрологическая симптоматика (основная группа – 1,57 симптомов в расчете на одного больного; контрольная группа – 2,98). Структура частотного распределения других групп диагностических симптомов в анализируемых группах была неодинаковой. Так, у больных основной группы на третьем месте по частоте была желудочно-кишечная симптоматика (1,50 симптома в расчете на 1 больного). В контрольной группе с развернутой клинической картиной соматизированного расстройства третье место по частоте принадлежало болевой симптоматике (2,92 симптома в расчете на 1 больного). На последнем, четвертом месте по частоте у больных основной группы находились болевые симптомы (0,68 в расчете на 1 больного). У больных контрольной группы на четвертом месте по частоте фиксировались желудочно-кишечные симптомы (2,8 симптома в расчете на 1 больного).

У обследованных нами 88 больных среди диагностических симптомов СР наиболее часто встречались проявления со стороны сердца и дыхательной системы. Указанный факт свидетельствует о целесообразности выделения сердечно-дыхательной разновидности соматизированного расстройства [5, 8].

При сравнительном анализе частотного распределения диагностических симптомов СР в анализируемых группах были установлены статистически значимые различия в отношении проявлений со стороны сердца и дыхательной системы, которые реже встречались у больных основной группы. Сравнительная оценка желудочно-кишечных симптомов показала, что такие проявления, как боли в животе и понос статистически достоверно реже наблюдались у больных основной группы по сравнению с контрольной. В отношении таких симптомов, как рвота, тошнота, вздутие живота (газы) установлены различия на уровне статистической тенденции. Среди псевдоневрологических симптомов затрудненное глотание, нечеткость зрения, паралич или мышечная слабость статистически достоверно реже встречались у больных основной группы. Тенденция к статистической достоверности установлена при сравнении симптома пошатывание при ходьбе. Такие болевые симптомы,

**Сравнительная оценка частотного распределения диагностических симптомов соматизированного расстройства в основной и контрольной группах**

Симптомы	Группы обследованных				φ
	Основная группа (n=38)		Контрольная группа (n=50)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Желудочно-кишечные симптомы:					
Рвота	4	10,52	13	26,00	1,905 #
Боли в животе	19	50,00	38	76,00	2,542 *
Тошнота	8	21,05	19	38,00	1,733 #
Вздутие живота (газы)	11	28,94	23	46,00	1,654 #
Понос	3	7,89	23	46,00	4,28 ***
Непереносимость или плохое самочувствие после некоторых видов пищи	12	31,57	24	48,00	1,566
Всего:	57	1,50 «	140	2,80 «	-
Болевые симптомы:					
Боли в конечностях	6	15,78	40	80,00	6,847 ***
Боли в спине	4	10,52	44	88,00	8,243 ***
Боли в суставах	4	10,52	33	66,00	5,748 ***
Боли во время мочеиспускания	2	5,26	11	22,00	2,374 *
Другие боли (за исключением головных болей)	10	26,31	18	36,00	0,976
Всего:	26	0,68 «	146	2,92 «	-
Нарушения со стороны сердца и дыхательной системы:					
Поверхностное дыхание	23	60,52	44	88,00	3,03 *
Сердцебиение	26	68,42	45	90,00	2,556 *
Боли в грудной клетке	21	55,26	41	82,00	2,732 **
Головокружение	17	44,73	46	92,00	5,125 ***
Всего:	87	2,28 «	176	3,52 «	-
Псевдоневрологические симптомы:					
Амнезия	-	-	-	-	-
Затрудненное глотание	3	7,89	16	32,00	2,941 **
Потеря голоса	3	7,89	4	8,00	0,019
Глухота	-	-	-	-	-
Двойственность зрительного образа	9	23,68	19	38,00	1,445
Нечеткость зрения	13	34,21	30	60,00	2,43 *
Слепота	-	-	4	8,00	-
Обмороки или потери сознания	11	28,94	19	38,00	0,897
Припадки или конвульсии	1	2,63	2	4,00	0,367
Пошатывание при ходьбе	10	26,31	23	46,00	1,924 #
Паралич или мышечная слабость	8	21,05	25	50,00	2,862 **
Задержка мочи или трудности мочеиспускания	2	5,26	7	14,00	1,403
Всего:	60	1,57 «	149	2,98 «	-
Итого:	230	6,05 «	611	12,22»	-

Примечания: здесь и далее в табл. 1-5: « - количество симптомов в расчете на 1 больного; \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,01$ , \*\*\* -  $p < 0,001$  - значимые статистические различия; # -  $p > 0,05 - < 0,1$  - различия на уровне статистической тенденции.

как боли в конечностях, в спине, в суставах статистически достоверно реже фиксировались у больных основной группы по сравнению с контрольной. Особенностью клинической картины заболевания у больных основной группы стала малочисленность данной категории симптомов. Общее их количество у них составило 26, в то время как в контрольной группе было зафиксировано 146 болевых симптомов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных основной группы, с субсиндромальными проявлениями СР, в клинической картине заболевания наблюдается меньшее количество симптомов по сравнению с контрольной группой, характеризующейся развернутой клинической картиной. Среднее число диагностических симптомов в расчете на 1 больного основной группы (6,05)

было меньше, чем в контрольной группе (12,22). Это связано с тем, что у больных основной группы с субсиндромальными проявлениями СР наблюдается неполностью сформированная клиническая картина заболевания. Последняя не имеет четкого соответствия диагностическим критериям СР по DSM-III-R.

Перейдем к оценке частотного распределения диагностических симптомов соматизированной депрессии (СД) в основной и контрольной группах (табл. 2).

Перейдем к анализу проявлений СД в обозначенных группах. Её структура у обследованных больных была представлена психическими, витальными, сомато-вегетативными и ритмологическими нарушениями. На первом месте по частоте в клинической картине соматизированной депрессии у боль-

**Сравнительная оценка частотного распределения диагностических симптомов соматизированной депрессии в основной и контрольной группах**

Структура и симптомы	Группы обследованных				Ф
	Основная группа (n=32)		Контрольная группа (n=31)		
	Абс.	%	Абс.	%	
Психические нарушения					
Эмоциональные					
1. Уныние	4	12,50	9	29,03	1,643#
2. Печаль	3	9,37	8	25,80	1,758#
3. Угнетенность	5	15,62	7	22,58	0,71
4. Разочарование	2	6,25	5	16,12	1,266
Когнитивные					
1. Замедленность мышления	5	15,62	9	29,03	1,29
2. Пессимизм	4	12,50	6	19,35	0,75
3. Размышления о плохих сторонах жизни	3	9,37	8	25,80	1,758#
Волевые					
1. Снижение энергии	5	15,62	7	22,58	0,71
2. Утомляемость	6	18,75	6	19,35	0,06
3. Уменьшение активности	4	12,50	7	22,58	1,063
Всего:	41	1,28»	72	2,32»	-
Витальные нарушения					
1. Снижение аппетита	3	9,37	6	19,35	1,147
2. Снижение либидо	2	6,25	5	16,12	1,266
3. Отсутствие чувства комфорта	7	21,87	9	29,03	0,647
4. Потеря массы тела	3	9,37	6	19,35	1,147
5. Ангедония	8	25,00	10	32,25	0,463
6. Нарушение сна	4	12,50	9	29,03	1,643#
Всего:	27	0,84»	45	1,45»	-
Сомато-вегетативные нарушения					
1. Неприятные ощущения в груди	11	34,37	20	64,51	2,248*
2. Ощущение нехватки воздуха	9	28,12	18	58,06	2,448*
3. «Перебои» в работе сердца	8	25,00	17	54,83	2,46*
4. Ощущение «остановки сердца»	3	9,37	10	32,25	2,325*
5. Перепады кровяного давления	8	25,00	13	41,93	1,432
6. Лабильность пульса	8	25,00	12	38,70	1,175
Всего:	47	1,46»	90	2,90»	-
Ритмологические нарушения					
Суточная ритмика состояния с его улучшением во второй половине дня	7	21,87	9	29,03	0,647
Всего	7	0,21»	9	0,29»	-
Итого:	122	3,81»	216	6,96»	-

ных основной группы с небольшой длительностью заболевания находились сомато-вегетативные нарушения, на втором – психические. Третье и четвертое места по частоте пришлось на витальные и ритмологические нарушения.

Все психические нарушения подразделялись на эмоциональные, когнитивные, волевые и встречались в основной группе примерно с одинаковой частотой. На одного больного основной группы в среднем приходилось 1,28 психических нарушений. Среди витальных нарушений у больных основной группы наиболее часто фиксируемыми были ангедония и отсутствие чувства комфорта. На одного больного основной группы в среднем приходилось 0,84 витальных нарушений. Самыми многочисленными у больных основной группы были сомато-вегетативные нарушения (1,46 в расчете на 1 боль-

ного), малочисленными – ритмологические нарушения (0,21 в расчете на 1 больного). У больных основной группы было зафиксировано 122 симптома соматизированной депрессии. На 1 больного в среднем приходилось 3,81 симптома.

Что касается структуры синдрома СД у больных контрольной группы с длительностью заболевания более полугода, здесь прослеживается тенденция, характерная для больных основной группы с меньшей длительностью заболевания. На первом месте по частоте в структуре синдрома СД находились сомато-вегетативные, на втором – психические, на третьем – витальные, на четвертом – ритмологические нарушения. Это свидетельствует о том, что все обследованные больные были в основном фиксированы на жалобах со стороны сердечно-сосудистой системы, в то время как симптомы, характерные для

классического депрессивного синдрома, отошли на второй план. Среднее число психических нарушений у больных контрольной группы составило 2,32.

При сравнительном анализе проявлений СД в отношении таких психических нарушений, как уныние, печаль, размышления о плохих сторонах жизни были установлены различия на уровне статистической тенденции у больных контрольной группы с большей длительностью заболевания. Что касается сомато-вегетативных симптомов, то они носили сенестопатический оттенок в группах сравнения. Больные контрольной группы чаще испытывали неприятные ощущения в груди, ощущение нехватки воздуха, «перебои» в работе сердца и ощущение «остановки сердца». Указанный факт свидетельствует о том, что с течением времени симптомы СД становятся более многочисленными, а сенестопатические ощущения со стороны сердечно-сосудистой системы по-прежнему преобладают над другими нарушениями в клинике заболевания.

Различия на уровне статистической тенденции были установлены в отношении такого симптома, как нарушение сна, относящегося к витальным проявлениям скрытой депрессии: наиболее часто оно встречалось у больных контрольной группы. Ритмологические нарушения у обследованных больных встречались в обеих группах вне зависимости от длительности заболевания.

Следующим из обозначенных нами субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями у пациентов городской поликлиники было паническое расстройство (F41.0). Перейдем к анализу его клинических особенностей у обследованных нами больных (табл. 3).

Изучение вегетативных синдромов панической атаки (ПА) (табл. 3) показало, что как в основной, так и контрольной группе наиболее часто встреча-

лись «сердцебиение, учащенный пульс». На втором месте по частоте у больных основной группы фиксировались боль, дискомфорт в левой половине грудной клетки. Больные основной группы испытывали ощущение нехватки воздуха, одышку в 9 случаях (30,00%), затруднение дыхания, удушье в 8, потливость в 7 случаях. Такие проявления ПА, как тошнота, абдоминальный дискомфорт (5 случаев), ощущение онемения, покалывания (4 случая) встречались у больных основной группы редко. В трех случаях у больных основной группы отмечались жар, волны жара и ощущение головокружения, неустойчивости, легкости в голове, предобморочное состояние. Обращает на себя внимание тот факт, что психические симптомы ПА – деперсонализация, дереализация и страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок – у больных основной группы встречались в единичных случаях. Страх смерти наблюдался в 7 случаях.

При сравнительном анализе частотного распределения диагностических симптомов панического расстройства (ПР) в анализируемых группах был выявлен меньший набор симптомов у больных основной группы. Все диагностические симптомы ПА, за исключением ощущения деперсонализации, дереализации, статистически достоверно реже встречались у обследованных основной группы. Среднее число диагностических симптомов ПР у больных основной группы составило 2,63, что в 3,22 раза меньше по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе, в которой среднее число симптомов в расчете на одного больного было 8,48.

Представляет интерес соотношение психических и вегетативных симптомов в основной и контрольной группах. В основной группе оно составляло 1:7,77, в контрольной – 1:6,65. Приведенные цифры свидетель-

Таблица 3

**Сравнительная оценка частотного распределения диагностических симптомов панического расстройства в основной и контрольной группах**

Симптомы	Группы обследованных				φ
	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=37)		
	Абс.	%	Абс.	%	
1.Сердцебиение, учащенный пульс	19	63,33	36	97,29	3,952***
2.Боль, дискомфорт в левой половине грудной клетки	10	33,33	28	75,67	3,586***
3. Ощущения онемения, покалывания	4	13,33	21	56,75	3,907***
4.Тремор	2	6,66	28	75,67	6,46***
5.Жар (волны жара)	3	10,00	31	83,78	6,793***
6.Потливость	7	23,33	29	78,37	4,754***
7.Ощущение головокружения, неустойчивость, легкость в голове, предобморочное состояние	3	10,00	25	67,56	5,238***
8.Ощущение нехватки воздуха, одышка	9	30,00	34	91,89	5,719***
9.Затруднение дыхания, удушье	8	26,66	20	54,05	2,308#
10.Тошнота, абдоминальный дискомфорт	5	16,66	21	56,75	3,521***
11.Ощущение деперсонализации, дереализации	1	3,33	3	8,10	0,863
12.Страх сойти с ума или совершить неконтролируемый поступок	1	3,33	9	24,32	2,711*
13.Страх смерти	7	23,33	29	78,37	4,754***
Всего:	79	2,63»	314	8,48»	-

ствуют о меньшем количестве психических симптомов ПА у больных с субсиндромальными проявлениями заболевания. В динамике при сформированной картине заболевания (давность более одного года) в клинике ПА увеличивается количество психических симптомов. Их количество в расчете на одного больного в основной группе было 0,3, в контрольной группе – 1,10.

Анализ клиники периода между ПА (табл. 4) показал, что у преобладающего большинства больных контрольной группы статистически достоверно чаще наблюдались опасения, связанные с возможностью развития новых панических атак – «тревога предвосхищения» по МКБ-10; «тревожность ожидания» по Г.И.Каплану и Б.Дж.Сэдоку; «феномен тревожного ожидания» по И.И. Сергееву и соавт. Указанные особенности, по данным В.Я.Семке и соавт. (2003), целесообразно рассматривать, как проявление навязчивого расстройства (аффективная навязчивость), поскольку они характеризовались не состоянием эмоционального дискомфорта («волнение в груди», «предчувствие беды»), а внезапно возникающими мыслями, опасениями с критической их оценкой и попытками борьбы с ними.

Когнитивные симптомы в межприступном периоде ПР проявлялись также навязчивой ипохондрией, сверхценными ипохондрическими идеями. Как видно, в контрольной группе они встречались в 17,61 раз чаще, чем в основной.

Предлагаемое трактование тревоги предвосхищения подтверждалось наличием у больных защитного поведения. Оно было достаточно разнообразным и не ограничивалось частичным или полным избега-

нием фобических ситуаций со скоплением большого количества людей (общественный транспорт, магазина, рынки, улицы).

Другими способами защиты являлись ношение с собой лекарств, автоматических приборов для измерения пульса и артериального давления (табл. 5). Распределение поведенческих симптомов у больных основной и контрольной групп показало, что на донозологическом этапе течения заболевания они встречались редко (5 случаев из 30). У больных контрольной группы поведенческие симптомы наблюдались в 88 случаях; на одного больного приходилось в среднем 2,37 симптома.

Что касается частоты возникновения панических атак, то больные основной группы в своем большинстве испытывали их менее одного раза в неделю (86,66%;  $p < 0,001$ ), больные контрольной – более раза в неделю (59,45%;  $p < 0,001$ ).

Проведенное исследование позволило: 1) обозначить группу субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями в поликлиническом звене, включив в неё соматизированное расстройство, соматизированную депрессию и паническое расстройство; 2) показать обоснованность выделения форм субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями; 3) выделить общие и частные закономерности клиники субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями. Общие закономерности – небольшие сроки течения заболевания, небольшое количество симптомов в клинике, нацеленность на обследование у врачей общего профиля,

Таблица 4

**Сравнительная оценка частотного распределения когнитивных симптомов в основной и контрольной группах в межприступном периоде панического расстройства**

Симптомы	Группы обследованных				φ
	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=37)		
	Абс.	%	Абс.	%	
1. Тревожное ожидание атаки (аффективная навязчивость)	2	6,66	36	97,29	9,309***
2. Навязчивая ипохондрия (нозофобия)	1	3,33	21	56,75	5,462***
3. Сверхценные ипохондрические идеи	1	3,33	28	75,67	7,107***
Итого:	4	0,13»	85	2,29»	–

Таблица 5

**Сравнительная оценка частотного распределения диагностических поведенческих симптомов панического расстройства в основной и контрольной группах**

Поведенческие симптомы	Группы обследованных				φ
	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=37)		
	Абс.	%	Абс.	%	
1. Частичное фобическое избегание	2	6,66	34	91,89	8,303***
2. Полное фобическое избегание	0	–	12	32,43	–
3. Ношение лекарств, приборов для измерения артериального давления, пульса	3	10,00	30	81,08	6,504***
4. Ритуалы по типу символической защиты	0	–	12	32,43	–
Итого:	5	0,16»	88	2,37»	–

настороженное отношение к психиатрам из-за стигматизации. Частные закономерности субсиндромальных проявлений: 1) СР – наличие не более 6 симптомов из четырех диагностических групп (нарушения со стороны сердца и дыхательной системы, псевдоневрологические, желудочно-кишечные, болевые), длительность заболевания до 1 года; 2) СД – во-первых, небольшая (до полугода) длительность заболевания, во-вторых, преобладание в клинической картине сомато-вегетативных симптомов со стороны

сердечно-сосудистой системы, которые носят сенестопатический оттенок, в-третьих, небольшой набор симптомов для диагностики заболевания – не более 4-х; 3) ПР – длительность заболевания до 1 года, небольшое количество диагностических симптомов в клинике ПА (не более 3-х), фиксируемые в единичных случаях психические симптомы, межприступный период без тревоги предвосхищения, навязчивой ипохондрии, сверхценных ипохондрических идей, невысокая частота ПА (менее 1 раза в нед.).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства. М.: Информационные технологии, 2001. 191 с.
2. Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта: монография; изд. 6, перераб. и доп. Иркутск: РИО ИГМАПО, 2014. 327 с.
3. Бобров А.Е., Кузнецова М.В. Взаимодействие психотерапевта и участковых терапевтов поликлиники: сравнение результатов работы по консультативной модели и модели сопровождения // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 3. С. 72–78.
4. Великанова Л.П. Психосоматические и соматоформные расстройства в современной клинической практике // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Психологические подходы к первичной профилактике психосоматических расстройств», Иркутск, 16–17 июня 2005. С. 36–37.
5. Довженко Т.В., Тарасова К.В., Краснов В.Н., Васюк Ю.А., Семглазова М.В., Емельянова И.Н. Терапия расстройств депрессивного спектра у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2008. № 4. С. 62–65.
6. Краснов В.Н., Довженко Т.В., Бобров А.Е., Старостина Е.Г. Психиатрия в первичном звене здравоохранения: новое решение старой проблемы // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 4. С. 5–13.
7. Николаевская А.О., Богушевская Ю.В. Клинико-динамические и личностные особенности больных соматизированными расстройствами // Российский психиатрический журнал. 2013. № 4. С. 31–36.
8. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клиника, психологические особенности больных) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № 5. С. 219–221.
9. Погосов А.В., Богушевская Ю.В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия). Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. 268 с.
10. Погосов А.В., Погосова И.А., Богушевская Ю.В. Психосоматические расстройства: Учебное пособие. 2-е доп. изд. Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. 212 с.
11. Психические расстройства в клинической практике / Под ред. акад. РАМН А.Б. Смулевича. М.: МЕДпресс-инфо, 2011. 720 с.
12. Ромасенко Л.В. О патоморфозе истерических состояний // Социокультуральные проблемы современной психиатрии. М., 1994. 101 с.
13. Собенников В.С. Соматизация и соматоформные расстройства. Иркутск, 2014. 304 с.
14. Сукиасян С.Г., Манасян Н.Г., Чшмаритян С.С. Соматизированные психические нарушения // Журнал неврологии и психиатрии. 2001. Вып. 2. С. 57–61.
15. Яныгин Е.В. Преневротические состояния: клиника, динамика, превенция: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Томск, 2003. 22 с.
16. Gillies R.R., Chenok K.E., Shortell S.M. et al. The impact of Health Plan Delivery System Organization of Clinical Quality and patient satisfaction // Health Service Research. 2006. Vol. 41. P. 1181–1199.

## СУБСИНДРОМАЛЬНЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

А.В. Погосов, А.О. Николаевская

Субсиндромальные психические расстройства с сердечно-сосудистыми проявлениями – группа болезненных состояний, преимущественно невротического уровня, различной нозологической принадлежности, при которых сердечно-сосудистые жалобы носят функциональный характер. Такие больные обращаются за медицинской помощью в поликлинические учреждения, зачастую на начальном этапе течения заболевания. Несмотря на обсуждение проблемы выявления ранних, стертых, предболезненных форм психической патологии, отсутствуют исследования, посвященные субсиндромальным психическим расстройствам с сердечно-сосудистыми проявлениями, как наиболее часто встречающимся у пользователей первичной медицинской сети. Статья посвящена изучению клинико-психопатологических

особенностей субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями с различной длительностью заболевания у 218 больных. По результатам исследования были обозначены группы субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями (F45.0 – соматизированное расстройство; F32.01 – депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами; F41.0 – паническое расстройство), показана обоснованность выделения их разновидностей, описаны общие и частные закономерности субсиндромальных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями.

**Ключевые слова:** субсиндромальные психические расстройства, клиника.

## SUBSYNDROMAL MENTAL DISORDERS WITH CARDIOVASCULAR COMPLAINTS

A.V. Pogosov, A.O. Nikolayevskaya

Subsyndromal mental disorders with cardiovascular complaints form a group of mental health conditions, predominantly of neurotic level and different nosological attribution, when cardiovascular complaints happen to be functional. Such patients seek medical care in polyclinics, not infrequently at the initial stage of disorder. The authors point to lack of research on subsyndromal mental disorders with cardiovascular complaints though they are common among the users of the primary health care system, while professionals recognize the importance of detection of early

premorbid mental disturbances. This article reports the results of a clinical-psychopathological investigation of subsyndromal mental disorders with cardiovascular complaints in 218 patients. Three groups were distinguished: F45.0 somatization disorder; F32.01 mild depressive episode with somatic symptoms; and F41.0 panic disorder. The authors provide arguments for this position, and also describe general and specific regularities concerning subsyndromal mental disorders with cardiovascular complaints.

**Key words:** subsyndromal mental disorders, clinical characteristics.

**Погосов Альберт Вазгенович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета; e-mail: albertpogosov@yandex.ru

**Николаевская Ангелина Олеговна** – ассистент, заочный аспирант кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета; e-mail: angelinasevostyaova@yandex.ru