



СИБИРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ



Мы учим и лечим с 1888 года

Гарганеева Наталья Петровна  
д-р мед. наук, профессор,  
профессор кафедры общей врачебной  
практики и поликлинической терапии  
ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России,  
Томск

# Психосоциальные факторы и проблемы приверженности в современных рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний



VIII СЪЕЗД КАРДИОЛОГОВ СФО  
Кемерово, 10- 11 октября 2019 г.

# Информация о потенциальном конфликте интересов

**Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов в докладе:**

Психосоциальные факторы и проблемы приверженности в современных рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ  
ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
от 26 декабря 2017 г. № 1640, Москва  
Об утверждении государственной программы  
Российской Федерации  
«Развитие здравоохранения» 2018-2025 гг.**

**Направление (подпрограмма) «Совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни»**

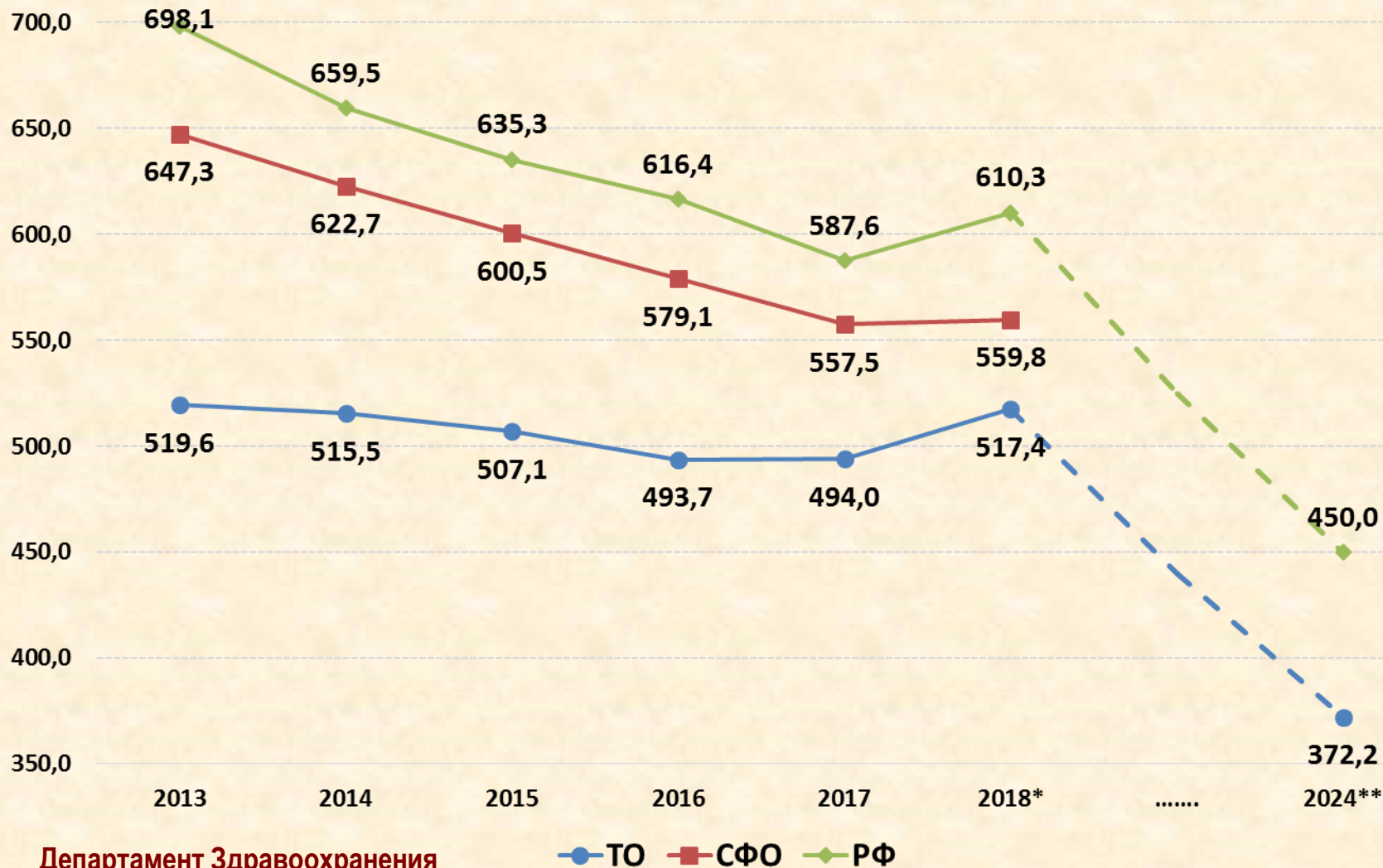
**«Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами и расстройствами поведения» 2018 - 2025 годы. (снижение уровня смертности населения за счет профилактики развития *депрессивных состояний и суицидального поведения*).**

# Цели Программы «Развитие здравоохранения» и их значения по годам реализации 2018-2025 гг.

- ➔ **цель 1 - увеличение к 2025 году ожидаемой продолжительности жизни при рождении:** к 2017 году - **до 73 лет;**  
к 2025 году - **до 76 лет;**
- ➔ **цель 2 - снижение к 2025 году смертности населения в трудоспособном возрасте:** к 2017 году - **до 509,5** на 100 тыс. насел.;  
к 2025 году - **до 380** на 100 тыс. насел.;
- ➔ **цель 3 - снижение к 2025 году смертности от болезней системы кровообращения:** к 2017 году - **до 598,7** на 100 тыс. населения;  
к 2025 году - **до 500** на 100 тыс. населен;
- ➔ **цель 4 - снижение к 2025 году смертности от новообразований (в том числе злокачественных):** к 2017 году - **до 196,9** на 100 тыс. населения;  
к 2025 году - **до 185** на 100 тыс. нас;
- ➔ **цель 5 - повышение к 2025 году удовлетворенности населения качеством медицинской помощи:** к 2017 году - **до 40 процентов;**  
к 2025 году - **до 54 процентов**

# Медико-демографическая ситуация Томской области

## Динамика смертность от Болезней системы кровообращения (случаев на 100 тыс. жителей)



Департамент Здравоохранения  
Томской области

—●— ТО —■— СФО —◆— РФ

# Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями

## Цель: снижение смертности от болезней системы кровообращения

Наименование показателя	Базовое значение 31.12.2017	2024 год
Снижение смертности от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения)	494,0	372,2
Больничная летальность от инфаркта миокарда, %	22,2	8,0
Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения, %	25,1	14,0
Доля рентген-эндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, к общему числу выбывших больных, перенесших ОКС, %	34,2	60,0

Е.В. Шаталова, ДЗТО, 2017



# Клинические Рекомендации для врачей кардиологов, врачей ОВП, терапевтов



European Heart Journal (2016) 37, 2315–2381  
doi:10.1093/eurheartj/ehw106

JOINT ESC GUIDELINES



## 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)

Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)

Authors/Task Force Members: Massimo F. Piepoli\* (Chairperson) (Italy),

Arno W. Hoes\* (Co-Chairperson) (The Netherlands), Christian Albus (Germany)<sup>9</sup>, Carlos Brotons (Spain), Marie-Therese Cooney (Ireland)<sup>1</sup>, Ugo Corrà (Italy), Christi Deaton (UK)<sup>1</sup>, Ian Graham (Ireland)<sup>1</sup>, Michael D. Richard Hobbs (UK)<sup>10</sup>, Maja-Lisa Løchen (Non-Germany)<sup>8</sup>, Pedro Marques-Vidal (Switzerland)<sup>1</sup>, Joakim Denham (Denmark)<sup>1</sup>, Josep Redon (Spain)<sup>5</sup>, Dimitrios J. Richter (UK)<sup>2</sup>, Yvo Smulders (The Netherlands)<sup>1</sup>, Monica Thoenes (The Netherlands)<sup>6</sup>, Ineke van der Wal (The Netherlands)<sup>1</sup>, and W. M. Monique Verschuren (The Netherlands)<sup>1</sup>

Additional Contributor: Simone Binno (Italy)

\* Corresponding authors: Massimo F. Piepoli, Heart Failure Unit, Cardiology Department, Policlinico Hospital, Italy. Tel: +39 0523 30 32 17, Fax: +39 0523 30 32 20, E-mail: mpiepoli@aic.it, m.piepoli@imperial.ac.uk; Arno W. Hoes, Julius Center for Health Sciences and Primary Care, University Medical Center Utrecht, PC Tel: +31 88 756 8193, Fax: +31 88 756 8099, E-mail: a.w.hoes@umcutrecht.nl

ESC Committee for Practice Guidelines (CPG) and National Cardiac Societies document review entities having participated in the development of this document:

Associations: European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR), European Association of Pericardial Diseases (EAP), Heart Failure Association (HFA).

Councils: Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, Council for Cardiology Practice, Council for Cardiology Pharmacotherapy

Working Groups: Cardiovascular Pharmacotherapy

The content of these European Society of Cardiology (ESC) Guidelines has been published for personal and educational use only. The ESC Guidelines may be translated or reproduced in any form without written permission from the ESC. Permission can be obtained upon submission of a written request to Euro Heart

University Press, the publisher of the European Heart Journal and the party authorized to handle such permissions on behalf of the ESC.

Disclaimer: The ESC Guidelines represent the views of the ESC and were produced after careful consideration of the scientific and medical knowledge and the evidence available at the time of their publication. The ESC is not responsible in the event of any contradiction, discrepancy and/or ambiguity between the ESC Guidelines and any other official recommendations or guidelines issued by the relevant public health authorities, in particular in relation to good use of healthcare or therapeutic strategies. Health professionals are encouraged to take the ESC Guidelines fully into account when exercising their clinical judgment, as well as in the determination and the implementation of preventive, diagnostic or therapeutic medical strategies; however, the ESC Guidelines do not override, in any way whatsoever, the individual responsibility of health professionals to make appropriate and accurate decisions in consideration of each patient's health condition and in consultation with that patient and, where appropriate and/or necessary, the patient's caregiver. Nor do the ESC Guidelines exempt health professionals from taking into full and careful consideration the relevant official updated recommendations or guidelines issued by the competent public health authorities, in order to manage each patient's case in light of the scientifically accepted data pursuant to their respective ethical and professional obligations. It is also the health professional's responsibility to verify the applicable rules and regulations relating to drugs and medical devices at the time of implementation.

© The European Society of Cardiology 2016. All rights reserved. For permissions please email: journals.permissions@oup.com.



Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации



№ 6 | 2018

Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ  
Национальная медицинская Ассоциация по изучению Сочетанных Заболеваний  
Профессиональный фонд содействия развитию медицины «ПРОМЕДФОРУМ»

### Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения

Клинические рекомендации

Москва, 2019

Клинические рекомендации

### Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения

Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ, Национальная медицинская Ассоциация по изучению Сочетанных Заболеваний, Профессиональный фонд содействия развитию медицины «ПРОМЕДФОРУМ»

Редакционная группа: Оганов Р.Г. (Председатель) (Москва), Сивачев В.М.\* (Главный координатор проекта), Бакунов И.Г. (Санкт-Петербург), Бакунов И.В. (Санкт-Петербург), Барбарис О.А. (Киев), Бойцов С.А. (Москва), Болдунов С.А. (Санкт-Петербург), Гараева Н.П. (Томск), Додонин В.А. (Москва), Карпов А.Е. (Москва), Котова Ю.В. (Москва), Алла А.М. (Москва), Лукина М.М. (Москва), Морозов Т.Е. (Москва), Перевалов А.П. (Москва), Петрова И.М. (Красноярск), Подкопан Ю.М. (Москва), Саров А.В. (Москва), Терехов А.В. (Москва), Тихонов О.Н. (Москва), Шаповал С.А. (Москва).

Сост. эксперты: Барбарис О.А. (Киев), Бойцов С.А. (Москва), Дедюха И.Н. (Москва), Лавочкин Л.Б. (Москва), Алла А.М. (Москва), Мартынов А.П. (Москва), Тихонов О.Н. (Москва).

Ключевые слова: сочетанные заболевания, коморбидность, факторы риска, терапевтические подходы, алгоритмы диагностики, терапия в клинической практике, различные полифармакологические, биологические

Вкладчики: Вкладом благодарны за помощь в издании издания доктору Заремской Т.З. (Москва)

Кардиологический журнал | 2019 | 15-16  
http://scardio.ru/15202/128-885-2019-15-16

www.scardio.ru

### Recommendations for psychosocial factors

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Multimodal behavioural interventions, integrating health education, physical exercise and psychological therapy, for psychosocial risk factors and coping with illness are recommended in patients with established CVD and psychosocial symptoms in order to improve psychosocial health.	I	A	242
I for psychotherapy, or collaborative care be considered in the case of clinically significant symptoms of depression, anxiety or hostility.	IIa	A	243, 244
Psychosocial risk factor assessment (depression) or when the factor is a diagnosable disorder (anxiety or hostility) should be considered when the risk itself is a diagnosable disorder (depression) or when the factor is classical risk factors.	IIa	B	

### Recommendation for assessment factors

Recommendation	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>	Ref <sup>c</sup>
Psychosocial risk factor assessment, using clinical interview or standardized questionnaires, should be considered to identify possible barriers to lifestyle change or adherence to medication in individuals at high CVD risk or with established CVD.	IIa	B	90–92

<sup>a</sup>Class of recommendation.

<sup>b</sup>Level of evidence.

<sup>c</sup>Reference(s) supporting recommendations.

ЕВРОПЕЙСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
СБОРНИК РЕКОМЕНДАЦИЙ  
ЕВРОПЕЙСКОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ

Коморбидная патология в клинической практике  
Клинические рекомендации

# Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения

Клинические рекомендации



Москва, 2019

## Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения

Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) РФ,  
Национальная медицинская Ассоциация по изучению Сочетанных Заболеваний,  
Профессиональный фонд содействия развитию медицины “ПРОФМЕДФОРУМ”

**Рабочая группа:** Оганов Р.Г. (Председатель) (Москва), Симаненков В.И.\* (Научный координатор проекта), Бакулин И.Г. (Санкт-Петербург), Бакулина Н.В. (Санкт-Петербург), Барбараш О.А. (Кемерово), Бойцов С.А. (Москва), Болдуева С.А. (Санкт-Петербург), Гарганеева Н.П. (Томск), Дощичин В.А. (Москва), Каратеев А.Е. (Москва), Котовская Ю.В. (Москва), Лиля А.М. (Москва), Лукьянов М.М. (Москва), Морозова Т.Е. (Москва), Переверзев А.П. (Москва), Петрова М.М. (Красноярск), Поздняков Ю.М. (Москва), Сыров А.В. (Москва), Тарасов А.В. (Москва), Ткачева О.Н. (Москва), Шальнова С.А. (Москва).

**Совет экспертов:** Барбараш О.А. (Кемерово), Бойцов С.А. (Москва), Денисов И.Н. (Москва), Лазебник Л.Б. (Москва), Лиля А.М. (Москва), Мартынов А.И. (Москва), Ткачева О.Н. (Москва).

**Ключевые слова:** сочетанные заболевания, мультиморбидность, коморбидность, факторы риска, гериатрическая коморбидность, алгоритмы диагностики, первичная и вторичная профилактика, рациональная полифармакотерапия, безопасность лечения.

**Благодарности.** Выражаем благодарность за помощь в научном редактировании доценту Заугольниковой Т.В. (Москва).

Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019;18(1):5–66  
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2019-1-5-66>

### Оглавление

Введение	8
Раздел 1 Факторы риска коморбидности	9
Раздел 2 Сердечно-сосудистая коморбидность	12
Раздел 3 Метаболический синдром	15
Раздел 4 Коморбидные состояния при неалкогольной жировой болезни печени	18
Раздел 5 Стабильная ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия и цереброваскулярные заболевания (сосудистая коморбидность)	22
Раздел 6 Нарушения ритма сердца у коморбидных пациентов	26
Раздел 7 Психосоциальные факторы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	30
Раздел 8 Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца и когнитивные нарушения	34
Раздел 9 Коморбидные состояния при ревматических заболеваниях	38
Раздел 10 Нежелательные явления, связанные с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов: профилактика и лечение	38
Раздел 11 Коморбидные состояния при заболеваниях желудочно-кишечного тракта	47
Раздел 12 Коморбидные состояния у лиц пожилого и старческого возраста	50
Раздел 13 Полифармакотерапия при коморбидных состояниях	54
Раздел 14 Вопросы контроля безопасности лекарственной терапии в общеклинической практике. Алгоритм действий врача в случае развития неблагоприятных побочных реакций	60
Заключение	62



## Комплаенс - (англ.: Compliance -

согласие, податливость, уступчивость) - осознанное сотрудничество между врачом, пациентом и членами его семьи, обеспечивающее заинтересованность пациента в процессе лечения, выполнения врачебных рекомендаций, эффективности терапии. Шкала комплаентности Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M., 1985.



## Приверженность к медикаментозному лечению

(англ.: Adherence to medication - приверженность, строгое соблюдение) - это степень соответствия поведения человека (прием лекарственных средств, соблюдение диеты и/или других изменений образа жизни) рекомендациям врача или медицинского работника.

(Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO, 2003)



# Например. Главные причины низкого контроля АД в повседневной жизни (ESC, 2016)

- I. Инертность врачей** (плохой контроль АД формируется вследствие нескольких факторов: *сомнения в степени риска, неадекватности дозировок и схем лечения, не знание и несоблюдения рекомендаций*)
- II. Низкая приверженность больных к лечению** (через 6 месяцев более трети, а через год – около 50% больных прекращают назначенное лечение; около 10% больных забывают принять препараты).
- III. Проблемы систем здравоохранения** в их подходах к организации помощи при хронических заболеваниях (доступность, качество, стоимость...)

# Потенциальные ФР низкой приверженности к лечению (ВОЗ)

Социо-- экономические	Связанные с лечением	Связанные с болезнью	Связанные с пациентом	Здравоохранение - пациент–врач
<p><b>Возраст</b> <b>Уровень образования</b> (низкий уровень) <b>Социально-экономический статус</b> <b>Низкий уровень социальной поддержки</b></p> <p><b>Пол</b> <b>Этнические</b> <b>Региональные</b> <b>Культуральные</b></p>	<p>Количество препаратов Кратность приема Длительность терапии Стоимость лечения Сложность схемы лечения Побочные эффекты Размер и вкус таблетки Упаковка</p>	<p>Отсутствие симптомов (бессимптомное течение) ССЗ Стабильность клинических симптомов</p> <p><b>Наличие психических расстройств (депрессия, тревога и др.), Когнитивные нарушения</b></p>	<p><b>Отсутствие мотивации и знаний о болезни</b></p> <p><b>Низкая самооценка</b> <b>Психологические особенности</b> <b>Алекситимия, аназогнозия..</b></p> <p><b>Поведенческие факторы (курение, алког. переедание,</b> <b>Участие больного</b> <b>Физические нарушения (плохое зрение, ходит с трудом)</b> <b>Нет навыков общения с больным (близкие)</b></p>	<p><b>Низкая доступность (шаговая, телекоммуникации, выездные)</b> <b>Низкое Качество медицинской помощи</b> <b>Отсутствие преемственности и Недостаток общения (эффективность диалога)</b> <b>Кратность и время визитов</b> <b>Адекватность информации</b> <b>Ответственность Пациента</b></p>



**ESCeL**  
ESC eLEARNING PLATFORM

## **European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (ESC, 2016)**

### **Psychosocial risk factors 2.4.2**

Рекомендации Европейского общества кардиологов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (версия 2016)

Психосоциальные факторы риска 2.4.2





## **Psychosocial risk factors** (*European Guidelines in cardiovascular diseases in clinical practice (version 2016)*)

«Рекомендации Европейского общества кардиологов по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (версия 2016)»

**Социальные, клинические, психологические факторы -**

**Риск развития и прогноз фатальных и нефатальных ССО**

⇒ НИЗКИЙ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ СТАТУС

⇒ ОТСУТСТВИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ

⇒ СТРЕСС острый или хронический на работе или в семье

⇒ ДЕПРЕССИЯ

⇒ ТРЕВОГА

⇒ ДРУГИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

(посттравматическое стрессовое расстройство, шизофрения)

⇒ АГРЕССИЯ (враждебность, гнев)

⇒ ТИП ЛИЧНОСТИ D (дистрессорный тип - негативизм, социальная самоизоляция)

# Психосоциальные факторы риска в контексте кардиоваскулярной профилактики у лиц с установленным диагнозом ССЗ и у лиц с высоким кардиоваскулярным риском

(Н.П. Гарганеева)



**Поведенческие факторы**  
(нездоровый образ жизни, низкий комплаенс, низкая приверженность к лечению)

# European Guidelines in cardiovascular diseases in clinical practice (2016)

## Психосоциальные факторы и риск ССЗ, оценка прогноза неблагоприятных исходов

<b>Низкий социально-экономический статус</b>	→	ОР преждевременной смерти после ИМ и ОР смерти от ССЗ 1,3–2,0
<b>Низкая социальная поддержка (социальная изоляция)</b>	→	ОР смерти и худшего прогноза от ССЗ 1,5–3,0
<b>Стресс на работе</b>	→	ОР раннего развития ИБС 1,2–1,5
<b>Стресс в семье</b>	→	ОР развития ИБС 2,7–4,0
<b>Депрессия</b>	→	ОР развития ИБС 1,6–1,9; ОР неблагоприятного прогноза 1,6–2,4
<b>Тревога (тревожность)</b>	→	ОР развития ИБС 1,3; ОШ смерти после ИМ 1,2; ОШ кардиальных событий 1,7;
<b>Панические атаки</b>	→	ОР развития ИБС 4,2
<b>Враждебность, гнев</b>	→	ОР развития и неблагоприятного прогноза ССЗ 1,2
<b>Тип личности D</b>	→	ОР развития и неблагоприятного прогноза ССЗ 2,2
<b>Посттравматическое стрессовое расстройство</b>	→	ОР развития ИБС 1,3

*Старайтесь понять поведение человека с точки зрения таких системных принципов, как самоактуализация, приход к согласию со средой, абстрактные и конкретные отношения, а не с точки зрения отдельных реакций на отдельные стимулы*

**«Принцип целостности в медицине» (1933)**

**«О двух формах приспособления к дефектам» (1940)**



**Гольдштейн Курт**

(Goldstein K., 1878 - 1965) - немецкий и американский психолог, психиатр и невролог, заложивший основы нейро- и патопсихологии и гештальт-направления в неврологии и психиатрии.



# Факторы, определяющие кардиоваскулярный риск у больных АГ (Рекомендации ESH/ESC, 2018)

## Демографические характеристики и лабораторные параметры

Пол

Возраст

Курение (в настоящем или прошлом)

Уровень общего холестерина и холестерина ЛПНП

Мочевая кислота

Сахарный диабет

## Избыточная масса тела или ожирение

Семейный анамнез развития ССЗ в молодом возрасте (менее 55 лет у мужчин, 65 лет у женщин)

Развитие АГ в молодом возрасте, у родителей или в семье

Ранняя менопауза

Малоподвижный образ жизни

## Психологические и социально-экономический факторы

ЧСС (значение в покое более 80 уд. в минуту)

# Для чего врачу-терапевту, кардиологу необходимо знать и выявлять психосоциальные факторы риска?

## Рекомендации по воздействию на психосоциальные факторы и их коррекцию

Рекомендации	Класс <sup>а</sup>	Уровень <sup>б</sup>	Ссылка <sup>с</sup>
Оценка психосоциальных факторов риска с помощью клинического опроса или стандартизированных опросников рекомендуется с целью определения возможных барьеров <b>для изменения образа жизни или приверженности к приему препаратов у лиц с высоким риском развития ССЗ (по SCORE) или с уже установленным диагнозом сердечно-сосудистого заболевания</b>	IIa	B	Albus C et al, 2004; Lichtman JH et al, 2014; Pogossova N, Saner H et al, 2015

<sup>а</sup> Класс рекомендации    <sup>б</sup> Уровень доказательности

<sup>с</sup> Ссылка(и), поддерживающая рекомендации

# Рекомендации по воздействию на психосоциальные факторы и их коррекцию (ESC, 2016)

Рекомендации	Класс <sup>а</sup>	Уровень <sup>б</sup>	Ссылка <sup>с</sup>
<p>Мультимодальные (многоплановые) поведенческие вмешательства, включающие обучение здоровому образу жизни, физические тренировки и психологическое воздействие, направленные на коррекцию психосоциальных факторов риска и преодоление болезни, должны быть рекомендованы пациентам с установленным ССЗ и психосоциальными факторами для улучшения психического здоровья.</p>	I	A	Whalley B, et all. 2014
<p>Проведение психотерапии, медикаментозного лечения или коллаборативной помощи необходимо рассматривать в случаях клинически значимых симптомов депрессии, тревоги или враждебности.</p>	IIa	A	Rutledge T, et all. 2013; Huffman JC, et all., 2014
<p>Воздействие на психосоциальные факторы риска с целью профилактики развития ИБС необходимо рассматривать в случаях, если фактор риска является диагностируемым расстройством (например, депрессия) или, если фактор усиливает риск классических кардиоваскулярных факторов.</p>	IIa	B	Stewart JC, et all, 2014; Glozier N, et all, 2013

<sup>а</sup> Класс рекомендации    <sup>б</sup> Уровень доказательности    <sup>с</sup> Ссылка(и), поддерживающая рекомендации

# Recommendation for achieving medication adherence (ESC, 2016)

## Рекомендации по достижению приверженности к медикаментозному лечению

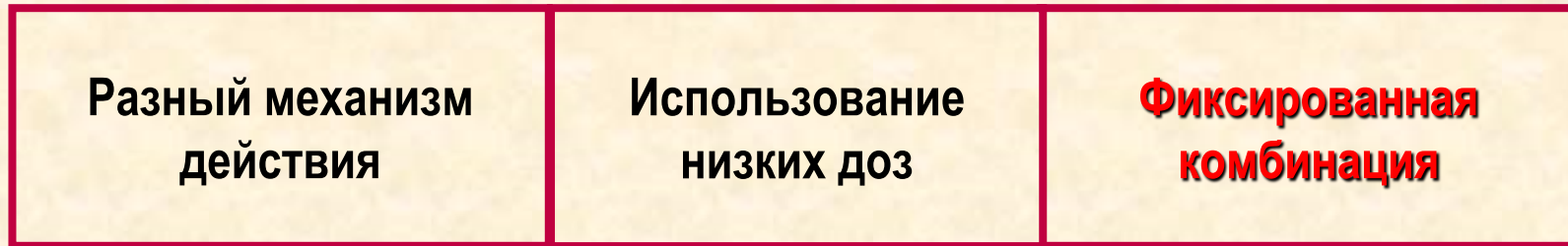
Рекомендации	Класс <sup>a</sup>	Уровень <sup>b</sup>	Ссылка <sup>c</sup>
Рекомендуется упрощение режима лечения (снижение дозировок до приемлемого низкого уровня) с постоянным контролем и обратной связью. В случае стойкого отсутствия приверженности рекомендованы многосеансовые или сочетанные поведенческие вмешательства.	I	A	Kripalani S et al. 2007
Рекомендуется оценка врачом приверженности к медикаментозному лечению и определение причин отсутствия приверженности в придерживаться дальнейших вмешательств	I	C	Chowdhury R, et al. 2013; Ho PM et al., 2009; Osterberg L. et al. 2009
Можно рассматривать использование политаблетки и сочетанной терапии в целях повышения приверженности лекарственной терапии.	IIb	B	de Cates AN et al, 2014; Castellano JM et al, 2014

<sup>a</sup> Класс рекомендации    <sup>b</sup> Уровень доказательности

<sup>c</sup> Ссылка(и), поддерживающая рекомендации



# Преимущества фиксированной комбинированной терапии



Усиление эффектов действия препарата

Хорошая переносимость (нивелирование побочных эффектов.)

Повышение приверженности, экономически выгодно

Эффективный и длительный контроль клинических и параклинических показателей приводит к снижению риска заболеваемости и смертности от ССЗ

# Основные вопросы для оценки психосоциальных факторов риска в клинической практике

**Низкий социально-экономический статус**

Какое у вас образование?  
Являетесь ли вы работником физического труда?

**Стресс на работе и в семье**

Справляетесь ли вы с требованиями на рабочем месте?  
Достойно ли вы вознаграждены за ваши усилия на рабочем месте?  
Есть ли у вас серьезные проблемы с вашим супругом (супругой)?

**Социальная изоляция**

Вы живете один? Есть ли у вас недостаток в доверенном лице?  
Не потеряли ли Вы близкого Вам человека (родственника или друга) за последний год?

**Депрессия**

Чувствуете ли вы себя подавленным, депрессивным или разочарованным?  
Бывает ли у Вас плохое настроение, чувство безнадежности?  
Вы потеряли интерес к жизни или способность получать удовольствие?

**Тревожность**

Как часто вы себя чувствуете нервным, встревоженным или раздраженным?  
Как часто вы не можете контролировать или остановить свое беспокойство?  
Бывает ли у Вас внезапное чувство страха или паника?

**Враждебность**

Как вы часто злитесь на мелочи?  
Как часто вас раздражают привычки других людей?

**Тип личности D  
(дистрессорный тип)**

Если суммировать – как часто вы себя чувствуете обеспокоенным, раздраженным или подавленным?  
Избегаете ли вы делиться своими мыслями и чувствами с другими людьми?

**Посттравматическое стрессовое расстройство**

Вы когда-либо переживали травмирующее событие?  
Страдаете ли вы ночными кошмарами или навязчивыми мыслями?

**Другие психические расстройства**

Страдаете ли вы любым другим психическим расстройством?

## **Госпитальная шкала тревоги и депрессии Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)**

(Zigmond A., Snaith R., 1983)

Опросник содержит 2 подшкалы для выявления тревоги (Т) и депрессии (Д) (пер. англ. Anxiety (тревога) – А, Depression (депрессия) – D) и включает 14 утверждений – по 7 на каждую из подшкал.

Каждому утверждению соответствует 4 варианта ответа, отражающие выраженность симптома в баллах по нарастанию - от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). Рассчитывается суммарный балл по каждой подшкале.

### **Интерпретация HADS:**

- 0-7 баллов – отсутствие достоверно выраженных симптомов;
- 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога или депрессия;
- 11 баллов и более – клинически выраженная тревога или депрессия

**Результаты тестирования не являются клиническим диагнозом, лишь указывают на уровень выявленных нарушений.**

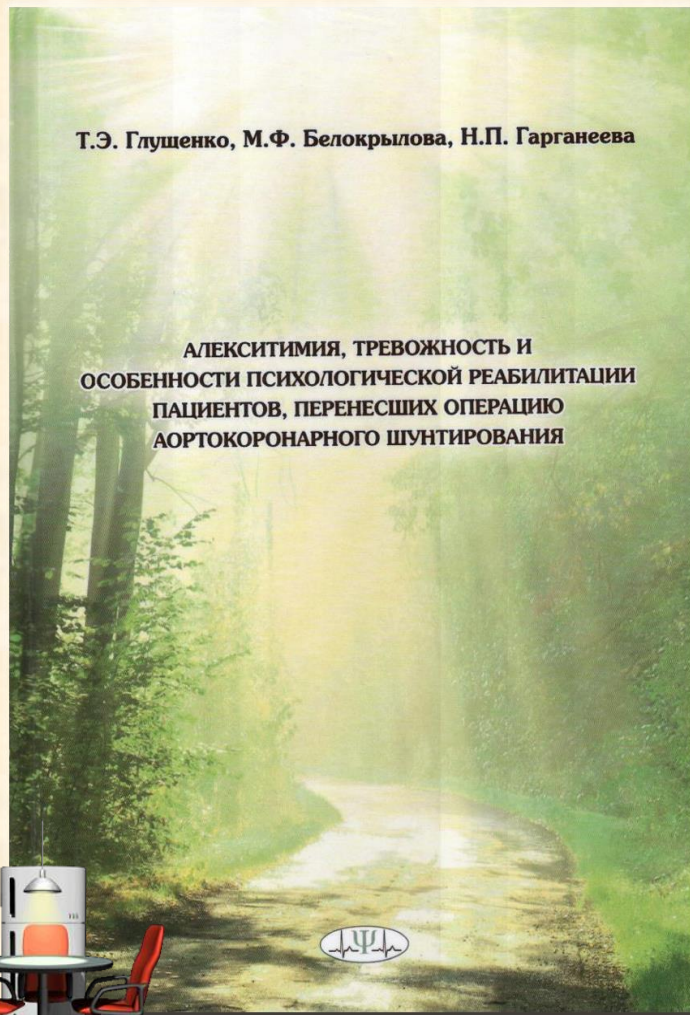
# Рекомендации по воздействию на психосоциальные факторы и их коррекцию,

## ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ:

- ✓ Справиться с психосоциальным стрессом, депрессией и тревогой, помогая, таким образом, изменить поведение и образ жизни, повысить приверженность к приему лекарственных препаратов, улучшить качество жизни и прогноз.
- ✓ Необходимо следовать принципам пациент-центрированного общения при взаимодействии с больным, учитывая половые и возрастные особенности.
- ✓ Мультимодальные (многоплановые) поведенческие вмешательства, включающие специализированные психологические вмешательства, – индивидуальное или групповое консультирование в отношении психосоциальных факторов риска и способов преодоления болезни, оказывают благоприятное воздействие на дистресс, депрессивность и тревожность в качестве дополнения к стандартным методам терапии и реабилитации.



# Главные условия реализации эффективного пациент-ориентированного подхода



- **Согласованные действия специалистов терапевтического и психиатрического профиля**
- **Доступность коллегиальной медицинской помощи для пациента в общемедицинских учреждениях**
- **Психосоматическая подготовка кардиолога, терапевта, врача терапевта участкового врача ОВП, интерниста общемедицинской сети**
- **Активное участие самого пациента**

«Люди, которые заняты возвращением здоровья другим людям,  
выказывая удивительное единение мастерства и человечности,  
стоят превыше всех великих на этой земле»

*Вольтер*

# Благодарю за внимание!



СИБИРСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ



*130 лет*

**Мы учим и лечим с 1888 года**

# Алгоритм выявления и контроль психосоциальных факторов (Гарганеева Н.П.)

Группы пациентов

Пациенты **ВЫСОКОГО** кардиоваскулярного риска

Пациенты с **УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ССЗ** (ИБС, АГ)

Факторы риска развития и прогноза ССЗ в едином континууме

**Кардиоваскулярные факторы:**

- высокий риск развития ССЗ
- пороговый уровень оценки риска по шкале SCORE

**Факторы образа жизни:**

курение, питание, физическая активность, употребление алкоголя

**Психосоциальные факторы риска**

**Социальные:**

- Низкий социально-экономический статус
- Социальная изоляция

**Психологические:**

- Стресс на работе
- Стресс в семье
- Тип личности D
- Враждебность

**Психические:**

- Тревога
- Депрессия
- ПТСР
- Другие психические расстройства

**Барьеры к воздействию на поведенческие факторы по изменению образа жизни**

Факторы нездорового образа жизни, низкий комплаенс  
Низкая приверженность к рекомендациям по лечению

**Оценка психосоциальных факторов**

**Клинический опрос**

Положительные ответы на Вопросы по выявлению психосоциальных факторов

**Скрининг с помощью шкалы HADS**

Уровень тревоги/депрессии 8 и > баллов

**Дополнительное психологическое, психиатрическое, психотерапевтическое консультирование**

**Современные стратегии профилактики. Диспансерное наблюдение групп II и III а**

У пациентов высокого кардиоваскулярного риска и больных ССЗ с коморбидными тревожными и депрессивными состояниями и другими проявлениями социально-психологической дезадаптации в условиях поликлиники



## Методы воздействия на психосоциальные факторы (ПСФ)

### Немедикаментозные методы

#### Методы психологической помощи: комплексные поведенческие вмешательства

Специализированные психологические вмешательства, направленные на коррекцию ПСФ и преодоление болезни в качестве дополнения к стандартным методам реабилитации: индивидуальное и групповое психологическое консультирование

Школа управления стрессом, Релаксационные методики (медитация, аутогенная тренировка, методика биологически обратной связи). Группы социальной поддержки – «коронарные клуб», улучшение комплаенса. Программы психологической кардиореабилитации. Школы здоровья: обучение ЗОЖ, физическим тренировкам.

#### Психотерапевтическая помощь

Когнитивно-поведенческая психотерапия клинически значимой тревоги/депрессии, враждебности, смешанных и др. состояний

### Медикаментозное лечение

#### Психофармакотерапия

Психофармакотерапия клинически значимой тревоги, депрессии, смешанных тревожно-депрессивных и др. состояний

Противотревожные препараты: бензодиазепиновые, небензодиазепиновые

Антидепрессанты новых поколений первого ряда, преимущественно СИОЗС

## Комбинированная помощь

Психологическое консультирование. Психотерапия. Психофармакотерапия

*Динамическое наблюдение и командный «коллективный» подход к лечению пациентов с участием специалистов*

Врач-интернист  
первичного звена

Клинический психолог /  
обученный персонал

Психотерапевт

Психиатр

# Взаимодействие специалистов (кардиолог/терапевт, психиатр, психотерапевт, психолог) и этапы преемственного наблюдения больных ССЗ с тревожно-депрессивными расстройствами



ОГАУЗ «Поликлиники №10»,  
Кафедра ОВП и  
поликлинической терапии  
СибГМУ, Томск



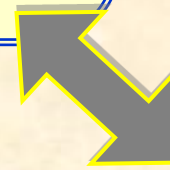
СибГМУ



НИИ кардиологии ТНИМЦ



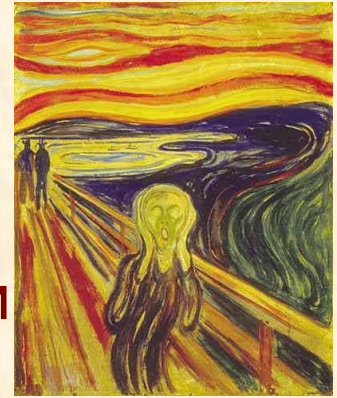
НИИ психического  
здоровья ТНИМЦ





Частота тревожных и депрессивных расстройств у больных ИБС и АГ достигает 20-30% и может достигать 50% и более при субклинических уровнях тревоги и депрессии

[Смулевич А.Б. и др. 2007; Jonas B.S., Franks P., Shinn E.N. et al., 2001; Scalco A.Z. et al., 2005; Meyer C.M., 2004; Bogner H.F., 2008].



**«Крик» (1893).**  
**Эдвард Мунк, норвежский живописец и график.**  
**В полотнах символизирует мотивы одиночества, тревоги, смерти.**

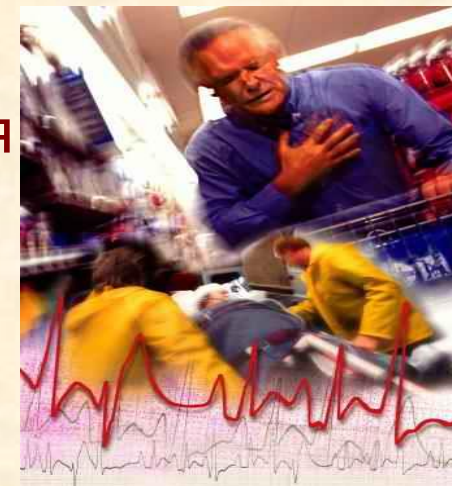
Исследование «КОМЕТА» (2017) – 30 городов России.  
У больных с АГ и ИБС, пришедших на прием к врачу-терапевту участковому, симптомы тревоги и депрессии встречались практически у половины из них.

Клинически значимая тревога – у 25,5% пациентов  
Клинически значимая депрессия – у 16,3% пациентов

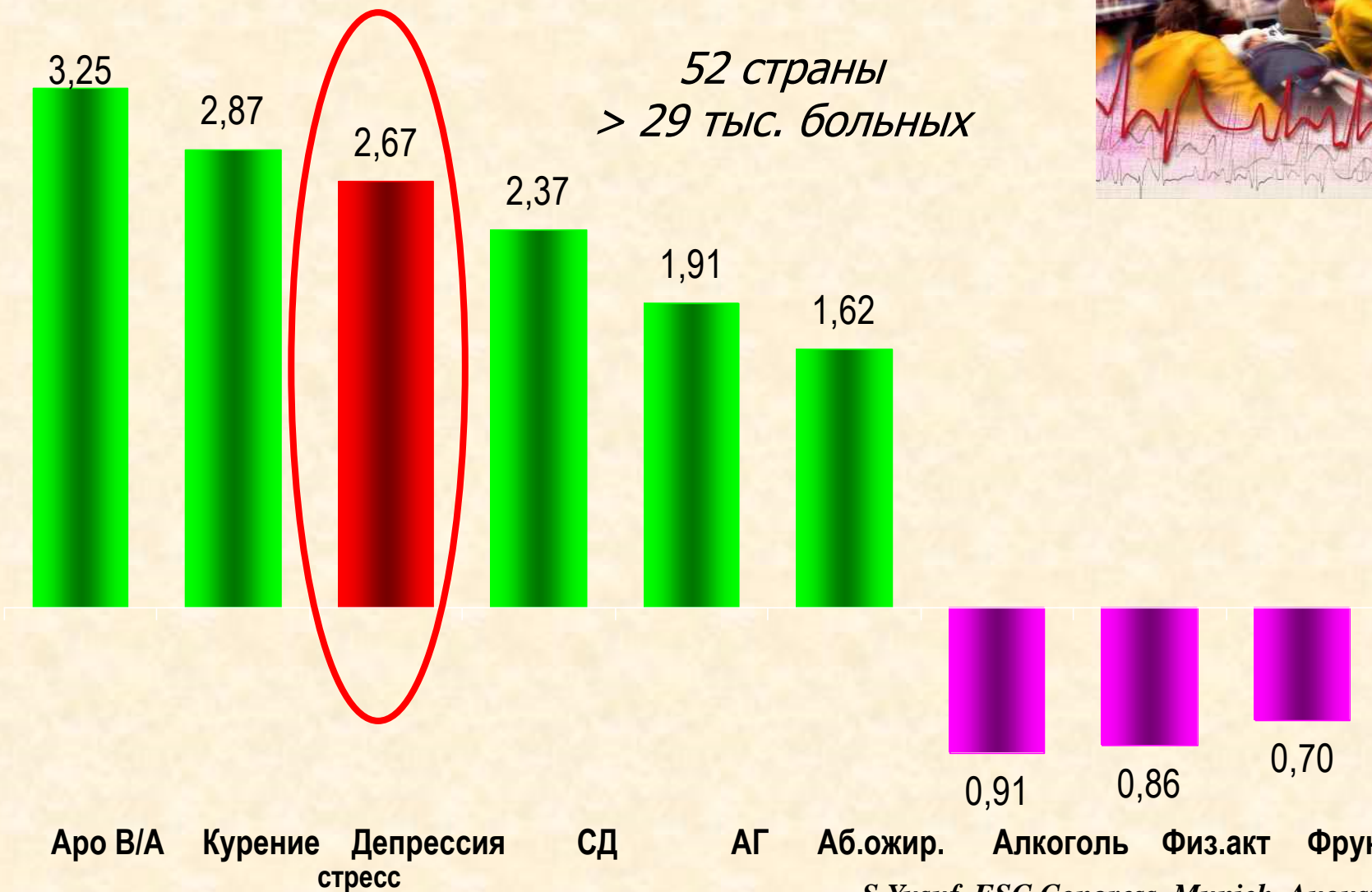
Погосова НВ, Бойцов СА, Оганов РГ, 2017

# INTER - HEART

9 факторов, определяющих риск развития инфаркта миокарда



52 страны  
> 29 тыс. больных



Крупное Международное исследование INTERHEART убедительно доказало, что кластер психосоциальных факторов риска

- **социальная депривация,**
- **стресс на работе или в семейной жизни**
- **депрессия**

ассоциируется с риском развития ИМ и занимает третье место по вкладу факторов в числе 9 других факторов кардиоваскулярного риска

[S.Yusuf, ESC Congress, Munich, August, 2004]

# Данные EUROASPIRE IV (25 европейских стран)



Более 7000 пациентов с ИБС,  
обследованных через 1,3 года  
после ИМ, ОКС, ЧКВ, АКШ

(the Hospital Anxiety and Depression Scale),

- 26,3% больных имели симптомы тревоги
- 22,4% - симптомы депрессии различной выраженности  
(в Российской когорте - **28,1%** и - **27,3%**  
соответственно)

Cooney MT, Kotseva K, Dudina A, et al., 2012;  
Погосова НВ, Оганов РГ, Бойцов СА и др., 2018



➔ **Рекомендации (ESC) по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2016)**

➔ **Национальные рекомендации по кардиоваскулярной профилактике (2017)**

➔ **Коморбидная патология в клинической практике (2017, 2019)**

➔ **Рекомендации (ESC, ESH) по лечению артериальной гипертензии (2018)**



**Для проведения мероприятий вторичной профилактики и реабилитации - важное значение имеет взаимодействие между кардиологом и врачом первичного звена (ВОП, врач-терапевт участковый), реабилитологом, фармацевтом, диетологом, другими специалистами (психотерапевт, клинический психолог)**

- ***Изменение образа жизни и контроль факторов риска***
  - ***Контроль оптимального уровня АД***
  - ***Приверженность к лечению***

**Низкая приверженность – важнейший барьер для достижения оптимальных целевых показателей и ассоциируется с худшим прогнозом**



## Основные принципы лечения депрессивных и тревожно-депрессивных состояний в кардиологической и общей медицинской практике

1. Назначать антидепрессанты только при депрессивных состояниях легкой/средней тяжести (по возможности после консультации с психиатром). Лечить тяжелые и рекуррентные депрессии может только врач-психиатр/психотерапевт;
2. Использовать антидепрессантам новых поколений, прежде всего СИОЗС;
3. Не превышать рекомендуемые терапевтические дозы антидепрессантов, например, эсциталопрам – 10 мг (1 таб. в сут.), сертралин – 50-100 мг (1-2 таб. в сут.). Эти дозы являются начальными и в то же время терапевтическими при депрессиях легкой и средней тяжести, большинстве случаев титрации дозы не требуется.
4. Учитывать некоторую отсроченность клинического эффекта большинства антидепрессантов: антидепрессивный эффект нарастает постепенно и становится значимым к концу первых двух недель терапии. Проинформировать об этом пациента с тем, чтобы он не ожидал немедленного положительного эффекта от приема антидепрессанта;
5. Соблюдать адекватную длительность курсового приема. Антидепрессивный и противотревожный эффект достигается через 1–1,5 месяца от начала терапии.

Для предотвращения возвращения симптоматики рекомендуется противорецидивная и поддерживающая терапия, длительность которой от 3 месяцев до нескольких лет, в каждой клинической ситуации определяется индивидуально. Для антидепрессантов новых поколений привыкание, а также синдром отмены не характерны.

# ПСИХОСТРЕССОРЫ Шкала выраженности психотравмирующих воздействий (для взрослых, по DSM-III-R)

Выраженность психотравмы	Примеры психотравмирующих воздействий	
	Острые психотравмы (длительность менее 6 мес.)	Хронические психотравмы (длительность более 6 мес.)
<b>Отсутствует</b>	Не было острых психотравм, которые могут быть связаны с заболеванием	Не было затяжных психотравмирующих обстоятельств, которые могут быть связаны с заболеванием
<b>Незначительная</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Разрыв с другом (подругой)</li> <li>•Начало или окончание обучения</li> <li>•Отъезд ребенка из дома</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Семейные ссоры</li> <li>•Неудовлетворенность работой</li> </ul>
<b>Умеренная</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Женитьба</li> <li>•Разлука</li> <li>•Потеря работы</li> <li>•Отставка</li> <li>•Аборт</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Разлад в семье</li> <li>•Серьезные финансовые затруднения</li> <li>•Конфликт с начальством</li> <li>•Быть «родителем одиночкой»</li> </ul>
<b>Выраженная</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Развод</li> <li>•Рождение первого ребенка</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Безработица</li> <li>•Бедность</li> </ul>
<b>Экстремальная</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Смерть супруга</li> <li>•Серьезные соматические заболевания</li> <li>•Стать жертвой насилия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Серьезная хроническая болезнь (у себя или ребенка)</li> </ul>
<b>Катастрофическая</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Смерть ребенка</li> <li>•Суицид супруга</li> <li>•Стихийные бедствия</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Оказаться заложником</li> <li>•Пребывание в плену, в концентрационном лагере</li> </ul>

# Влияние психосоциальных факторов на кардиоваскулярный риск и прогноз

## Психические расстройства (клинические проявления)

- ➔ Клиническая депрессия и депрессивные симптомы являются предикторами возникновения ИБС (ОР 1,6 и 1,9, соответственно) и ухудшают ее прогноз (ОР 1,6 и 2,4, соответственно).
- ➔ Панические атаки повышают риск возникновения ИБС (ОР 4,2).
- ➔ Тревога – самостоятельный ФР возникновения ИБС (ОР 1,3), для сердечной смерти после ОИМ (острый инфаркт миокарда) - соотношение шансов (ОШ) 1,2 и кардиальных событий (ОШ 1,7).
- ➔ Мета-анализы: 1,5-кратный риск возникновения ССЗ, 1,2-кратный риск ИБС и 1,7-кратный риск инсульта у пациентов с шизофренией
- ➔ 1,3-кратный риск возникновения ИБС, даже после адаптации по депрессии у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством.

## Влияние психосоциальных факторов на сердечно-сосудистый риск и прогноз

### Острые и хронические стрессорные факторы (психосоциальный стресс)

- ⇒ Острые психические стрессоры (серьезные жизненные события) могут быть триггерами острого коронарного синдрома (ACS).  
Личные стрессоры – острые негативные эмоции (взрыв гнева, горя).
- ⇒ После смерти значимого человека (потеря близкого) частота встречаемости острого инфаркта миокарда (ОИМ) повышается в 21 раз в течение первых 24 часов, постепенно снижаясь в течение последующих дней.



Nawrot TS et al Public health importance of triggers of myocardial infarction: a comparative risk assessment. *Lancet* 2011;377: 732–740.  
Mostofsky E et al Outbursts of anger as a trigger of acute cardiovascular events: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J* 2014;35: 1404–1410.



# Влияние психосоциальных факторов на кардиоваскулярный риск и прогноз

## Стресс на рабочем месте и в семейной жизни

- ➔ Хронический стресс на рабочем месте (значительная продолжительность работы, сверхурочная работа, высокие психологические требования, увольнение, несправедливость), особенно значимы для мужчин – повышает риск развития ИБС (ОР) 1.2– 1.5.
- ➔ Длительные стрессовые условия в семейной жизни повышают риск ИБС (ОР 2.7–4.0).

[Eaker ED et al Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study. Psychosom Med 2007;69:509–513].

[Kivimaki M, Jokela M, Nyberg ST, SinghLong working hours and risk of coronary heart disease and stroke: a systematic review and meta-analysis of published and unpublished data for 603 838 individuals. Lancet 2015;386:1739–1746].



# Влияние психосоциальных факторов на кардиоваскулярный риск и прогноз

## Социальные факторы



- ➔ **Низкий социально-экономический статус**  
(низкий уровень образования, низкий уровень дохода, непрестижная работа, потеря работы, проживание в неблагоприятном «бедном» районе) пациенты имеют более высокий риск смерти от всех причин, включая ССЗ (ОР смерти от ССЗ, ИБС 1,3 – 2,0) [Albert MA et al, 2006; Alter DA et al, 2014].
- ➔ **Социальная изоляция или низкая социальная поддержка**  
Лица, не имеющие социальной поддержки, изолированы или обособлены от других, имеют повышенный риск преждевременно смерти от ИБС. Недостаток социальной поддержки снижает выживаемость и ведет к неблагоприятному прогнозу при ССЗ (ОР смерти от ССЗ, ИБС 1,5 – 3,0) [Mookadam F, 2004; Lett et al, 2005; Barth J, 2010].

# Влияние психосоциальных факторов на кардиоваскулярный риск и прогноз

## Психологические проявления

- ➔ **Враждебность, гнев.** Является чертой характера (чрезмерная подозрительность, раздражительность, гнев, агрессивные отношения), ассоциируется с повышенным риском СС событий как **у здоровых, так и больных ССЗ (ОР 1,2)** [Chida Y all, 2009].
- ➔ **Тип личности D «distressed» - страдающий.** Тип личности Д является предиктором неблагоприятного прогноза **у больных ИБС (ОР 2,2)** [Grande et all, 2012].  
Тип личности Д отличает не только негативная возбудимость (негативная аффективность), но и подавление эмоций и поведенческих реакций (социальное подавление) из-за страха быть непонятыми другими людьми, следствием которых являются хроническое напряжение, пессимизм, низкий уровень положительных эмоций, приводящие к эмоциональному истощению.