

Белялов Ф.И. Значение психических факторов в клинике внутренних болезней. Психические расстройства в общей медицине. 2011; 2.

Иркутская государственная академия последипломного медицинского образования.

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), но также в ведущих изданиях по внутренним болезням (New England Journal of Medicine, Archives of Internal Medicine, Circulation, European Respiratory Journal, Gastroenterology, Kidney International и т.д.).

В то же время существует дефицит работ, обобщающих накопленный огромный массив научной информации (Смулевич А.Б., и др., 2005; Levenson L., 2004). Следует учесть также, что в последние 10–15 лет были повышены требования к качеству научных исследований и, соответственно, многие устоявшиеся представления нуждаются в уточнении.

В настоящей работе предпринята попытка обобщить результаты научных исследований в области психосоматических отношений и сформулировать основные положения, характеризующие важные стороны таких отношений. Конечно, невозможно показать все работы, поэтому описаны лишь исследования, опубликованные в последние годы.

Несомненно, далеко не для всех соматических заболеваний и психических расстройств имеются доказательства закономерностей, приведенных в тезисах. Поэтому для научных исследований психосоматических отношений остается много совершенно неизученных областей и проблем, ждущих своих исследователей.

1. Среди пациентов с болезнями внутренних органов коморбидные психические расстройства встречаются часто.

Опрос пациентов, посещающих врачей общей практики, выявил психические расстройства у 29% человек, в том числе большую депрессию у 8%, малую депрессию у 10%, паническое расстройство у 1,4%, генерализованное тревожное расстройство у 2% и неспецифическое тревожное расстройство у 11% пациентов (Jackson J.L., et al., 2007).

По данным случайной выборки 5% пожилых пациентов, госпитализированных в США в течение года с обострением сердечной недостаточности, у 16% пациентов имелись коморбидные психические расстройства, чаще депрессия – 8% (Sayers S.L., et al., 2007).

Венгерское популяционное исследование выявило среди взрослых с диабетом в 13% случаев коморбидную депрессию, что в 1,8 раза выше, чем у людей без диабета (Vamos E.P., et al., 2009).

Представленная в этих и многих других работах частота психических расстройств значительно превышает таковую у людей без соматических заболеваний. Можно предположить, что заболевание человека – грубая поломка в ор-

ганизме – характеризуется нарушениями как в соматической, так и в тесно сопряженной психической сфере. Кроме того, соматический фактор может быть триггером психического расстройства, и наоборот.

2. Изменение психического состояния может быть предвестником соматических заболеваний.

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 частности, в ряде крупных проспективных исследований показано, что появление выраженной депрессии и тревоги предшествует за несколько лет развитию ИБС, сердечной недостаточности, инсульта (Nicholson A., et al., 2006; Ohira T., et al., 2001). В этих работах использовали многофакторный анализ, который позволял выделить влияние собственно психического состояния, устранив вклад традиционных факторов риска сердечно–сосудистых заболеваний. Изменения психического состояния предшествуют появлению ряда других соматических заболеваний. Важно понимать, что временная последовательность событий не доказывает причинно–следственной связи.

В специальном многолетнем проспективном исследовании было подтверждена гипотеза о двунаправленных связях депрессии и диабета 2 типа (Pan A., et al., 2010). С одной стороны, у пациентов с депрессией риск развития диабета был достоверно выше на 17%. С другой стороны, относительный риск депрессии в группе пациентов с диабетом без медикаментозного лечения, на пероральных антидиабетических препаратах и инсулине был увеличен на 29, 25 и 53%.

3. Нарушения психики не вызывают органических заболеваний внутренних органов.

В настоящее время отсутствуют убедительные данные о возможности грубых изменений структуры внутренних органов, причиной которых являются психические расстройства.

Лишь стрессовые язвы желудочно–кишечного тракта остаются хрестоматийным примером психосоматического характера заболеваний. Вместе с тем, убедительно показана важная роль *Helicobacter pylori* в развитии гастроинтестинальных язв и, возможно, стресс является лишь одним из триггеров заболевания.

Были также выявлены важные биологические факторы, приводящие к развитию диффузного токсического зоба, астмы, ревматоидного артрита, артериальной гипертензии, язвенного колита и нейродермита. Таким образом, в настоящее время концепция психосоматических заболеваний Франца Александера (Alexander F., 1950) уже стала достоянием истории. Большинство исследователей в настоящее время развивают идеи биопсихосоциальной модели, предложенной Джорджем Энгелом (Engel G.L., 1977).

4. Психические расстройства часто являются причиной функциональных симптомов и заболеваний.

Норвежское исследование HUNT–II показало, что у пациентов с депрессией и тревогой частота соматических функциональных жалоб значительно повышается (Naug T.T., et al., 2004).

В шведском популяционном исследовании выявлена тесная связь тревоги и функциональной диспепсии в форме постпрандиального дистресс-синдрома – риск последнего повышен в 4,4 раза (Pertti A., et al., 2009).

Мета-анализ проведенных рандомизированных исследований подтвердил, что антидепрессанты эффективны при лечении синдрома раздраженного кишечника и устраняют симптомы на 34% чаще, чем плацебо (Ford A.C., et al., 2009). Примечательно, что не было выявлено различий в эффективности ТЦА и СИОЗС.

Таким образом, значительная часть соматических жалоб, не обусловленная грубыми изменениями структуры внутренних органов, может быть связана с психическими расстройствами.

5. Психические нарушения увеличивают тяжесть соматических заболеваний, снижают трудоспособность и качество жизни часто в большей степени, чем болезни внутренних органов.

У пациентов со стабильной стенокардией и коморбидной депрессией повышается риск сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, остановка сердца, сердечная смерть, реваскуляризация) в 2,9 раза, а в случае генерализованного тревожного расстройства – в 2,1 раза (Frasure-Smith N., et al., 2008).

Изменения эмоционального состояния часто вызывает слабость, снижение энергичности, нарушение концентрации внимания, необъяснимые соматические жалобы, которые снижают функциональные возможности человека.

В исследовании В.Руо и соавт. (2003) 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.

Снижение качества жизни в большей степени определялись депрессией и утомляемостью, нежели тяжестью хроническим гепатитом С и лечением интерфероном (Fontana R.J., et al., 2001; Karaivazoglou K., et al., 2010).

По данным международного исследования Всемирной организации здравоохранения, проведенного в 15 странах, психические расстройства значительно чаще приводят к потере трудоспособности, чем соматические болезни (Ormel J., et al., 2008). Кроме того, депрессия снижает интегральный показатель здоровья в большей степени, чем распространенные хронические заболевания внутренних органов (артрит, астма, стенокардия, диабет) (Moussavi J., et al., 2007).

Депрессия повышает частоту снижения трудоспособности в 2,5 раза, хронические соматические болезни в 2 раза, а сочетание этих состояний – в 6,3 раза (Schmitz N., et al., 2007).

6. Психические расстройства ассоциируются с повышением общей и сердечно–сосудистой смертности.

Наблюдение за 35715 амбулаторных пациентов показало, что в случае депрессии, в отличие от посттравматического стрессового расстройства, смертность повысилась на 17% (Kinder L.S., et al., 2008). Возрастание общей смертности происходило в основном за счет смертности от ИБС, которая увеличилась в 1,5–2,7 раза (Surtees P.G., et al., 2008; Whang W., et al., 2009).

Важно отметить, что связь риска смертности от сердечно–сосудистых болезней у пациентов с психическими расстройствами существенно зависит от возраста. Риск смерти от ИБС повышен в 3,2 раза в возрасте 18–49 лет, в 1,9 раза в возрасте 50–75 лет и практически не изменился в возрасте старше 75 лет (Osborn D.D., et al., 2007). Аналогичная закономерность выявлена для смертности от инсультов, увеличение которой в указанные возрастные диапазоны составляет 2,5, 1,9 и 1,3 раза соответственно.

Связь психических факторов и прогноза соматического заболевания может существенно зависеть от тяжести последнего. Например, тревога у пациентов с ИБС ассоциировалась со снижением смертности на 30%, в то время как у пациентов после инфаркта миокарда существенного влияния тревоги не определялось, а если у последних была снижена сократимость левого желудочка, то смертность повышалась на 32% (Meyer T., et al., 2010).

Психотропные препараты могут вызывать неблагоприятные сердечно–сосудистые эффекты и важно учитывать влияние лекарств на заболеваемость и смертность. Например, именно депрессия, но не антидепрессанты (80% лиц принимали СИОЗС), ассоциируются с повышением смертности у пациентов с сердечной недостаточностью (O'Connor C.M., et al., 2008).

Причины связи состояния психики и смертности недостаточно понятны. Возможно, что изменения состояния психики являются ранними индикаторами неблагоприятного развития заболевания или выступать в качестве триггеров/модуляторов соматических заболеваний.

7. Психические расстройства могут походить на симптомы соматических болезней или существенно повлиять на выраженность последних.

Хорошо известна связь депрессии с болями. Например, у пациентов с большим депрессивным расстройством боли отмечались в 75% случаев, при этом у 57% пациентов локализовались в нескольких местах (Vaccarino A.L., et al., 2009). Депрессия может даже в большей степени, чем невротические расстройства, усилить восприятие соматических симптомов (Howgen M.B., et al., 2009).

Стресс ускоряет появление и усиливает изжогу у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (Fass R., et al., 2008).

Эмоциональное состояние может повлиять на порог восприятия одышки, как легочной, так и сердечной (Main J., et al., 2003; Ramasamy R., et al., 2006). У пациентов с астмой сниженное настроение способствует трактовке неспе-

цифических симптомов как астматических и, соответственно, увеличивать потребление ингаляционных бронходилататоров (Main J., et al., 2003). Последние (бета-агонисты) могут повысить смертность, что привело к необходимости существенно ограничить показания к назначению данной группы препаратов (Nelson H.S., et al., 2006; Kramer J.M., et al., 2009; FDA, 2009–2010).

Ввиду схожести симптомов нередко диагностика психических расстройств, особенно при использовании психометрических шкал и традиционных критериев, может быть неточной. Поэтому при некоторых соматических заболеваниях целесообразна разработка специальных критериев.

8. Пациенты с психическими расстройствами часто посещают врачей.

В британском исследовании среди пациентов, часто посещающих врача общей практики, выявлена высокая частота депрессии (59%), наличие которой повышало в 17 раз вероятность частых посещений (Dowrick C.F., et al., 2000). Тревога была тесно связана с повышенной частотой посещений врача при функциональных желудочно-кишечных расстройствах (Hu W.H., et al., 2002).

В структуре причин частых посещений, наряду с хроническими заболеваниями, 31% случаев составляют психические расстройства, а 15% – жизненные стрессы (Baez K., et al., 1998).

9. Нарушения психического состояния влияют на удовлетворенность лечением и приверженность пациентов к лечению.

На удовлетворенность пациентов лечением влияет много факторов, включая и состояние психики, а не только собственно фармакологические эффекты препарата.

Выполнение рекомендаций врача оказывает существенное влияние на результаты лечения, в частности позволяет снизить смертность на 44%, по сравнению с пациентами, не выполняющими медицинских советов (Simpson S.S., et al., 2006).

Пациенты с гепатитом С и коморбидной депрессией придерживаются рекомендованного лечения пегилированным интерфероном и рибавирином достоверно реже (79% против 90%) (Martin-Santos R., et al., 2008). Реже принимают медикаментозное лечение и пациенты с депрессией, находящиеся на гемодиализе (Cukor D., et al., 2009).

Терапия депрессии с помощью психологических или медикаментозных методов у пациентов с острым коронарным синдромом более чем в пять раз повысила удовлетворенность пациентов лечением (Davidson K.W., et al., 2010). Прием антидепрессантов увеличил частоту подавления вирусной активности у пациентов с ВИЧ-инфекцией вследствие повышения приверженности к антивирусному лечению (Tsai A.C., et al., 2010).

В то же время, в случае тревожных и соматоформных расстройств приверженность к лечению повышается (Kim H.K., et al., 2010).

Терапия антидепрессантами у пациентов с артериальной гипертензией привела к значительно лучшей приверженности к антигипертензивному лечению (78% против 31%; $p < 0,001$) (Bogner H.R., et al., 2008).

10. Психотерапия и психотропные медикаменты снижают выраженность тревоги и депрессии, но мало влияют на прогноз соматического заболевания.

Многие годы активно изучается проблема психических расстройств у пациентов с ИБС в связи с высокой сердечно–сосудистой смертностью. Выявление депрессии у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, связано с повышением летальности в 2,3 раза и почти в 2 раза риска стенокардии в течение 8 лет наблюдения (Dickens C., et al., 2008). В большом проспективном исследовании EPIC–Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study у пациентов с большой депрессией риск смерти от ИБС был повышен в 2,7 раза за 4 года наблюдения (Surtees P.G., et al., 2008).

Лечение аффективных расстройств с помощью антидепрессантов и когнитивно–поведенческой терапии весьма эффективно и у пациентов с соматическими заболеваниями (Rayner L., et al., 2010; Beltman M.W., et al., 2010). Антидепрессивная активность ТЦА и СИОЗС существенно не отличается, в то же время, СИОЗС считаются предпочтительнее у соматических пациентов, поскольку безопаснее при сердечно–сосудистых заболеваниях и улучшают качество жизни (Taylor D., et al., 2011).

В то же время в крупных рандомизированных исследованиях не удалось убедительно доказать позитивное влияние антидепрессантов и психотерапевтического лечения на отдаленный прогноз пациентов после инфаркта миокарда несмотря на уменьшение выраженности депрессии (SADHART; MIND–IT; van Melle J.P., et al., 2007; Thombs B.D., et al., 2008). Вместе с тем, частота фатальных и нефатальных сердечно–сосудистых осложнений была значительно выше у пациентов с депрессией, резистентной к антидепрессантам (de Jonge P., et al., 2007).

Несмотря на повышение частоты депрессии и связь последней с неблагоприятным прогнозом у пациентов с сердечной недостаточностью назначение сертралина не снизило смертность и риск сердечно–сосудистых событий в крупном исследовании SADHART–CHF (O'Connor C.M., et al., 2008).

Отсутствие эффекта психотропного лечения на прогноз соматического заболевания при позитивном влиянии на психические расстройства подтверждает отсутствие причинно–следственных отношений.

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

В последние годы более активное изучение влияния психотропных препаратов на состояние внутренних органов позволило выявить ряд серьезных проблем.

В частности, СИОЗС и венлафаксин повышают в 2–4 раза риск кровотечений из верхних отделов желудочно–кишечного тракта. Если пациент принимает еще аспирин, то риск возрастает в 5 раз, а в случае нестероидных противовоспалительных препаратов – в 9 раз (de Abajo F.J., et al., 2008).

Важно отметить, что использование транквилизаторов опасно при астме, особенно с обострениями, и приводит к повышению смертности в 3,2–6,6 раза (Joseph K.S., et al., 1996). На 27% возрастает риск смерти пациентов, полу-

чающих заместительную терапию гемодиализом, в случае приема бензодиазепинов (Fukuhara S., et al., 2006).

Растущее внимание исследователей в последние годы привлекает первичная профилактика диабета 2 типа в связи с постоянным ростом заболеваемости. Например, частота появления диабета при длительной антигипертензивной терапии с помощью бета-адреноблокаторов и тиазидовых диуретиков была выше, чем у плацебо (Elliott W.J., Meyer P.M., 2007). Заслуживают дальнейшего изучения проблемы данные исследования Diabetes Prevention Program, выявившего возрастание риска диабета в 2,6 раза у пациентов, принимавших антидепрессанты (Rubin R.R., et al., 2008).

Антидепрессанты нашли широкое применение для лечения хронической боли, включая хронический панкреатит, синдром раздраженного кишечника, диабетическую нейропатию, первичную головную боль т.д. (Kroenke K., et al., 2009).

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

У госпитализированных пациентов с сердечной недостаточностью наличие психического расстройства увеличивает продолжительность госпитализации на 0,6–1,4 дня и затраты на лечение на 7763\$ (Sayers S.L., et al., 2007; Albert N.M., et al., 2009). На первый взгляд возрастание невелико, однако большое число пациентов с сердечной недостаточностью приводит к существенным затратам.

Депрессия у пациентов с диабетом увеличивает в 2,6 раза число дней плохого самочувствия, в 2,1 раза длительность госпитализации и в 1,8 раза возрастает число частых госпитализаций (Vamos E.P., et al., 2009).

Лечение депрессии врачами общей практики может быть экономически оправданным, в том числе и в странах с невысоким уровнем дохода на душу населения (Siskind D., et al., 2010).

13. Врачи-интернисты могут выявлять и лечить нетяжелые психические расстройства у пациентов с соматическими болезнями.

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. По данным международного исследования ВОЗ в 17 странах, лишь каждый пятый человек, страдающий выраженным психическим расстройством, получает соответствующее лечение (Wang P.S., et al., 2007).

Подготовленные врачи-интернисты могут достаточно эффективно лечить нетяжелые психические расстройства (Arroll B., et al., 2009). Например, в канадском исследовании не было найдено различий в результатах лечения психических расстройств, проводимого врачами общей практики и специалистами в области душевных заболеваний (Wang J., et al., 2007).

Для скрининга можно использовать стандартизированные опросники, позволяющие при небольших временных затратах в 5–15 мин выявить пациентов с возможным психическим расстройством (Albus C., et al., 2004). При положительных результатах тестов выявляемость психического расстройства повышается почти в два раза.

Для помощи интернистам разработаны специальные вопросы, которые следует задать пациенту для уточнения диагноза. Вместе с тем, одни опросники не могут использоваться для диагностики депрессии 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.

14. Для эффективного ведения пациентов в клинике внутренних болезней необходимо существенно улучшить обучение интернистов и разработать рекомендации по диагностике и лечению психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

Диагностика и лечение психических расстройств представляет большие проблемы для интернистов, которые получают крайне недостаточную подготовку в период доврачебного и последипломного обучения. Не случайно, лишь в 47% случаев врачи общей практики диагностировали депрессию, а сделали запись об этом только в 34% случаев (Mitchell A.J., et al., 2009).

Несмотря на большое число рекомендаций по диагностике и лечению психических расстройств в соматической практике за рубежом, такие важные документы, согласованные между ведущими экспертами, отсутствуют в России. Такое положение сдерживает активность интернистов, частично связанную с существующей 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 этой связи, разработка национальных и региональных рекомендаций по ведению психических расстройств интернистами приобретает важнейшее значение. Целесообразно также включать соответствующие разделы в медицинские рекомендации по соматическим болезням, как это делается рядом ведущих зарубежных медицинских организаций.

Литература

Смулевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. М. 2005. 784 с.

The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine. Edited by James L. Levenson. 2004. 1092 p.

Jackson J.L., Passamonti M., Kroenke K. Outcome and Impact of Mental Disorders in Primary Care at 5 years. Psychosom Med. 2007;69:270–6.

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.

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.

Nicholson A., Kuper H., Hemingway H. Depression as an aetiologic 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.

Ohira T., Iso H., Satoh S., et al. Prospective study of depressive symptoms and risk of stroke among Japanese. *Stroke.* 2001;32(4):903–8.

Pan A., Lucas M., Sun Q., et al. Bidirectional Association Between Depression and Type 2 Diabetes Mellitus in Women. *Arch Intern Med* 2010;170(21):1884–91.

Alexander F. *Psychosomatic medicine.* New York: Norton, 1950.

Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977;196:129–36.

Haug T.T., Mykletun A., Dahl A. The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population: The HUNT–II Study. *Psychosom Med.* 2004;66:845–51.

Pertti A., Nicholas J.T., Jukka R., et al. Anxiety Is Associated With Uninvestigated and Functional Dyspepsia (Rome III Criteria) in a Swedish Population-Based Study. *Gastroenterology.* 2009;137:94–100.

Ford A.C., Talley N.J., Schoenfeld P.S., et al. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009;58(3):367–78.

Frasere-Smith N., Lesperance F. Depression and Anxiety as Predictors of 2-Year Cardiac 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; 290:215–21.

Fontana RJ, Moyer CA, Sonnad S, et al. Comorbidities and quality of life in patients with interferon-refractory chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol.* 2001;96(1):170–8.

Karaivazoglou K., Iconomou G., Triantos C., et al. Fatigue and depressive symptoms associated with chronic viral hepatitis patients. health-related quality of life (HRQOL). *Ann Hepatol.* 2010;9(4):419–27.

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.

Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370:851–8.

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.

Kinder L.S., Bradley K.A., Katon W.J., et al. Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Mortality. *Psychosom Med*. 2008;70:20–6.

Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R.N., et al. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC–Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry*. 2008;165:515–23.

Whang W., Kubzansky L.D., Kawachi I., et al. Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women: Results From the Nurses' Health Study. *J Am Coll Cardiol*. 2009;53(11):950–8.

Osborn D.P.J., Levy G., Nazareth I., et al. Relative Risk of Cardiovascular and Cancer Mortality in People With Severe Mental Illness From the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:242–9.

Meyer T., Buss U., Herrmann–Lingen C. Role of Cardiac Disease Severity in the Predictive Value of Anxiety for All–Cause Mortality. *Psychosom Med*. 2010;72(1):9–15.

O'Connor C.M., Jiang W., Kuchibhatla M., et al. Antidepressant Use, Depression, and Survival in Patients With Heart Failure. *Arch Intern Med*. 2008;168(20):2232–7.

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.

Fass R., Naliboff B.D., Fass S.S., et al. The Effect of Auditory Stress on Perception of Intraesophageal Acid in Patients With Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*. 2008;134:696–705.

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.

Nelson H.S., Weiss S.T., Bleecker E.R., et al. The Salmeterol Multicenter Asthma Research Trial: A Comparison of Usual Pharmacotherapy for Asthma or Usual Pharmacotherapy Plus Salmeterol. *Chest* 2006;129:15–26.

Kramer J.M. Balancing the Benefits and Risks of Inhaled Long-Acting Beta-Agonists – The Influence of Values. *New England Journal of Medicine* 2009;360(16):1592–5.

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.

Hu W.H., Wong W.M., Lam C.L., et al. Anxiety but not depression determines health care-seeking behaviour in Chinese patients with dyspepsia and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2002;16(12):2081–8.

Baez K., Aiarzaguena 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.

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.

Martin-Santos R., Diez-Quevedo C., Castellvi P., et al. De Novo Depression and Anxiety Disorders and Influence on Adherence During Peginterferon-Alpha-2a and Ribavirin Treatment in Patients With Hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008;27(3):257–65.

Cukor D., Rosenthal D.S., Jindal R.M., et al. Depression is an important contributor to low medication adherence in hemodialyzed patients and transplant recipients. *Kidney International.* 2009;75:1223–9.

Davidson K.W., Mostofsky E., Whang W. Don't worry, be happy: positive affect and reduced 10-year incident coronary heart disease: The Canadian Nova Scotia Health Survey. *Eur Heart J* 2010;31(9):1065–70.

Tsai A.C., Weiser S.D., Petersen M.L., et al. A Marginal Structural Model to Estimate the Causal Effect of Antidepressant Medication Treatment on Viral Suppression Among Homeless and Marginally Housed Persons With HIV. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(12):1282–90.

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.

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.

Dickens C., McGowan L., Percival C., et al. New Onset Depression Following Myocardial Infarction Predicts Cardiac Mortality. *Psychosom Med.* 2008;70:450–5.

Surtees P.G., Wainwright N.W.J., Luben R.N., et al. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry.* 2008;165:515–23.

Rayner L., Price A., Evans A., et al. Antidepressants for depression in physically ill people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3.

Beltman M.W., Voshaar R.CO., 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.

Taylor D., Meader N., Bird V., et al. Pharmacological interventions for people with depression and chronic physical health problems: systematic review and meta-analyses of safety and efficacy. *Br J Psychiatry*. 2011;198(3):179-88.

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.

Thombs B.D., de Jonge P., Coyne J.C., et al. Depression Screening and Patient Outcomes in Cardiovascular Care: A Systematic Review. *JAMA* 2008;300(18):2161-71.

de Jonge P., Honig A., van Melle J.P., et al. Nonresponse to Treatment for Depression Following Myocardial Infarction: Association With Subsequent Cardiac Events. *Am J Psychiatry*. 2007;164:1371-8.

de Abajo F.J., Garcia-Rodriguez L.A. Risk of Upper Gastrointestinal Tract Bleeding Associated With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Venlafaxine Therapy. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65:795-803.

Joseph K.S., Blais L., Ernst P., Suissa S. Increased morbidity and mortality related to asthma among asthmatic patients who use major tranquilizers. *BMJ*. 1996;312(7023):79-82.

Fukuhara S., Green J., Albert J., et al. Symptoms of depression, prescription of benzodiazepines, and the risk of death in hemodialysis patients in Japan. *Kidney International*. 2006;70:1866-72.

Elliott W.J., Meyer P.M. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. *Lancet* 2007; 369:201-7.

Rubin R.R., Ma Y., Marrero D.G., et al. Elevated Depression Symptoms, Antidepressant Medicine Use, and Risk of Developing Diabetes During the Diabetes Prevention Program. *Diabetes Care*. 2008;31:420-6.

Kroenke K., Bair M.J., Damush TM, 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.

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.

Albert N.M., Fonarow G.C., Abraham W.T., et al. Depression and Clinical Outcomes in Heart Failure: An OPTIMIZE-HF Analysis. *Am J Med*. 2009;122:366-73.

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.

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.

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.

Albus C., Jordan J., Herrmann–Lingen C. Screening for psychosocial risk factors in patients with coronary heart disease—recommendations for clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2004;11(1):75–9.

Mitchell A.J., Vaze A., Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009;374:609–19.

Резюме. В аналитической работе сделана попытка обобщить основные результаты исследований в области коморбидных психических и соматических заболеваний. Показана тесная двунаправленная связь соматических заболеваний и состояния психики, необходимость диагностирования и лечения психических расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями.

Ключевые слова: психические расстройства, психосоматика, внутренние болезни.

Mental health disorders in practice of internists

F.Belyalov

Irkutsk State Institute for Postgraduate Training of Physicians.

Summary. Author reviewed contemporary studies of mental health disorders in practice of internists. There are bidirectional relations between somatic diseases and psychiatric status and disorders. Trained general practitioners may reveal and treat psychiatric disorders in patients with somatic disorders.

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