

Психосоциальные
факторы риска
сердечно-сосудистых
заболеваний

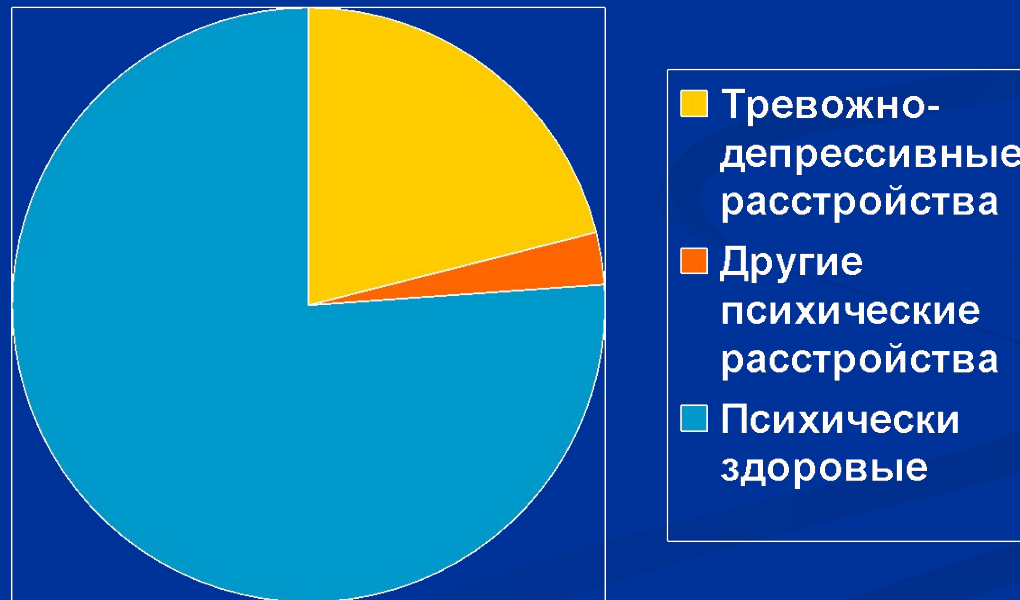
Основные психосоциальные факторы риска

- Острый и хронический стресс
- Низкая социальная поддержка (социальная изоляция)
- Низкий социально-экономический статус
- Негативные эмоциональные состояния, в том числе депрессивные и тревожные

Тревожные
и депрессивные
расстройства

Распространенность и значимость

- Суммарная распространенность расстройств тревожно-депрессивного спектра в общемедицинской сети – 21 %



Тревожно-депрессивные расстройства и ССЗ

- Артериальная гипертензия – 28 %
- Ишемическая болезнь сердца – 31 %
- Хроническая сердечная недостаточность - 38 %
- Субсиндромальные тревожные и депрессивные состояния встречаются у 50 % больных ССЗ
- Смертность от ИМ в 3-6 раз выше при наличии сопутствующей депрессии

Механизмы связи между депрессией и ИБС

Патофизиологические (прямые) механизмы

Эндотелиальная дисфункция

Тромбоцитарная дисфункция

ГГН-ось и вегетативная дисфункция

Повышение биомаркеров воспаления

Механизмы связи между депрессией и ИБС

Поведенческие
(непрямые)
механизмы

Нездоровый
образ
жизни

Снижение
вероятности
успешного
преобразования
факторов
риска

Несоблюдение
рекомендаций
врача

Снижение
качества
жизни

Депрессия

Симптомы депрессии (МКБ-10)

Как минимум два из трех нижеперечисленных симптомов:

- 1. Сниженное (депрессивное) настроение, не характерное для данного индивида, существующее большую часть дня, почти каждый день, не сильно зависящее от обстоятельств и продолжающееся в течение как минимум двух недель
- 2. Утрата интересов или удовольствия от деятельности, обычно приятной для данного индивида (ангедония)
- 3. Упадок сил или повышенная утомляемость

Симптомы депрессии (МКБ-10)

Дополнительный симптом или симптомы из числа следующих (как минимум четыре):

- 1. Неуверенность в себе или снижение самооценки
- 2. Необоснованное самообвинение или чрезмерное и неуместное чувство вины
- 3. Повторяющиеся мысли о смерти или самоубийстве или любые проявления суицидального поведения
- 4. Признаки затруднений в мышлении или концентрации внимания, такие как нерешительность и склонность к сомнениям или соответствующие жалобы
- 5. Изменения психомоторной активности, с возбуждением или заторможенностью (определяемые субъективно или объективно)
- 6. Любые нарушения сна
- 7. Изменение аппетита (снижение или повышение) с соответствующим изменением массы тела

Скрининг на предмет тревоги и депрессии

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (ГШТД, HADS)
 - 0-7 баллов – норма
 - 8-11 баллов – субсиндромальная тревога или депрессия
 - >12 баллов – клинически выраженная депрессия или тревога

Типы депрессивных расстройств

- • Органическое расстройство настроения (органическое аффективное расстройство)
- • Биполярное расстройство
- • Шизоаффективное расстройство с преобладанием депрессивных симптомов
- • Большой депрессивный эпизод
- • Малая депрессия
- • Дистимия
- • Двойная депрессия
- • Рекуррентное депрессивное расстройство
- • Смешанное тревожное и депрессивное расстройство
- • Расстройство адаптации
- • Субсиндромальный депрессивный спектр
- • Деменция с депрессивным настроением

Медицинские состояния, способные привести к депрессии

- Эндокринные: гипо/гипертиреоз, болезнь Кушинга, гиперкальциемия, недостаточное питание, пернициозная анемия
- Неврологические: цереброваскулярная болезнь / инсульт, опухоли ЦНС, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, системная красная волчанка
- Оккультная карцинома: поджелудочной железы, легкого
- Хронические инфекции: нейросифилис, бруцеллез, нейроцистицеркоз, миалгический энцефаломиелит, СПИД

Что препятствует своевременному выявлению депрессии?

- Стигма
- Маскированная депрессия
- Коморбидные заболевания
- «Молчаливый стговор»
- Ограничение во времени
- Недостатки медицинского образования

Заблуждения о депрессии

- Депрессия – это не болезнь, а признак изъяна в темпераменте, эмоциональной слабости или недостатка силы воли. Для того чтобы она прошла, нужно просто взять себя в руки.
- Депрессия – это естественное явление при тяжелом соматическом заболевании (онкологические заболевания, ИМ, ОНМК, интенсивные боли). В этом случае вылечить ее невозможно, а потому назначение лекарств не имеет смысла.
- Депрессия в пожилом возрасте – это естественное следствие старения. Риск при лечении депрессии у пожилых превышает пользу.

Тревожные расстройства

Определение тревоги

- Тревога – это эмоциональное переживание, которое характеризуется дискомфортом от неопределенности перспективы.

Компоненты эмоциональных состояний при клинической оценке (на примере тревоги)

- Психический (напряженность, предчувствия, сомнения; усиление внимания, оценка ситуации, построение прогнозов)
- Вегетативный (сенсорные, сердечно-сосудистые, дыхательные, желудочно-кишечные нарушения, нарушения в мочеполовой сфере и другие)
- Поведенческий (блокада деятельности, гипертонус мышц, возбуждение, торможение)

Виды тревоги

Нормальная (адаптивная)

- Связана с угрожающей ситуацией
- Возрастает в условиях значимого выбора
- Возрастает при недостатке информации
- Возрастает при нехватке времени
- Ускоряет принятие решений
- Может контролироваться и произвольно подавляться

Патологическая (дезадаптивная)

- *Может* провоцироваться внешними обстоятельствами
- Обусловлена внутренними причинами
- Не связана с реальной угрозой и не соответствует значимости ситуации
- Блокирует принятие решения
- Не поддается субъективному контролю
- Доминирует в сознании
- Имеет конкретные клинические проявления

Виды патологической тревоги

- «Свободно плавающая» - беспредметная или сменяющая объект; беспокойство.
- Приступообразная – страхи и панические приступы (атаки)
- Навязчивая
- Стрессовая

Генерализованное тревожное расстройство

- А. Стойкая генерализованная тревога, не ограниченная какими-либо определенными обстоятельствами («свободно-плавающая»).
- В. Основные симптомы могут включать в себя:
- Постоянное беспокойство
 - Тремор
 - Мышечное напряжение
 - Повышенное потоотделение
 - Головокружение, предобморочные ощущения
 - Учащенное сердцебиение
 - Дискомфорт в эпигастрии

Генерализованное тревожное расстройство

Дополнительные симптомы (DSM-IV)

- Нарушение концентрации внимания
- Раздражительность
- Нарушение сна
- Неспособность расслабиться
- Повышенная утомляемость

Паническое расстройство

А. Симптомы

- Повторяющиеся приступы выраженной тревоги (паники)
- Вегетативные симптомы (боль в груди, сердцебиение, головокружение, чувство удушья, резкая слабость)
- Дерезализация или деперсонализация
- Страх утраты контроля, сумасшествия или смерти

Б. Условия

- Приступы возникают при обстоятельствах, не связанных с реальной угрозой
- Между приступами – периоды без тревоги, однако может быть страх повторных приступов (тревога ожидания)
- Не является вторичным для какой-либо простой фобии и не ограничивается известной, предсказуемой ситуацией.

Другие расстройства тревожного спектра

- Обсессивно-компульсивное расстройство
- Расстройства адаптации
- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
- Ипохондрия
- Соматизированное расстройство

Фармакотерапия тревоги и депрессии

- Антидепрессанты группы СИОЗС – препараты первой линии для лечения большинства тревожных и депрессивных расстройств.
- К антидепрессантам группы СИОЗС относятся:
 - Сертралин
 - Циталопрам
 - Эсциталопрам
 - Флуоксетин
 - Флувоксамин
 - Пароксетин

Антидепрессанты группы СИОЗС:

- не вызывают лекарственной зависимости;
- имеют незначительные побочные эффекты, безопасны при амбулаторном назначении;
- начинают действовать через 2-3 недели от начала систематического приема;
- следует назначать, начиная с малых доз, с постепенной титрацией до эффективных (целесообразно писать схему приема препарата для каждого пациента);
- эффективны при назначении курсом не менее трех месяцев;
- не следует отменять резко, нужно постепенно снижать дозу, чтобы избежать возможного синдрома отмены;
- в 15-20 % случаев могут оказаться неэффективны.

Седативные средства

- Бензодиазепиновые транквилизаторы: тофизопам (грандаксин), мезапам, феназепам, алпразолам, диазепам (седуксен, реланиум)
- Небензодиазепиновые транквилизаторы: гидроксизин (атаракс), афобазол, этифоксин (стрезам)
- Малые нейролептики: алимемазин (тералиджен), хлорпротиксен (труксал)

Принципы назначения транквилизаторов

- Назначать в минимальных терапевтических дозах с постепенной титрацией
- Постепенное снижение дозы для профилактики синдромов отмены и отдачи
- Непрерывный прием на протяжении не более трех недель (опасность формирования зависимости и толерантности)

Спасибо за внимание!