

# НОЗОГЕНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Канд. мед. наук И. В. ДРОЗДОВА

## NOSOGENIES IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

I. V. DROZDOVA

*Крымский республиканский НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова, Ялта, Украина*

**При психопатологическом обследовании у больных артериальной гипертензией выявлены аффективные, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, расстройства зрелой личности и поведения у взрослых. При использовании агломеративно-иерархического метода кластерного анализа у больных выделено 6 диагностических кластеров. Сделан вывод, что большая распространенность нозогений у больных АГ требует существенного пересмотра программ их лечения и реабилитации.**

*Ключевые слова: нозогении, артериальная гипертензия, психопатологический метод, агломеративно-иерархический метод, кластерный анализ.*

**Psychopathological examination of the patients with arterial hypertension (AH) revealed affective, neurotic associated with stress and somatoenzyme disorders, those of a mature personality and behavior in adults. Agglomeration-hierarchic method of cluster analysis revealed 6 diagnostic clusters in the patients. The author concludes that high prevalence of nosogenies in AH patients requires considerable revision of the protocols of treatment and rehabilitation.**

*Key words: nosogenies, arterial hypertension, psychopathological method, agglomeration-hierarchic method, cluster analysis.*

Нозогения — психическое расстройство, возникающее вследствие осознания угрозы для существования, исходящей от соматического заболевания [1]. Нозогении (психогении), возникающие в связи с психотравмирующими ситуациями, связанными с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), рассматриваются как в психологических, так и в клинических исследованиях.

Предметом исследований являются такие понятия, как стремление к принятию роли больного [2], психологический стресс, связанный с пребыванием в стационаре [3], комплаентность/некомплаентность, способы совладания с болезнью [4]. В психологических исследованиях для обозначения рассматриваемых психогений используется термин «внутренняя картина болезни» (ВКБ) [5, 6]. Понятие ВКБ объединяет все то, что испытывает и переживает больной, не только его болезненные ощущения, но и относящиеся к общему самочувствию представления о своей болезни, ее причинах, весь внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и тревог [5]. Психогении нередко обозначаются как реакции на болезнь [7] или отождествляются с симптомокомплексами патологического поведения в болезни [8]. Возможность целостного анализа (включая эпидемиологию, клинику и лечение) психопатологически завершенных реактивных расстройств, манифестирующих в связи с психотравмирующим воз-

действием ССЗ, открывается в связи с введением в лексикон клинических исследований уже упомянутого понятия нозогения (нозогенная реакция). Термин «нозогенция» — диагностическая категория МКБ-10, предназначенная для обозначения состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующих социальному функционированию и возникающих в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезного ССЗ) [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение нозогений у больных артериальной гипертензией.

Открытое контролируемое исследование, которое проводилось на базе Крымского республиканского НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И. М. Сеченова после получения информированного согласия пациентов, охватывало 284 больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) 1–2-й степени. Пациенты были разделены на две группы. В первую из них вошли 134 больных мягкой АГ (МАГ) (50 мужчин, 84 женщины в возрасте  $46,7 \pm 0,63$  года). Сердечная недостаточность I стадии была выявлена у 65 из этих больных. Вторую группу составили 150 больных с умеренной АГ (УАГ) (51 мужчина, 99 женщин в возрасте  $52,6 \pm 0,48$  лет). Сердечную недостаточность I стадии диагностировали у 148 человек. Дизайн исследования: критерии включения — наличие стабильной МАГ и УАГ,

возраст 30–60 лет; критерии исключения — клинически весомая сопутствующая патология или ассоциированные состояния.

Для изучения психических и поведенческих расстройств был использован психопатологический метод. Диагностика базировалась на принципе соответствия психопатологических расстройств критериям объективности, репрезентативности и верифицированности, на результатах субстратного и структурного анализа, диахронической структуре психических расстройств.

Статистическую обработку полученных данных проводили после создания компьютерной базы данных в системе Microsoft Excel и Access с помощью персональной ЭВМ с вычислением *t*-критерия Стьюдента для сравнения средних и критерия  $\chi^2$  для сравнения относительных величин.

Функционирование сердечно-сосудистой системы описывается значительным количеством существенных признаков, принимающих участие в подтверждении диагноза АГ, в связи с чем необходим отбор наиболее информативных признаков для дальнейшего проведения кластерного анализа [9]. Процедуры кластерного анализа не только позволяют разбить массив на однородные группы, но в большинстве случаев представляют общую структуру исходных данных. Агломеративно-иерархический метод кластерного анализа используется с целью исследования структуры данных и определения вида дискриминантных функций для нормально распределенных случайных величин [10, 11]. Для разделения массива наблюдений на *K* классов их количество может быть заданным или случайным [10, 11]. Результаты применения агломеративно-иерархического метода отображаются в виде дендрограмм.

Проведенное исследование позволило выявить у больных АГ аффективные расстройства (расстройства настроения): легкий депрессивный эпизод (F 32.0), дистимию (F 34.1); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F 41.2), неврастению (F 48.0), ипохондрическое расстройство (F 45.2); расстройства зрелой личности и поведения у взрослых: тревожное (уклоняющееся) расстройство личности (F 60.6). Психические и поведенческие расстройства не были выявлены только у 23,8% больных МАГ и 12,7% больных УАГ.

Дистимия была диагностирована у 7,5% больных МАГ и у 9,3% больных УАГ. Это заболевание возникает вслед за аффективным эпизодом в возрасте от 20 до 50 лет. У больных в течение нескольких лет до установления диагноза наблюдается хроническое субдепрессивное настроение. Соотношение между фазами легкой депрессии и периодами нормального состояния варьирует в широких пределах. В диагностике дистимии существенное значение имеет наличие периодов постоянного или постоянно рецидивирующего депрессивного настроения, продолжающихся не ме-

нее двух лет, промежуточные периоды нормального настроения обычно длятся несколько недель; эпизоды гипомании не наблюдаются. В течение этих двух лет редко встречаются эпизоды депрессии, когда у больного отмечаются снижение энергии или активности; бессонница; утрата уверенности в себе или чувство неполноценности; затруднение концентрации внимания; слезливость; утрата интереса к сексу или способности получать от него наслаждение, а также снижение приверженности к тем видам деятельности, которые ранее всегда доставляли удовольствие; чувство безнадежности или отчаяния; субъективно ощущаемая неспособность справляться со своими повседневными обязанностями; пессимистический взгляд на будущее или мрачные размышления о прошлом; социальная отгороженность; снижение разговорчивости.

Смешанное тревожно-депрессивное расстройство было диагностировано у 8,2% больных МАГ и у 8,7% больных УАГ. У этих больных тревога вызывается исключительно или преимущественно определенными ситуациями или объектами, в текущий момент не представляющими опасности. В результате больные либо избегают таких ситуаций, либо переносят их, переживая страх. Иногда внимание больных концентрируется на отдельных симптомах, таких как сердцебиение, ощущение дурноты, головокружение; испытываемое беспокойство часто сопровождается вторичным страхом смерти или потери самоконтроля; даже предположение о возможности попасть в соответствующую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения. У этих больных присутствуют симптомы как тревоги, так и депрессии, но ни те, ни другие не являются отчетливо доминирующими или выраженными настолько, чтобы, будучи взятыми по отдельности, оправдать соответствующий диагноз. Существует так много возможных комбинаций сравнительно мягких проявлений данного расстройства, что для него не существует специфических критериев.

Легкий депрессивный эпизод был диагностирован у 9,0% больных МАГ и у 8,7% больных УАГ. Эти больные страдают от снижения настроения, падения энергетического потенциала и ослабления активности, потери способности испытывать удовольствие и ощущать интерес к чему-либо. У них возникают затруднения при сосредоточении внимания и выраженная утомляемость даже при незначительных усилиях, нарушается сон и ухудшается аппетит. Почти всегда снижается самооценка, имеют место идеи виновности и самоуничтожения. Сниженное настроение мало колеблется изо дня в день, оно, как правило, не зависит от обстоятельств и может сопровождаться такими симптомами, как утрата интересов и способности переживать приятные ощущения, раннее пробуждение и усиление депрессии по утрам, выраженная психомоторная заторможенность или ажитация, потеря аппетита, массы тела, сексуального влечения. Больные испытывают стресс, но в состоянии

продолжать свою обычную деятельность и справляться с соответствующими функциями.

В диагностике легкого депрессивного эпизода существенное значение имеют его продолжительность в течение двух недель; отсутствие гипоманиакальных или маниакальных симптомов, связанных с употреблением психоактивных веществ или с каким-либо органическим психическим расстройством. У больных наблюдаются выраженное депрессивное настроение, присутствующее на протяжении большей части суток почти ежедневно, не зависящее от обстоятельств и сохраняющееся не менее двух недель; отчетливое снижение интереса к деятельности, которая прежде была приятна, или утрата способности получать от нее удовольствие; снижение энергии или повышение утомляемости; заниженная самооценка и потеря уверенности в себе; беспричинное порицание себя или чрезмерное и неадекватное чувство вины; повторяющиеся мысли о смерти либо суицидное поведение; ухудшение способности обдумывать что-либо, нерешительность или колебания; изменение уровня психомоторной активности, выражающееся в заторможенности и апатии; нарушение сна любого типа; нарушение аппетита с потерей массы тела.

Неврастения была диагностирована у 37,3% больных МАГ и у 39,3% больных УАГ. Существуют две основные формы проявления этого заболевания, имеющие между собой много общего. При первой из них ведущим симптомом являются жалобы на повышенную утомляемость при умственной работе, что часто влечет за собой некоторое снижение профессиональной продуктивности или ухудшение способности справляться с решением повседневных задач. Проявления умственного утомления обычно связываются с неприятным вмешательством отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, затруднением сосредоточения и общей неэффективностью мышления. При второй форме неврастении доминируют такие симптомы, как физическая слабость и истощение при малейшем усилии, сопровождающиеся мышечной болью; характерна также неспособность к расслаблению. При обоих типах заболевания больные предъявляют жалобы на головокружение, головные боли напряжения и чувство общей неустойчивости. Во многих случаях отмечают озбоченность в связи с умственным и соматическим неблагополучием, раздражительность, ангедония, подавленное настроение и тревога. Часто нарушается сон (поражаются главным образом его начальные и промежуточные фазы), однако иногда встречается и выраженная гиперсомния. Неврастения диагностируется при наличии стойких жалоб на беспокоящее больного ощущение сильной усталости после незначительной умственной нагрузки (например, после выполнения или попытки выполнения повседневных задач, не требующих особого умственного напряжения); на беспокоящие больного ощущения сильной усталости и общей слабости после незначительной физической нагрузки (ощущение тупой или острой мышечной

боли; головокружение; головные боли напряжения; нарушение сна; неспособность расслабиться; раздражительность). Сильную умственную или физическую усталость не удается устранить либо облегчить посредством отдыха, расслабления или развлечения. Продолжительность расстройства составляет не менее трех месяцев.

Ипохондрическое расстройство было диагностировано у 11,2% больных МАГ и у 20,0% больных УАГ. Эти больные стойко озабочены наличием у них тяжелого соматического заболевания (или даже нескольких) с прогрессирующим течением, они постоянно предъявляют множество соматических жалоб или выражают беспокойство по поводу своего соматического состояния. Вполне нормальные или совершенно заурядные ощущения и явления часто истолковываются ими как патологические и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на нескольких органах. Диагностика ипохондрического расстройства базируется на наличии упорной убежденности пациента в наличии у него одного или нескольких тяжелых соматических заболеваний; постоянной озабоченности возможным уродством или деформацией, убежденностью в наличии болезни с соответствующими симптомами, которые вызывают постоянный дискомфорт или препятствуют нормальному функционированию в повседневной жизни, вынуждая больного обращаться за медицинской помощью или добиваться проведения обследований. Больной упорно отказывается принять заверения врачей об отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов или каких-либо анатомических аномалий. Иногда больной, согласившись с полученными после проведенного обследования разъяснениями, ненадолго успокаивается, но это не исключает наличия ипохондрического расстройства.

Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности было диагностировано у 3,0% больных МАГ и у 1,3% больных УАГ. Эти пациенты постоянно ощущают напряженность и тяжелые предчувствия, не уверены в своей безопасности и в своем положении, чувствуют себя неполноценными. Они испытывают острую потребность нравиться другим людям, очень хотят быть принятыми ими, болезненно чувствительны к отвержению и критике. Для них характерны ограниченное количество личных привязанностей и тенденция к избеганию определенных видов деятельности из-за свойственного им преувеличения потенциальной опасности заурядных повседневных ситуаций. Диагностика данного заболевания базируется на наличии сведений, отражающих характерные для больного постоянные паттерны внутренних переживаний и поведения, которые существенно отклоняются от ожидаемых в соответствующей культурной среде и выходят за рамки «нормы». Такое отклонение проявляется в одной из следующих сфер: когнитивной (характер восприятия и интерпретации различных явлений, людей и событий; способ формирования отношения к самому себе

и к другим, а также образов своего «Я» и других людей); эмоциональной (диапазон, интенсивность и адекватность эмоциональных реакций); в контроле над импульсивностью и стремлением к удовлетворению потребностей; манере установления связей с другими людьми и способах регулирования межличностных ситуаций. Отклонение носит общий характер, проявляясь как негибкое, дезадаптивное поведение в широком диапазоне личностных и социальных ситуаций, является стабильным в течение длительного времени, начиная с молодости, и не может быть объяснено как проявление или следствие других психических расстройств зрелого возраста.

Такое поведение приводит к дистрессу, переживаемому субъектом, и/или оказывает неблагоприятное воздействие на его социальное окружение. Эти больные испытывают постоянное общее ощущение напряженности и тяжелые предчувствия; убежденность в своей неприспособленности к жизни, социальной неадекватности, непривлекательности или неполноценности по сравнению с другими; озабоченность в связи с возможностью стать объектом критики или оказаться отвергнутым в социальных ситуациях; нежелание вступать в контакт с людьми при отсутствии уверенности в их позитивном отношении; для них характерны введение определенных ограничений, отражающихся на общем образе жизни, из-за потребности в обеспечении физической безопасности; избегание социальной активности или профессиональной деятельности.

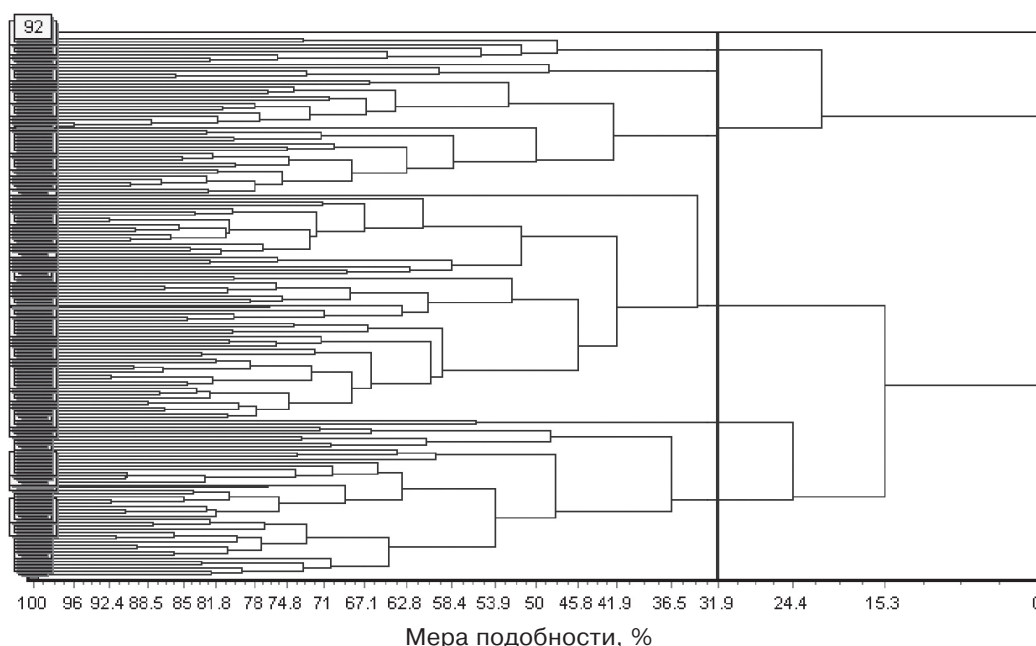
Проведение кластерного анализа для внутринозологической классификации у больных АГ способствует улучшению качества диагностики и лечения [10, 11]. Кластерный анализ был проведен по показателям систолического артериального давления (САД), фракции выброса (ФВ), толщины задней

стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) [9], ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hy) [3]. В результате была получена показанная на рисунке структура нозологий у больных АГ, включающая 6 кластеров.

Средние величины параметров, по которым проводилась кластеризация, представлены в таблице.

В 1-й кластер вошли 27,9% больных АГ, из них страдающих МАГ — 42,5%, и УАГ — 47,5%; диагноз дистимии был установлен у 12,8%, неврастении — у 55,3%, легкого депрессивного эпизода — у 12,8%, без психических и поведенческих расстройств было 19,1% больных АГ. 1-й кластер характеризовался средними уровнями САД 150,9 мм рт. ст. (с границами от 120 до 200 мм рт. ст.); ФВ — 62,5% (от 60,0 до 67,0%); ЗСЛЖ — 1,30 см (от 1,22 до 1,45 см); Hs — 54,3 балла (от 42 до 69); D — 44,6 (от 39 до 65); Hy — 50,9 (от 34 до 63), т. е. все параметры, за исключением САД, находились в пределах нормы [12, 13]. Учитывая средние величины параметров, по которым произведена кластеризация, можно высказать предположение, что в этот кластер вошли больные с диагнозом МАГ и УАГ без психических и поведенческих расстройств, а диапазоны этих параметров могут быть критериями для постановки диагноза.

Во 2-й кластер вошли 41,7% больных АГ, из них с МАГ — 14,3%, и с УАГ — 85,7%; диагноз дистимии был установлен у 14,3%, тревожного (уклоняющегося) расстройства личности — у 4,3%, смешанного тревожно-депрессивного расстройства — у 12,9%, неврастении — у 32,9%, ипохондрического расстройства — у 17,1%, легкого депрессивного синдрома — у 8,6%; без психических и поведенческих расстройств было 9,9% больных АГ. 2-й кластер характеризовался средними уровнями САД 165,2 мм



Дендрограмма, построенная по данным кластерного анализа

## Средние характеристики кластеров у больных АГ, (М±м)

Характеристики	№ кластера					
	1	2	3	4	5	6
САД	150,9±6,8	165,2±4,3	140,0±2,9	148,8±3,6	152,5±2,8	132,0±4,1*
ФВ	62,5±2,0	61,9±1,8	63,2±1,6	63,6±1,7	60,5±2,1	64,4±1,9
ЗСЛЖ	1,3±0,1	1,3±0,1	1,2±0,2	1,3±0,1	1,2±0,1	1,2±0,2
Hs	54,3±4,2	66,7±3,2*	67,7±2,9**	101,3±3,3***	38,2±1,5***	82,4±3,0***
D	44,6±2,9	60,2±3,0***	55,8±1,7***	78,5±1,8***	50,0±1,9	80,4±2,8***
Hу	50,9±3,3	60,5±2,7*	64,9±2,2***	78,6±2,4***	28,5±2,2***	68,6±1,7***

Примечание. \*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ;

рт. ст. (с границами от 120 до 230 мм рт. ст.); ФВ — 61,9% (от 58,0 до 64,0%); ЗСЛЖ — 1,30 см (от 1,25 до 1,52 см); Hs — 66,7 (от 51 до 84); D — 60,2 (от 45 до 81); Hу — 60,5 (от 41 до 78). По сравнению с 1-м кластером у больных 2-го кластера повышался уровень САД на 9,5%, понижается величина ФВ на 1,0%, увеличивается толщина ЗСЛЖ на 2,0%, однако эти изменения были недостоверны, достоверно возросли величины Hs — на 23,0%, D — на 34,0%, Hу — на 18,9%. Учитывая средние величины параметров, по которым была произведена кластеризация, можно предположить, что в этот кластер вошли больные с МАГ и УАГ с дистимией, и диапазоны выявленных у них параметров могут быть критериями для постановки диагноза.

В 3-й кластер вошло 21,4% больных АГ, из них больных МАГ — 61,1%, и УАГ — 38,9%; диагноз дистимии был установлен у 8,3%, смешанного тревожно-депрессивного расстройства — у 2,8%, неврастении — у 52,8%, ипохондрического расстройства — у 16,7%, легкого депрессивного эпизода — у 13,9%; без психических и поведенческих расстройств было 5,5% больных АГ. 3-й кластер характеризовался средними уровнями САД 140,0 мм рт. ст. (с границами от 120 до 190 мм рт. ст.); ФВ — 63,2% (от 61,0 до 65,0%); ЗСЛЖ — 1,20 см (от 1,05 до 1,34 см); Hs — 67,7 (от 50 до 89); D — 55,8 (от 43 до 73); Hу — 64,9 (от 51 до 86). По сравнению с 1-м кластером у больных 3-го кластера снижался уровень САД на 7,2%, повышалась величина ФВ на 1,2%, уменьшалась толщина ЗСЛЖ на 5,7%, однако эти изменения были недостоверны, достоверно увеличивались величины Hs — на 24,7%, D — на 25,1%, Hу — на 27,6%. Учитывая средние величины параметров, по которым производилась кластеризация, можно предположить, что в этот кластер вошли больные с МАГ и УАГ с неврастением, и диапазоны выявленных значений параметров могут служить критериями для постановки диагноза.

В 4-й кластер вошло 4,8% больных АГ: МАГ — 12,5% и УАГ — 87,5%; у 100% больных был установлен диагноз ипохондрического расстройства. 4-й кластер характеризовался средними уровнями САД 148,8 мм рт. ст. (с границами от 130 до 190 мм рт. ст.); ФВ — 63,6% (от 62,0 до 65,0%); ЗСЛЖ — 1,30 см (от 1,25 до 1,38 см); Hs — 101,3 (от 89 до 120); D — 78,5 (от 67 до 98); Hу — 8,6 (от 71 до 89). По сравнению с 1-кластером у больных 4-го кластера уровень САД понижается на 1,4, вели-

чина ФВ повышается на 1,8%, увеличивается толщина ЗСЛЖ на 1,1%, но эти изменения оказались недостоверными, достоверно возросли величины Hs — на 86,5%, D — на 76,1%, Hу — на 54,6%. Учитывая средние величины параметров, по которым была произведена кластеризация, можно высказать предположение, что в этот кластер вошли больные МАГ и УАГ с ипохондрическим расстройством, и диапазоны этих параметров могут быть критериями для постановки диагноза.

В 5-й кластер вошло 1,2% больных АГ, у 100% этих больных были установлены диагнозы УАГ и смешанное тревожно-депрессивное расстройство. 5-й кластер характеризовался средними уровнями САД 152,5 мм рт. ст. (с границами от 125 до 180 мм рт. ст.); ФВ — 60,5% (от 60,0 до 61,0%); ЗСЛЖ — 1,20 см (от 1,15 до 1,21 см); Hs — 38,2 (от 35 до 41); D — 50,0 (от 48 до 52); Hу — 28,5 (от 27 до 80). В сравнении с 1-м кластером уровень САД повышался у этих больных на 1,1%, величина ФВ снижалась на 3,2%, уменьшалась толщина ЗСЛЖ — на 9,2%, увеличивалась величина D — на 12,0%, однако эти изменения были недостоверны, достоверно уменьшались величины Hs — на 30,0%, и Hу — на 44,0%. Учитывая средние величины параметров, по которым производилась кластеризация, можно предположить, что в 5-й кластер вошли больные УАГ с тревожным (уклоняющимся) расстройством личности, и диапазоны этих параметров могут быть критериями для постановки диагноза.

В 6-й кластер вошло 2,9% больных АГ, из них МАГ — 40,0% и УАГ — 60,0%; у 100% больных установлен диагноз ипохондрического расстройства. 5-й кластер характеризовался средними уровнями САД 132,0 мм рт. ст. (с границами от 120 до 150 мм рт. ст.); ФВ — 64,4% (от 63,0 до 66,0%); ЗСЛЖ — 1,19 см (от 1,08 до 1,28 см); Hs — 82,4 (от 80 до 96); D — 80,4 (от 77 до 84); Hу — 68,6 (от 63 до 83). По сравнению с 1-м кластером у больных 6-го кластера повышалась величина ФВ — на 3,1%, уменьшалась толщина ЗСЛЖ — на 7,9%, однако эти изменения были недостоверны, достоверно увеличивались величины Hs — на 51,8%, D — на 80,4%, Hу — на 34,9%, и понижался уровень САД — на 12,5%. Учитывая средние величины параметров, по которым была произведена кластеризация, можно высказать предположение, что в этот кластер вошли больные с МАГ и УАГ со смешанным тревожно-депрессивным расстройством, и выявленные у них

диапазоны параметров могут быть критериями для постановки диагноза.

Аналогичные результаты получены при проведении в 2002 г. в России эпидемиологического исследования «КОМПАС» [1]. Установлено, что распространенность нозогенных депрессий колеблется в пределах от 14,1% (расстройств депрессивного спектра) до 22,9% (депрессивных состояний). Среди больных ИБС у 28,2% выявлены нозогенные реакции, из них невротические: тревожно-фобические — у 9,8%; соматизированные — у 2,7%; синдром «прекрасного равнодушия» — у 1,7%; аффективные: синдром ипохондрической депрессии — у 8,7%, синдром эйфорической псевдодеменции — у 0,4%; психопатические: синдром ипохондрии здоровья — у 1,1%, с явлениями ригидной ипохондрии — у 0,9%, сутяжные, с рентными установками — у 1,0%, с идеями рационализации, реформирования терапии — у 0,9%, с синдромом антиипохондрии — у 0,5%; бредовые: с бредом реформирования терапии — у 0,2%, с бредом приписывания болезни — у 0,3% обследованных.

В формировании нозогений участвуют семантика диагноза (не совпадающие с профессиональными, обывательские представления о соматических заболеваниях), клинические (особенности течения АГ, коморбидная психическая патология), конституциональные (личностные реакции, акцентуации характера), социальные (уровень образования, материальной обеспеченности) и демографические (пол, возраст) факторы. Авторы исследования высказывают мнение, что при анализе формирования нозогений необходимо учитывать распространенные суждения о неблагоприятном прогнозе АГ, которые переживаются как события, угрожающие жизни, сопряженные с необратимыми медицинскими и социальными последствиями [1].

Общая патология человека, по данным этого исследования, представлена двумя полюсами, на одном из которых находится соматическая, а на другом — психическая составляющая. Между эти-

ми полюсами лежит широкая область, включающая самые разные сочетания и проявления душевного и телесного радикалов патологии человека, отражающие личностный, невротический, психический и соматический уровни нарушений. Анализ значительного объема количественных и качественных психологических показателей лишь с использованием клинических, психопатологических методов, первичного статистического, корреляционного и регрессионного анализа не позволяют получить достаточной информации для постановки диагноза. Корректная постановка диагноза требует проведения кластерного анализа, что дает возможность не только подтвердить или опровергнуть существующий клинический диагноз, но и установить четкие диагностические критерии.

В нашем исследовании применение психопатологического метода позволило диагностировать у больных АГ аффективные расстройства настроения: легкий депрессивный эпизод, дистимию; невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства: смешанное тревожно-депрессивное расстройство, неврастению, ипохондрическое расстройство; расстройства зрелой личности и поведения у взрослых: тревожное (уклоняющееся) расстройство личности, а также выделить группу больных АГ без психических и поведенческих расстройств. Использование агломеративно-иерархического метода кластерного анализа подтвердило наличие 6 кластеров у этих больных. Наибольшие диагностические трудности возникли при выделении легкого депрессивного эпизода в связи с неточностью диагностических критериев. Полученные результаты показали, что несмотря на такое многообразие состояний, их объединяет общий признак: сочетание нарушений в соматической и психической сферах. Это обстоятельство диктует необходимость особых подходов к медицинской помощи таким больным, предполагающих тесное взаимодействие врачей общесоматического профиля, психотерапевтов и психологов.

#### Литература

1. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов.— М.: Мед. информ. агентство, 2005.— 784 с.
2. Breast cancer patients' personality style, age, and treatment decision making / J. D. Johnson, C. S. Roberts, C. E. Cox et al. // J. Surg Oncol.— 1996; 63 (3): 183–833.
3. Grossman M. L. The psychological approach to the medical management of patients with cystic fibrosis // Clin. Pediatr.— 1975; 14(9): 830–833.
4. Cochrane G. M. Compliance and outcomes in patients with asthma // Drugs.— 1996; 52 (Suppl. 6): 12–19.
5. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания.— М., 1944.— 146 с.
6. Николаева В. В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии.— Л., 1976.— С. 95–98.
7. Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития.— М., 1970.— 222 с.
8. Pilowski I. Abnormal Illness Behavior (Dysnosognosia) // Psychoter. Psychosom.— 1986; 46: 1–2.
9. Дроздова И. В. Система кластеризації та прийняття рішень при діагностиці артеріальної гіпертензії // Актуальні питання фізіотерапії та мед. курортології та реабілітації / Крымск. респ. НИИ ім. І. М. Сеченова.— Ялта, 2002.— Т. XIII.— С. 3–15.
10. Арифу А., Эйзен С. Статистический анализ. Подход с использованием ЭВМ.— М.: Мир, 1982.— 488 с.
11. Статистична обробка / В. П. Бабак, А. Я. Біленький, О. П. Приставка, П. О. Приставка.— К.: МІВВІЦ, 2001.— 388 с.
12. Белова А. Н., Щенетова О. Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации.— М.: Антитор, 2002.— 440 с.
13. Эхокардиография / Под ред. Х. Фейгенбаум.— 5-е изд.— М.: Видар, 1999.— С. 105–138.

Поступила 25.05.2007.