

Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний и тревоги/депрессии у пожилых пациентов: как повысить эффективность лечения и качество жизни

К.м.н. О.В. Котова¹, д.м.н. Е.С. Акарачкова²

¹Руководитель психоневрологического направления международного общества «Стресс под контролем»

²Президент международного общества «Стресс под контролем»

РЕЗЮМЕ

Независимо от социально-экономического развития страны основными причинами смерти и инвалидности лиц пожилого и старческого возраста (60 лет и старше) являются неинфекционные заболевания, многие из которых часто встречаются вместе. По данным Всемирной организации здравоохранения, более 20% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психоневрологическими расстройствами. У пожилых людей с ишемической болезнью сердца (ИБС) выше частота встречаемости депрессии по сравнению с теми, у кого хорошее здоровье. Лечение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и психической патологией должно быть комплексным и включать как медикаментозную, так и немедикаментозную терапию. В статье обсуждаются возможности терапии пациентов, страдающих ССЗ, препаратом Тенотен. Приведены данные клинических исследований, подтверждающих, что препарат положительно влияет на профиль артериального давления (АД) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в постменопаузе, при ранних формах АГ способствует более быстрому достижению целевых цифр АД, а у больных с острым инфарктом миокарда приводит к статистически значимому улучшению клинического состояния. Из немедикаментозных методов обсуждается роль модификации сидячего образа жизни пациента с ССЗ.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, тревога, депрессия, коморбидность, подходы к терапии, сидячий образ жизни, Тенотен.

Для цитирования: Котова О.В., Акарачкова Е.С. Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний и тревоги/депрессии у пожилых пациентов: как повысить эффективность лечения и качество жизни // РМЖ. 2018. № 1(II). С. 95–99.

ABSTRACT

Combination of cardiovascular disease and anxiety / depression in elderly patients: how to improve treatment effectiveness and quality of life

Kotova O.V.¹, Akarachkova E.S.²

¹Head of the psycho-neurological department of the international society «Stress under control»

²President of the international society «Stress under control»

Regardless of the socioeconomic development of the country, the main causes of death and disability of elderly and senile people (60 years and older) are noncontagious diseases, many of which are often found together. According to the World Health Organization, more than 20% of adults aged 60 years and older suffer from psychoneurological disorders. In elderly people with ischemic heart disease (IHD), the incidence of depression is higher compared to those with good health. Treatment of patients with cardiovascular diseases (CVD) and mental pathology should be comprehensive and include both drug and non-pharmacological therapy. The article discusses the possibilities of therapy with the preparation Tenoten for patients suffering from CVD. There are data of clinical studies confirming that the drug positively influences the blood pressure profile (BP) in women with arterial hypertension (AH) in postmenopause, in early forms of AH it promotes more rapid achievement of the target values of blood pressure, and leads to statistically significant improvement of the clinical status in patients with acute myocardial infarction. The role of modifying the CVD patient's sedentary lifestyle is discussed as one of the non-pharmacological methods.

Key words: cardiovascular diseases, anxiety, depression, comorbidity, approaches to therapy, sedentary lifestyle, Tenoten.

For citation: Kotova O.V., Akarachkova E.S. Combination of cardiovascular disease and anxiety / depression in elderly patients: how to improve treatment effectiveness and quality of life // RMJ. 2018. № 1(II). P. 95–99.

ВВЕДЕНИЕ

Средняя продолжительность жизни человека растет во всем мире [1]. Независимо от социально-экономического развития страны основными причинами смерти и инвалидности лиц пожилого и старческого возраста (60 лет

и старше) являются неинфекционные заболевания (НИЗ), многие из которых часто встречаются вместе. Наличие 2 или более хронических заболеваний у человека известно как физическая мультиморбидность (physical multimorbidity) [2]. В странах с низким и средним уровнем дохода у почти

половины людей среднего и пожилого возраста отмечается физическая мультиморбидность, около 25% из них имеют по меньшей мере 3 хронических заболевания одновременно, около 10% — 4 или более [3]. Физическая мультиморбидность связана с более низким качеством жизни, увеличением затрат на медицинское обслуживание и, в конечном счете, повышенным риском преждевременной смертности [4].

У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), а большинство таких пациентов — пожилые люди, актуальна проблема коморбидности. Известно, что число коморбидных заболеваний существенно повышается с возрастом. Коморбидность повышается с 10% среди 19-летних до 80% у лиц 80 лет и старше [5]. Анализ 980 историй болезни, взятых из ежедневной практики семейного врача, показал, что распространенность коморбидности составляет 69% у больных молодого возраста, 93% — среди лиц средних лет, 98% — у пациентов старшей возрастной группы. При этом среднее число хронических заболеваний у молодых пациентов составляет 2,8, у стариков — 6,4 [6].

Самые распространенные психоневрологические проблемы у пожилых людей, чаще являющиеся коморбидными состояниями:

- деменция;
- депрессия и тревожные расстройства;
- десинхронозы;
- проблемы, вызванные использованием психоактивных веществ, которые нередко остаются незамеченными или неверно диагностируются.

Коморбидность ССЗ у пожилых пациентов с тревогой и депрессией

Психическое здоровье и эмоциональное благополучие столь же важны в пожилом возрасте, как и на любом другом этапе жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), более 20% взрослых в возрасте 60 лет и старше страдают психоневрологическими расстройствами [1], что требует совместного ведения пожилых пациентов неврологом и психиатром.

Врачи «соматических специальностей» должны понимать и принимать тот факт, что психическое здоровье оказывает воздействие на физическое здоровье, и наоборот. Например, у пожилых людей с ишемической болезнью сердца (ИБС) выше частота встречаемости депрессии по сравнению с теми, у кого хорошее здоровье. В то же время если не лечить депрессию у пожилого человека с болезнью сердца, то это может негативно воздействовать на исход ССЗ. Депрессия является независимым фактором риска развития сахарного диабета типа 2 (СД2), очень частого сопутствующего заболевания у пациентов старшего возраста. С другой стороны, у пациентов с СД2 коморбидные психические расстройства (и тревога, и депрессия) встречаются более чем на 60% чаще, чем в популяции. И сам по себе диагноз СД, в свою очередь, удваивает риск развития депрессии [7].

Развитию тревоги и депрессии у пожилых пациентов способствует наличие хронического стресса, во многом специфичного для лиц старшего возраста. По данным ВОЗ, каждый десятый пожилой человек имеет проблемы, связанные с физическим и психологическим состоянием, а также с материальным положением, часто бывает оставлен без внимания, ощущает по отношению к себе неуважение.

Очень часто неблагоприятные попытки преодолеть стресс или психотравму проявляются нарушениями

поведения, которые, в свою очередь, могут маскировать наличие тревоги и депрессии:

- злоупотребление психоактивными веществами (табак, алкоголь, лекарственные средства, наркотики);
- насилие, непредумышленное убийство и суицид;
- повышенная восприимчивость к несчастным случаям;
- продолжительное время восстановления от несчастных случаев и травм;
- расстройства пищевого поведения: переедание, приводящее к ожирению, которое, в свою очередь, ассоциировано с кардиоваскулярными и мышечно-скелетными проблемами; недоедание, также имеющее ассоциации с ССЗ (например, ортостатическая гипотензия).

Все вышеперечисленное нарушает альянс «врач — пациент»: ухудшается соблюдение режима терапии, снижается мотивация на выполнение задания, уменьшается концентрация внимания, нарушается социальная адаптация, ухудшается качество жизни.

Многие исследователи обнаруживают ассоциацию между сердечными и метаболическими заболеваниями и психическими расстройствами. В одном из исследований, посвященных данной проблеме, в которое был включен 4181 человек в возрасте 18–65 лет со следующей патологией: стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, АГ, дислипидемия, СД и ожирение (данные взяты из национального репрезентативного обследования здоровья населения Германии), исследовалась взаимосвязь между наличием у пациента сердечного / метаболического заболевания и депрессии / тревожных расстройств. Было выявлено, что наличие тревожного расстройства ассоциировалось с повышенными шансами сердечных заболеваний и метаболических факторов риска с коэффициентом шансов от 1,3 до 3,3.

Депрессия не была связана ни с одним из вышеперечисленных заболеваний, но была связана (так же, как и тревога) с низким уровнем приверженности соблюдению здорового образа жизни [8].

В литературе доминирует мнение о наличии связи между отрицательными эмоциями / наличием депрессии у пациента и основными сердечно-сосудистыми осложнениями (ССО) (например, инфарктом миокарда, инсультом) у пациентов с ИБС [9]. Однако, несмотря на лечение депрессии психотерапией и антидепрессантами [10], снижение уровня ССО остается недостаточным в популяции пациентов с депрессией и сопутствующей ИБС [11]. Связано это с тем, что депрессия — это одно из возможных психических расстройств, которые могут негативно сказываться на течении ССЗ, и с тем, что депрессия зачастую течет параллельно с тревожными расстройствами, такими как посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство и др. [12]. Фактически большинство негативных эмоциональных факторов риска неблагоприятных ССО способствуют общей предрасположенности к отрицательной аффективности, которую можно подтвердить с помощью измерений, используя соответствующие шкалы [13, 14].

Негативная аффективность является самой распространенной общей особенностью депрессии и тревожных расстройств. Помимо этого, недавние исследования также показывают, что некоторые депрессии и тревожные расстройства значимо связаны между собой, необязательно попадают под диагностические категории тревоги и/или депрессии и имеют скрытый, маскированный, неклассический характер течения [15, 16]. Это подтверждается и тем, что ангедония

ТЕНОТЕН

СОВРЕМЕННЫЙ УСПОКАИВАЮЩИЙ ПРЕПАРАТ



ЛС-000542 18.11.09

- *Успокаивающее действие без сонливости и заторможенности*
- *Оказывает выраженное вегетотропное действие*
- *Не вызывает привыкания*
- *Повышает эффективность терапии соматических заболеваний*

Реклама

Информация для специалистов

materia  medica

ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг»
Тел./факс (495) 684-43-33
Россия, 127473, Москва, 3-й Самотечный пер., дом 9

является маркером таких расстройств, как большая депрессия, дистимия, посттравматическое стрессовое расстройство и генерализованное тревожное расстройство, а не только симптомом большой депрессии [17].

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ССЗ

В пожилом возрасте, когда у пациентов возрастает риск и число коморбидных состояний, очень важно своевременно выявить расстройства соматического и психоневрологического характера, определить прогноз их течения, а также назначить адекватное лечение, но при этом избежать ятрогении и помочь пациенту сохранить привычный образ жизни. Безусловно, если врачебные мероприятия будут оказывать положительное влияние на социальную жизнь пациента, то качество жизни пожилого человека будет улучшаться, что, в свою очередь, будет благоприятно влиять на приверженность терапии и ее эффективность.

К основным группам препаратов, которые могут применяться (преимущественно в комбинациях) при тревоге и депрессии у пожилых пациентов, относятся:

- ♦ Анксиолитики:
 - бензодиазепины;
 - атипичные бензодиазепины;
 - ГАМК-ергические препараты;
 - анксиолитики с другими механизмами действия.
- ♦ Антидепрессанты.
- ♦ Малые нейрелептики.
- ♦ Препараты, определяющие работу NMDA-рецепторов.

С учетом высокого риска полипрагмазии и ятрогении у лиц пожилого возраста основными критериями выбора медикаментозной терапии являются следующие:

- отсутствие побочного действия на центральную нервную систему и внутренние органы;
- отсутствие привыкания и риска передозировки;
- отсутствие соматических противопоказаний к назначению;
- совместимость с препаратами базисной терапии [18].

К таким препаратам можно отнести Тенотен (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия). В его состав входят аффинно очищенные антитела в релиз-активной форме к мозгоспецифическому белку S100 (P-A AT S100), концентрация которого значительно изменяется при психопатологии.

Важную роль в патогенезе психических расстройств, связанных с отрицательной аффективностью (тревога и депрессия), играют глутаматергическая система и NMDA-рецепторы головного мозга (рецепторы глутамата, селективно связывающие N-метил-D-аспартат), которые возбуждаются при данной патологии. Препарат Тенотен эффективно воздействует на работу NMDA-рецепторов. Помимо этого, Тенотен воздействует на:

- ГАМК-ергическую систему;
- серотонинергическую систему;
- сигма-1 рецепторную систему.

В нормальных физиологических условиях роль мозгоспецифического белка S100 огромна. Он синтезируется клетками нейроглии для облегчения проникновения ионов Ca^{2+} внутрь нейронов, что способствует повышению их производительности. Однако в состоянии хронического или экстремального стресса клетки глии «выбрасывают» измененное количество белка-модулятора,

что в итоге запускает механизмы эксайтотоксичности. Поэтому нормализация активности данного белка при патологии очень важна. Стоит отметить, что влияние и эффективность Тенотена доказаны большим количеством экспериментальных и клинических исследований [19–21]. За счет модуляции функциональной активности белка S100 реализуется нейропротекторное и антигипоксантное действие. В частности, в экспериментальных исследованиях были продемонстрированы выживание нейронов и стимуляция их дифференцировки в условиях депривации кислорода и глюкозы. Также препарат обладает выраженным анксиолитическим действием (преимущественно за счет активации ГАМК-А рецептора и Cl^- -канала ГАМК, а также стимуляции $5HT_{1A}$, $5-HT_{2A}$ серотониновых рецепторов) и вегетостабилизирующим эффектом. При этом отсутствует побочное влияние на когнитивную сферу, нет привыкания (как, например, при приеме бензодиазепинов). Тенотен — это в первую очередь модулятор, а не блокатор или активатор. Воздействие P-A AT S100 приводит к восстановлению естественного баланса между процессами торможения и возбуждения в центральной нервной системе, поэтому клетка продолжает работать в естественных комфортных условиях, а не при повышенном уровне возбуждения.

Было показано, что применение P-A AT S100 при ранних формах АГ способствует более быстрому достижению целевых цифр АД, их стабилизации и повышает приверженность больных проводимой терапии. В одном из таких исследований продемонстрировано, что у всех больных АГ, включенных в исследование, определяются симптомы тревоги различной степени выраженности, которые утяжеляют течение болезни, способствуя более высоким подъемам уровня как систолического, так и диастолического АД. Показано, что включение современного «дневного» анксиолитика Тенотена в комплексную терапию пациентов с АГ повышало эффективность проводимого лечения, снижало уровень тревоги и нормализовало вегетативный гомеостаз, что способствовало более быстрому наступлению гипотензивного эффекта. Тенотен хорошо переносился больными, не вызывал ортостатической гипотензии и каких-либо других нежелательных побочных эффектов [22].

Применение P-A AT S100 также положительно влияет на профиль АД у женщин с АГ в постменопаузе [23], а у больных с острым инфарктом миокарда приводит к статистически значимому улучшению их клинического состояния [24].

Курируя пациента с ССЗ и тревогой/депрессией, следует помнить, что в данных ситуациях необходима помощь врача-психиатра или психотерапевта [25].

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С ССЗ

Изменение образа жизни пациента, включая правильное питание, физические упражнения, отдых и развитие позитивных навыков преодоления трудностей, может существенно повысить комплаентность и качество жизни пациента с ССЗ и тревогой/депрессией.

Пропаганда физической активности является важной стратегией профилактики и лечения хронических заболеваний и физической мультиморбидности у людей среднего возраста и пожилых людей [26]. Регулярная физическая активность способствует первичной и вторич-

ной профилактике широкого спектра хронических заболеваний (в т. ч. ССЗ), улучшает качество жизни и связана с уменьшением риска преждевременной смерти [27]. Сидячий образ жизни (СОЖ) широко распространен в обществе по всему миру [28]. Недавний систематический обзор показал, что 65–80% времени бодрствования люди среднего возраста и пожилые проводят в положении сидя [29].

В исследование SAGE (The Study on Global Ageing and Adult Health — Исследование глобального старения и здоровья взрослых) было включено 34 129 взрослых в возрасте ≥ 50 лет (Китай — 13 175, Гана — 4305, Индия — 6560, Мексика — 2313, Россия — 3938, Южная Африка — 3838). Средний возраст составил 62 (55–70) года, мужчин было 47,9%. Распространенность физической мультиморбидности и преимущественно СОЖ (≥ 8 ч/день) составила 45,5% (43,7%; –47,4%), а СОЖ < 8 ч/день — 10,8% (9,7%; –12,1%). В этом исследовании авторы сосредоточились на физической сфере (мобильность, инвалидность, боль и дискомфорт) и ментальной сфере (когнитивная сфера, сон и энергия, тревога и депрессия), поскольку эти переменные наиболее сильно связаны с СОЖ и наличием хронических заболеваний. СОЖ определялся по сообщениям участников исследования и выражался как категориальная переменная: < 8 и ≥ 8 ч/день (что определялось как повышенный показатель). Для оценки были взяты 11 хронических за-

болеваний (стенокардия, артрит, астма, хроническая боль в спине, хронические заболевания легких, СД, адентия, нарушения слуха, АГ, инсульт, нарушения зрения). Распространенность СОЖ ≥ 8 ч/день линейно возрастала с 7,1% у людей без хронических заболеваний до 24,1% у пациентов с хроническими заболеваниями ≥ 4 . Авторами был сделан вывод, что больные с физической мультиморбидностью наиболее часто ведут преимущественно СОЖ [3].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует отметить, что и врачи, и пожилые люди не уделяют должного внимания проблемам психического здоровья, а стигма, связанная с психическими болезнями, обуславливает нежелание людей обращаться за помощью. В условиях первичной помощи психопатология недостаточно диагностируется, и не все больные получают лечение. Симптомы психических расстройств у пожилых людей часто игнорируются, поскольку совпадают с симптомами других заболеваний в пожилом возрасте. В таких случаях очень важно применение комплексного, а чаще междисциплинарного подхода при наличии коморбидных состояний у пожилого пациента, использование как социальных вмешательств, так и медикаментозной терапии.

Список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>

Мультиспиральная компьютерная томография в оценке ожирения больных ишемической болезнью сердца

К.м.н. А.Н. Коков, Н.К. Брель, д.м.н. О.В. Груздева, д.м.н. В.Н. Каретникова, к.м.н. В.Л. Масенко, А.И. Герман, д.м.н. В.В. Кашталап, член-корр. РАН О.Л. Барбараш

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценка количественных показателей абдоминальной жировой ткани по данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: в исследование включены 88 пациентов с верифицированным диагнозом ИБС. Группу сравнения составили 32 человека без ИБС. Всем пациентам данных групп выполнена МСКТ на уровне поясничных позвонков L4-L5. На поперечном срезе толщиной 1 мм на уровне межпозвонкового диска L4-L5 измеряли площадь абдоминальной жировой ткани, а также ее висцерального (ВЖТ) и подкожного (ПЖТ) компонентов. Оценка объема абдоминальной жировой ткани и ее компонентов проводилась на поперечном срезе толщиной 20 мм. Кроме того, всем пациентам рассчитывались индекс массы тела (ИМТ) и отношение окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ).

Результаты исследования: показатели ИМТ в группах сравнения достоверно не различались. В группе пациентов с ИБС отмечены достоверно большие значения индекса ОТ/ОБ, чем в группе контроля. Распространенность ожирения по показателям площади ВЖТ в группе пациентов с ИБС составила 70,4%, в группе сравнения — 43,8%, по показателям объема ВЖТ в группе пациентов с ИБС — 78,4%, в группе контроля — 56,25% с достоверными различиями. Распространенность феномена ожирения по данным морфометрии с использованием результатов МСКТ значительно превышает распространенность ожирения, верифицированного с использованием ИМТ, в обеих группах. Использование объемного показателя ВЖТ позволяет наиболее достоверно определить группу лиц с висцеральным ожирением.