

Структура психических расстройств и личностно-психологические особенности у больных кардиологического профиля

Петрова Н.Н.

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9, Россия)

Автор, ответственный за переписку: Петрова Наталия Николаевна, e-mail: petrova_nn@mail.ru

Резюме

Обоснование. Значительная распространённость психических расстройств в общей медицинской практике актуализирует проблему их как можно более ранней диагностики и коррекции. Психические расстройства у пациентов с сердечно-сосудистой патологией оказывают отягощающее влияние на течение и исход основного заболевания, что обуславливает необходимость их изучения в реальной клинической практике.

Цель исследования: изучение частоты и феноменологии психических расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Методы. Объектом исследования послужили 60 пациентов кардиологического отделения городской многопрофильной больницы Санкт-Петербурга, которые составили две группы сравнения. В первую группу вошли 30 пациентов (10 мужчин и 20 женщин) в возрасте $43,1 \pm 11,7$ года с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью I–III стадии. Вторую группу составили 30 больных с хронической сердечной недостаточностью на этапе стабилизации состояния (средний возраст $65,6 \pm 10,8$ года). Исследование включало клинико-шкальную оценку.

Результаты. В структуре психических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями преобладают лёгкие расстройства аффективного спектра, причём типична коморбидность тревоги и депрессии. Психические расстройства и личностные особенности у больных с хронической сердечной недостаточностью характеризуются определёнными отличиями от психических нарушений, ассоциированных с неосложнённой сердечно-сосудистой патологией. Психические расстройства выявляются в условиях кардиологической практики только у 1/3 пациентов, что актуализирует проблему подготовки интернистов по вопросу диагностики наиболее распространённых психических расстройств.

Заключение. Комплексная клинико-шкальная оценка в сочетании с результатами самооценки больных позволила выявить значительную распространённость аффективных нарушений у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, находящихся на лечении в кардиологическом отделении городского многопрофильного стационара. Полученные данные свидетельствуют о наличии личностных факторов риска развития психических расстройств у кардиологических пациентов, преимущественно тревожно-депрессивных, невротического уровня, как нозогенного, так и ненозогенного характера, что требует комплексной психолого-психотерапевтической и психиатрической помощи этим больным.

Ключевые слова: психосоматическая медицина, психические расстройства, сердечно-сосудистые заболевания

Для цитирования: Петрова Н.Н. Структура психических расстройств и личностно-психологические особенности у больных кардиологического профиля. *Acta biomedica scientifica*. 2019; 4(1): 81-86. doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.12

Mental Disorders and Personal Psychological Characteristics in Patients with Cardiovascular Diseases

Petrova N.N.

Saint-Petersburg State University (Universitetskaya nab. 7/9, Saint-Petersburg 199034, Russian Federation)

Corresponding author: Natalia N. Petrova, e-mail: petrova_nn@mail.ru

Abstract

Background. Today the prevalence of mental disorders have grown significantly, so it is urgent to diagnose and correct them as early as possible. Mental disorders in patients with cardiovascular diseases aggravate the course and outcomes of the underlying disease, which necessitates their investigation in clinical practice.

Aim: to study the frequency and phenomenology of mental disorders in patients with cardiovascular diseases.

Materials and methods. Sixty patients of the Cardiology Department of St. Petersburg Multidisciplinary Hospital became the objects of the study, and comprised 2 groups. The first group included 30 patients with cardiovascular diseases, such as coronary artery disease and hypertension I–III stages, among them 10 men and 20 women aged 43.1 ± 11.7 years. The second group consisted of 30 patients with chronic heart failure in stabilization period (mean age 65.6 ± 10.8 years). The study included clinical and scale assessment.

Results. We found that in patients with cardiovascular diseases mild disorders of affective spectrum prevail, with a typical comorbidity of anxiety and depression. Mental disorders and personal features in patients with chronic heart failure are different from those in patients with uncomplicated cardiovascular conditions. Mental disorders are detected in cardiological practice only in one third of patients, which reveals the problem of training internists, who could diagnose the most common mental disorders.

Conclusions. Complex clinical and scale assessment in combination with the results of patients' self-assessment showed a significant prevalence of affective disorders in the patients with cardiovascular diseases, who underwent treatment in the Cardiology Department of St. Petersburg Multidisciplinary Hospital. The results demonstrate that cardiac pa-

tients have personal risk factors for mental disorders development, predominantly anxiety and depressive disorders of neurotic level, both nosogenic and non-nosogenic, which requires a comprehensive psychological, psychotherapeutic and psychiatric care for these patients.

Key words: psychosomatic medicine, mental disorders, cardiovascular disease

For citation: Petrova N.N. Mental disorders and personal psychological characteristics in patients with cardiovascular diseases. *Acta biomedica scientifica*. 2019; 4(1): 81-86. doi: 10.29413/ABS.2019-4.1.12

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время проблема выявления психических расстройств актуальна во всём мире. Несвоевременное начало лечения имеет место у 57 % больных с обсессивно-компульсивным расстройством, 56 % – с депрессией и дистимией, 50 % – с биполярным расстройством, 57,5 % – с генерализованным тревожным расстройством и 56 % – с паническим расстройством [1].

Большинство больных с психическими расстройствами диагностируются в учреждениях первичной медико-санитарной помощи [2], в том числе больные депрессией заметно чаще обращаются в амбулаторные учреждения общесоматической сети и госпитализируются в многопрофильные стационары, чем больные без сопутствующей депрессии [3].

С другой стороны, у значительного числа лиц, обращающихся в первичную медицинскую сеть, встречаются психические расстройства, частота которых колеблется от 20 до 57 % случаев [4, 5].

Результаты исследования с помощью стандартизованного опросника PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) для выявления психических нарушений в общемедицинской сети показали наличие психических расстройств у 74 % пациентов многопрофильного стационара, в структуре которых преобладали ассоциированные депрессивные и тревожные расстройства (37,1 % случаев) [6].

К наиболее распространённым психическим расстройствам среди пациентов первичной медико-санитарной помощи относятся тревожные, депрессивные и соматоформные расстройства [7]. Депрессия особенно широко распространена в общей популяции. Так, в 2015 г. 6,7 % взрослого населения США имели по крайней мере один депрессивный эпизод за последний год [8]. Это обуславливает большую вероятность наличия расстройств аффективного спектра у пациентов общемедицинской практики. Каждый третий человек, обратившийся к участковому врачу-терапевту, имел клинически очерченное психическое расстройство в течение предыдущих 12 месяцев [9].

По нашим данным, 16 % пациентов с «юношеской» депрессией попадают в поле зрения врачей-психиатров по рекомендации врача-интерниста [10]. Высока вовлечённость врачей общей практики в выявление кризисных расстройств – до 60 % больных поступают в кризисный стационар по направлению врача поликлиники [11]. Эти данные подчёркивают значение общей врачебной практики как передового «рубежа» для ранней диагностики психических нарушений.

Однако мета-анализ точности постановки диагноза «депрессия» на этапе первичного звена медицинской помощи позволил установить, что диагностическая чувствительность не превышает 50 %, т. е. выявляется примерно половина больных, причём ошибки преобладают над пропущенными случаями: в 10 случаях из 100 психическое расстройство будет пропущено, а в 15 случаях будет

выставлен неверный диагноз [12]. По нашим данным, 52 % психических расстройств у пациентов общемедицинской практики не диагностируются [13].

Кроме того, тревога и депрессия могут участвовать в патогенезе соматических, в том числе сердечно-сосудистых, расстройств, существенно осложняя их течение и прогноз, повышая риск инвалидизации и смерти. Сопутствующие психические расстройства имеют большое значение для эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у соматических больных, в частности, в силу негативного влияния на комплаенс и качество жизни пациентов [14]. Депрессия считается предиктором развития ишемической болезни сердца (ИБС) у здоровых людей [15]. Молодые люди в возрасте 23–35 лет, имеющие высокие (≥ 16 баллов) показатели по шкале депрессии (Center of Epidemiological studies of USA-Depression), имеют статистически значимо более высокий риск развития гипертонической болезни, в сравнении с теми, кто имеет низкий (≤ 7 баллов) показатель по этой шкале [16].

Важная роль, которую тревожные и депрессивные расстройства играют в развитии и течении многих соматических расстройств, в частности сердечно-сосудистых заболеваний, повышает актуальность их раннего выявления и своевременной организации помощи больным депрессией и тревожными расстройствами в условиях общей практики [17].

Данное исследование проводилось с целью изучения частоты и феноменологии психических расстройств, а также личностно-психологических особенностей у больных с сердечно-сосудистой патологией.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На базе кардиологического отделения городской многопрофильной больницы г. Санкт-Петербурга было обследовано 60 больных с верифицированной кардиологической патологией, составивших две группы сравнения.

Размер выборки предварительно не рассчитывался, исследование носило срезовой характер и было направлено на однократную оценку психического состояния и личностно-психологических характеристик пациентов кардиологического отделения.

В первую группу вошли 30 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в том числе с ИБС в форме стенокардии напряжения II–III функционального классов и с гипертонической болезнью I–III стадии, из них 10 мужчин и 20 женщин в возрасте $43,1 \pm 11,7$ года.

Вторую группу составили 30 больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на этапе стабилизации состояния (средний возраст $65,6 \pm 10,8$ года) с ХСН 2-го и 3-го функционального классов (Нью-Йоркская кардиологическая ассоциация (NYHA)).

На момент обследования все пациенты получали стандартную соматотропную терапию.

Обследование носило комплексный характер и включало клинко-психопатологический и эксперимен-

тально-психологический методы. Клинико-шкальная оценка осуществлялась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, объективной клинической шкалы депрессии Гамильтона, шкалы тревожности Спилбергера. Личностные характеристики исследовались с помощью Торонтской алекситимической шкалы (TAS). Диагностика психических расстройств проводилась на основании критериев МКБ-10.

Для анализа первичных данных применяли пакет статистических программ SPSS. Статистические методы обработки первичных данных включали критерии Манна – Уитни, Стьюдента и Хи-квадрат. Различия признавались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

У 26,7 % всех обследованных кардиологических пациентов была выявлена наследственная отягощённость психическими расстройствами. На наличие в семье больных сердечно-сосудистыми заболеваниями указывали 43,3 % обследованных пациентов.

Согласно самооценке по Госпитальной шкале, уровень тревоги в этой группе был несколько выше, по сравнению с уровнем депрессии ($8,5 \pm 2,1$ и $7,5 \pm 3,1$ соответственно), но в целом соответствовал градации «субклинически выраженная тревога/депрессия». При оценке по шкале Спилбергера был выявлен высокий уровень реактивной тревожности (в среднем по группе – $49,08 \pm 7,4$ балла). 94 % пациентов первой группы сравнения предъявляли жалобы на отчётливо сниженное настроение в течение большей части дня. Выраженность депрессии в среднем по группе составила $16,3 \pm 3,4$ балла по шкале Гамильтона. Согласно клинико-шкальной оценке, более половины пациентов на момент обследования переносили малый и 38 % – большой депрессивный эпизод, в соответствии с градацией шкалы депрессии Гамильтона. В структуре депрессии доминировали психическая тревога (38 % случаев) и гипотимия (24 % случаев). Для больных с неотягощённой ХСН сердечно-сосудистой патологией была типична коморбидность тревоги и депрессии ($r = 0,36$; $p < 0,05$). Следует отметить, что у больных ИБС симптомы тревоги перекрывали проявления депрессии, что затрудняло выявление последней.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, тревожно-фобическое расстройство (F40) было установлено у 56 % пациентов, депрессивные расстройства – у 25 %, при этом у 13,3 % пациентов имелись депрессивные расстройства невротического уровня в рамках нозогенной реакции (расстройство адаптации, F43.2), соматоформное расстройство (F45) – у 19 % пациентов.

В группе пациентов с ХСН по результатам самооценки клинически очерченная депрессия была выявлена в 15 % случаев. Тревожные нарушения встречались заметно чаще (40 % больных). Клинические расстройства тревожного круга были выявлены у 68,1 % обследованных пациентов с ХСН. В структуре тревожных расстройств доминировала инсомния и, в несколько меньшей степени, когнитивный компонент тревоги. По данным клинико-шкальной оценки по шкале Гамильтона депрессия отмечалась у 77 % больных с ХСН и достигала $14,6 \pm 9,9$ балла. У 53,2 % пациентов состояние соответствовало критериям малого и у 23,4 % – большого депрессивного эпизода. В структуре депрессии у пациентов с ХСН преобладали гипотимия, ипохондрия и анергия. Утяжеление сомати-

ческого состояния больных в связи с присоединением ХСН сопровождалось повышением уровня тревожных нарушений. Отмечен параллелизм между выраженностью депрессивных расстройств и одышки, отражающей степень ХСН ($r = 0,92$; $p < 0,0001$).

В соответствии с критериями МКБ-10, у больных с ХСН были диагностированы такие расстройства, как F41.2 «Смешанное тревожное и депрессивное расстройство» (59,6 %), F41.1 «Генерализованное тревожное расстройство» (19,1 %), F32.0 «Депрессивный эпизод лёгкой степени» (10,6 %), F45.2 «Ипохондрическое расстройство» (6,4 %), F42.2 «Смешанные навязчивые мысли и действия» (4,3 %).

Несмотря на значительную частоту и выраженность, до начала исследования клинически аффективные нарушения у пациентов кардиологического стационара были диагностированы только в 1/3 случаев, что подчёркивает актуальность своевременного выявления и адекватной комплексной терапии, включая психофармакотерапию этих расстройств.

Уровень личностной тревожности больных первой группы сравнения оказался значительно выше среднего ($52,06 \pm 7,26$ балла по шкале Спилбергера).

Следует отметить, что у больных с ИБС, не отягощённой ХСН, наличие выраженного алекситимического радикала было установлено в 57 % случаев, когда уровень алекситимии достигал $78,1 \pm 7,2$ балла при норме до 62 баллов по TAS. В 29 % случаев выявлены пограничные значения показателя.

Все обследованные больные гипертонической болезнью также характеризовались наличием выраженного алекситимического радикала. Более чем в половине наблюдений алекситимия была высокой и достигла 88 баллов (в среднем $79,8 \pm 5,3$ балла по TAS). Только у 9 больных отсутствовал алекситимический радикал личности ($53,4 \pm 9,7$ балла). Больные, относящиеся к «non-dippers», т. е. демонстрирующие недостаточное снижение артериального давления в период ночного сна, отличались статистически значимо более высоким уровнем личностной тревожности по сравнению с «dippers»: $49,6 \pm 5,8$ и $41,8 \pm 7,7$ балла по шкале Спилбергера соответственно ($p < 0,05$). Аналогичная закономерность прослеживается в отношении алекситимии – соответственно, $77,2 \pm 8,3$ и $70,4 \pm 9,8$ балла по TAS ($p < 0,05$).

У пациентов с сердечно-сосудистой патологией, отягощённой ХСН, личностная тревожность также была высокой, составив $55,8 \pm 1,7$ балла по шкале Спилбергера. Повышенный уровень алекситимии встречался заметно реже, чем в группе сравнения (39 % случаев; $74,6 \pm 2,5$ балла при норме до 62 баллов по TAS). Ещё у 32 % пациентов была выявлена тенденция к алекситимии.

Резюме основного результата исследования

Психические расстройства встречаются у подавляющего большинства госпитализированных пациентов кардиологического профиля, в структуре которых доминируют лёгкие аффективные нарушения, причём типична коморбидность депрессии и тревоги при доминировании тревожных расстройств.

Результаты оценки психического состояния пациентов кардиологической практики в значительной мере опосредуются методикой исследования, что обуславливает комплексный подход к диагностике психических расстройств.

Психические расстройства у больных хронической сердечной недостаточностью характеризуются опреде-

лёнными структурными и количественными отличиями от психических нарушений, ассоциированных с неосложнённой сердечно-сосудистой патологией.

Психические расстройства выявляются в условиях кардиологической практики только у 1/3 пациентов, что актуализирует проблему подготовки интернистов по вопросу диагностики наиболее распространённых психических расстройств.

Уровень алекситимии у обследованных больных независимо от нозологической принадлежности сердечно-сосудистой патологии превышал средний уровень, что соответствует современным представлениям о присутствии алекситимического радикала в структуре преморбидной личности больных как одного из возможных психологических факторов развития психосоматических расстройств. Личностные особенности кардиологических больных также отличались высокой тревожностью. Если личностная тревожность больных в группах сравнения статистически значимо не различалась, то уровень алекситимии у пациентов с отягощённой ХСН кардиологической патологией, был ниже. Таким образом, для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями типично снижение уровня алекситимии при нарастании реальной витальной угрозы, обусловленной прогрессирующим течением болезни. Определённые взаимосвязи между психологическими характеристиками и прогностически значимыми факторами течения сердечно-сосудистой патологии отражают роль личностных характеристик в развитии этих заболеваний.

ОБСУЖДЕНИЕ

Сердечно-сосудистые заболевания и депрессивные расстройства относятся к числу наиболее распространённых болезней, снижающих трудоспособность и приводящих к инвалидизации, причём их ассоциированность не вызывает сомнения [18, 19]. Среди кардиологических больных доля пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, значительно больше, чем при других соматических заболеваниях и существенно превышает распространённость депрессий в популяции. Результаты клинико-эпидемиологического исследования КОМПАС, показали, что депрессивные расстройства имеются в среднем у 45,9 % пациентов общей практики, причём депрессия чаще наблюдается у стационарных, чем у амбулаторных больных. У пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями депрессия диагностируется более чем в половине наблюдений, причём самый высокий показатель отмечен при ХСН – 61 % случаев [20]. Большое депрессивное расстройство имеют, по данным разных авторов, от 17 % [21] до 36,5 % [22] госпитализированных пациентов старшего возраста с ХСН. У 9 % больных с выраженной ХСН обнаруживается невыраженное депрессивное расстройство [23]. Распространённость депрессии среди амбулаторных пациентов с ХСН также колеблется в широких пределах от 24 до 40 % [24, 25]. Необходимо отметить, что частота выявления депрессии у больных ХСН во многом определяется методом её выявления, в частности выбором опросника. Так, в исследовании S. Gottlieb et al. у 155 пациентов с ХСН II–IV функционального класса и фракцией выброса менее 40 % использовали опросник депрессии Бека [26]. Частота выявления депрессии (более 10 баллов по опроснику) составила 48 %, при этом депрессия чаще

регистрировалась у более молодых пациентов (моложе 65 лет) и у женщин. Несмотря на противоречивость имеющихся результатов, исследований психических нарушений у пациентов с ХСН недостаточно [27], особенно в сопоставлении с большим неосложнёнными формами сердечно-сосудистой патологии.

Полученные в результате данного исследования данные свидетельствуют о большей частоте психических, в том числе депрессивных, расстройств у стационарных пациентов кардиологического профиля, чем было установлено в многоцентровом исследовании «Синапс» – 14,3 % больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [28]. С результатами «Синапса» согласуются полученные данные о значительной частоте тревожно-фобических расстройств у кардиологических пациентов. В исследовании «Синапс» была отмечена сопоставимость доли нозогенных реакций и ипохондрических развитий (27,4 % и 26,3 % соответственно). В нашем исследовании ипохондрические нарушения встречались реже и наблюдались у больных с ХСН. Ненозогенные психические расстройства у обследованных нами больных были представлены соматогенной депрессией, причём отмечена прямая зависимость выраженности ненозогенных психических расстройств и тяжести соматического состояния пациентов. В исследовании «Синапс» факт того, что в кардиологической выборке была высока распространённость психических расстройств ненозогенной природы, был объяснён преобладанием соматоформных расстройств (долевое распределение – 23,5 %). При этом речь шла о кардионевротических расстройствах, диагностируемых интернистами как нейроциркуляторная (вегетососудистая) дистония. Пациенты направлялись на обследование в специализированную кардиологическую клинику в связи с необходимостью исключения сердечно-сосудистой патологии. Фактически, речь идёт о представленности психических расстройств у пациентов кардиологической практики независимо от наличия сердечно-сосудистых заболеваний. В наше исследование были включены только больные с верифицированной сердечно-сосудистой патологией, получавшие кардиотропную терапию.

Полученные данные совпадают с мнением большинства исследователей о большой частоте депрессивных расстройств у кардиологических пациентов [29, 30], причём особенностью депрессии являлась коморбидность с тревогой. Результаты исследования свидетельствуют о значительной представленности в клинической картине психических расстройств, ассоциированных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, расстройств тревожного круга.

Исследование продемонстрировало наличие личностных особенностей в виде высокой тревожности и алекситимии у кардиологических пациентов, причём отмечена определённая динамика последней на фоне прогрессирования сердечно-сосудистой патологии.

Ограничения исследования

Объём выборки не позволил провести сравнительный анализ частоты и структуры психических расстройств у больных с разной сердечно-сосудистой патологией.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследования согласуются с мнением о том, что у больных с сердечно-сосудистой патологией, находящихся на лечении в кардиологическом отделении

городского многопрофильного стационара, высок риск расстройств аффективного спектра невротического уровня, при этом выделена роль тревожных нарушений в значительном числе случаев коморбидных депрессии. Наличие психических расстройств как нозогенного, так и ненозогенного характера, личностных факторов риска развития психогений требует комплексной психолого-психотерапевтической и психофармакологической помощи. Установлено, что психические расстройства были выявлены в условиях рутинной кардиологической практики только у 1/3 пациентов, что актуализирует проблему подготовки интернистов по вопросу диагностики наиболее распространённых психических расстройств в общемедицинской сети.

ЛИТЕРАТУРА

- Kohn R, Saxena Sh, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(11): 858-866. doi: 10.1590/S0042-96862004001100011
- Kessler R. Mental health care treatment initiation when mental health services are incorporated into primary care practice. *J Am Board Family Med.* 2012; 25(2): 255-259. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.100125
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. *Психокардиология*. М.: Медицинское информационное агентство; 2005.
- Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Коновалова А.В. Коррекция психических расстройств у больных в общесоматической сети. *Медицина. XXI век.* 2005; (1): 22-29.
- Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth I, Lester H. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS ONE.* 2012; 7(5): e36468. doi: 10.1371/journal.pone.0036468
- Petrova N. Psychosomatic disorders: the problem of systematization, mechanisms of development, diagnosis, approaches to prevention and treatment. *Materials of International Congress Neuroscience for Medicine and Psychology.* 2009: 179-180.
- Rodrigo A, Foo L, Majoor J. Have Primary Mental Health Teams lived up to their expectations? *Australasian Psychiatry.* 2013; 21(2): 127-130. doi: 10.1177/1039856212475324
- The National Institute of Mental Health. *Mental Illness.* 2017. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.
- Bushnell JA, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S, et al. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare: a report on Mental Health and General Practice Investigation (MaGPIe). *N Zealand Med J.* 2003; 116(1171): U379.
- Петрова Н.Н., Задорожная М.С. Особенности суицидального поведения и нарушения гендерной аутоидентификации у пациентов с юношескими депрессиями. *Обзор психиатрии и медицинской психологии.* 2013; (3): 59-64.
- Петрова Н.Н., Палкин Ю.Р., Квятковская А.И. Кризисные пациенты в психиатрической практике. *Обзор психиатрии и медицинской психологии.* 2012; (3): 65-72.
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet.* 2009; 374(9690): 609-619. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5
- Кутузова А.Э., Петрова Н.Н., Алексеева Н.П. *Комплексная оценка состояния больного с хронической сердечной недостаточностью*. СПб.: Изд-во СПбГМУ; 2005.
- Пилевина Ю.В., Шишкин А.Н., Петрова Н.Н. Психосоматические особенности и комплаентность больных с хронической сердечной недостаточностью. *Вестник СПбГУ. Медицина. Серия 11.* 2010; (3): 68-76.
- Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev.* 2008; 28(2): 288-306. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.005
- Michal M, Wiltink J, Lackner K, Wild PS, Zwiener I, Blettner M, et al. Association of hypertension with depression in the community: results from the Gutenberg Health Study. *J Hypertens.* 2013; 31(5): 893-899. doi: 10.1097/HJH.0b013e32835f5768
- Костюк Г.П., Масыкин А.В. К проблеме организации оказания помощи больным депрессией и тревожными расстройствами в условиях общей практики. *Психические расстройства в общей медицине.* 2018; (1): 8-11.
- Ladwig KH, Emeny RT, Hafner S, Lacruz ME. Depression. An underestimated risk for the development and progression of coronary heart disease. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz.* 2011; 54(1): 59-65. doi: 10.1007/s00103-010-1195-8
- Pasic J, Levy WC, Sullivan MD. Cytokines in depression and heart failure. *Psychosom Med.* 2003; 65(2): 181-193. doi: 10.1097/01.PSY.0000058372.50240.38
- Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Ромасенко Л.В., Деев А.Д., Юферева Ю.М. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. *Кардиология.* 2011; 51(2): 59-66.
- Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Caracciolo A, et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *J Geriatric Psychiatry.* 1991; 24(1): 59-71.
- Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry.* 1998; 20(1): 29-43. doi: 10.1016/S0163-8343(98)80001-7
- Sullivan M, Levy WC, Russo JE, Spertus JA. Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. *J Card Fail.* 2004; 10(5): 390-396. doi: 10.1016/j.cardfail.2004.01.011
- Havranek EP, Ware MG, Lowes BD. Prevalence of depression in congestive heart failure. *Am J Cardiol.* 1999; 84(3): 348-50.
- Skotzko CE, Krichten C, Zietowski G, Alves L, Freudenberg R, Robinson S, et al. Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *J Card Fail.* 2000; 6(4): 300-305. doi: 10.1054/jcaf.2000.19222
- Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 43(9): 1542-1549. doi: 10.1016/j.jacc.2003.10.064
- Nielsen OW, McDonagh T, Cowburn P, Blue L, Robb SD, Dargie H. Patient differences related to management in general practice and the hospital: a cross-sectional study of heart failure in the community. *Eur Heart J.* 2004; 25(19): 1718-1725. doi: 10.1016/j.ehj.2004.06.033
- Андрющенко А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине. *Психические расстройства в общей медицине.* 2011; (1): 14-27.
- Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2013; 2013: 695925. doi: 10.1155/2013/695925.
- Weiss J. Psychocardiology: one heart and one soul. *Dtsch Med Wochenschr.* 2010; 135(3): 2. doi: 10.1055/s-0030-1247666

REFERENCES

- Kohn R, Saxena Sh, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ.* 2004; 82(11): 858-866. doi: 10.1590/S0042-96862004001100011
- Kessler R. Mental health care treatment initiation when mental health services are incorporated into primary care practice. *J Am Board Family Med.* 2012; 25(2): 255-259. doi: 10.3122/jabfm.2012.02.100125
- Smulevich AB, Syrkin AL. *Psychocardiology*. М.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo; 2005. (In Russ.)
- Petrova NN, Kutuzova AE, Konovalova AV. Correction of mental disorders in patients of general hospitals. *Meditsina. XXI vek.* 2005; (1): 22-29. (In Russ.)

5. Reilly S, Planner C, Hann M, Reeves D, Nazareth I, Lester H. The role of primary care in service provision for people with severe mental illness in the United Kingdom. *PLoS ONE*. 2012; 7(5): e36468. doi: 10.1371/journal.pone.0036468
6. Petrova N. Psychosomatic disorders: the problem of systematization, mechanisms of development, diagnosis, approaches to prevention and treatment. *Materials of International Congress Neuroscience for Medicine and Psychology*. 2009: 179-180.
7. Rodrigo A, Foo L, Majoor J. Have Primary Mental Health Teams lived up to their expectations? *Australasian Psychiatry*. 2013; 21(2): 127-130. doi: 10.1177/1039856212475324
8. The National Institute of Mental Health. *Mental Illness*. 2017. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>.
9. Bushnell JA, McLeod D, Dowell A, Salmond C, Ramage S, Collings S, et al. The nature and prevalence of psychological problems in New Zealand primary healthcare: a report on Mental Health and General Practice Investigation (MaGPI). *N Zealand Med J*. 2003; 116(1171): U379.
10. Petrova NN, Zadorozhnaya MS. Peculiarities of suicidal behaviour and gender identity disorders in patients with adolescent depression. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2013; (3): 59-64. (In Russ.)
11. Petrova NN, Palkin YuR, Kvyatkovskaya AI. Critical patients in psychiatry. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2012; (3): 65-72. (In Russ.)
12. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374(9690): 609-619. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5
13. Kutuzova AE, Petrova NN, Alekseeva NP. *Complex assessment of a condition of a patient with chronic heart failure*. Saint Petersburg: Izd-vo SPbGMU; 2005. (In Russ.)
14. Pilevina YuV, Shishkin AN, Petrova NN. Psychosomatic peculiarities and compliance of patients with chronic heart failure. *Vestnik SPbGU. Meditsina. Seriya 11*. 2010; (3): 68-76. (In Russ.)
15. Goldston K, Baillie AJ. Depression and coronary heart disease: a review of the epidemiological evidence, explanatory mechanisms and management approaches. *Clin Psychol Rev*. 2008; 28(2): 288-306. doi: 10.1016/j.cpr.2007.05.005
16. Michal M, Wiltink J, Lackner K, Wild PS, Zwiener I, Blettner M, et al. Association of hypertension with depression in the community: results from the Gutenberg Health Study. *J Hypertens*. 2013; 31(5): 893-899. doi: 10.1097/HJH.0b013e32835f5768
17. Kostyuk GP, Masyakin AV. On the problem of organization of delivery of health care for the patients with depression and anxious disorders in general hospitals. *Psikhicheskoe rasstroystvo v obshchey meditsine*. 2018; (1): 8-11. (In Russ.)
18. Ladwig KH, Emeny RT, Hafner S, Lacruz ME. Depression. An underestimated risk for the development and progression of coronary heart disease. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*. 2011; 54(1): 59-65. doi: 10.1007/s00103-010-1195-8
19. Pasic J, Levy WC, Sullivan MD. Cytokines in depression and heart failure. *Psychosom Med*. 2003; 65(2): 181-193. doi: 10.1097/01.PSY.0000058372.50240.38
20. Oganova RG, Pogosova GV, Koltunov IE, Romasenko LV, Deev AD, Yufereva YuM. Depressive symptomatology worsens prognosis of cardiovascular diseases and decreases life duration in patients with arterial hypertension and ischemic heart disease. *Kardiologiya*. 2011; 51(2): 59-66. (In Russ.)
21. Freedland KE, Carney RM, Rich MW, Caracciolo A, et al. Depression in elderly patients with congestive heart failure. *J Geriatric Psychiatr*. 1991; 24(1): 59-71.
22. Koenig HG. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998; 20(1): 29-43. doi: 10.1016/S0163-8343(98)80001-7
23. Sullivan M, Levy WC, Russo JE, Spertus JA. Depression and health status in patients with advanced heart failure: a prospective study in tertiary care. *J Card Fail*. 2004; 10(5): 390-396. doi: 10.1016/j.cardfail.2004.01.011
24. Havranek EP, Ware MG, Lowes BD. Prevalence of depression in congestive heart failure. *Am J Cardiol*. 1999; 84(3): 348-50.
25. Skotzko CE, Krichton C, Zietowski G, Alves L, Freudenberg R, Robinson S, et al. Depression is common and precludes accurate assessment of functional status in elderly patients with congestive heart failure. *J Card Fail*. 2000; 6(4): 300-305. doi: 10.1054/jcaf.2000.19222
26. Gottlieb SS, Khatta M, Friedmann E, Einbinder L, Katzen S, Baker B, et al. The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 43(9): 1542-1549. doi: 10.1016/j.jacc.2003.10.064
27. Nielsen OW, McDonagh T, Cowburn P, Blue L, Robb SD, Dargie H. Patient differences related to management in general practice and the hospital: a cross-sectional study of heart failure in the community. *Eur Heart J*. 2004; 25(19): 1718-1725. doi: 10.1016/j.ehj.2004.06.033
28. Andryuschenko AV. Prevalence and structure of mental disorders in general practice. *Psikhicheskoe rasstroystvo v obshchey meditsine*. 2011; (1): 14-27. (In Russ.)
29. Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol*. 2013; 2013: 695925. doi: 10.1155/2013/695925.
30. Weiss J. Psychocardiology: one heart and one soul. *Dtsch Med Wochenschr*. 2010; 135(3): 2. doi: 10.1055/s-0030-1247666

Сведения об авторах

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», e-mail: petrova_nn@mail.ru <http://orcid.org/0000-0003-4096-6208>

Information about the authors

Natalia N. Petrova – Dr. Sc. (Med.), Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the Medical Faculty, Saint-Petersburg State University, e-mail: petrova_nn@mail.ru <http://orcid.org/0000-0003-4096-6208>