

Тезисы психосоматической медицины

Фарид Исмагильевич Беялов*

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования
Россия 664079, Иркутск, мкр. Юбилейный 100

Обобщены основные результаты психосоматических исследований. У пациентов с соматическими заболеваниями показана высокая частота психических расстройств, которые ухудшают прогноз, увеличивают тяжесть состояния, затрудняют диагностику и лечение, снижают качество жизни и трудоспособность, увеличивают затраты здравоохранения. Антидепрессанты снижают выраженность тревоги и депрессии, а также могут уменьшить частоту соматических событий и госпитализаций у пациентов с депрессией. При выборе психотропных препаратов важно учитывать их влияние на соматическое заболевание и соматотропное лечение.

Для улучшения диагностики и лечения пациентов с коморбидными соматическими и психическими заболеваниями важно улучшить обучение врача и разработать национальные рекомендации.

Ключевые слова: психические расстройства, психосоматика, соматические болезни.

Для цитирования: Беялов А.В. Тезисы психосоматической медицины. *Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии* 2017;13(2):221-228. DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-221-228>

Theses of Psychosomatic Medicine

Farid I. Belyalov*

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education. Yubileinii mkrn100, Irkutsk, 664079 Russia

The main results of psychosomatic studies are summarized. A high incidence of mental health disorders is shown in patients with somatic diseases. They worsen the prognosis, increase the severity of the condition, make diagnosis and treatment more difficult, reduce the quality of life and work capacity, increase healthcare costs. Antidepressants decrease severity of anxiety and depression, as well as diminish frequency of somatic events and hospitalizations in patients with depression. It is important to take into account the influence of psychotropic drugs on somatic diseases and their treatment.

It is important to improve the training of doctors and develop national guidelines for improving the diagnosis and treatment of patients with comorbid somatic and mental diseases.

Key words: mental health disorders, primary care, psychosomatics.

For citation: Belyalov F.I. Theses of Psychosomatic Medicine. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology* 2017;13(2):221-228 (In Russ). DOI: <http://dx.doi.org/10.20996/1819-6446-2017-13-2-221-228>

*Corresponding Author (Автор, ответственный за переписку): fbelyalov@mail.ru

Received / Поступила: 30.09.2016

Accepted / Принята в печать: 16.01.2017

Введение

Проблема связи душевного состояния и заболеваний внутренних органов длительное время остается предметом многочисленных исследований. Научные работы по психосоматике публикуются не только в специализированных журналах (*Psychosomatics*, *Psychosomatic Medicine*, *Journal of Psychosomatic Research*), но также в ведущих изданиях по соматическим болезням.

В то же время существует дефицит работ, обобщающих огромный массив накопленной научной информации [1-4]. Также следует учесть, что в последние годы были повышены требования к качеству научных исследований с приоритетом для рандомизированных контролируемых исследований и крупных регистров, мета-анализов, и многие устоявшиеся представления нуждаются в уточнении.

В данной работе предпринята попытка обобщить результаты научных исследований в области психосоматических отношений и сформулировать основные положения, характеризующие важные стороны таких отношений. Далеко не для всех соматических заболеваний и психических расстройств имеются доказательства закономерностей, приведенных в тезисах. Лучше изучены психосоматические отношения у пациентов с депрессивными расстройствами, в меньшей степени – с тревожными и стрессовыми. Среди соматических заболеваний больше исследована ишемическая болезнь сердца (ИБС), являющаяся ведущей причиной смерти населения.

Основная часть исследований включает только оценку выраженности психических симптомов, а не психических расстройств. Последние требуют использо-

вания общепринятых критериев путем клинического интервью. Поэтому для научных исследований психосоматических отношений остается много совершенно неизученных областей и проблем, ждущих своих исследователей.

1. Среди пациентов с соматическими болезнями коморбидные психические расстройства встречаются часто

В крупнейших популяционных исследованиях ECNP/EBC и NCS-R психические расстройства среди населения регистрировались в 26-38% случаев, включая тревожные расстройства – в 14-18%, расстройства настроения – в 8-10% популяции [5, 6].

Исследования PREDICT, MAS и DASMAP пациентов врачей общей практики и соматических госпиталей выявили повышение частоты депрессивных, стрессовых и соматоформных расстройств в 1,5-2 раза [7-9].

Из-за различий в методиках исследования корректно сопоставить частоту психических расстройств среди пациентов врачей общей практики с крупными популяционными данными достаточно сложно.

2. Психические расстройства бывают предвестниками соматических заболеваний, а соматические болезни могут предшествовать психическим расстройствам

Психические и соматические процессы в организме человека тесно связаны. В случае нарушения слаженной работы систем организма в ряде случаев возможно появление предвестников тяжелых заболеваний и смерти.

В крупных проспективных исследованиях и мета-анализах показано, что появление депрессивного, тревожного и посттравматического стрессового расстройств за несколько лет до возникновения многих соматических заболеваний, например, ИБС [10-12], повышало риск возникновения таких заболеваний. У пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством в последующие годы на 30% возрос риск артериальной гипертензии (АГ), стенокардии, язвенной болезни, артропатий, сахарного диабета (СД) и заболеваний печени [13].

В этих работах использовали многофакторный анализ, который позволял выделить влияние собственно психического состояния без вклада традиционных факторов риска соматических заболеваний. Важно понимать, что временная последовательность событий не доказывает причинно-следственной связи, скорее – состояние психики является более чувствительным индикатором системных нарушений.

С другой стороны, в нескольких исследованиях пациентов с СД показаны двунаправленные связи, когда на-

личие диабета увеличило риск депрессии и, наоборот, депрессия повысила риск появления диабета [14, 15].

3. Психические расстройства не вызывают органических заболеваний внутренних органов, в то же время последние могут быть причиной психических расстройств

В настоящее время отсутствуют убедительные данные о возможности структурных повреждений внутренних органов, причиной которых являются психические расстройства.

Лишь стрессовые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки остаются примером психосоматического характера заболеваний. Вместе с тем убедительно показана важная роль *Helicobacter pylori* и нестероидных противовоспалительных препаратов, включая малые дозы ацетилсалициловой кислоты, в развитии гастроинтестинальных язв и, возможно, стресс является лишь одним из триггеров заболевания [16].

Некоторые соматические заболевания, такие как системная красная волчанка, В12-дефицитная анемия, дисфункции щитовидной железы, синдром Кушинга нередко проявляются психическими симптомами и расстройствами.

Медицинская наука выявила важные биологические факторы, приводящие к развитию диффузного токсического зоба, бронхиальной астмы, ревматоидного артрита, АГ, хронических воспалительных заболеваний кишечника, некоторых дерматитов. Таким образом, в настоящее время концепция психосоматических заболеваний Франца Александра уже стала достоянием истории.

Ведутся поиски других концепций, позволяющих объяснить психосоматические связи и предложить новые терапевтические подходы. Большинство исследователей в настоящее время развивают идеи биопсихосоциальной модели, предложенной Джорджем Энгелом, в которой важная роль в предрасположенности к заболеванию, его тяжести и течении отводится психическим факторам.

4. Психические расстройства и симптомы часто встречаются у пациентов с функциональными симптомами и заболеваниями

Среди функциональных заболеваний наиболее изучены гастроинтестинальные, рекомендации по которым были недавно обновлены. В частности у пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) значительно повышены уровни тревоги и депрессии, а также частота тревожных, аффективных и посттравматического стрессового расстройств [17-20]. Так у пациентов с СРК в 6 раз чаще определяется генерализо-

ванное тревожное расстройство, а с другой стороны, у пациентов с генерализованным тревожным расстройством в 5 раз чаще выявляется СРК [21]. Адекватная психотропная терапия способствует уменьшению симптомов дисфункции верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта.

У 44% пациентов с некардиальными болями в груди выявили тревожные расстройства, у 13% – расстройства настроения [22]. При этом не следует оценивать в пользу диагноза некардиальных болей в груди наличие психического расстройства, т.к. частота последних сопоставима со случаями коронарных болей (стенокардия, инфаркт миокарда) [23].

5. У пациентов с соматическими болезнями нередко выявляются коморбидные соматические и психические заболевания

У пациентов с соматическими болезнями повышена частота психических расстройств и других соматических заболеваний, что нельзя объяснить только распространенностью болезней среди населения.

По результатам крупного 26-летнего датского исследования у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с одной стороны, на 74% чаще развивалась депрессия, а с другой – повысился риск инфаркта миокарда, рака легких, диабета, перелома бедра на 26, 105, 21 и 212%, соответственно [24].

По данным австралийского исследования у пожилых пациентов с СД частота депрессии, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ХОБЛ, хронической боли, сердечной недостаточности была выше на 25, 46, 20, 20 и 15%, соответственно [25].

Сочетание психических и соматических коморбидных заболеваний может существенно ухудшить прогноз. Например, после инфаркта миокарда у пациентов с СД риск смертности через шесть лет возрос на 38%, с депрессией – на 39%, а в случаях сочетания СД и депрессии – в 2,9 раза [26].

Повышение частоты как соматических, так и психических заболеваний у пациентов при длительном наблюдении может свидетельствовать о системных нарушениях в организме и тесной взаимосвязи душевной и соматической сфер.

6. Психические расстройства увеличивают частоту и тяжесть, ухудшают прогноз коморбидных соматических заболеваний, снижают трудоспособность и качество жизни, часто в большей степени, чем болезни внутренних органов

По данным национального эпидемиологического исследования у пациентов с посттравматическим стресс-

совым расстройством увеличен риск стенокардии, тахикардий, СД, язвенной болезни, заболеваний печени и суставов в 1,2-2,5 раза [13].

У пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной депрессией повышается риск сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, остановка сердца, сердечная смерть, реваскуляризация) в 3 раза, а в случае генерализованной тревоги – в 2 раза [27].

В исследовании Ruo В. и соавт. [28] симптомы депрессии независимо ассоциировались с более выраженной стенокардией, ограничением физической активности и снижением качества жизни. Именно депрессия, а не физические возможности пациента, фракция выброса левого желудочка или нагрузочная ишемия миокарда значительно ухудшала субъективное состояние пациентов.

По данным исследования Всемирной организации здравоохранения психические расстройства чаще приводили к потере трудоспособности, чем соматические болезни [29,30]. При этом пациенты с нарушением трудоспособности вследствие соматического заболевания получали лечение значительно чаще, чем обусловленного психическим расстройством – 53% против 8%.

Депрессивное расстройство ассоциировалось с повышением частоты снижения трудоспособности в 2,5 раза, хронических соматических болезней в 2 раза, а сочетанием этих состояний – в 6,3 раза [31].

Посттравматическое стрессовое расстройство в большей степени снижало трудоспособность, чем физические проблемы здоровья в большом наблюдательном исследовании [32].

Изменения эмоционального состояния часто вызывает слабость, снижение энергичности, нарушение концентрации внимания, необъяснимые соматические жалобы, которые снижают функциональные возможности человека и качество жизни, хотя внутренние органы работают без существенных отклонений.

Поскольку психическое состояние играет важную роль в успешном выполнении трудовых операций, а доля физического труда с ростом технического прогресса уменьшается, то роль психических расстройств в снижении трудоспособности будет только возрастать.

7. Психические нарушения ассоциируются с повышением общей и сердечно-сосудистой смертности

Наличие депрессии, выявляемой с помощью интервью и самооценок пациентов, ассоциировалось с возрастанием общей смертности в 1,6 раза, независимо от хорошо изученных социальных, демографических и соматических факторов риска смерти, согласно мета-анализу 239 исследований [33]. Негативное влияние депрессии не различалось между группами пациентов

и разными заболеваниями (исключая ХОБЛ), что может свидетельствовать об общем влиянии биологической дисрегуляции, образа жизни, а не специфических механизмов, таких как эндотелиальная дисфункция или повышение агрегации тромбоцитов.

По данным десяти крупных проспективных когортных исследований выраженный психический дистресс, оцениваемый по шкале GHQ-12, ассоциировался с повышением общей и сердечно-сосудистой смертности в 1,7 раза [34].

Более того, предоперационная депрессия увеличила в 1,5 раза общую смертность у даже пациентов после коронарного шунтирования по данным мета-анализа исследований [35].

У американских ветеранов войн с посттравматическим стрессовым расстройством повышена общая и сердечно-сосудистая смертность в 2,2 и 1,7 раза [36].

Среди причин повышенной общей и сердечно-сосудистой смертности при наличии психических расстройств рассматривают увеличение риска сердечно-сосудистых заболеваний, худший контроль факторов риска (курения, сниженной физической активности, АГ, дислипидемии, СД), снижение приверженности к лечению.

8. Психические расстройства могут проявляться симптомами, сходными с клиникой соматических болезней, или существенно влиять на выраженность соматических симптомов

Хорошо известна связь депрессии с болями. Например, у 75% пациентов с депрессивным расстройством отмечались боли, при этом в 57% случаев боли локализовались в нескольких местах [37]. Депрессия может даже в большей степени, чем невротические расстройства, усилить восприятие соматических симптомов [38].

Важным представляется оценка влияния эмоциональных нарушений на выраженность ангинозных болей. Было показано, что в группе больных со стабильной ИБС и высоким уровнем тревоги пациенты оценивали выше интенсивность боли при ангинозных приступах [39].

Депрессия и тревога повышают частоту симптомов при фибрилляции предсердий, для которой характерны бессимптомные приступы [41, 40].

Эмоциональное состояние может повлиять на порог восприятия одышки, как легочной, так и сердечной [43, 42]. У пациентов с бронхиальной астмой сниженное настроение способствует трактовке неспецифических симптомов как астматических и, соответственно, увеличивается потребление ингаляционных бронходилататоров [42].

9. Пациенты с психическими расстройствами чаще посещают врачей непсихиатрического профиля и госпитализируются с соматическими болезнями

Пациенты, неоправданно часто посещающие врачей, представляют большую проблему, т.к. избыточно используют ограниченные ресурсы здравоохранения. В структуре причин частых посещений, наряду с хроническими заболеваниями, 31% случаев составили психические расстройства, а 15% – жизненные стрессы [44].

В исследованиях среди пациентов, часто посещающих врача общей практики, выявлена высокая частота депрессивного, генерализованного тревожного и соматоформного расстройств [46-45].

По данным систематического обзора и мета-анализа исследований симптомы депрессии ассоциировались с возрастанием риска госпитализаций, длительности пребывания в стационаре и повторных госпитализаций [48]. Наличие серьезных психических расстройств на 24% увеличило риск повторных госпитализаций пациентов с диабетом [49].

10. Психические расстройства влияют на удовлетворенность лечением и приверженность пациентов к лечению

Выполнение рекомендаций врача оказывает существенное влияние на результаты лечения, в частности позволяет снизить смертность на 44%, по сравнению с пациентами, не выполняющими медицинских советов [50]. При этом психические расстройства в большей степени влияли на приверженность к антигипертензивному лечению, чем коморбидные соматические заболевания [51].

В исследовании Heartand Soul Study пациенты с ИБС и депрессивным расстройством в 2,8 раза чаще не принимали медикаменты и в 2,4 раза чаще забывали принимать лекарства, что привело к увеличению в два раза риска сердечно-сосудистых событий [53, 52]. Депрессия может привести к неоптимальному мониторингу гемостаза при лечении оральными антикоагулянтами, что может увеличить риск тромбозов и кровотечений [54].

В то же время у многих тревожных пациентов приверженность к антигипертензивному лечению повышается, что может снизить заболеваемость и даже смертность [55].

Терапия депрессии с помощью психологических или медикаментозных методов у пациентов с острым коронарным синдромом более чем в пять раз повысила удовлетворенность пациентов лечением [56].

Терапия антидепрессантами у пациентов с депрессией и АГ привела к значительно лучшей приверженности к антигипертензивному лечению (78% против 31%) [57].

Важно учитывать также приверженность к психотропному лечению. Например, хорошая приверженность к приему антидепрессантов у пациентов с ИБС ассоциировалась со снижением общей смертности по сравнению с неприверженными пациентами [58].

Таким образом, психическое состояние – важный фактор приверженности к лечению, а эффективное лечение психического расстройства может улучшить соблюдение пациентом программы лечения соматического заболевания и прогноз заболевания.

11. Психотропное лечение снижает выраженность тревоги и депрессии, а также может уменьшить частоту соматических событий и госпитализаций у пациентов с депрессией

Лечение аффективных расстройств с помощью антидепрессантов и когнитивно-поведенческой терапии весьма эффективно и у пациентов с соматическими заболеваниями [59,60].

По данным мета-анализа наблюдательных и рандомизированных контролируемых исследований лечение депрессии у пациентов с ИБС с помощью селективных ингибиторов обратного захвата серотонина снизило частоту госпитализаций по поводу коронарных событий и смертность на 37 и 44%, соответственно [61]. Хотя при включении только рандомизированных исследований такого эффекта не наблюдалось. Психотропное лечение с помощью антидепрессантов и психотерапии уменьшило частоту коронарных событий (на 3% абсолютно, одно событие на 34 пролеченных пациентов) в мета-анализе T. Rutledge и соавт. [62].

12. Применение психотропных препаратов требует учета влияния на соматическую патологию и соматотропное лечение

Антидепрессанты нашли широкое применение для лечения хронической боли, включая хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника, диабетическую нейропатию, первичную головную боль т.д. [63].

В то же время психотропные препараты могут вызвать ряд серьезных соматических проблем [64]. Например, при использовании антипсихотиков и некоторых антидепрессантов увеличивается интервал QT, что может привести к внезапной аритмической смерти.

Осторожно следует применять психотропные препараты при соматических заболеваниях с повышенным риском смерти, особенно при ИБС. В этих случаях допустимы только препараты с надежно доказанной безопасностью, к которым можно отнести сертралин (SADHART, ENRICHD, UPBEAT), циталопрам (CREATE), эсциталопрам (DECARD; K-DEPACS/EsDEPACS) и миртазапин (MIND-IT) [65-71].

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина обладают свойствами антиагрегантов и повышают в 2-4 раза риск кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, особенно если пациенты принимают антитромботические препараты (дезагреганты, антикоагулянты, тромболитики), нестероидные противовоспалительные препараты и кортикостероиды.

13. Лечение соматического заболевания может существенно повлиять на психическое состояние пациентов и психотропную терапию

Тяжелое соматическое заболевание снижает социальные, профессиональные и бытовые возможности пациентов, что не может не сказаться на душевном состоянии. Поэтому при коморбидных психических и соматических заболеваниях эффективное лечение последних может быть существенным в повышении не только физического, но и психического качества жизни. Например, имплантация устройств поддержки левого желудочка пациентам с тяжелой сердечной недостаточностью значительно уменьшила депрессию по сравнению с оптимальным медикаментозным лечением заболевания сердца в исследовании ROADMAP [72].

Возможны и негативные последствия лечения соматической болезни. Прием неселективных нестероидных противовоспалительных препаратов может вызывать депрессию, резистентную к приему антидепрессантов.

Среди пациентов впервые леченных кортикостероидами выявили серьезные психические проблемы, включая увеличение частоты суицидов (в 6,9 раза), депрессии (в 1,8 раза), мании (в 4,4 раза), панических расстройств (в 1,5 раза) [73].

Следует также учитывать взаимовлияния соматотропных и психотропных препаратов. Ингибиторы протонной помпы, в большей степени – омепразол и эзомепразол – увеличивают почти на 50% экспозицию селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, особенно эсциталопрама [74]. Многие препараты, используемые для лечения соматических и психических болезней увеличивают интервал QT и, соответственно, риск внезапной аритмической смерти.

14. Пациенты с соматическими болезнями и коморбидными психическими расстройствами значительно увеличивают затраты медицинских ресурсов

Влияние психических расстройств на самочувствие пациента, функциональное состояние, приверженность к лечению, озабоченность заболеванием отражается на затратах службы здравоохранения.

Например, депрессия у пациентов с диабетом в 2,6 раза увеличила число дней плохого самочувствия, в 2,1 раза длительность госпитализации и в 1,8 раза повысилось количество госпитализаций [75]. У госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью наличие психического расстройства увеличивает продолжительность госпитализации в среднем на день и стоимость лечения пациента – на 7763\$ [76]. На первый взгляд, возрастание невелико, однако большое число пациентов с сердечной недостаточностью приводит к существенным затратам. Поэтому лечение депрессии врачами общей практики может быть экономически оправданным, в том числе, и в странах с невысоким уровнем дохода на душу населения [77].

15. Врачи-интернисты могут выявлять и лечить нетяжелые психические расстройства

По данным международного исследования Всемирной организации здравоохранения лишь каждый пятый человек, страдающий выраженным психическим расстройством, получает соответствующее лечение [78]. Большое число пациентов соматических стационарных и амбулаторных учреждений с коморбидными психическими расстройствами не позволяет охватить всех специализированной психиатрической и психотерапевтической помощью. Нельзя также игнорировать существующее предубеждение многих пациентов против общения с психиатрами и психотерапевтами. Поэтому во многих странах пациентов с нетяжелыми психическими расстройствами лечат врачи общей практики. Так, в Соединенных Штатах Америки 74% пациентов с депрессией лечатся у врачей общей практики [79].

Подготовленные врачи-интернисты могут достаточно эффективно лечить нетяжелые психические расстройства, при необходимости получая консультации психиатров [81, 80]. Например, в канадском исследовании даже не было найдено различий в результатах лечения психических расстройств, проводимого врачами общей практики и специалистами в области душевных заболеваний [82].

Нередко за проявлениями тревоги, депрессии, соматоформного расстройства скрывается соматическое заболевание, выявить которое психиатру часто бывает сложно. Врач интернист может более точно оценить вклады соматического и психического заболеваний в снижение качества жизни и определить приоритеты в выборе лечения.

Для скрининга можно использовать стандартизированные опросники (например, HADS, GAD-2, PHQ-2), позволяющие при небольших временных за-

тратах выявить пациентов с возможным психическим расстройством. При положительных результатах тестов выявляемость психического расстройства повышается почти в два раза. Вместе с тем, только одни опросники не могут использоваться для диагностики психических расстройств и требуют собеседования с целью уточнения природы симптомов.

Важно при организации лечения психических заболеваний наладить тесное сотрудничество врачей соматического профиля и психиатров консультантов (consultation-liaison psychiatry), совершенствовать организационные формы совместной работы и нормативную базу.

16. Для эффективного ведения пациентов с психическими расстройствами необходимо существенно улучшить обучение врачей-непсихиатров и разработать рекомендации по ведению психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями

Диагностика и лечение психических расстройств представляет большие проблемы для интернистов, которые получают крайне недостаточную подготовку в период до и последилового обучения. Не случайно врачи общей практики диагностировали депрессию лишь в 47% случаев, а сделали запись об этом только в 34% случаев [82]. В канадских клиниках первичной практики врачи не выявили 66% случаев депрессивного, 93% биполярного, 86% панического расстройств, 71% генерализованного тревожного расстройства, 98% социальных фобий [83].

Несмотря на большое число рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств в соматической практике за рубежом, такие важные документы, разработанные профессиональными обществами, отсутствуют в России. Такое положение сдерживает активность интернистов, частично связанную с недостаточной урегулированностью медицинских и правовых аспектов в ведении больных с психическими расстройствами. В частности, много негативных последствий имеет жесткое ограничение лечения заболеваний строго по профилю койки.

В связи с этим разработка национальных рекомендаций по ведению психических расстройств, ориентированных на практикующих интернистов и учитывающих коморбидные соматические заболевания, приобретает важнейшее значение. Целесообразно также включать соответствующие разделы в медицинские рекомендации по соматическим болезням, как это делается рядом ведущих зарубежных медицинских организаций.

Конфликт интересов. Автор заявляет об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Disclosures. Author has not disclosed potential conflicts of interest regarding the content of this paper.

References / Литература

- Smulevich A.V., ed. Psychosomatic disorders in clinical practice. Moscow: MEDpress-inform; 2016. (In Russ.) [Смулевич А.В., ред. Психосоматические расстройства в клинической практике. М.: МЕДпресс-информ; 2016].
- Simanenkov V.I., ed. Psychosomatic disorders in the practice of the therapist. St. Petersburg: Spetslit; 2008. (In Russ.) [Симаненков В.И., ред. Психосоматические расстройства в практике терапевта. СПб: Спецлит; 2008].
- Belyalov F.I. Mental disorders in the practice of the therapist. 6th ed. Irkutsk: RIOIGIUV; 2013. (In Russ.) [Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. Изд. 6-е. Иркутск: РИОИГИУВА; 2013].
- Levenson J.L., ed. The American Psychiatric Publishing textbook of Psychosom Medicine. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2011.
- Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617-27.
- ECNP/EBC. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*. 2011;21:655-79.
- King M., Nazareth I., Levy G., et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*. 2008;192(5):362-7.
- Grandes G., Montoya I., Arietaleanizbeaskoa M., et al. The burden of mental disorders in primary care. *Eur Psychiatry*. 2011;26(7):428-35.
- Serrano-Blanco A., Palao D.J., Luciano J.V., et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2010;45(2):201-10.
- Nicholson A., Kuper H., Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J*. 2006;27:2763-74.
- Roest A.M., Martens E.J., de Jonge P., et al. Anxiety and Risk of Incident Coronary Heart Disease: A Meta-Analysis. *J Am Coll Cardiol*. 2010;56(1):38-46.
- Edmondson D., Kronish I.M., Shaffer J.A., et al. Posttraumatic stress disorder and risk for coronary heart disease: A meta-analytic review. *American Heart Journal*. 2013;166(5):806-14.
- Pietrzak R.H., Goldstein R.B., Southwick S.M., et al. Medical Comorbidity of Full and Partial Posttraumatic Stress Disorder in US Adults: Results From Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosom Med*. 2011;73(8):697-707.
- Chen P.C., Chan Y.T., Chen H.F., et al. Population-Based Cohort Analyses of the Bidirectional Relationship Between Type 2 Diabetes and Depression. *Diabetes Care*. 2013;36(2):376-82.
- Demakakos P., Zaninotto P., Nouwen A. Is the Association Between Depressive Symptoms and Glucose Metabolism Bidirectional? Evidence From the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*. 2014;76:555-61.
- Levenstein S., Rosenstock S., Jacobsen R.K., Jorgensen T. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of *Helicobacter pylori* infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2015;13(3):498-506.e1.
- Fond G., Loundou A., Hamdani N., et al. Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2014;264(8):651-60.
- Van Oudenhove L., Crowell M.D., Drossman D.A., et al. Biopsychosocial Aspects of Functional Gastrointestinal Disorders: How Central and Environmental Processes Contribute to the Development and Expression of Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2016;50:1355-67.
- Tseng P.T., Zeng B.S., Chen Y.W., et al. A meta-analysis and systematic review of the comorbidity between irritable bowel syndrome and bipolar disorder. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(33):e4617.
- Afari N., Ahumada S.M., Wright L.J., et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. *Psychosom Med*. 2014;76(1):2-11.
- Lee S., Wu J., Ma Y.L., et al. Irritable bowel syndrome is strongly associated with generalized anxiety disorder: a community study. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;30(6):643-51.
- White K.S., Raffa S.D., Jakle K.R., et al. Morbidity of DSM-IV Axis I disorders in patients with noncardiac chest pain: Psychiatric morbidity linked with increased pain and health care utilization. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(3):422-30.
- Eken C., Oktay C., Bacanlı A., et al. Anxiety and depressive disorders in patients presenting with chest pain to the emergency department: a comparison between cardiac and non-cardiac origin. *J Emerg Med*. 2010;39(2):144-50.
- Sode B.F., Dahl M., Nordestgaard B.G. Myocardial infarction and other co-morbidities in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a Danish Nationwide study of 7.4 million individuals. *Eur Heart J*. 2011;32(19):2365-75.
- Caughey G.E., Roughead E.E., Vitry A.I., et al. Comorbidity in the elderly with diabetes: Identification of areas of potential treatment conflicts. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010;87(3):385-93.
- Bot M., Pouwer F., Zuidersma M., et al. Association of Coexisting Diabetes and Depression With Mortality After Myocardial Infarction. *Diabetes Care*. 2012;35(3):503-9.
- Frasure-Smith N., Lesperance F. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Artery Disease. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:62-71.
- Ruo B., Rumsfeld J.S., Hlatky M.A., et al. Depressive symptoms and health-related quality of life: the Heart and Soul Study. *JAMA*. 2003;290(2):215-21.
- Ormel J., Petukhova M., Chatterji S., et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. *Br J Psychiatry*. 2008;192:368-75.
- Becker A.E., Kleinman A. Mental Health and the Global Agenda. *New Engl J Med*. 2013;369(1):66-73.
- Schmitz N., Wang J., Malla A., et al. Joint Effect of Depression and Chronic Conditions on Disability: Results From a Population-based Study. *Psychosom Med*. 2007;69:332-8.
- Sareen J., Cox B.J., Stein M.B., et al. Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behavior Associated With Posttraumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *Psychosom Med*. 2007;69:242-8.
- Cuijpers P., Vogelzangs N., Twisk J., et al. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry*. 2014;171(4):453-62.
- Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., et al. Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies. *BMJ*. 2012;345.
- Stenman M., Holzmann M.J., Sartipy U. Association between preoperative depression and long-term survival following coronary artery bypass surgery - A systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol*. 2016;222:462-6.
- Boscarino J.A. Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. Army veterans 30 years after military service. *Ann Epidemiol*. 2006;16(4):248-56.
- Vaccarino A.L., Sills T.L., Evans K.R., et al. Multiple Pain Complaints in Patients With Major Depressive Disorder. *Psychosom Med*. 2009;71(2):159-62.
- Howren M.B., Suls J., Martin R. Depressive Symptomatology, Rather than Neuroticism, Predicts Inflated Physical Symptom Reports in Community-Residing Women. *Psychosom Med*. 2009;71(9):951-7.
- Ibatov A.D. The effect of anxiety disorders on the course of coronary heart disease. *Russkiy Meditsinskiy Zhurnal*. 2007;15(20):1443-6. (In Russ.) [Ибатов А.Д. Влияние тревожных расстройств на течение ишемической болезни сердца. *Русский Медицинский Журнал*. 2007;15(20):1443-6].
- Kupper N., van den Broek K.C., Widdershoven J., Denollet J. Subjectively reported symptoms in patients with persistent atrial fibrillation and emotional distress. *Front Psychol*. 2013;4:192.
- Von Eisenhart Rothe A., Hutt F., Baumert J., et al. Depressed mood amplifies heart-related symptoms in persistent and paroxysmal atrial fibrillation patients: a longitudinal analysis—data from the German Competence Network on Atrial Fibrillation. *Europace*. 2015;17:1354-62.
- Main J., Moss-Morris R., Booth R., et al. The use of reliever medication in asthma: the role of negative mood and symptom reports. *J Asthma*. 2003;40(4):357-65.
- Ramasamy R., Hildebrandt T., O'Hea E., et al. Psychological and Social Factors That Correlate With Dyspnea in Heart Failure. *Psychosomatics*. 2006;47:430-4.
- Baez K., Aiarzaguenia J.M., Grandes G., et al. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. *Br J Gen Pract*. 1998;48(437):1824-7.
- Dowrick C.F., Bellon J.A., Gomez M.J. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract*. 2000;50(454):361-5.
- Norton J., David M., de Roquefeuil G., et al. Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system. *Journal of Psychosomatic Research*. 2012;72(6):413-418.
- Belanger L., Ladouceur R., Morin C.M., et al. Generalized anxiety disorder and health care use. *Can Fam Physician*. 2005;51:1362-3.
- Prina A.M., Cosco T.D., Denning T., et al. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*. 2015;78(1):25-33.
- Chwastiak L.A., Davydow D.S., McKibbin C.L., et al. The Effect of Serious Mental Illness on the Risk of Rehospitalization Among Patients With Diabetes. *Psychosomatics*. 2014;55(2):134-43.
- Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R., et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 2006;333:15.
- Calderón-Larrañaga A., Diaz E., Poblador-Plou B., et al. Non-adherence to antihypertensive medication: The role of mental and physical comorbidity. *International Journal of Cardiology*. 2016;207:310-6.
- Gehi A.K., Ali S., Na B., et al. Self-reported Medication Adherence and Cardiovascular Events in Patients With Stable Coronary Heart Disease: The Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*. 2007;167:1798-803.
- Gehi A., Haas D., Pipkin S., et al. Depression and Medication Adherence in Outpatients With Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study. *Arch Intern Med*. 2005;165:2508-13.
- Rose A.J., Miller D.R., Ozonoff A., et al. Gaps in monitoring during oral anticoagulation: insights into care transitions, monitoring barriers, and medication nonadherence. *Chest*. 2013;143(3):751-7.
- Kim H.K., Park J.H., Park J.H., et al. Differences in Adherence to Antihypertensive Medication Regimens According to Psychiatric Diagnosis: Results of a Korean Population-based Study. *Psychosom Med*. 2010;72(1):80-7.

56. Davidson K.W., Rieckmann N., Clemow L., et al. Enhanced Depression Care for Patients With Acute Coronary Syndrome and Persistent Depressive Symptoms: Coronary Psychosocial Evaluation Studies Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med.* 2010;170(7):600-8.
57. Bogner H.R., de Vries H.F. Integration of Depression and Hypertension Treatment: A Pilot, Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med.* 2008;6:295-301.
58. Krivoy A., Balicer R.D., Feldman B. et al. Adherence to antidepressant therapy and mortality rates in ischaemic heart disease: cohort study. *The British Journal of Psychiatry* 2015;206:297-301.
59. Beltman M.W., Voshaar R.C., Speckens A.E. Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry.* 2010;197(1):11-9.
60. Rayner L., Price A., Evans A., et al. Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(3):CD007503.
61. Pizzi C., Rutjes A.W.S., Costa G.M., et al. Meta-analysis of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Patients With Depression and Coronary Heart Disease. *Am J Card.* 2011;107(7):972-9.
62. Rutledge T., Redwine L.S., Linke S.E., et al. A Meta-Analysis of Mental Health Treatments and Cardiac Rehabilitation for Improving Clinical Outcomes and Depression Among Patients With Coronary Heart Disease. *Psychosom Med.* 2013;75(4):335-49.
63. Kroenke K., Bair M.J., Damush T.M., et al. Optimized Antidepressant Therapy and Pain Self-management in Primary Care Patients With Depression and Musculoskeletal Pain: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2009;301(20):2099-110.
64. Belyalov F.I. Treatment of diseases in conditions of comorbidity. 10th ed. Moscow: GEOTAR-Media; 2016. (In Russ.) [Белялов Ф.И. Лечение болезней в условиях коморбидности. 10-е Изд. Москва: ГЭОТАР-Медиа; 2016].
65. Glassman A.H., O'Connor C.M., Califf R.M., et al. Sertraline Treatment of Major Depression in Patients With Acute MI or Unstable Angina. *JAMA.* 2002;288:701-9.
66. Taylor C.B., Youngblood M.E., Catellier D. et al. Effects of Antidepressant Medication on Morbidity and Mortality in Depressed Patients After Myocardial Infarction. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:792-8.
67. Blumenthal J.A., Sherwood A., Babyak M.A., et al. Exercise and Pharmacological Treatment of Depressive Symptoms in Patients With Coronary Heart Disease: Results From the UPBEAT Study. *J Am Coll Cardiol.* 2012;60(12):1053-63.
68. Lesperance F., Frasere-Smith N., Koszycki D., et al. Effects of Citalopram and Interpersonal Psychotherapy on Depression in Patients With Coronary Artery Disease. *JAMA.* 2007;297:367-79.
69. Hanash J.A., Hansen B.H., Hansen J.F., et al. Cardiovascular safety of one-year escitalopram therapy in clinically nondepressed patients with acute coronary syndrome. *J Cardiovasc Pharmacol.* 2012;60(4):397-405.
70. Kang H.-J., Stewart R., Bae K.-Y., et al. Effects of depression screening on psychiatric outcomes in patients with acute coronary syndrome: Findings from the K-DEPACS and EsDEPACS studies. *Int J Card.* 2015;190:114-21.
71. van Melle J.P., de Jonge P., Honig A., et al. Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction. *Br J Psychiatry.* 2007;190:460-6.
72. Estep J.D., Starling R.C., Horstmanshof D.A., et al. Risk Assessment and Comparative Effectiveness of Left Ventricular Assist Device and Medical Management in Ambulatory Heart Failure Patients: Results From the ROADMAP Study. *J Am Coll Cardiol.* 2015;66:1747-61.
73. Fardet L., Petersen I., Nazareth I. Suicidal behavior and severe neuropsychiatric disorders following glucocorticoid therapy in primary care. *Am J Psychiatry.* 2012;169(5):491-7.
74. Gjestad C., Westin A.A., Skogvoll E., Spigset O. Effect of proton pump inhibitors on the serum concentrations of the selective serotonin reuptake inhibitors citalopram, escitalopram, and sertraline. *Ther Drug Monit.* 2015;37(1):90-7.
75. Vamos E.P., Mucsi I., Keszei A., et al. Comorbid Depression Is Associated With Increased Healthcare Utilization and Lost Productivity in Persons With Diabetes: A Large Nationally Representative Hungarian Population Survey. *Psychosom Med.* 2009;71(5):501-7.
76. Sayers S.L., Hanrahan N., Kutney A., et al. Psychiatric comorbidity and greater hospitalization risk, longer length of stay, and higher hospitalization costs in older adults with heart failure. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55(10):1585-91.
77. Siskind D., Araya R., Kim J. Cost-effectiveness of improved primary care treatment of depression in women in Chile. *Br J Psychiatry.* 2010;197(4):291-6.
78. Wang J., Patten S.B. Perceived Effectiveness of Mental Health Care Provided by Primary-Care Physicians and Mental Health Specialists. *Psychosomatics.* 2007;48:123-7.
79. Olfson M., Blanco C., Marcus S.C. Treatment of Adult Depression in the United States. *JAMA Intern Med.* 2016;176(10):1482-91.
80. Fleury M.J., Imboua A., AubO D., et al. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract.* 2012;13(1):19.
81. Gillies D., Buyck P., Parker A.G., Hetrick S.E. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9):CD007193.
82. Mitchell A.J., Vaze A., Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009;374:609-19.
83. Vermani M., Marcus M., Katzman M.A. Rates of Detection of Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Descriptive, Cross-Sectional Study. *The Primary Care Companion to CNS Disorders.* 2011;13(2).

About the Author:

Farid I. Belyalov – MD, PhD, Professor, Chair of Gerontology and Geriatrics, Head of Cardiac Arrhythmia Centre, Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education

Сведения об авторе:

Белялов Фарид Исмагильевич – д.м.н., профессор, кафедра геронтологии и гериатрии, руководитель кардиоаритмологического центра, Иркутская медицинская академия последипломного образования