

## **Белялов Ф.И. Психосоматические связи при заболеваниях внутренних органов: Часть 1. Клиническая медицина. 2007;3:21-4.**

Среди пациентов поликлиник и, особенно стационаров, нередко встречаются психические расстройства, частота которых близка с частоте заболеваний внутренних органов (таблица).

*Таблица. Распространенность психических расстройств [1,2].*

Психические расстройства	Все население	Пациенты	
		поликлиник	стационаров
Депрессия	9-20%	17-22	15-35%
Тревога	5-10%	10-14%	11-30%
Соматоформные расстройства	1-4%	16-28%	5-35%
Зависимость от алкоголя	7-8%	10-20%	20-40%

Повышение частоты психических расстройств обусловлено как влиянием соматического заболевания (боль, ограничение трудоспособности) так и соматизированными появлениями психических расстройств. Кроме того, психические расстройства тесно связаны с многократными посещениями врачей и обследованиями в лечебных учреждениях [3].

### **Инсульт**

По данным исследований депрессия является независимым фактором риска инсульта, особенно ишемического [4,5]. Выявлена высокая частота сочетания депрессии и сосудистых заболеваний головного мозга: инсульта и транзиторных ишемических атак [6,7]. Через 2 месяца после инсульта депрессия, соответствующая критериям депрессивного эпизода, определяется у 10-27% пациентов, и еще 15-40% пациентов имеют менее выраженную депрессию [4,8]. Постинсультная депрессия ассоциируется с возрастанием летальности [9].

При транзиторных ишемических атаках, обусловленных стенозом сонной артерии, частота депрессии не отличалась от таковой после инсульта [10]. Роль ишемии мозга в развитии депрессии подтверждается эффективностью эндалтерэктомии при стенозе сонной артерии [11].

Несмотря на ряд исследований, показавших эффективность антидепрессантов, мета-анализ не выявил способности психотерапии или антидепрессантов предупреждать депрессию и неблагоприятные последствия заболевания [12,13].

### **Ишемическая болезнь сердца**

**Депрессия.** Наличие умеренной или тяжелой депрессии ассоциируется с повышенным риском (в 1.2-4.5 раза) развития ишемической болезни сердца (ИБС) [14,15].

Депрессия нередко встречается у пациентов с проявлениями ИБС, особенно часто (42–47%) после инфаркта миокарда [16]. В этих случаях значительно ухудшается прогноз – летальность при большой депрессии возрастала в 4-8 раз.

Хотя инфаркт миокарда и летальный исход являются важными критериями неблагоприятной ассоциации с депрессией, не следует забывать и влияние депрессии на способность получать удовольствие от жизни, интерес к окружающим событиям, энергичность и т.д.

В крупных исследованиях не удалось доказать позитивное влияние антидепрессантов и психотерапии у пациентов после инфаркта миокарда на течение соматического заболевания, хотя психическое состояние пациентов улучшается [17,18]. Противоречивые данные получены в отношении безопасности гетероциклических антидепрессантов и даже селективных ингибиторов захвата серотонина [15,19,20,21].

**Тревога.** Наличие тревожного расстройства ассоциируется с повышением риска развития ИБС в 1.3-4 раза у мужчин [22,23].

У пациентов с ИБС повышена частота тревоги, например, паническое расстройство регистрировали в 10-34% случаев [24]. Тревога выявляется у 50% госпитализированных пациентов с острыми коронарными синдромами и ассоциируется с увеличением в 2.5-5 раза осложнений ИБС [25,26].

Влияние лечения тревоги на течение ИБС изучено недостаточно.

**Стресс.** Хорошо известно, что стресс способствует повышению атерогенных фракций липопротеинов, свертывания крови, усилению ишемии миокарда и стенокардии [27,28].

В длительных исследованиях хронический стресс ассоциировался с повышением фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений у мужчин [29,30].

Признаки стресса выявляются у 75% пациентов с острыми коронарными синдромами [31]. N.Frasure-Smith и соавторы отметили повышение годовой летальности в 5.5 раза среди пациентов с повышенным уровнем стресса и инфарктом миокарда без зубца Q, в то время как у пациентов с инфарктом миокарда с зубцом Q негативного влияния стресса выявлено не было [32].

Ежедневный стресс существенно снижает эффект антиангинального лечения [33]. Вместе с тем, вопреки ранним работам, в последних исследованиях не удалось доказать эффективность программ контроля стресса на течение и прогноз заболевания [34,35].

**Личностные факторы.** У людей с типом личности А (агрессивность, враждебность, амбициозность и честолюбие, хроническое чувство нехватки времени) в исследованиях 90-х годов не выявлено повышение риска ИБС и осложнений заболевания [36]. Тип личности D (тенденция подавлять эмоциональный дистресс) ассоциировался с повышением риска осложнений [37].

### **Сердечная недостаточность**

Депрессия ассоциируется с повышением в 2–2.8 раза риска развития сердечной недостаточности [38,39].

У госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью депрессия регистрируется в 35–87% случаев, а в 14–36% выраженность депрессии соответствует критериям депрессивного эпизода [40,41]. При более тяжелой сердечной недостаточности или дисфункции левого желудочка выше риск депрессии, например, большая депрессия определялась в 8% при I функциональном классе сердечной недостаточности и в 40% при IV функциональном классе [40,42].

У пациентов с сердечной недостаточностью годовая летальность при большой депрессии возрастала в 2.2 раза, а частота повторных госпитализаций - в 3

раза [43]. При этом чем больше число депрессивных симптомов, тем хуже функциональное состояние и выше летальность [44].

Влияние терапии антидепрессантами на течение хронической сердечной недостаточности мало изучено. Предпочтительнее назначать селективные ингибиторы захвата серотонина и нефазодон, чем гетероциклические препараты, которые могут снизить сократимость миокарда (в больших дозах) и обладают аритмогенным потенциалом [45,46]. По-видимому, эффективнее комбинация антидепрессантов с когнитивно-поведенческой терапией [47].

### **Гипертиреоз**

При повышении функции щитовидной железы характерна тревога с раздражительностью, снижением концентрации внимания и суетливостью. Сердцебиение, тахикардия, тремор являются типичными проявлениями как гипертиреоза так и тревоги.

Во 40% случаев гипертиреоза выявляется депрессия с пониженным настроением, общей слабостью, реже со снижением интересов и побуждений [48].

Нарушения сна (трудность засыпания и частые пробуждения), снижение масса тела и повышенный аппетит могут быть проявлениями как гипертиреоза, так и депрессии. В тяжелых случаях гипертиреоза возможны бред, галлюцинации (преимущественно зрительные), нарушение памяти, гипомания.

Достижение эутиреоза улучшает психологическое состояние при клиническом гипертиреозе [49]. Эффективность лечения депрессии и тревоги у пациентов с повышенной функцией щитовидной железы не изучена.

### **Гипотиреоз**

У 10% пациентов с гипотиреозом регистрируется выраженная депрессия. Различение гипотиреоза и депрессии часто очень трудно, поскольку многие проявления сходны: снижение энергичности, интереса к повседневной деятельности и способности испытывать удовольствие, психическая и моторная заторможенность, сонливость, нарушение памяти.

Препараты лития обладают умеренным тиреостатическим эффектом. При длительном лечении литием у 10% пациентов, особенно часто у женщин, наблюдаются клинические проявления гипотиреоза [50].

При тяжелой гипофункции щитовидной железы (микседема) возможны галлюцинации и параноидные симптомы.

Достижение эутиреоза улучшает психологическое состояние при клиническом гипотиреозе [49]. Отчетливая положительная реакция на лечение левотироксином может появиться через 1-3 недели лечения. При выраженной депрессии возможно применение селективных ингибиторов захвата серотонина [51].

### **Сахарный диабет**

Депрессия ассоциируется с повышением риска развития сахарного диабета 2 типа на 23–38% [52,53].

У пациентов с сахарным диабетом 1 и 2 типа депрессия встречается на 60% чаще (тяжелые формы в 2–3 раза чаще), а тревога на 40% чаще чем у пациентов без диабета [54,55].

При депрессии возрастает риск осложнений сахарного диабета (нефропатии, ретинопатии, нейропатии, макрососудистых заболеваний, сексуальных дисфункций) [56,57]. Кроме того, повышается общая и сердечная летальности на 20% и 30% соответственно [58].

У пациентов с депрессией более выражена гипергликемия, лишь отчасти связанная с несоблюдения диеты, снижением физической активности, нарушением режима лечения [59,60]. Поскольку недостаточный контроль гликемии приводит к повышению частоты осложнений, нужно относиться к лечению депрессии столь же серьезно, как и к лечению диабета.

Важно отметить, что такие признаки, как похудание, нарушения сна и повышение аппетита, повышенная утомляемость, боли могут быть проявлениями как декомпенсации сахарного диабета, так и депрессии. Сухость во рту, полиурия, парестезии, головокружение нередко встречаются при сахарном диабете и тревоге. При тяжелой декомпенсации сахарного диабета или гипогликемиче-

ских состояниях могут встречаться психотические симптомы (галлюцинации, бред, делирий), нарушения сознания (оглушенность, сопор, кома).

Острая гипергликемия наряду с обычными признаками (полиурия, полидипсия, похудание) проявляется дисфорией, депрессией и тревогой, часто неотличимой от панической атаки [61].

Лечение депрессии психотерапевтическими методами и антидепрессантами улучшают психологическое состояние пациентов с диабетом, но не влияет на уровень компенсации [62,63].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. М 2000.
2. ANCPDR Depression Guideline Panel. Depression in Primary Care. 1993.
3. Herschbach P., Henrich G., von Rad M. Psychological factors in functional gastrointestinal disorders: characteristics of the disorder or of the illness behavior? *Psychosom. Med.* 1999; 61(2):148-153.
4. Larson S.L., Owens P.L., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke: thirteen-year follow-up from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Stroke.* 2001;32(9):1979-83.
5. Jonas B.S., Mussolino M.E. Symptoms of Depression as a Prospective Risk Factor for Stroke. *Psych. Med.* 2000;62:463-71.
6. Lyness J.M., King D.A., Conwell Y. et al. Cerebrovascular Risk Factors and 1-Year Depression Outcome in Older Primary Care Patients. *Am. J. Psychiatry* 2000;157:1499-1501.
7. Stewart R., Mann A., Richards M., Brayne C. Stroke, vascular risk factors and depression. Cross-sectional study in a UK Caribbean-born population. *British Journal of Psychiatry* 2001;178:23-28.
8. Kotila M., Numminen H., Waltimo O., Kaste M. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. *Stroke* 1998; 2: 368-372
9. Williams L.S., Ghose S.S., Swindle R.W. Depression and Other Mental Health Diagnoses Increase Mortality Risk After Ischemic Stroke. *Am. J. Psychiatry.* 2004;161:1090-1095.
10. Rao R. Depression After Transient Ischemic Attack: A Clinically Distinct Subtype of Vascular Depression? *Arch. Gen. Psychiatry.* 1998;55:753-754.
11. Mlekusch W., Mlekusch I., Minar E. et al. Is There Improvement of "Vascular Depression" after Carotid Artery Stent Placement? *Radiology* 2006;240:Jun 14.
12. Hackett M.L., Anderson C.S., House A.O. Interventions for treating depression after stroke (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 2.

13. Rasmussen A., Lunde M., Poulsen D.L. et al. A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Sertraline in the Prevention of Depression in Stroke Patients. *Psychosomatics*. 2003;44:216.
14. Ariyo A.A., Haan M., Tangen C.M. et al. Depressive Symptoms and Risks of Coronary Heart Disease and Mortality in Elderly Americans. *Circulation* 2000;102:1773.
15. Pratt L.A., Ford D.E., Crum R.M. et al. Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction. Prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation* 1996;94(12):3123-3129.
16. Burg M.M., Abrams D. Depression in chronic medical illness: The case of coronary heart disease. *J. Clin. Psychol.* 2001;57(11):1323-1337.
17. 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;288:701-709.
18. Effects of Treating Depression and Low Perceived Social Support on Clinical Events After Myocardial Infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) Randomised Trial. *JAMA*. 2003;289:3106-3116
19. Cohen H.W., Gibson G., Alderman M.H. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. *Am. J. Med.* 2000;108:2-8.
20. 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;62:792-798.
21. Watkins L.L., Blumenthal J.A., Davidson J.R., et al. Antidepressant use in coronary heart disease patients: impact on survival. American Psychosomatic Society 64th Annual Meeting, Denver, March 1-4, 2006.
22. Eaker E.D., Sullivan L.M., Kelly-Hayes M. et al. Tension and Anxiety and the Prediction of the 10-Year Incidence of Coronary Heart Disease, Atrial Fibrillation, and Total Mortality: The Framingham Offspring Study. *Psychosom. Med.* 2005;67:692-696.
23. Rutledge T., Reis S.E., Olson M. et al. History of anxiety disorders is associated with a decreased likelihood of angiographic coronary artery disease in women with chest pain: the WISE study. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2001;37:780-5.
24. Fleet R., Lavoie K., Beitman BD. Is panic disorder associated with coronary artery disease? A critical review of the literature. *J Psychosom Res* 2000;48(4-5):347-56.
25. Moser D.K., Dracup K. Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arrhythmic events? *Psychosom Med* 1996;58:395-401.
26. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression? *Health Psychol.* 1995;14:388-398.
27. Gullette E.C., Blumenthal J.A., Babyak M. et al. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life. *JAMA*. 1997;277(19):1521-1526.

28. Ramachandruni S., Fillingim R.B., McGorray S.P. et al. Mental Stress Provokes Ischemia in Coronary Artery Disease Subjects Without Exercise- or Adenosine-Induced Ischemia. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2006;47:987-91.
29. Nicholson A., Fuhrer R., Marmot M. Psychological Distress as a Predictor of CHD Events in Men: The Effect of Persistence and Components of Risk. *Psychosom. Med.* 2005;67:522-30.
30. Ohlin B., Nilsson P.M., Nilsson J.A., Berglund G. Chronic psychosocial stress predicts long-term cardiovascular morbidity and mortality in middle-aged men. *Eur. Heart J.* 2004;25:867-873
31. Pignalberi C., Patti G., Chimenti C. et al. Role of different determinants of psychological distress in acute coronary syndromes. *J. Am. Coll. Cardiol.* 1998;32(3):613-619.
32. Frasure-Smith N., Lesperance F., Juneau M. Differential long-term impact of in-hospital symptoms of psychological stress after non-Q-wave acute myocardial infarction. *Am. J. Cardiol.* 1992;69:1128-1134.
33. Rutledge T., Linden W., Davies R.F. Psychological risk factors may moderate pharmacological treatment effects among ischemic heart disease patients. *Psychosom. Med.* 1999;61(6):834-841.
34. Frasure-Smith N., Lesperance F., Prince R. et al. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet.* 1997;350:473-479.
35. Rees K., Bennett P., West R. et al. Psychological interventions for coronary heart disease (Cochrane Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Issue 2.
36. Tunstall-Pedoe H., Woodward M., Tavendale R. et al. Comparison of the prediction by 27 different factors of coronary heart disease and death in men and women of the Scottish Heart Health Study: cohort study. *BMJ.* 1997;315(7110):722-9.
37. Pedersen S.S., Lemos P.A., van Vooren R.R. et al. Type D personality predicts death or myocardial infarction after bare metal stent or sirolimus-eluting stent implantation. *JACC.* 2004;5:997-1001
38. Abramson J., Berger A., Krumholz H.M., Vaccarino V. Depression and Risk of Heart Failure Among Older Persons With Isolated Systolic Hypertension. *Arch. Intern. Med.* 2001;161:1725-1730.
39. Williams S.A., Kasl S.V., Heiat A. et al. Depression and Risk of Heart Failure Among the Elderly: A Prospective Community-Based Study. *Psychosomatic Medicine* 2002;64:6-12.
40. Freedland KE, Rich MW, Skala JA et al. Prevalence of Depression in Hospitalized Patients With Congestive Heart Failure. *Psychosomatic Medicine* 2003;65:119-128
41. Jiang W., Davidson J.R. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am. Heart. J.* 2005;150(5):871-881.
42. van Melle J.P., de Jonge P., Ormel J. et al. Relationship between left ventricular dysfunction and depression following myocardial infarction: data from the MIND-IT. *Eur. Heart J.* 2005;26:2650-2656.



43. Jiang W., Alexander J., Christopher E. et al. Relationship of Depression to Increased Risk of Mortality and Rehospitalization in Patients With Congestive Heart Failure. *Arch. Intern. Med.* 2001;161:1849-1856.
44. Vaccarino V., Kasl S.V., Abramson J., Krumholz H.M. Depressive symptoms and risk of functional decline and death in patients with heart failure. *JACC.* 2001;38:199-205.
45. Jiang W., Davidson J.R. Antidepressant therapy in patients with ischemic heart disease. *Am Heart J.* 2005;150(5):871-81.
46. Lesperance F., Frasere-Smith N., Laliberte M.A. et al. An open-label study of nefazodone treatment of major depression in patients with congestive heart failure. *Can. J. Psychiatry.* 2003;48(10):695-701.
47. Guck T.P., Elsasser G.N., Kavan M.G., Barone E.J. Depression and congestive heart failure. *Congest. Heart Fail.* 2003;9(3):163-9.
48. Suwalska A., Lacka K., Lojko D., Rybakowski J.K. Quality of life, depressive symptoms and anxiety in hyperthyroid patients. *Rocz. Akad. Med. Bialymst.* 2005;50 Suppl 1:61-3.
49. Gulseren S., Gulseren L., Hekimsoy Z. et al. Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Arch. Med. Res.* 2006;37(1):133-9.
50. Johnston A.M., Eagles J.M. Lithium-associated clinical hypothyroidism. Prevalence and risk factors. *British Journal of Psychiatry* 1999;175:336-339.
51. Cohen A. Treatment of Anergic Depression in Hashimoto's Thyroiditis with Fluoxetine and D-Amphetamine. *The Thyroid/Depression Connection Explored.* Depression 1993;1:110-114
52. Brown L.C., Majumdar S.R., Newman S.C. et al. History of Depression Increases Risk of Type 2 Diabetes in Younger Adults. *Diabetes Care.* 2005;28:1063-1067.
53. Golden S.H, Williams J.E., Ford D.E. et al. Depressive Symptoms and the Risk of Type 2 Diabetes: The Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care.* 2004;27:429-435.
54. Grigsby A.B., Anderson R.J., Freedland K.E. et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J. Psychosom Res.* 2002;53(6):1053-1060.
55. Nichols G.A., Brown J.B. Unadjusted and Adjusted Prevalence of Diagnosed Depression in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care.* 2003;26:744-749.
56. de Groot M., Anderson R., Freedland K.E. et al. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2001;63(4):619-30.
57. Vileikyte L., Leventhal H., Gonzalez J.S. et al. Diabetic Peripheral Neuropathy and Depressive Symptoms: The association revisited. *Diabetes Care* 2005;28:2378-2383.
58. Egede L.E., Nietert P.J., Zheng D. Depression and All-Cause and Coronary Heart Disease Mortality Among Adults With and Without Diabetes. *Diabetes Care.* 2005;28:1339-1345.
59. Lin E.H.B., Katon W., Von Korff M. et al. Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care* 2004; 27(9):2154-2160.

60. Lustman P.J., Clouse R.E., Ciechanowski P.S. et al. Depression-Related Hyperglycemia in Type 1 Diabetes: A Mediation Approach. *Psychosom. Med.* 2005;67:195-199.
61. Sommerfield A.J., Deary I.J., Frier B.M. Acute Hyperglycemia Alters Mood State and Impairs Cognitive Performance in People With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(10):2335-2340.
62. Katon W.J., Von Korff M., Lin E.H.B. et al. The Pathways Study: A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004; 61(10):1042-1049.
63. Williams J.W., Jr., Katon W., Lin E.H.B. et al. The Effectiveness of Depression Care Management on Diabetes-Related Outcomes in Older Patients. *Ann. Intern. Med.* 2004;140:1015-1024.