

Дорофейкова М.В.<sup>1</sup>, Задворьев С.Ф.<sup>2</sup>, Петрова Н.Н.<sup>3</sup>, Яковлев А.А.<sup>2,3</sup>

## К ВОПРОСУ О ВЫДЕЛЕНИИ ГРУППЫ РИСКА НАЛИЧИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПРАКТИКЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

<sup>1</sup> ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3, Россия)

<sup>2</sup> СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» (194354, г. Санкт-Петербург, Учебный пер., 5, Россия)

<sup>3</sup> ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9, Россия)

*В настоящее время остро стоит проблема дифференциальной диагностики соматической и соматоформной патологии в клинике внутренних болезней. Целью исследования явились разработка алгоритма, позволяющего на этапе поступления выявить группу пациентов многопрофильного стационара, имеющих показания для консультации психиатра и психотропной терапии.*

*Материал и методы. Проведен регрессионный анализ данных 1031 пациента кардиологического отделения многопрофильного стационара с целью выявления факторов, определяющих рекомендации приема психотропной терапии при выписке.*

*Результаты. Предложен алгоритм для выделения среди пациентов кардиологического профиля лиц, требующих мультидисциплинарного подхода в лечении с привлечением специалистов в области психического здоровья. В число входящих в формулу факторов вошли лабильная или пароксизмальная артериальная гипертензия (Л), число сопутствующих (некардиологических) диагнозов (Д), женский пол (П) и сердцебиение или нарушения сердечного ритма с дебютом до 55 или 50 лет (С):  $I = 8 \times L + D + 3 \times P + 3 (6) \times C$ .*

*Выводы. Выявленные закономерности могут быть полезны в клинике внутренних болезней для скрининга пациентов на предмет высокого вклада психоэмоционального фона в тяжесть состояния. Врачам стационаров общесоматического (терапевтического) профиля следует обращать более пристальное внимание на психоэмоциональное состояние больных с лабильной АГ, ранним дебютом нарушений сердечного ритма, большим количеством сопутствующей патологии. Пациенты, соответствующие указанным критериям, с большой вероятностью нуждаются в консультации психотерапевта или психиатра ввиду наличия психосоматических или сопутствующих психических расстройств.*

**Ключевые слова:** психосоматическая медицина, кардиология, психические расстройства, скрининг, психотерапия

## ON THE ISSUE OF ALLOCATION OF A RISK GROUP FOR THE PRESENCE OF MENTAL DISORDERS IN THE PRACTICE OF CARDIOLOGY DEPARTMENT

Dorofeikova M.V.<sup>1</sup>, Zadvoryev S.F.<sup>2</sup>, Petrova N.N.<sup>3</sup>, Yakovlev A.A.<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Bekhterev Psychoneurological Research Institute (ul. Bekhtereva 3, Saint Petersburg 192019, Russian Federation)

<sup>2</sup> City Multifield Hospital N 2 (Uchebny per. 5, Saint Petersburg 194354, Russian Federation)

<sup>3</sup> Saint-Petersburg State University (Universitetskaya nab. 7/9, Saint-Petersburg 199034, Russia)

*Differential diagnosis of somatic and somatoform pathology is a pressing issue in general practice. The aim of this study was to develop an algorithm for identification of the patients with indications for psychiatrist's consultation and possible psychotropic therapy at the stage of admission to multi-disciplinary hospital.*

*Material and methods. Regression analysis of data of 1031 patient hospitalized in the cardiology department of a multiprofile hospital was done with the aim of identifying factors determining the recommendation for receiving psychotropic therapy at discharge.*

*Results. An algorithm for allocation among patients of cardiological profile individuals that require a multidisciplinary approach to treatment involving experts in the field of mental health is proposed. Factors included in the formula were labile or paroxysmal hypertension, the number of associated (non-cardiological) diagnosis, female gender and heart rate or heart rhythm disorders with the debut at the age below 55 or 50 years:  $I = 8 \times L + D + 3 \times F + 3 (6) \times H$ .*

*Conclusion. The revealed pattern may be useful in the clinic of internal diseases for screening of patients with a high contribution of the emotional state the severity of the condition. The doctors of the hospitals of somatic (therapeutic) profile should pay more attention to the psycho-emotional condition of patients with labile hypertension, early onset of cardiac arrhythmias, and large number of comorbidities. Patients that meet the criteria are likely to need a consultation of a psychotherapist or psychiatrist because of the presence of psychosomatic or other mental disorders.*

**Key words:** psychosomatic medicine, cardiology, mental disorders, screening, psychotropic medications

### ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время остро стоит проблема современной диагностики психических расстройств, в частности, дифференциальной диагностики со-

матической и соматоформной патологии в клинике внутренних болезней. Имеет место гиподиагностика соматоформных расстройств [10, 13, 19]. От 30 до 57 % пациентов общесоматических стационаров в России

имеют клинику психосоматического заболевания или имитирующего его соматоформного расстройства в качестве основного или конкурирующего состояния, объясняющего клинику, или же эмоциональное состояние в значительной степени определяет их клиническую картину [1, 3]. По данным популяционных исследований, у 16–34 % пациентов, обращающихся к врачам первичного звена, может быть диагностировано соматоформное расстройство [12, 26].

В общей практике выделяют персистирующие необъяснимые с точки зрения медицины симптомы – длящиеся более 3 месяцев и ограничивающие функционирование (в том числе приводящие к госпитализациям и снижению социальной активности). В норвежском исследовании их распространённость составила 3 %, причём 76 % данных пациентов были женского пола [5]. Пациенты с персистирующими необъяснимыми с точки зрения медицины симптомами активно используют медицинские услуги в учреждениях соматического, но не психиатрического профиля [14], при этом им часто сопутствуют депрессивные и/или тревожные расстройства [30].

Соматоформные расстройства относят к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в кардиологической практике (их имеют более 30 % пациентов) наряду с ипохондрическими, аффективными и тревожными расстройствами [4].

Такие симптомы, как сердцебиение и боль в грудной клетке, не обязательно имеют под собой органическую причину. Жалобы на подобные функциональные нарушения являют собой повод для сложной дифференциальной диагностики, влияют на взаимоотношения врача и пациента и зачастую ведут к более субъективно выраженным расстройствам, чем хроническая ишемическая болезнь сердца (ИБС). Данные функциональные нарушения как могут быть связаны с некардиологической соматической патологией, так и могут иметь психогенный характер, что, к примеру, наблюдается у 7–17 % пациентов первичного звена с жалобами на боль в грудной клетке. Психические расстройства (аффективные, тревожные, соматоформные) выявляются у половины и более пациентов-потребителей экстренной кардиологической помощи и инвазивной диагностики, особенно в случаях, когда для их жалоб не был найден субстрат среди сердечно-сосудистой патологии [9].

Распространённость неспецифической боли в грудной клетке составляет около 23–33 %. Более половины из этих пациентов выписываются с диагнозом некардиологических болей в грудной клетке или таковых с неизвестной причиной. Также около 50 % первичных обращений в амбулаторные кардиологические учреждения заканчиваются исключением сердечно-сосудистых причин для болей в грудной клетке. В исследовании, проведённом в отделении, специализирующемся на оказании помощи при остром коронарном синдроме (ОКС), было показано, что у пациентов с необъяснимой болью в грудной клетке при нормальной коронарной анатомии паническое расстройство встречается в 55 % случаев, при том, что у лиц, страдающих ИБС, оно диагностируется в 11 % случаев [15].

Психические расстройства оказывают значимое влияние на течение соматической, в том числе кардиологической, патологии. Депрессивные расстройства в 2–4 раза чаще встречаются у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), чем в общей популяции, причём даже слабо выраженные депрессивные симптомы существенно повышают риск их госпитализаций и смертности [25]. Лишь 20–60 % кардиологических пациентов регулярно принимают назначенную терапию, не говоря о коррекции образа жизни. Сниженный комплаенс и неблагоприятный прогноз пациентов связывают с такими психическими расстройствами, как тревога, депрессия и когнитивное снижение [17]. Было показано, что депрессия и тревога оказывают значимое воздействие на то, как пациенты с ХСН следят за собой [22].

В исследовании, направленном на сравнение выявляемой кардиологами психической патологии с наличием таковой, подтверждённой специализированными инструментами, было показано, что 40 % пациентов кардиологического профиля имели психическую патологию, в том числе 12,8 % – клинически выраженную депрессию, 7 % – тревожное расстройство, и при этом ни один из них не получал по этому поводу терапию [17]. В исследовании 2006 г. было показано, что после клинической манифестации ХСН признаки депрессии наблюдаются у 20–50 % пациентов, при этом 15–20 % переносят клинически выраженные эпизоды. У половины из них симптомы персистируют на протяжении месяцев и лет, если им не оказывается специфическая психотерапевтическая или психофармакологическая терапия [28].

В то же время в Кокрановском обзоре эффективности психологических вмешательств у лиц с неспецифической болью в грудной клетке при нормальной коронарной анатомии было показано, что терапия давала положительный эффект – от скромного до умеренного – в особенности в течение первых трёх месяцев после её проведения [15]. Высокая эффективность психофармакотерапии при депрессии у больных ИБС наблюдалась у пациентов после острого инфаркта миокарда (ОИМ), которые уже перенесли депрессивные эпизоды (средней тяжести и тяжёлые) до ОКС, страдали рекуррентным депрессивным расстройством [17].

Хотя депрессия и тревога связаны с течением кардиологической патологии и повышенным потреблением медицинских ресурсов [8, 27], они не диагностируются и не подвергаются терапии в достаточном объёме [29].

Актуальность своевременного выявления психических расстройств у кардиологических пациентов не вызывает сомнения. Американская ассоциация сердца в 2008 г. рекомендовала проводить скрининг депрессии при ИБС [20].

Однако данные, получаемые с помощью различных методов, заметно различаются. Так, среди пациентов с установленным кардиовертером-дефибриллятором депрессия встречается у 11–28 % больных при оценке её с помощью интервью и у 5–41 % при использовании самоопросников. Аналогичные результаты были получены и в исследованиях тревожных расстройств [17].

Ранее предпринимались попытки поиска неспецифических коррелятов психических расстройств в общесоматической практике. Так, например, было показано, что наличие трёх или более соматических симптомов ассоциировано с высоким риском тревожных или депрессивных расстройств [11].

В связи с этим, с учётом дефицита психиатрической помощи в условиях общемедицинской практики, а также в условиях отсутствия соответствующей подготовки у врачей-интернистов важна разработка диагностических алгоритмов, позволяющих с достаточной чувствительностью и специфичностью выявлять среди лиц, обращающихся за терапевтической помощью, пациентов с психическими расстройствами.

**Целью исследования** явилась разработка алгоритма, позволяющего на этапе поступления выявить группу пациентов многопрофильного стационара, имеющих показания для консультации психиатра и психотропной терапии.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Архивным методом изучены истории болезни 1031 пациента в возрасте  $66,8 \pm 13,1$  года, госпитализированного в кардиологическое отделение многопрофильного стационара г. Санкт-Петербурга в период с января 2015 по июль 2017 гг. Среди пациентов было 56,7 % женщин. Наиболее частыми синдромами, которые обусловили госпитализацию, были: подозрение на ОКС – в 43,9 % случаев; разрегулированное течение артериальной гипертензии (АГ) – в 33,6 % случаев; декомпенсация ХСН – в 16,0 % случаев. Кроме того, поступали пациенты для плановой инвазивной диагностики ишемической болезни сердца (ИБС) – 8,2 % случаев, а также больные с пароксизмальными нарушениями сердечного ритма. Пациенты, поступавшие в экстренном порядке, по спектру нозологий значимо не отличались от плановых пациентов.

Критерием исключения послужила смерть пациента в стационаре.

Для разработки алгоритма использовались следующие показатели:

1. Демографические (пол, возраст).
2. Социологические (анамнез работы с высокой степенью риска «профессионального выгорания» – учителя, социальные работники, работники системы здравоохранения, психологи).
3. Порядок поступления в стационар (плановый или экстренный), регулярное наблюдение по поводу сердечно-сосудистой патологии.
4. Наличие лабильности АГ, что не является патогномичным признаком ГБ в соответствии с современными представлениями [2], а рассматривается как состояние с важным вкладом психологического компонента [21].
5. Наличие сопутствующих заболеваний, в т. ч. психосоматических расстройств (т. н. «holy seven» [6]): бронхиальная астма, ревменная болезнь, онкологические заболевания, ревматоидный артрит, гипертиреоз [24], а также синдром раздражённой кишки, псориаз, патология щитовидной железы.
6. Лабораторные данные: выполненные при поступлении в стационар клинические и биохимические

анализы крови (лейкоциты, тромбоциты, гемоглобин, АЛТ, АСТ, общий билирубин, общий белок, натрий, калий сыворотки, глюкоза, ЩФ, ГГТП, креатинкиназа общая, сывороточное железо, гликированный гемоглобин, креатинин, мочевины) и перечень тех из них, которые отклоняются за пределы референсных значений для используемых в данном стационаре тест-систем с учётом пола пациентов и возраста.

7. Назначение в кардиологическом отделении психотропных препаратов с учётом назначения биологически активных добавок, позиционируемых как имеющие психотропное действие.

8. Рекомендация приёма психотропного препарата на амбулаторном этапе лечения и после выписки из стационара.

Статистическая обработка результатов проведена с помощью программы SPSS 17.0. Использовались методы описательной (дескриптивной) статистики, тест Колмогорова – Смирнова для проверки соответствия нормальному распределению, непараметрические и параметрические методы статистического анализа: корреляционный анализ по Спирмену, U-критерий Манна – Уитни, корреляционный анализ по Пирсону. Для оценки значимости влияния нескольких показателей использовалась множественная линейная регрессия с пошаговым отбором переменных. Результаты считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Доля пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение экстренно, составила 75,3 %. 21,5 % пациентов регулярно наблюдались по поводу сердечно-сосудистой патологии. У 22,8 % имелась лабильная АГ. У 58,4 % пациентов были выявлены психосоматические расстройства ( $0,87 \pm 0,97$  расстройств на человека). 4,6 % пациентов имели профессиональный анамнез с высокой степенью риска профессионального выгорания.

Количество сопутствующих некардиологических диагнозов, указанных на момент выписки, составило  $3,21 \pm 1,82$  случая.

Среднее число показателей анализов крови, отклоняющихся от референсных значений, составило  $2,15 \pm 1,79$  при суммарном количестве  $11,68 \pm 1,61$  исследованных параметров.

Была выявлена отрицательная корреляция между вероятностью назначения психотропного препарата и долей анализов крови, результаты которых выходят за референсный диапазон ( $r = 0,06$ ;  $p = 0,048$  для назначения в стационаре;  $r = -0,09$ ;  $p = 0,003$  для рекомендации приёма психотропных препаратов после выписки).

Пациенты, поступавшие в экстренном порядке, по вероятности назначения психотропной терапии значимо не отличались от плановых пациентов (в стационаре: экстренные – 24,6 %, плановые – 20,3 % ( $p = 0,68$ ); на выписку: экстренные – 23,8 %, плановые – 20,2 % ( $p = 0,28$ )).

236 (22,9 %) человек получили рекомендации приёма психотропных препаратов, среди которых преобладали анксиолитики, после выписки (табл. 1).

**Таблица 1**  
**Частота рекомендации приёма психотропных препаратов различных групп после выписки**

**Table 1**  
**Frequency of prescription of psychotropic medication of different classes after patients' discharge**

Группы психотропных препаратов	Количество пациентов от общего числа рекомендаций, n = 263	
	абс.	%
Противодементные препараты (мемантин)	10	3,8
Нормотимики	14	5,3
Ноотропные препараты	8	3,0
Бензодиазепиновые препараты	22	8,4
Небензодиазепиновые анксиолитики	113	43,0
Антидепрессанты	12	4,6
Антипсихотики	17	6,5
Другое (биологически активные добавки, имеющие в перечне показаний лечение тревоги, астении, аффективных нарушений)	67	25,5

База данных была подвергнута регрессионному анализу методом множественной линейной регрессии. Было выявлено 4 независимых фактора, статистически значимо коррелирующих с вероятностью назначения психотропных препаратов в условиях кардиологического стационара:

1. Лабильный характер АГ – коэффициент регрессии 0,65.

2. Число некардиологических (непрофильных для данного отделения) диагнозов – коэффициент регрессии 0,078.

3. Женский пол, с коэффициентом регрессии 0,236.

4. Дебют жалоб на сердцебиения в возрасте до 55 лет – коэффициент 0,249, до 50 лет – коэффициент в 2 раза больше (0,498).

Данная регрессионная модель имеет скорректированный  $R^2 = 0,138$ , т. е. описывает почти 14 % вариабельности назначения психотропных препаратов в стационаре и рекомендованных для приёма после выписки из стационара.

Данные закономерности были независимы от возраста пациентов, характера госпитализации и результатов лабораторных исследований.

Индекс с соотношением этих переменных 8:1:3:3 (6) балла показал приемлемую корреляцию с основ-

ными использованными конечными точками – назначением психотропных препаратов в стационаре и/или после выписки из него (табл. 2).

Таким образом, была создана формула предлагаемого индекса:

$$И = 8 \times Л + Д + 3 \times П + 3 (6) \times С,$$

где: Л – лабильная или пароксизмальная артериальная гипертензия; Д – число сопутствующих диагнозов; П – женский пол; С – сердцебиение или нарушения сердечного ритма с дебютом до 55 лет (3 балла) или до 50 лет (6 баллов).

Рисунок 1 иллюстрирует распределение вероятности рекомендации приёма психотропных препаратов после выписки, рассчитанной с помощью предложенной формулы: чем больше индекс, тем больше вероятность назначения психотропной терапии после выписки.

### ОБСУЖДЕНИЕ

Как отмечают в литературе, основной проблемой, затрудняющей диагностику психического состояния пациентов в кардиологической практике, является недостаток времени у врачей, а также недостаток их подготовки в области психического здоровья. Для решения проблемы предлагают, к примеру, компьютеризированные программы оценки психического статуса больных [16]. Результаты нашего исследования свидетельствуют о возможности выделения группы риска среди пациентов, поступающих в кардиологическое отделение, уже на этапе поступления в многопрофильный стационар на основе количественного анализа анамнестических и лабораторных данных.

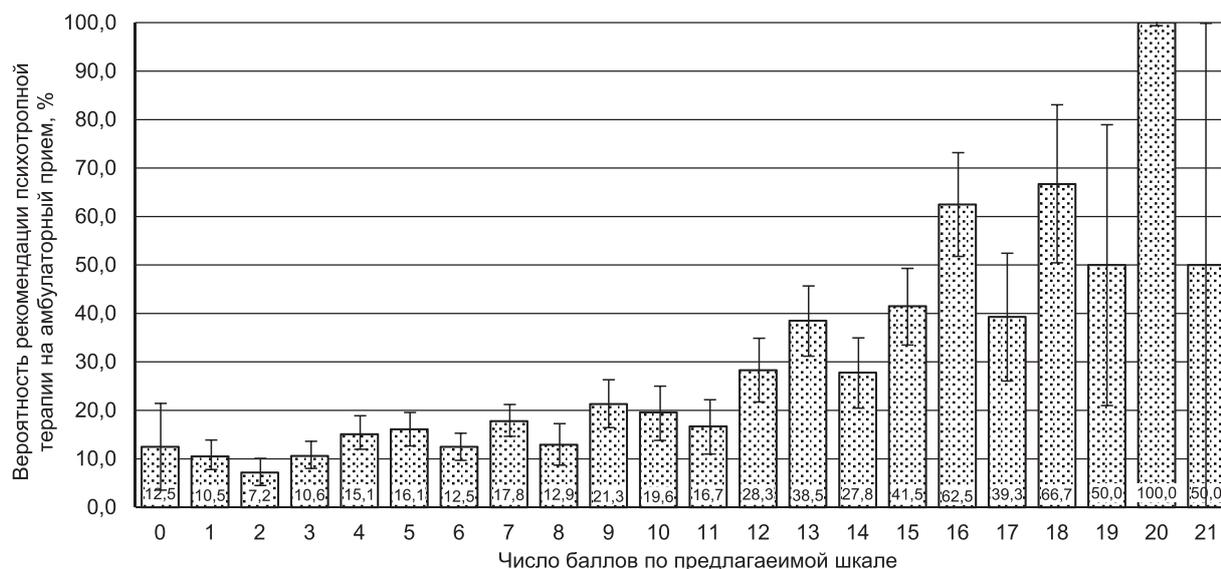
Обнаружено, что женщинам чаще назначают и с большей вероятностью рекомендуют психотропную терапию. Возможно, это связано с большей частотой психических расстройств, а возможно и с тем, что они склонны предъявлять больше жалоб, в том числе и в тех случаях, когда боль в грудной клетке имеет соматическую причину [7, 18].

Рекомендации психотропной терапии оказались обусловлены и фактом наличия лабильной АГ в анамнезе. Зарубежные авторы отмечают, что лабильность АД зачастую связана с тревогой и требует как вмешательства кардиолога, так и психотропной терапии и/или психотерапевтического вмешательства [21]. Известно, что дисбаланс вегетативной нервной системы, который часто сопровождает тревогу, явля-

**Таблица 2**  
**Сила и достоверность корреляционной связи между числом баллов по предлагаемой шкале и различными конечными точками (n = 1031)**

**Table 2**  
**The strength and reliability of the correlation between the scores on the scale and various end points (n = 1031)**

Статистические показатели	Вероятность назначения психотропных препаратов в стационаре	Вероятность рекомендации приема психотропных препаратов после выписки	Комбинированная конечная точка (суммированное назначение психотропных препаратов в стационаре + рекомендации приема после выписки)
R	0,26	0,23	0,28
p	$9 \times 10^{-18}$	$2 \times 10^{-14}$	$2 \times 10^{-21}$



**Рис. 1.** Распределение вероятности рекомендации приёма психотропных препаратов после выписки в зависимости от показателя шкалы (n = 1031).

**Fig. 1.** The probability distribution of the recommendations of psychotropic medication after discharge, depending on the scale score (n = 1031).

ется важным фактором возникновения нарушений сердечного ритма [23].

Интересным также представляется анализ взаимосвязи между вероятностью назначения психотропных препаратов и профессиональным анамнезом пациентов. При анализе подгруппы в рамках обследованной когорты было показано, что принадлежность пациента к профессии с высоким риском профессионального выгорания является значимым независимым фактором назначения психотропной терапии. У этого признака отмечается довольно высокий регрессионный коэффициент, соответствующий примерно +6 баллам в предлагаемой регрессионной шкале.

Отрицательная корреляция между вероятностью назначения психотропного препарата и количеством выходящих за референсный диапазон результатов анализов крови согласуется с данными других авторов о том, что для соматоформной симптоматики характерно отсутствие специфических лабораторно-инструментальных диагностических признаков [31]. Однако, как выяснилось в процессе регрессионного анализа, данный фактор не имеет независимого влияния.

Таким образом, следует отметить, что врачам стационаров общесоматического (терапевтического) профиля следует обращать более пристальное внимание на психоэмоциональное состояние больных с лабильной АГ, ранним дебютом нарушений сердечного ритма, большим количеством сопутствующей патологии.

Пациенты, соответствующие указанным критериям, с большой вероятностью нуждаются в консультации психотерапевта или психиатра ввиду наличия психосоматических или сопутствующих психических расстройств.

#### ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крeгер Ф. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., 2000. – 287 с.

Luban-Plozza B, Peldinger V, Kröger F. (2000). Psychosomatic disorders in general practice [*Psichosomaticheskie rasstroystva v obshchey meditsinskoj praktike*]. Sankt-Peterburg, 287 p.

2. Оганов Р.Г., Мамедов М.Н. Национальные клинические рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов. – М., 2009. – 392 с.

Oganov RG, Mamedov MN. (2009). National clinical guidelines of the Russian scientific society of cardiology [*Natsional'nye klinicheskie rekomendatsii Vserossiyskogo nauchnogo obshchestva kardiologov*]. Moskva, 392 p.

3. Петрова Н.Н., Кутузова А.Э., Коновалова А.В. Коррекция психических расстройств у больных в общесоматической сети // Медицина XXI век. – 2005. – № 1 (1). – С. 22–29.

Petrova NN, Kutuzov AE, Konovalov AV. (2005). Correction of mental disorders in patients of somatic network [*Korreksiya psikhicheskikh rasstroystv u bol'nykh v obshchesomaticheskoy seti*]. *Meditsina XXI vek*, (1), 22-29.

4. Смудевич А.Б., Андрияшченко А.В., Бескова Д.А. Клинико-эпидемиологическая программа «СИНТЕЗ»: распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // Психические расстройства в клинической практике. – М.: Медпресс-информ, 2011. – С. 230–309.

Smulevich AB, Andryushchenko AV, Beskova DA. (2011). Clinical-epidemiological program "SYNTHESIS": the prevalence and structure of mental disorders in General medicine [*Kliniko-epidemiologicheskaya programma «SINTEZ»: rasprostranennost' i struktura psikhicheskikh rasstroystv v obshchey meditsine*]. *Psikhicheskie rasstroystva v klinicheskoy praktike*. Moskva, 230-309.

5. Aamland A, Malterud K, Werner EL. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Fam Pract*, 5 (1), 107.
6. Alexander F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York, 352 p.
7. Büchner B, Kleiber C, Stanske B, Herrmann-Lingen C. (2005). Stress and heart disease in women. *Herz*, 30 (5), 416-428.
8. De Jonge P, Spijkerman TA, van der Brink RHS, Ormel J. (2006). Depression after myocardial infarction is a risk factor for declining health related quality of life and increased disability and cardiac complaints at 12 months. *Heart*, (92), 32-39.
9. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). (2011). DEGAM-Leitlinie Nr 15. AWMF-Registernummer 053-023.
10. Dimsdale JE, Creed F, Escobar J, Sharpe M, Wulsin L, Barsky A, Lee S, Irwin MR, Levenson J. (2013). Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *J Psychosom Res*, 75 (3), 223-228.
11. Escobar J, Burnam M. (1987). Somatization in the community. *Arch Gen Psychiatry*, (44), 713-718.
12. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Dtsch Arztebl Int*, (112), 279-287.
13. Hamilton JC, Eger M, Razzak S, Feldman MD, Hallmark N, Cheek S. (2013). Somatoform, factitious, and related diagnoses in the national hospital discharge survey: addressing the proposed DSM-5 revision. *Psychosomatics*, 54 (2), 142-148.
14. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M, Oxhøj ML. (2002). Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical inpatients. *Psychosom Med*, 64, 668-675.
15. Kisely SR, Campbell LA, Yelland MJ, Paydar A. (2015). Psychological interventions for symptomatic management of non-specific chest pain in patients with normal coronary anatomy. *Cochrane Database Syst Rev*, 6. CD004101. doi: 10.1002/14651858.CD004101.pub5.
16. Krishna M, Lepping P, Sharma VK, Copeland JR, Lockwood L, Williams M. (2009). Epidemiological and clinical use of GMHAT-PC (Global Mental Health assessment tool – primary care) in cardiac patients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, (5), 7.
17. Ladwig K-H, Lederbogen F, Albus C, Angermann C, Borggrefe M, Fischer D, Fritzsche K, Haass M, Jordan J, Jünger J, Kindermann I, Köllner V, Kuhn B, Scherer M, Seyfarth M, Völler H, Waller C, Herrmann-Lingen C. (2014). Position paper on the importance of psychosocial factors in cardiology. *GMS German Medical Science*, 12, Doc09. doi: 10.3205/000194.
18. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol*, 16 (6), 511-518.
19. Levenson JL. (2011). The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatr Clin N Am*, 4 (3), 515-524.
20. Lichtman JH, Bigger J-T Jr., Blumenthal J A, Frasure-Smith N, Kaufmann PG, Lespérance F, Mark DB, Sheps DS, Taylor CB, Froelicher ES; American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention; American Heart Association Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research; American Psychiatric Association. (2008). Depression and coronary heart disease. Recommendations for screening, referral, and treatment. *Circulation*, 118, 1768-1775.
21. Mann SJ. (2015). Labile and paroxysmal hypertension: common clinical dilemmas in need of treatment studies. *Curr Cardiol Rep*, (17), 99.
22. Müller-Tasch T, Löwe B, Lossnitzer N, Frankenstein L, Täger T, Haass M, Katus H, Schultz JH, Herzog W. (2017). Anxiety and self-care behaviour in patients with chronic systolic heart failure: A multivariate model. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 1474515117722255. doi: 10.1177/1474515117722255.
23. Olshansky B. (2005). Interrelationships between the autonomic nervous system and atrial fibrillation. *Prog Cardiovasc Dis*, 48 (1), 57-78.
24. Porcelli P, De Carne M, Fava GA. (2000). Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: Integration of different criteria. *Psychother Psychosom*, 69, 198-204.
25. Rutledge T, Reis VA, Linke SE, Greenberg BH, Mills PJ. (2006). Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol*, 48 (8), 1527-1537.
26. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W. (2011). The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, 52 (3), 263-271.
27. Strik JJ, Denollet J, Lousberg R, Honig A. (2003). Comparing symptoms of depression and anxiety as predictors of cardiac events and increased health care consumption after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*, (42), 1801-1807.
28. Strik JJ, Honig A, Maes M. (2001). Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind. *Prog Neuro-Psychopharmacol Psychiatr*, (25), 879-892.
29. Thombs BD, Bass EB, Ford DE, Stewart KJ, Tsilidis KK, Patel U, Fauerbach JA, Bush DE, Ziegelstein RC. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*, 21 (1), 30-38.
30. Van Boven K, Lucassen P, van Ravesteijn H, olde Hartman T, Bor H, van Weel-Baumgarten E. (2011). Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract*, (61), 316-325.
31. Warren JW, Langenberg P, Clauw DJ. (2013). The number of existing functional somatic syndromes (FSSs) is an important risk factor for new, different FSSs. *J Psychosom Res*, (74), 12-17.

**Сведения об авторах**  
**Information about the authors**

**Дорофейкова Мария Владимировна** – младший научный сотрудник, ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» (192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3; e-mail: mvdorofeykova@mail.ru)

**Dorofeykova Maria Vladimirovna** – Junior Research Officer, Bekhterev Psychoneurological Research Institute (192019, Saint Petersburg, ul. Bekhtereva, 3; e-mail: mvdorofeykova@mail.ru)

**Задворьев Сергей Федорович** – врач-кардиолог отделения кардиологии № 3, СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» (194354, г. Санкт-Петербург, Учебный пер., 5; e-mail: zadvoryexsf@yandex.ru)

**Zadvoryev Sergey Fyodorovich** – Cardiologist at the Department of Cardiology N 3, City Multifield Hospital N 2 (194354, Saint Petersburg, Uchebniy per., 5; e-mail: zadvoryexsf@yandex.ru)

**Петрова Наталия Николаевна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии медицинского факультета, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет» (199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9; e-mail: petrova\_nn@mail.ru)

**Petrova Natalia Nikolayevna** – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the Medical Faculty, Saint-Petersburg State University (199034, Saint Petersburg, Universitetskaya nab., 7/9; e-mail: petrova\_nn@mail.ru)

**Яковлев Артём Алексеевич** – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии медицинского факультета, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; заведующий отделением кардиологии № 3, СПб ГБУЗ «Городская многопрофильная больница № 2» (e-mail: yakotema@gmail.com)

**Yakovlev Artem Alekseyevich** – Candidate of Medical Sciences, Teaching Assistant at the Department of Medical Sciences, Teaching Assistant at the Department of Advanced Level Therapy of the Medical Faculty, Saint-Petersburg State University; Head of the Department of Cardiology N 3, City Multifield Hospital N 2 (e-mail: yakotema@gmail.com)