

# РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И СИНДРОМ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Т. В. Довженко, М. В. Семиглазова, В. Н. Краснов

*ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России*

Интерес к проблеме расстройств тревожно-депрессивного спектра при различных сердечно-сосудистых заболеваниях определяется их широкой распространенностью, социальной значимостью, влиянием на трудоспособность, а также результатами многочисленных клинических, нейрохимических, нейрофизиологических исследований, свидетельствующих об общности некоторых патогенетических механизмов данных состояний [5, 11, 17, 18, 23, 27, 31, 32, 34]. Распространенность депрессивных состояний у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями колеблется от 18 до 60% [7, 12, 19, 26, 29]. Посредством прямого патофизиологического влияния на сердечно-сосудистую систему, связанного с биологическими механизмами, депрессия приводит к развитию опасных для жизни клинических проявлений ИБС и других сердечно-сосудистых заболеваний [13, 25, 33, 36]. Выделяют также непрямой эффект, обусловленный изменением поведения, модифицирующим другие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, а также снижением комплаенса пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями назначенной терапии [15, 22]. Депрессия утяжеляет течение сердечно-сосудистых заболеваний, является неблагоприятным прогностическим фактором поражения органов-мишеней и независимым фактором риска смерти при артериальной гипертензии, ИБС, остром инфаркте миокарда [16, 28, 30].

Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют об актуальности изучения синдрома кардиальной боли, являющегося наиболее частым и значительным проявлением сердечно-сосудистых заболеваний, заставляющим пациентов обращаться за помощью в медицинские учреждения [2, 3, 6, 10]. Одной из признанных точек зрения является трактовка болей в области сердца как соматических проявлений депрессивных и тревожных расстройств [1, 8, 14, 20, 24]. Диагностика расстройств депрессивного спектра у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями затруднена в связи со

сходной картиной клинических проявлений [9, 35]. Представляет интерес детальное изучение особенностей кардиального болевого синдрома при различных сердечно-сосудистых заболеваниях и его связи с расстройствами тревожно-депрессивного спектра.

Несмотря на большое количество исследований, в работах зарубежных и отечественных авторов недостаточное внимание уделяется клинико-психопатологическому анализу депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с кардиальной патологией, диагностической оценке этих расстройств с позиций действующей в настоящее время классификации (МКБ-10).

**Цель исследования:** изучение особенностей клинико-психопатологической структуры расстройств аффективного спектра и синдрома кардиальной боли у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями функционального (нейроциркуляторная дистония – НЦД) и органического происхождения (ишемическая болезнь сердца – ИБС, артериальная гипертензия – АГ, хроническая сердечная недостаточность – ХСН, острый инфаркт миокарда – ОИМ).

## **Характеристика обследованных пациентов, схема проведения и методы исследования**

Проведено обследование 518 пациентов, прошедших курс стационарного или амбулаторного лечения в связи с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями: НЦД (n=124), ИБС (стабильная стенокардия напряжения I–II функционального класса без признаков сердечной недостаточности, n=83), АГ II–III стадии (n=149), ХСН ишемического генеза I–III функциональных классов по NYHA (n=54), ОИМ (n=108).

Исследование проводилось на базе Московского научно-исследовательского института психиатрии, городской клинической больницы №33 города Москвы им. А.А.Остроумова, а также на кафедрах госпитальной терапии №1 и клинической функцио-

нальной диагностики Московского государственного медико-стоматологического университета.

На начальном этапе исследования пациентам с установленным кардиологическим диагнозом проводилось скрининговое обследование с использованием разработанного в Московском НИИ психиатрии скринингового опросника для выявления депрессивных и тревожных расстройств. При этом чувствительность его составила 82%, а специфичность – 75%. Следовательно, использование врачами общей медицинской практики данного скринингового опросника может способствовать улучшению выявления у пациентов кардиологического профиля расстройств аффективного спектра.

В ходе психопатологического обследования психиатром клинически значимые расстройства аффективного спектра выявлены: у 102 из 124 пациентов с НЦД (82,3%); у 51 из 83 пациентов с ИБС (61,5%); у 90 из 149 пациентов с АГ (60,4%), из которых 18 отказались от участия в наблюдении; у 29 из 54 пациентов с ХСН (53,7%); у 44 из 108 пациентов с ОИМ (40,7%), а суммарно за 12 месяцев в группе ОИМ число наблюдений с расстройствами аффективного спектра составило – 55 (возросло на 10,2%). Таким образом, в исследование были включены 309 пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и сопутствующими расстройствами тревожно-депрессивного спектра. В группе НЦД средний возраст составил 34,4±1,7 года, мужчин – 18, женщин – 84; пациенты с ИБС – средний возраст 55,0±7,3 года, женщин – 51; пациенты с АГ – средний возраст 56,2±2,4 года, мужчины – 14, женщины – 58; пациенты с ХСН – средний возраст 59,7±1,0 года, мужчины – 16, женщины – 13; пациенты с ОИМ – средний возраст 58,2±8,2 года, мужчины – 41, женщины – 14.

Для углубленного клинико-психопатологического и клинико-фармакологического анализа использовались: разработанная В.Н.Красновым карта, включающая клинико-anamnestические [50] и клинико-психопатологические параметры [146], клиническая шкала самоотчета SCL-90, опросник стрессогенных событий Холмса-Рахе, клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS<sub>17</sub>, HARS), Мак-Гилловский болевой опросник (MPQ).

Межгрупповые различия в ходе статистического анализа данных изучались с использованием критерия Манна-Уитни, а множественные межгрупповые – критерия Краскела-Уоллиса; для анализа внутригрупповых различий в процессе терапии использовались критерии знаков и критерий Вилкоксона; для анализа взаимной зависимости признаков использовались таблицы сопряженности, ранговые корреляции Спирмена, однофакторный дисперсионный анализ, факторный анализ по методу главных компонент с вращениями (varimax raw); использовался также анализ таблиц сопряженности с применением критерия  $\chi^2$ .

### Результаты исследования

При клинико-диагностической оценке состояния пациентов с использованием критериев МКБ-10 они распределились следующим образом (табл. 1).

Примечания: F32 – депрессивный эпизод различной степени тяжести; F33 – рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод различной степени тяжести; F34.0 – циклотимия; F34.1 – дистимия; F41.2 – смешанное тревожное и депрессивное расстройство; F43.2 – расстройство адаптации; F45 – соматоформные расстройства; F06.3 – органические (аффективные) расстройства.

Приведенные в таблице данные свидетельствуют, что дистимия (F34.1) являлась наиболее часто диагностируемой категорией среди пациентов с хроническими длительно протекающими формами сердечно-сосудистых заболеваний, их частота выявления колебалась от 52,8% в группе пациентов с АГ до 34,3% в группе пациентов с НЦД. В группе пациентов с ОИМ преобладали первичные (32,7%), рекуррентные (27,3%) депрессивные эпизоды различной степени выраженности, а также расстройства адаптации (30,9%), которые не выявлялись в других группах пациентов.

Результаты клинико-anamnestического исследования свидетельствуют, что выраженным расстройствам тревожно-депрессивного спектра у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями соответствуют: высокий уровень стрессогенных событий (опросник Холмса-Рахе)  $p < 0,001$ ; наследственная отягощенность аффективными расстройствами  $p < 0,05$ ; доминирующие черты личности

Таблица 1

Распределение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями по диагностическим группам (МКБ-10)

	НЦД		ИБС		АГ		ХСН		ОИМ	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
F32	17	16,6	9	17,6	13	18,0	4	13,7	18	32,7
F33	16	15,6	9	17,6	5	6,9	2	6,9	15	27,3
F34.0	18	17,6	7	13,7	5	6,9	6	20,6	0	0
F34.1	35	34,3	22	43,1	38	52,7	10	34,4	2	3,64
F41.2	10	9,8	4	7,8	11	15,2	7	24,1	0	0
F43.2	0	0	0	0	0	0	0	0	17	30,9
F45	6	5,8	0	0	0	0	0	0	0	0
F06.3	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5,4
Всего	102	100%	51	100%	72	100%	29	100%	55	100%

(астенические, статотимические, истерические)  $p < 0,01$ ; признаки невропатической конституции  $p < 0,01$ ; астенические, невротические и депрессивные расстройства в анамнезе  $p < 0,01$ .

Результаты клинико-психопатологического обследования с использованием клинико-психопатологической карты свидетельствуют, что у большинства пациентов во всех группах (96,5%) выявлены гипотимные ситуационные реакции, причем во всех группах, кроме группы ХСН, преобладала значительно выраженная ситуационно обусловленная гипотимия. У большей части пациентов группы ХСН (55,2%) выявлялась умеренно выраженная гипотимия.

Ситуационно обусловленная тревога выявлялась у всех пациентов групп НЦД и ИБС, у 98,6% пациентов группы АГ, у 89,6% пациентов группы ХСН, у 89,2% группы ОИМ. Во всех группах у большинства пациентов она имела значительную выраженность. Чувство тоски, угнетенности, подавленности отмечало большинство пациентов всех кардиологических групп: в группе ОИМ – 86,4%, НЦД – 73,5%, ИБС – 68,6%, АГ – 62,5%, ХСН – 55,2%, причем у большинства из них чувство тоски имело умеренную выраженность.

Беспредметная тревога имела место у большей части пациентов всех групп, хотя в группах ОИМ, НЦД, ИБС, АГ зарегистрированная частота таких наблюдений (92,3%, 89,2%, 88,2%, 84,7% – соответственно) статистически значимо ( $p < 0,05$ ) больше, чем в группе ХСН (58,6%). Во всех группах у большей части пациентов беспредметная тревога имела умеренную степень выраженности.

Апатия у пациентов групп ОИМ и НЦД выявлялась несколько чаще (83,8% и 79,2% соответственно), чем в группах ИБС (66,0%), АГ (75,0%), ХСН (58,5%). Различия между группами ИБС и АГ, ХСН и АГ, ИБС и НЦД, ХСН и НЦД, ОИМ и ИБС, ОИМ и ХСН являлись статистически значимыми ( $p < 0,05$ ).

Большое значение в клинической картине аффективных расстройств играли дистимические изменения настроения\*. Частота их выявления составила в группах НЦД – 96,1%, ИБС – 96,1%, АГ – 91,7%, ХСН – 96,5%, ОИМ – 72,9%. По показателю дистимии статистически значимых различий не выявлено.

Изучение типа ведущего аффекта показало, что во всей выборке пациентов у наибольшего числа из них ( $n=193$ ; 62,5%) доминировала тревога. У 96 пациентов (31,1%) ведущим аффектом являлась тоска, у 11 пациентов (3,6%) – апатия, в 9 наблюдениях (2,9%) ведущий аффект определялся как недифференцированный гипотимный. Аналогичные закономерности выявлены в каждой из кардиологических групп.

\* В данном случае дистимия рассматривается в традиционном ее значении как симптом, проявляющийся раздражительно-недовольным настроением, чувством неудовлетворенности, а не как отдельная клиническая категория хронической депрессии.

Снижение побуждений к деятельности являлось жалобой большинства обследованных пациентов всех кардиологических групп: в группе ОИМ – в 72,9% наблюдений, НЦД – 80,8%, ИБС – 84,3%, АГ – 77,8%, ХСН – 51,7%. Таким образом, снижение побуждений к деятельности достоверно чаще ( $p < 0,01$ ) выявлялось в группах НЦД, ИБС, АГ, ОИМ, чем в группе ХСН.

Жалобы на снижение физического тонуса предъявляли большинство пациентов всех групп (ОИМ – 94,5%, НЦД – 84,0%, ИБС – 82,3%, АГ – 81,9%, ХСН – 72,4%). Преобладали пациенты со значительной выраженностью этого симптома. Различия между кардиологическими группами были статистически незначимыми.

Большинство пациентов во всех кардиологических группах отмечало наличие физической (90,6%) и умственной (75,1%) истощаемости. Различия между группами по этим параметрам были статистически незначимыми.

Тревожные опасения, связанные с состоянием и работой сердца, достоверно чаще выявлялись в группах ОИМ (86,5%), НЦД (61,1%), чем в группах ХСН (17,2%) и в группе АГ (29,6%) ( $p < 0,01$ ), а также в группе ИБС (50,0%) достоверно чаще, чем в группе ХСН (17,2%) ( $p < 0,01$ ).

Ангедония выявлялась у 83,8% больных группы НЦД, 80,4% – группы ИБС, 75,7% – группы ОИМ, 59,7% – группы АГ, 62,5% – группы ХСН. Статистически значимыми являлись различия между группами НЦД-ХСН ( $p < 0,05$ ), НЦД-АГ ( $p < 0,01$ ), ИБС-АГ ( $p < 0,05$ ), ОИМ-ХСН ( $p < 0,05$ ), ОИМ-АГ ( $p < 0,01$ ).

Депрессивные идеи малоценности отмечены у 54,7% пациентов всех групп. Чаще они выявлялись у пациентов групп НЦД (68,7%), ИБС (62,7%), чем в группах ОИМ (54,5%), АГ (46,5%), ХСН (34,5%). Статистически значимыми являлись различия между группами НЦД-ХСН ( $p < 0,01$ ), НЦД-АГ ( $p < 0,05$ ), ИБС-ХСН ( $p < 0,05$ ).

Депрессивные идеи самообвинения выявлены у 78,8% пациентов группы НЦД, 78,4% – группы ИБС, 67,6% – группы АГ, 51,7% – группы ХСН, 47,3% – группы ОИМ. У 38,4% пациентов всей выборки они имели умеренную степень выраженности. Различия между группами НЦД-ХСН, ИБС-ХСН были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ).

Ипохондрические фиксации выявлены у 88,6% пациентов всей выборки. Значимо чаще они отмечались у пациентов групп НЦД, ОИМ и ИБС, чем АГ и ХСН. Достоверность различий между группами НЦД-ХСН ( $p < 0,01$ ), НЦД-АГ ( $p < 0,01$ ), ИБС-ХСН ( $p < 0,05$ ), ИБС-АГ ( $p < 0,01$ ), ОИМ-ХСН ( $p < 0,01$ ), ОИМ-АГ ( $p < 0,01$ ).

Не выявлено статистически значимых различий между кардиологическими группами по параметрам нарушения сна, за исключением достоверно большей частоты пресомнических и интрасомнических нарушений в группах ОИМ, АГ и ХСН, чем в группе ИБС ( $p < 0,05$ ).

Выраженность и частота выявления большинства соматовегетативных проявлений у пациентов с НЦД были выше, чем у пациентов других кардиологических групп.

При анализе интенсивности кардиалгии в группах ИБС и ОИМ их умеренная и значительная степень выраженности отмечена в 96,5% и 98,2% наблюдений, в группе ХСН – в 92,1%, в группе НЦД – в 82,3%, в группе АГ – в 76,4% наблюдений. Различия между группами не являлись статистически значимыми, за исключением групп ИБС-АГ ( $p<0,05$ ), ОИМ-АГ ( $p<0,05$ ).

По показателю частоты возникновения приступов кардиальной боли статистически значимых различий между группами не выявлено, хотя отмечено, что в группах ИБС, ОИМ и ХСН она была выше.

По данным клинко-психопатологической карты не выявлено четких различий по показателям связи кардиалгий с аффектом, с фобиями, с вегетативными нарушениями, по выраженности идеаторных компонентов кардиалгий. В то же время установлено, что в группах НЦД, ОИМ и ИБС пациенты чаще отмечали возникновение кардиальной боли спустя некоторое время после изменения фона настроения. В группе НЦД кардиофобии и аффективно-вегетативные приступы отмечались чаще, чем в других кардиологических группах.

Изучение топографии кардиалгий показало, что боли в прекардиальной области с большой частотой выявляются у пациентов всех обследованных групп (80,3%). Статистически значимых различий между группами не выявлено.

Локализация болей в загрудинной области достоверно чаще отмечалась у пациентов групп ОИМ (89,1%), ИБС (70,6%) и ХСН (62,1%), чем в группах НЦД (37,2%) и АГ (36,1%). Различия между группами НЦД-ИБС ( $p<0,01$ ), НЦД-ХСН ( $p<0,01$ ), НЦД-ОИМ ( $p<0,01$ ) АГ-ИБС ( $p<0,01$ ), АГ-ХСН ( $p<0,05$ ), АГ-ОИМ ( $p<0,01$ ) являлись статистически значимыми.

Распространение боли по грудной клетке достоверно чаще ( $p<0,01$ ) выявлялось при кардиалгическом синдроме у пациентов с ОИМ (78,2%), ИБС (68,6%) и с НЦД (54,9%), чем в группах АГ (20,8%) и ХСН (24,1%).

Данные клинко-психопатологического анализа являются подтверждением того, что синдром кардиальной боли у пациентов с ОИМ и ИБС характеризовался разнообразием болезненных проявлений,

их частым сочетанием при их определенной типичности и устойчивости, по сравнению с более простым и однородным кардиологическим синдромом при АГ и ХСН. НЦД в этом отношении занимала промежуточное положение. Кардиальные проявления при НЦД также характеризовались значительным полиморфизмом, при этом включали болевые ощущения, не являвшиеся типичными для ИБС.

*Результаты клинко-психопатологического исследования с использованием клинических оценочных шкал депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS<sub>17</sub>, HARS), клинической шкалы самоочета SCL-90, опросника Холмса-Рахе, Мак-Гилловского болевого опросника (MPQ).*

Наиболее высокие средние значения показателей шкалы депрессии Гамильтона (табл. 2) выявлены в группах НЦД и ИБС, значимо превышавшие показатели в группах АГ, ХСН и ОИМ. Статистически значимыми ( $p<0,01$ ) являлись различия между группами НЦД-АГ, НЦД-ХСН, НЦД-ОИМ, ИБС-АГ, ИБС-ХСН, ИБС-ОИМ. В группах НЦД и ИБС преобладали пациенты со значительно выраженными депрессивными нарушениями (>21 балла HDRS<sub>17</sub>), в группах АГ и ХСН большую часть составили пациенты с депрессивными нарушениями умеренной степени тяжести (от 15 до 20 баллов HDRS<sub>17</sub>), в группе ОИМ – пациенты с депрессией легкой и умеренной степени тяжести (от 13 до 20 баллов).

По выраженности общего показателя, а также соматической и психической составляющей тревоги шкалы тревоги Гамильтона выявлены статистически значимые различия. Суммарные показатели HARS имели примерно одинаковые значения в группах НЦД (26,47), ИБС (26,39), АГ (26,18), в группе ХСН этот показатель составил 24,21 балла, а наименьшие значения выявлены в группе ОИМ (12,14). Наиболее высокое значение психической составляющей тревоги выявлено в группе АГ, наименьшее – в группе ОИМ. Наиболее высокие средние значения показателя соматической тревоги выявлены в группах ИБС и НЦД, меньше – в группе ХСН и самое низкое – в группе ОИМ. Однако можно выявить следующие закономерности тревожных проявлений: пациенты с НЦД и начальной стадией ИБС предъявляют больше жалоб соматического характера, а у пациентов с ОИМ достоверно больше психических проявлений тревоги, хотя сам уровень тревоги достоверно ниже, чем в остальных группах больных.

Таблица 2

**Средние величины показателей шкал депрессии и тревоги Гамильтона (HDRS<sub>17</sub> и HARS)**

Показатель		Группа					
		НЦД	ИБС	АГ	ХСН	ОИМ	p
HDRS17		20,74±3,1	20,78±2,9	18,97±3,0	17,86±3,4	15,17±2,9	p=0,005
HARS	Психическая тревога	12,11±2,5	11,92±1,9	12,49±2,6	11,83±3,2	8,17±1,8	p<0,05
	Соматическая тревога	14,36±2,8	14,47±2,7	13,35±3,8	12,72±3,5	4,02±1,8	p=0,037
	Суммарный показатель	26,47±4,6	26,39±3,8	26,18±5,1	24,21±6,6	12,14±2,9	p=0,005

Таким образом, с учетом данных клинико-психопатологической карты, можно говорить, что депрессивные состояния при ИБС и, особенно, при НЦД не только по структуре, но и по выраженности соответствовали достаточно типичным депрессиям тревожного типа.

При подробном изучении структуры аффективных нарушений у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями с использованием клинической шкалы самоотчета SCL-90 отмечено, что показатели по всем параметрам значительно превышали показатели контрольной группы (выборки здоровых обследованных, не предъявлявших жалобы на эмоциональные нарушения и боли в области сердца) (рисунок).

Показатели соматизации ( $S_1$ ) во всех кардиологических группах превышали другие параметры SCL-90. Наиболее высокие значения они имели в группах ИБС и НЦД. Статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ) выявлены между группами НЦД-ХСН, ИБС-ХСН, НЦД-ОИМ, ИБС-ОИМ.

Значения показателей обсессивно-компульсивных нарушений ( $O_1$ ) в группах НЦД и ИБС значительно ( $p < 0,01$ ) превышали показатели пациентов в группах АГ и ХСН, ОИМ. При этом в группах ХСН и ОИМ они были практически идентичны.

Показатели межличностной чувствительности ( $I_1$ ) имели наиболее высокие значения в группах НЦД, АГ и ИБС, наименьшее – в группах ХСН и ОИМ. Статистически значимыми являлись различия между группами НЦД-ХСН ( $p < 0,01$ ), АГ-ХСН ( $p < 0,01$ ), ИБС-ХСН ( $p < 0,05$ ), НЦД-ОИМ ( $p < 0,01$ ), АГ-ОИМ ( $p < 0,01$ ), ИБС-ОИМ ( $p < 0,05$ ).

Показатели шкалы депрессии ( $D_1$ ) имели наиболее высокие значения в группах НЦД и ИБС. Различия между группами НЦД-ХСН ( $p < 0,01$ ), НЦД-АГ ( $p < 0,01$ ), ИБС-ХСН ( $p < 0,01$ ), ИБС-АГ ( $p < 0,05$ ), НЦД-ОИМ ( $p < 0,01$ ), ИБС-ОИМ ( $p < 0,05$ ) являлись статистически значимыми.

Наиболее высокие значения показателя тревоги ( $A_1$ ) отмечены также в группах НЦД и ИБС, причем величина показателя в группе НЦД статистически значительно превышала показатели группы ИБС ( $p < 0,05$ ), группы АГ ( $p < 0,01$ ), группы ХСН ( $p < 0,01$ ), группы ОИМ ( $p < 0,01$ ), а показатель тревоги в группе ИБС был достоверно ( $p < 0,05$ ) выше, чем в группах ХСН и ОИМ. В группе ОИМ этот показатель был наименьшим, однако, практически идентичный показателю группы ХСН.

По параметрам враждебности ( $H_1$ ), фобической тревоги ( $Phob_1$ ), параноидного мышления ( $P_1$ ), психотизма ( $Psy_1$ ), величине интегрального показателя тяжести психических нарушений ( $GSI_1$ ) статистически значимых различий между кардиологическими группами не выявлено. Наиболее высокие значения параметров враждебности, фобической тревоги, психотизма, интегрального показателя выраженности психических нарушений отмечены в группе НЦД, ИБС, параметра параноидного мышления – в группе АГ и НЦД.

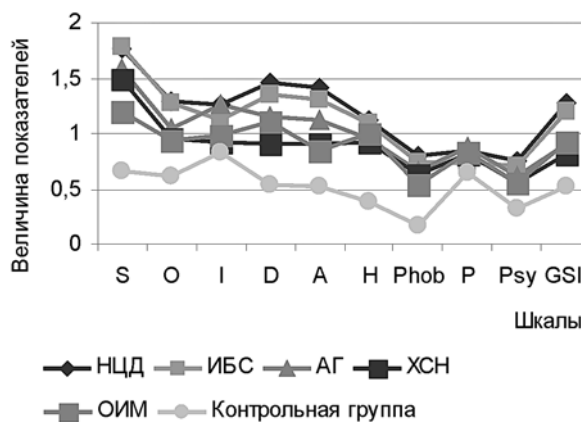
В группе НЦД наиболее высокими оказались параметры соматизации, депрессии, тревоги, в группе ИБС – параметры соматизации, тревоги, депрессии, в группе АГ – параметры соматизации, тревоги, депрессии, межличностной чувствительности, в группе ХСН – параметр соматизации, остальные показатели имели примерно одинаковые значения, в группе ОИМ – показатели соматизации, депрессии, враждебности.

Анализ средних показателей опросника Холмса-Рахе, отражающих уровень психологического стресса, не выявил статистически значимых различий между кардиологическими группами. Показатели уровня стрессогенных событий во всех кардиологических группах соответствовали 90-процентной вероятности развития депрессивных и психосоматических проявлений. При этом степень стрессовой нагрузки прямо соотносилась с тяжестью аффективных нарушений, что также подтверждается и выявленной корреляцией между показателями шкалы Холмса-Рахе и шкал HDRS ( $R = 0,34$ ;  $p < 0,001$ ) и HARS ( $R = 0,37$ ;  $p < 0,001$ ).

С целью детального изучения кардиальных болевых ощущений и особенностей восприятия боли использован Мак-Гилловский болевой опросник (MPQ).

Анализ результатов исследования с использованием Мак-Гилловского болевого опросника показал, что среднее значение суммарного индекса боли в группе ИБС, в том числе и ОИМ, достоверно превышает аналогичные показатели других групп, а суммарный ранговый индекс боли достоверно выше в группах ИБС и ОИМ по сравнению с группами АГ и ХСН. Показатели НЦД занимают промежуточное положение.

В группе НЦД величина суммарных показателей шкалы MPQ складывалась из показателей эмоционально-аффективного регистра, сходных по уровню с группой ИБС, и показателей сенсорного класса достоверно более низких, по сравнению с группой ИБС. Интенсивность восприятия боли определя-



Средние величины показателей SCL-90 при включении в исследование

лась в большей степени выраженностью показателей эмоционально-аффективного и эвалюативного классов при относительно низких показателях сенсорного класса.

У пациентов группы ХСН средние показатели обеих суммарных шкал восприятия боли ниже, чем в группах ИБС и НЦД, причем достоверные различия выявлены только в сравнении с группой ИБС. Показатели сенсорного регистра в группе ХСН имели уровень, сопоставимый с показателями группы ИБС, а показатели эмоционально-аффективного регистра были достоверно ниже, чем в группах ИБС и НЦД. В группе ХСН выраженность сердечного болевого синдрома определялась, главным образом, сенсорным и эвалюативным компонентами.

Болевой синдром наименьшей интенсивности имел место у пациентов группы АГ, о чем свидетельствуют достоверно более низкие, чем в других группах, суммарные показатели шкал MPQ, а также показатели в сенсорном, эмоционально-аффективных классах.

В группах ИБС и ОИМ высокие средние величины суммарных показателей опросника MPQ определялись высокими значениями показателей сенсорных и эмоционально-аффективных шкал. Таким образом, наиболее выраженная интенсивность восприятия боли выявлена в группах ИБС и ОИМ, что определялось значительной выраженностью сенсорного, эмоционально-аффективного и эвалюативного компонентов.

Можно условно, только теоретически, соотнести эти данные с известными болевыми проявлениями витализации депрессивного аффекта, однако, по практическим клиническим соображениям, выявленный болевой симптомокомплекс при кардиальной патологии требует уточнения его органической природы.

Для выявления связи между особенностями субъективного восприятия боли, характером и выраженностью аффективных нарушений, выраженностью психологического стресса использовался метод парных ранговых корреляций показателей шкал опросника MPQ с данными шкал HDRS<sub>17</sub>, HARS, SCL-90, Холмса-Рахе.

В группе пациентов с НЦД выявлены устойчивые значимые корреляции среднего и высокого уровня всех шкал болевого опросника MPQ и показателей психической, соматической тревоги, суммарных показателей HARS, показателей HDRS<sub>17</sub>, причем уровень корреляций шкал опросника MPQ и показателей HDRS<sub>17</sub> оказался несколько выше соответствующих корреляций с показателями HARS. Выявлены устойчивые значимые корреляции среднего уровня между параметрами опросника боли и шкалой стрессогенных событий Холмса-Рахе, свидетельствующие, что у пациентов группы НЦД выраженность психологического стресса оказывает влияние на сенсорный, аффективный компоненты восприятия боли, а также на целостное ее восприятие. Изучение парных ранговых корреля-

ций показателей шкал MPQ и клинической шкалы самоотчета SCL-90 выявило, что у пациентов с НЦД и коморбидными расстройствами тревожно-депрессивного спектра тревога, фобическая тревога, соматизация оказывали наибольшее влияние на формирование кардиального болевого синдрома.

В группе пациентов с ИБС установлено, что показатели суммарных шкал восприятия боли значимо коррелировали с показателями шкалы тревоги Гамильтона, шкалы депрессии Гамильтона, показателем опросника стрессогенных событий Холмса-Рахе. Шкалы сенсорного класса имели значимые устойчивые корреляции среднего уровня со всеми показателями HARS. Показатель по эмоционально-аффективной шкале имел значимые корреляции со всеми показателями HARS и показателями HDRS<sub>17</sub>. Изучение парных ранговых корреляций параметров опросника MPQ и шкалы SCL-90 в группе ИБС выявило, что на восприятие кардиальной боли у пациентов с ИБС преимущественное влияние оказывали соматизация, обсессивно-компульсивные нарушения, тревога, фобическая тревога, интегральный показатель тяжести психического состояния. Меньшее значение для формирования кардиального синдрома имели враждебность, депрессия, межличностная чувствительность.

В группе пациентов с АГ установлено, что показатели всех шкал опросника MPQ значимо коррелировали с показателями шкал тревоги и депрессии Гамильтона, показателями опросника Холмса-Рахе. Изучение парных ранговых корреляций параметров опросника MPQ и шкалы SCL-90 в группе АГ позволило установить, что восприятие боли у пациентов с АГ и расстройствами депрессивного спектра связано, главным образом, с соматизацией, общим показателем тяжести психического состояния, тревогой, фобической тревогой. На эмоционально-аффективный компонент боли, кроме того, оказывали влияние такие параметры, как депрессия, обсессивно-компульсивные нарушения.

В группе пациентов с ХСН выявлены значимые корреляции суммарного показателя восприятия боли и показателей шкалы тревоги Гамильтона. Показатели сенсорных шкал значимо коррелировали со всеми показателями HARS и HDRS. Показатели шкал эмоционально-аффективного класса значимо коррелировали с суммарными показателями и показателями соматической тревоги HARS. Показатели шкал опросника MPQ не имели значимых корреляций с показателями опросника Холмса-Рахе. Представленные данные свидетельствуют о взаимосвязи восприятия боли у пациентов с ХСН с выраженностью тревоги, ее различных компонентов. При этом не выявлено взаимосвязи восприятия кардиальной боли с выраженностью психологического стресса. Изучение парных ранговых корреляций параметров MPQ и шкалы SCL-90 в группе ХСН показало, что восприятие кардиальной боли у пациентов этой группы и сопутствующими расстройствами депрессивного спектра связано в боль-

шей мере с такими параметрами, как тревога, враждебность, фобическая тревога. Соматизация, депрессия, обсессивно-компульсивные нарушения, межличностная чувствительность, общий показатель тяжести психического состояния имели меньшее значение для формирования кардиалгий в этой группе.

### Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что тревожно-депрессивные расстройства выявляются у значительного числа пациентов с функциональными и органическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наблюдаемых в общесоматическом стационаре: при НЦД – у 82,2%, при ИБС – у 61,4%, при АГ – у 60,4%, при ХСН ишемического генеза – у 53,7% обследованных. При хронических, длительно текущих формах сердечно-сосудистых заболеваний наиболее часто диагностируемыми категориями (по МКБ-10) являются хронические расстройства настроения (дистимия, циклотимия, рекуррентное депрессивное расстройство). Так частота выявления дистимии колебалась от 52,8% в группе пациентов с АГ до 34,3% в группе пациентов с НЦД. При недавно возникших острых сердечно-сосудистых заболеваниях (ОИМ) доминировали первичные (32,7%), рекуррентные (27,3%) депрессивные эпизоды, а также расстройства адаптации (30,9%), которые не выявлялись в других группах пациентов.

Расстройства тревожно-депрессивного спектра при кардиологических заболеваниях характеризуются полиморфизмом психопатологических и соматовегетативных проявлений. В структуре депрессивного синдрома при сердечно-сосудистых заболеваниях выявлено устойчивое сочетание тревоги (часто как доминирующего аффекта), подавленности, различных соматовегетативных проявлений и зачастую – превалирование соматических жалоб над собственно аффективными. Эти особенности клинических проявлений тревожно-депрессивных расстройств существенно усложняют клиническую картину сердечно-сосудистых заболеваний.

Следует отметить, что в целом выраженность психопатологических проявлений в группах НЦД и ИБС была значительнее, чем при АГ, ХСН или ОИМ. Результаты обследования с использованием клинико-психопатологической карты подтверждают, что ситуационно обусловленные гипотимия и тревога играли большую роль в клинической картине аффективных расстройств у пациентов всех кардиологических групп. Значение этих аффектов для клинической картины заболевания выше у больных, перенесших ОИМ, а также у пациентов с функциональными (НЦД) и более легкими кардиальными расстройствами (ИБС без сердечной недостаточности), чем у больных со значительно выраженными органическими изменениями (АГ и ХСН).

Выраженность депрессивных нарушений и соматического компонента тревожных проявлений,

определяемая по шкалам депрессии и тревоги Гамильтона, в группах пациентов с более легкой кардиальной патологией (НЦД и ИБС без сердечной недостаточности) была достоверно выше, чем в случае более тяжелых сердечно-сосудистых заболеваний (АГ, ХСН и ОИМ). При сравнении показателей психического компонента и суммарного показателя тревоги отмечены такие же тенденции, однако различия между группами не достигали уровня статистической значимости.

Выраженность соматовегетативных проявлений тревоги в группах НЦД и ИБС значимо выше, чем в группе ХСН.

Следует также отметить, что во всех группах, кроме группы с ОИМ, показатели соматического компонента тревоги имели более высокие значения по сравнению с показателями психического компонента тревоги. Эти данные свидетельствуют, что пациенты с длительно и тяжело протекающими формами кардиальной патологии (АГ и ХСН) и сопутствующими депрессивными и тревожными нарушениями предъявляли меньше жалоб, чем пациенты с функциональными формами нарушений сердечно-сосудистой системы (группа НЦД) и с ИБС со стабильной стенокардией без симптомов сердечной недостаточности. В группе пациентов с ОИМ показатели психической тревоги превышали показатели соматических проявлений тревоги. Это, возможно, определяется тем, что осознание недавно появившейся тяжелой соматической патологии приводило к формированию клинической картины с доминированием депрессивных и тревожных проявлений при незначительной выраженности соматизации аффекта.

Полученные результаты вполне согласуются с субъективной оценкой тяжести психопатологических проявлений по шкале SCL-90. Профили SCL-90 у больных с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями были сходными, однако выраженность показателей в группах различалась. При этом наиболее субъективно тяжелыми по самоотчету пациентов были состояния при НЦД, ИБС, АГ и более легкими – при ХСН и ОИМ. Показатели соматизации во всех кардиологических группах превышали другие параметры SCL-90. Наиболее высокие значения они имели в группах ИБС и НЦД. Статистически значимые различия выявлены между группами НЦД-ХСН, ИБС-ХСН, НЦД-ОИМ, ИБС-ОИМ. В целом данные шкалы SCL-90 дополнительно свидетельствуют о наличии устойчивого симптомокомплекса тревоги, подавленности, соматовегетативных проявлений депрессивного синдрома – прежде всего, при ИБС и НЦД. «Соматизация» в случаях кардиальной патологии, вероятно, отражает и реальные соматические нарушения и соматизацию депрессивного (тревожно-депрессивного) аффекта.

По опроснику боли депрессия, тревога и соматизация играли определяющую роль в формировании синдрома кардиальной боли, при этом роль каждого из этих факторов при различных сердечно-сосу-

дистых заболеваниях неодинакова. Наибольшая роль депрессии и тревоги в развитии кардиалгического синдрома отмечена в группах ИБС и НЦД, наименьшая – в группе ХСН. Интенсивность восприятия боли у пациентов с ИБС определяется выраженностью сенсорного и аффективного компонентов болевого симптомокомплекса. В группе НЦД интенсивность кардиалгий определяется выраженностью, главным образом, аффективного компонента при относительно низком уровне сенсорного компонента. В группе ХСН при более низком уровне восприятия кардиальной боли, по сравнению с группой ИБС, ее выраженность определяется, главным образом, сенсорным компонентом. Болевой синдром наименьшей интенсивности отмечается у пациентов группы АГ, что соответствует более низким, чем в других группах, показателям сенсорного и аффективного компонентов восприятия боли.

Установлены особенности кардиалгического синдрома при различных сердечно-сосудистых заболеваниях: в группе НЦД наибольшую роль играют факторы тревоги, соматизации, фобической тревоги (в параметрах SCL-90), в группе ИБС – факторы соматизации, тревоги, фобической тревоги, обсессивно-компульсивных нарушений, общей тяжести психического состояния, в группе АГ – соматизации, фобической тревоги, общей тяжести психического состояния, депрессии, обсессивно-компульсивных нарушений. В группе ХСН восприятие кардиальной боли в большей степени связано с параметрами тревоги, фобической тревоги, враждебности.

В формировании предрасположенности к расстройствам депрессивного спектра у больных с функциональными и органическими сердечно-со-

судистыми заболеваниями существенную роль играют наследственная отягощенность аффективными заболеваниями, наличие признаков невропатической конституции, астенических, невротических, депрессивных расстройств в анамнезе, определенные личностные акцентуации (астеническая, статотимическая, истерическая).

В развитии расстройств тревожно-депрессивного спектра и кардиального болевого синдрома значительную роль играют психотравмирующие факторы. Психотравмирующие «стрессовые» события влияют как на развитие и выраженность расстройств депрессивного спектра, так и кардиалгических проявлений. Корреляции показателей опросника Холмса-Рахе с выраженностью показателей по шкалам Гамильтона согласуются с существующей точкой зрения [4, 21] о значительной роли ранее пережитых психотравмирующих событий в развитии аффективной и сердечно-сосудистой патологии. В группе НЦД выявляется значимая связь психодиагностических параметров психологического стресса с сенсорным, аффективным компонентами и целостным восприятием боли, в группе ИБС – с сенсорным компонентом и целостным восприятием боли, в группе АГ – со всеми компонентами и целостным восприятием боли, в группе ХСН – не выявлено значимой связи восприятия боли с выраженностью психологического стресса.

Высокая чувствительность (82%) и специфичность (75%) скринингового опросника, разработанного в Московском НИИ психиатрии, в диагностике аффективных расстройств у пациентов, перенесших ОИМ, позволяет считать его надежным инструментом для выявления расстройств тревожно-депрессивного спектра в кардиологической практике.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вертоградова О.П. Сердечно-сосудистые заболевания и депрессии // Психиатрические и психологические аспекты сердечно-сосудистой патологии: Материалы международного симпозиума. М., 1985. С. 25–26.
2. Волков В.С., Поздняков Ю.М., Виноградов В.Ф. О патогенезе сердечно-болевого синдрома у больных нейроциркуляторной дистонией // Кардиология. 1997. № 6. С. 84–86.
3. Воробьев А.И., Шишкова Т.В., Коломейцева И.П. Кардиалгии. М., 1980. 190 с.
4. Копина О.С., Сулова Е.А., Заикина Е.В. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. 1996. № 3. С. 53–56.
5. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические, терапевтические аспекты // Депрессии и коморбидные расстройства. М.: НЦПЗ РАМН, 1997. С. 80–97.
6. Маколкин В.И., Аббакумов С.А., Сапожникова А.А. Нейроциркуляторная дистония. Чебоксары, 1995. 248 с.
7. Оганов Р.Г. Материалы симпозиума: «Депрессия в кардиологии: больше, чем фактор риска», Российский национальный конгресс кардиологов. М., 2003. С. 1–4.
8. Плетнев Д.Д. К вопросу о «соматической» циклотимии // Русская клиника. 1927. Т. 7, Вып. 36. С. 496–500.
9. Смуглевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Психокордиология. М.: Мед. информационное агентство, 2005. 776 с.
10. Сыркин А.Л. Значение болевого синдрома в дифференциальной диагностике нейроциркуляторной дистонии (диагностические ошибки) // Ипохондрия и соматоформные расстройства. М., 1992. С. 59–63.
11. Сыркин А.Л. Ишемическая болезнь сердца и соматизирован-
- ные депрессии: особенности клиники, дифференциальной диагностики и терапевтических подходов // Consillium Medicum. 2003. Экстравыпуск. С. 7–9.
12. Чазов Е.И. Депрессия как фактор развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний // Сердечная недостаточность. 2003. № 1. С. 6–8.
13. Agelik M.W., Boz C., Ullrich H. et al. Relationship between major depression and heart rate variability. Clinical consequences and implications for antidepressive treatment // Psychiatry Res. 2002. Vol. 113. P. 139–149.
14. Alexander P.J., Prabhy C.G.S., Krishmoorthy E.S., Halkatii P.C. Mental disorders in patients with noncardiac chest pain // Acta Psychiatr. Scand. 1994. N 9. P. 118–122.
15. Blash D.W., Warrack G., Winokur G. The Iowa record-linkage study III: excess mortality among patients with “functional” disorders // Arch. Gen. Psychiatry. 1985. Vol. 42. P. 82–88.
16. Bush D.E., Ziegelstein R.C., Patel U.V. et al. Post-myocardial infarction depression. Evidence Report. Technology Assessment №123. AHRQ Publication №05-E018-2. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005.
17. Carney R.M., Freedland K.E., Stein P.K. et al. Change in heart rate and heart rate variability during treatment for depression in patients with coronary heart disease // Psychosom. Med. 2004. Vol. 66. P. 799–801.
18. Carney R.M., Freedland K.E., Veith R.C. Depression, the autonomic nervous system, and coronary heart disease // Psychosom. Med. 2005. Vol. 67, Suppl. 1. P. 29–33.
19. Carney R.M., Freedland K.E., Sheline Y.I. et al. Depression and coronary heart disease: a review for cardiologists // Clin. Cardiol. 1997. Vol. 20. P. 196–200.



20. Carter C.S., Servan-Schreiber D., Perlstein A. Anxiety disorders and the syndrome of chest pain with normal coronary arteries: prevalence and pathophysiology // *J. Clin. Psych.* 1997. Vol. 58, Suppl. 3. P. 70–73.
21. Elovainio M., Leino-Arjas P., Vahtera J., Kivimaki M. Justice at work and cardiovascular mortality: a prospective cohort study // *J. Psychosom. Res.* 2006. Vol. 61. P. 271–274.
22. Glassman A.H., Helzer J.E., Covey L.S. et al. Smoking, smoking cessation and major depression // *JAMA.* 1990. Vol. 264. P. 1546–1549.
23. Glassman A.H., O'Connor C.M., Califf R.M. et al. for the sertraline antidepressant heart attack randomized trial (SADHART) group. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina // *JAMA.* 2002. Vol. 288. P. 701–709.
24. Goldberg A.D., Becker L.C., Bonsall R. et al. Ischemic, hemodynamic, and neurohormonal responses to mental and exercise stress: experience from the psychophysiological investigations of myocardial ischemia study (PIMI) // *Circulation.* 1996. Vol. 94. P. 2402–2409.
25. Gorman J.M., Sloan R.P. Heart rate variability in depressive and anxiety disorders // *Am. Heart J.* 2000. Vol. 140. P. 77–83.
26. Januzzi J.L.Jr., Stern T.A., Pasternak R.C. et al. The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease // *Arch. Intern. Med.* 2000. Vol. 160. P. 1913–1921.
27. Koenig H.G. Depression in hospitalized older patients with congestive heart failure // *Gen. Hosp. Psychiatry.* 1998. Vol. 20. P. 29–43.
28. Lesperance F., Frasure-Smith N., Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: its nature and consequences // *Psychosom. Med.* 1996. Vol. 58. P. 99–110.
29. Musselman D.L., Evans D.L., Nemeroff C.B. The relationship of depression to cardiovascular disease // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1998. Vol. 55. P. 580–592.
30. Perimutter J.B., Frishman W.H., Feinstein R.E. Major depression as risk factor for cardiovascular disease: therapeutic implications // *Heart Dis.* 2000. Vol. 2. P. 75–82.
31. Shapiro C.M. Depression and vital exhaustion before and after myocardial infarction // *J. Psychosom. Res.* 2005. Vol. 58. P. 391–392.
32. Sheps D.S., Rozansky A. From feeling blue to clinical depression: exploring the pathogeniety of depressive symptoms and their management in cardiac practice // *Psychosom. Med.* 2005. Vol. 67, Suppl. 1. P. 2–5.
33. Shimbo D., Child J., Davidson K. et al. Exaggerated serotonin-mediated platelet reactivity as a possible link in depression and acute coronary syndromes // *Am. J. Cardiol.* 2002. Vol. 89. P. 331–333.
34. 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 perspective cohort study // *Am. J. Psychiatry.* 2008. Vol. 165, N 4. P. 515–523.
35. Ustun B.T., Sartorius N. (Eds.). *Mental Illness in General Health Practice: An International Study.* Chichester: John Wiley and Sons, 1995.
36. Von Kanel R., Mills P.J., Fainman C. et al. Effects of psychological stress and psychiatric disorders on blood coagulation and fibrinolysis: a biobehavioral pathway to coronary artery disease? // *Psychosom. Med.* 2001. Vol. 63. P. 531–544.

## РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА И СИНДРОМ КАРДИАЛЬНОЙ БОЛИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Т. В. Довженко, М. В. Семиглазова, В. Н. Краснов

Статья содержит результаты открытого сравнительного исследования депрессивных и тревожных расстройств у пациентов с различными формами сердечно-сосудистой патологии (всего 518 больных). Представлены результаты оценки особенностей психопатологических проявлений аффективных расстройств и синдрома кардиальной боли при различных кардиологических заболеваниях: у больных нейроциркуляторной дистонией (НЦД), артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью ишемического генеза (ХСН), острым инфарктом миокарда (ОИМ). Расстройства тревожно-депрессивного спектра при кардиологических заболеваниях характеризуются полиморфизмом соматовегетативных и психопатологических проявлений, выраженность которых в группах НЦД и ИБС значительно выше, чем при АГ, ХСН или ОИМ. В структуре депрессив-

ного синдрома при сердечно-сосудистых заболеваниях выявлено устойчивое сочетание тревоги (часто как доминирующего аффекта), подавленности, соматовегетативных проявлений и зачастую превалирование соматических жалоб над собственно аффективными. Синдром кардиальной боли характеризуется сложностью структуры и имеет неодинаковую выраженность при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Депрессия и тревога играют определяющую роль в формировании кардиальной боли, которая может быть понята как проявление соматизации тревожно-депрессивного аффекта. Эти особенности аффективных расстройств существенно усложняют клиническую картину сердечно-сосудистых заболеваний.

**Ключевые слова:** аффективные расстройства, депрессия, тревога, кардиалгический синдром, психопатологические особенности.

## ANXIETY-DEPRESSIVE SPECTRUM DISORDERS AND THE CARDIAC PAIN SYNDROME IN CARDIOVASCULAR DISORDERS (CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS)

T. V. Dovzhenko, M. V. Semiglazova, V. N. Krasnov

The article reports the results of an open comparative investigation of depressive and anxious disorders in patients with different forms of cardiovascular pathology (on the material of 518 patients). It presents the evaluation results on psychopathological manifestations of affective disorders and cardiac pain syndrome in different cardiac disorders, specifically, in patients with neurocirculatory dystonia (NCD), arterial hypertension (AH), ischemic heart disease (IHD), chronic cardiac insufficiency of ischemic genesis (CCI) and acute myocardial infarction (AMI). Anxiety and depressive spectrum disorders in cardiac disorders are characterized by variability of somatovegetative and psychopathological characteristics, which happen to be more prominent in NCD and IHD than in AH, CCI or AMI. Within the structure

of depressive syndrome in cardiovascular disorders, happen to be present a stable combination of anxiety (frequently as a prevalent affect), sadness, somatovegetative symptoms and common prevalence of somatic complaints over affective ones. The cardiac pain syndrome seems to have a complicated structure and varying severity in different cardiovascular disorders. Depression and anxiety play a decisive role in development of cardiac pain, which could be interpreted as somatization of anxious-depressive affect. These characteristics of affective disorders can complicate the clinical picture of cardiovascular disorders.

**Key words:** affective disorders, depression, anxiety, cardiac pain syndrome, psychopathological features.

**Довженко Татьяна Викторовна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: dtv99@mail.ru

**Семиглазова Мария Владимировна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: summary@yandex.ru

**Краснов Валерий Николаевич** – профессор, доктор медицинских наук, директор ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: krasnov@mtu-net.ru