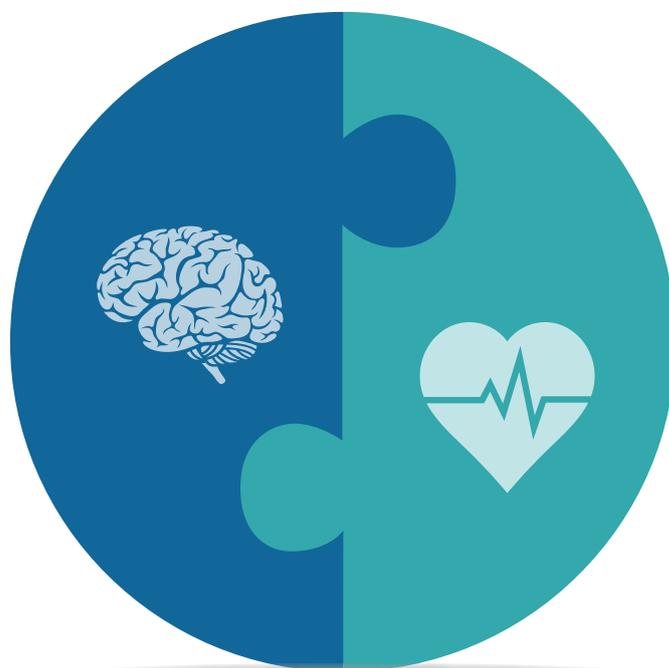




Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро



# Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями

Справочный технический доклад в поддержку осуществления  
Европейского плана действий в области психического здоровья, 2013–2020  
гг., и Плана действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными  
заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025 гг.



# Решение проблем коморбидности между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями

Справочный технический доклад в поддержку осуществления Европейского плана действий в области психического здоровья, 2013–2020 гг., и Плана действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025 гг.

Alan Cohen



Всемирная организация  
здравоохранения

Европейское региональное бюро

# Реферат

Сокращение ожидаемой продолжительности здоровой жизни в связи с высоким бременем психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) является серьезной проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе. Связи между психическими расстройствами и основными НИЗ достоверно установлены. Однако в клинической практике нередко упускаются из виду психические расстройства у пациентов с НИЗ, равно как и НИЗ – у пациентов с психическими расстройствами. Если уделять больше внимания проблемам коморбидности, можно сократить преждевременную смертность и инвалидность. В настоящем докладе рассмотрены потребности людей работоспособного возраста с психическими расстройствами, такими как распространенные психические нарушения (депрессия, тревога), и с более тяжелыми состояниями, такими как шизофрения и биполярное аффективное расстройство. В нем также проанализированы нужды пациентов с НИЗ, в частности с такими, как сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет. Доклад является справочным техническим документом в поддержку осуществления Европейского плана действий в области психического здоровья, 2013–2020 гг. и Плана действий ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ, 2016–2025 гг. Ожидается, что он внесет вклад в углубление понимания проблемы коморбидности специалистами в области общественного здравоохранения и клиническими работниками, что, в свою очередь, будет способствовать развитию более интегрированного подхода к оказанию помощи пациентам с коморбидностью.

## Ключевые слова

MENTAL HEALTH  
CHRONIC DISEASE  
HEALTH-CARE SYSTEMS  
HEALTH  
COMORBIDITY  
NONCOMMUNICABLE DISEASES

ISBN: 9789289052566

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications  
WHO Regional Office for Europe  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

## © Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности.

Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

# Содержание

Выражение благодарности	iv
Глоссарий	v
Сокращения	v
Резюме	vi
1. Введение	1
1.1 Бремя психических расстройств и основные неинфекционные заболевания	1
1.2 Политическая приверженность делу сокращения бремени психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний	1
1.3 Обоснование и тематический охват настоящего доклада	2
2. Взаимосвязи между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями	3
2.1 Диабет	3
2.2 Сердечно-сосудистые заболевания	9
2.3 Хронические респираторные заболевания	17
2.4 Рак	23
3. Значение для служб здравоохранения	28
3.1 Предоставление услуг здравоохранения	28
3.2 Укрепление знаний и навыков медицинских работников	29
4. Выводы	31
5. Библиография	32

# Выражение благодарности

Настоящий доклад написан д-ром Alan Cohen, директором по первичной медико-санитарной помощи Центра психического здоровья Западного Лондона (West London Mental Health Trust).

Автор получил полезные рекомендации и поддержку от д-ра Dan Chisholm, д-ра Jill Farrington, д-ра Matt Muijen и д-ра Elena Shevkun, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Д-р Marilys Corbex и д-р Juan Tello, Европейское региональное бюро ВОЗ, дали полезные замечания в процессе коллегиального рецензирования.

Доклад был подготовлен под общим руководством д-ра Gauden Galea, директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Правительство Российской Федерации внесло вклад в финансирование подготовки данной публикации по линии Европейского офиса ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (Офис по НИЗ).

# Глоссарий

Интегрированная медицинская помощь	Подход, направленный на укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, путем комплексного оказания качественных услуг на протяжении всей жизни, которые разработаны в соответствии с многоплановыми потребностями целых групп населения и отдельных лиц и предоставляются скоординированной многопрофильной группой поставщиков, работающих в различных условиях и на различных уровнях оказания медицинской помощи (1).
Коморбидность	Наличие одного или нескольких дополнительных заболеваний или расстройств наряду с первичным заболеванием или расстройством.
Мультиморбидность, множественная патология	Одновременное наличие у одного пациента двух или более хронических нарушений здоровья.
Неинфекционные заболевания	Неинфекционные заболевания (НИЗ), или хронические заболевания, не передаются от человека человеку. Они протекают в течение длительного времени и, как правило, медленно прогрессируют. Различают следующие четыре группы неинфекционных заболеваний: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ, такие как инфаркт миокарда и инсульт), злокачественные новообразования, хронические респираторные заболевания (такие как хроническая обструктивная болезнь легких и астма) и диабет.
Распространенные психические расстройства	Термин относится к двум основным диагностическим категориям: депрессивные расстройства и тревожные расстройства. Эти состояния широко распространены среди населения, они влияют на настроение и эмоции. Их проявления варьируются от легких до тяжелых и могут длиться от месяцев до многих лет. Такие расстройства представляют собой клинически выраженные нарушения психического здоровья; их следует отличать от ощущений грусти, напряжения или страха, которые любой человек может испытывать время от времени в течение жизни (2).
Тяжелые психические расстройства	Включают биполярное аффективное расстройство, шизофрению и другие психозы.

## Сокращения

НИЗ	неинфекционные заболевания
ССЗ	сердечно-сосудистые заболевания
ХОБЛ	хроническая обструктивная болезнь легких
DALY	утраченный год жизни в результате преждевременной смертности и неполного здоровья, утраченный год здоровой жизни (disability-adjusted life year)
HbA1c	гликогемоглобин

# Резюме

Сокращение ожидаемой продолжительности здоровой жизни в связи с тяжелым бременем психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) является серьезной проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе. Хотя и предпринимаются шаги по наращиванию мер общественного здравоохранения для борьбы с этими видами патологии, гораздо меньше внимания уделяется изучению имеющихся между ними прочных связей.

Психические расстройства влияют на НИЗ и, в свою очередь, находятся под влиянием последних: они могут выступать в качестве как предшественников, так и последствий НИЗ, таких как сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), диабет или рак. Факторы риска таких заболеваний – малоподвижный образ жизни и злоупотребление алкоголем – одновременно являются факторами риска психических расстройств и обуславливают тесную связь между обеими группами нарушений здоровья. Тем не менее в повседневной клинической практике такие взаимодействия и факторы коморбидности, как правило, не учитываются.

Настоящий доклад призван внести вклад в углубление понимания проблемы коморбидности и предоставить фактические данные, которые могут быть использованы организаторами здравоохранения и клиницистами в целях продвижения более комплексного подхода к оказанию помощи пациентам с коморбидными состояниями. Основное внимание уделено взаимосвязям между распространенными и тяжелыми психическими расстройствами и четырем «главными» группами НИЗ, которые явились предметом обсуждения на совещании высокого уровня ООН по НИЗ, такими как ССЗ, диабет, рак и хронические респираторные заболевания. К распространенным психическим расстройствам относятся депрессивные и тревожные расстройства; тяжелые психические расстройства включают психозы и биполярное аффективное расстройство.

## Психические расстройства и диабет

*Распространенные психические расстройства.* Взаимосвязь между диабетом и депрессией носит двунаправленный характер: у лиц с диабетом с большей вероятностью развивается депрессия, и депрессия, в свою очередь, является фактором риска диабета. Лица с диабетом должны проходить регулярную проверку на предмет возможного развития депрессии. Поэтому медицинские работники, которые оказывают помощь пациентам с диабетом, должны уметь выявлять пациентов в состоянии депрессии и знать, как контролировать депрессию, или направлять пациентов к медицинским специалистам с надлежащей подготовкой и обладающим необходимыми ресурсами.

*Тяжелые психические расстройства.* Диабет более распространен среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Поэтому медицинские работники, оказывающие помощь таким пациентам, должны ориентироваться в клинических характеристиках диабета и быть в состоянии выявить потенциальные жизнеугрожающие эпизоды. Следует разрабатывать и апробировать модели интегрированной помощи для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами и диабетом.

## Психические расстройства и ССЗ

*Распространенные психические расстройства.* Депрессия и тревога являются прогностическими факторами развития ССЗ и ухудшают их прогноз, однако нет доказательств того, что скрининг на депрессию и тревогу или лечение этих состояний улучшает исходы сердечно-сосудистых заболеваний. Так, например, скрининг на депрессию и лечение депрессии не позволяют предотвратить инфаркт миокарда. Распространенное сосуществование нескольких НИЗ, таких как диабет, гипертония и депрессия, указывает на необходимость более комплексного подхода к планированию и предоставлению услуг здравоохранения и к улучшению взаимодействий между специалистами в области охраны психического и соматического здоровья.

*Тяжелые психические расстройства.* Наиболее частая причина смерти среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами, такими как шизофрения и биполярное расстройство, – это ССЗ. Выявление и контроль изменяемых

факторов риска ССЗ (таких как употребление алкоголя и табака) среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами позволяет снизить риск преждевременной смерти. Дискриминация в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами создает препятствия для их доступа к услугам и повышает риск преждевременной смерти и инвалидности по причине ССЗ. Устранение дискриминации будет, таким образом, способствовать улучшению доступа к медицинской помощи при нарушениях соматического здоровья для людей с тяжелыми психическими расстройствами.

## **Психические расстройства и хронические респираторные заболевания**

*Распространенные психические расстройства.* У лиц с респираторными заболеваниями часто развиваются тревога и депрессия. Поскольку хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и астма проявляются в виде непредсказуемых и угрожающих жизни приступов, сопутствующее присутствие тревожных расстройств не вызывает удивления; также неудивительно, что, ввиду прогрессирующей инвалидизации, характерной для ХОБЛ, у таких пациентов часто наблюдается депрессия. Взаимосвязи между распространенными психическими расстройствами и хроническими респираторными заболеваниями являются двунаправленными, сложными и недостаточно изученными. Легочная реабилитация – это подход с применением многопрофильных бригад для реабилитационной помощи лицам с хроническими респираторными заболеваниями, такими как ХОБЛ, которая включает физиотерапию, трудотерапию, рекомендации по отказу от курения и психологическую помощь.

*Тяжелые психические расстройства.* Среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами больше курильщиков, чем среди общего населения. Курение – это основная причина ХОБЛ и обострений астмы. Поскольку ХОБЛ и астма более распространены среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами, курение – это важный фактор, способствующий повышению уровня их смертности и заболеваемости. Популяризация и доступность для людей с психическими расстройствами надлежащим образом адаптированных программ в помощь желающим отказаться от курения позволит снизить частоту случаев заболеваний, обусловленных курением, и улучшить показатели здоровья.

## **Психические расстройства и рак**

*Распространенные психические расстройства.* У 25% пациентов с онкологическим заболеванием имеется одно из распространенных психических расстройств, таких как тревога или депрессия. Имеются научно обоснованные подходы для выявления лиц, получающих паллиативную помощь, которым показано лечение депрессии или тревоги.

*Тяжелые психические расстройства.* Онкологические заболевания могут быть распространены среди лиц с психозами, однако это с большей вероятностью вызывается факторами образа жизни (например, курением), нежели самим психозом. Лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью получают услуги медицинской помощи, поэтому при наличии онкологического заболевания они, как правило, обращаются к врачу на более запущенных стадиях, что обуславливает менее благоприятные уровни выживания по сравнению с лицами без тяжелых психических расстройств. Поэтому в процессе планирования здравоохранения и организации медицинской помощи следует уделять приоритетное внимание улучшению доступа к услугам здравоохранения и сокращению дискриминации для этой группы пациентов.

## **Значение для систем и услуг здравоохранения**

*Предоставление услуг.* Решение проблем, связанных с коморбидностью между психическими расстройствами и основными НИЗ, требует принятия интегрированного, индивидуально ориентированного подхода ко всем процессам организации, управления и совершенствования в сфере услуг здравоохранения. Принципы и практика такого подхода изложены в Рамочной основе для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, опубликованной Европейским региональным бюро ВОЗ. Интеграция услуг позволяет повысить уровни удовлетворенности пациентов и соблюдение ими назначенного режима лечения, а также улучшить показатели здоровья. Имеются также убедительные свидетельства в пользу того, что интеграция услуг с применением популяционного подхода является эффективной с позиций затрат. В течение последних 20 лет был предложен ряд моделей оказания услуг при психических расстройствах на уровне первичной медико-санитарной помощи и в местных сообществах, включая модель коллаборативной помощи, которая продемонстрировала

стабильно благоприятные результаты лечения пациентов. Имеются убедительные фактические данные в пользу эффективности коллаборативной помощи в лечении распространенных психических расстройств. Эти подходы также следует применять, когда такие расстройства возникают в комбинации с основными НИЗ.

*Развитие кадровых ресурсов.* Медицинские работники нередко испытывают трудности при работе в составе бригад и при необходимости сотрудничества с работниками за пределами своей специальности. Интегрированный, ориентированный на индивидуальные нужды подход к предоставлению услуг требует пересмотра компетенций медицинских кадров. Врачам и медицинским сестрам первичного звена необходимы знания и навыки для выявления и контроля наиболее распространенных психических расстройств, таких как тревога и депрессия, которые часто возникают среди пациентов с ССЗ, онкологическими заболеваниями, диабетом и респираторными расстройствами. В равной степени больничные клиницисты должны обладать знаниями и навыками, для того чтобы выявлять психические расстройства среди госпитализированных пациентов с основными НИЗ и направлять их к соответствующим специалистам для оказания помощи. Специалисты в области охраны психического здоровья, со своей стороны, должны обладать знаниями и навыками для выявления лиц, подвергающихся риску НИЗ, таких как диабет, и направлять их для оказания специализированной помощи. Вопросы диагностики и контроля коморбидных хронических расстройств освещены лишь в немногих современных клинических руководствах, и эта область также нуждается в развитии и интеграции.

# 1. Введение

Растущая распространенность коморбидности между психическими расстройствами и основными НИЗ в Европейском регионе находит все более полное отражение в стратегических документах ВОЗ, утвержденных европейскими государствами-членами, в частности таких, как *Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 гг. (3)* и *План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ (4)*. В этих планах охарактеризована проблема коморбидности и предложены соответствующие меры. Основная задача теперь – это действия.

Настоящий доклад призван внести вклад в углубление понимания проблемы коморбидности и предоставить фактические данные, которые могут быть использованы руководителями, определяющими политику, в целях продвижения более комплексного подхода к оказанию помощи пациентам с коморбидными состояниями. Доклад содержит рекомендацию о подготовке пакетов услуг клинической помощи, и в нем предложены определенные меры по реструктуризации оказания помощи в целях предоставления таких пакетов. Доклад может также служить в качестве справочного материала для повышения квалификации врачей по вопросам оказания помощи пациентам с коморбидными состояниями, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи.

## 1.1 Бремя психических расстройств и основные неинфекционные заболевания

Психические расстройства с учетом их распространенности и бремени связанной с ними заболеваемости и инвалидности являются одной из самых больших проблем общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Такие нарушения, как депрессия, тревожные расстройства и шизофрения, являются во многих странах главной причиной нетрудоспособности и досрочного прекращения трудовой деятельности и представляют собой тяжелое бремя для экономики, а потому требуют принятия мер стратегического характера (4).

НИЗ, главным образом ССЗ, онкологические, хронические респираторные заболевания и диабет, являются наиболее распространенными причинами смерти во всем мире и несут с собой наиболее тяжелое бремя для Европейского региона. Две группы болезней, ССЗ и рак, являются причиной почти трех четвертей всех случаев смерти в Регионе; ССЗ, рак и психические расстройства в совокупности определяют более половины общего бремени болезней (измеренного числом утраченных лет здоровой жизни – DALY) (4).

Однако в этих самих по себе тревожных статистических данных не учитывается важность взаимодействий между индивидуальными заболеваниями или патологическими состояниями и их глубинными факторами риска. Психические расстройства влияют на НИЗ и, в свою очередь, находятся под их влиянием: они могут выступать в качестве как предшественников, так и последствий НИЗ, таких как ССЗ, диабет или рак. Факторы риска таких заболеваний – малоподвижный образ жизни и злоупотребление алкоголем – одновременно являются факторами риска психических расстройств, что обуславливает тесную связь обеих групп нарушений здоровья. Тем не менее такие взаимодействия и факторы коморбидности систематическим образом не распознаются. Преждевременную смертность и инвалидность можно снизить, если обратить больше внимания на проблему коморбидности.

## 1.2 Политическая приверженность делу сокращения бремени психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний

В ряде стратегических документов ВОЗ, утвержденных европейскими государствами-членами, признается проблема бремени психических расстройств и основных неинфекционных заболеваний, а также связей, которые существуют между соматическим и психическим здоровьем, и важность решения этих задач. Речь идет, в частности, о следующих документах:

- *Здоровье-2020 – Европейская политика в поддержку здоровья и благополучия (5)*
- *Обзор Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (1)*

- *Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу (6)*
- *Дорожная карта. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (7)*
- *Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (8)*
- *План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ (4)*
- *Комплексный план действий в области психического здоровья, 2013–2020 гг. (9)*
- *Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 гг. (3)*
- *Прогресс на пути к обеспечению устойчивых кадров здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (10)*
- *Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом (11)*
- *Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. (12)*

В этих стратегических документах констатируется необходимость адаптировать услуги здравоохранения к новым потребностям. В XXI веке это означает, что вопросы НИЗ, хронических состояний и мультиморбидности должны быть поставлены во главу повестки дня политики в области здравоохранения. Адаптация и укрепление компетенций медицинских работников имеют важнейшее значение для движения вперед, развития новых подходов к работе, обучению, планированию, дислокации и управлению медицинскими кадрами. В стратегических документах также подчеркивается важность использования эффективных, безопасных и научно обоснованных клинических вмешательств. Наличие надлежащих клинических руководств поможет медицинским работникам в этом отношении, и те наилучшие практические подходы, которые в них описаны, представляют ценность для клиницистов. При составлении руководств необходимо учитывать национальные различия в подходах к заболеваниям и инвалидности и реагировать на потребности в обучении персонала, оказывающего помощь как при психических, так и при соматических нарушениях.

### 1.3 Обоснование и тематический охват настоящего доклада

Настоящий доклад был составлен в качестве технического справочного документа как дополнение к двум основным планам действия Европейского региона ВОЗ и в качестве технического брифинга для Европейского плана действий по психическому здоровью (3), в частности в контексте его стратегических задач 4: «Люди имеют право на безопасное и эффективное лечение при уважительном к ним отношении» — и 5: «Системы здравоохранения предоставляют всем людям качественную общемедицинскую и психиатрическую помощь». Доклад также актуален для осуществления Европейского плана действий по профилактике и борьбе с НИЗ (4), содержание которого на протяжении всего документа пересекается с положениями Плана действий по психическому здоровью, особенно в части таких приоритетных вмешательств, как «поддержка физически активного образа жизни и видов передвижения», «оценка и сокращение кардиометаболического риска», «раннее выявление и эффективное лечение основных НИЗ», а также поддерживающих вмешательств: «защита психического здоровья» и «укрепление здоровья в различных условиях социальной среды».

В докладе рассмотрены взаимосвязи между психическим и соматическим здоровьем, в частности потребности взрослых людей работоспособного возраста с психическими расстройствами, такими как распространенные психические нарушения (депрессия, тревога), и с более тяжелыми состояниями, такими как шизофрения и биполярное аффективное расстройство<sup>1</sup>. Он также охватывает потребности пациентов с НИЗ, в частности с такими, как ССЗ (ишемическая болезнь сердца, инсульт), рак, хронические респираторные заболевания и диабет. В докладе

<sup>1</sup> В соответствии с глобальным, а также региональным планом действий по психическому здоровью термин «психическое расстройство» используется на протяжении всего доклада для обозначения распознаваемого нарушения, определяемого по действующим системам классификации болезней. В литературе также нередко используется термин «нарушение психического здоровья».

не рассматриваются потребности в отношении психического здоровья применительно к детям, молодежи или пожилым людям с деменцией.

Проведен обзор клинических данных, проиллюстрированный примерами из клинической практики, где показаны сочетанные проявления психического и соматического нездоровья у конкретных пациентов. При этом сформулировано несколько положений. Во-первых, психическое и соматическое здоровье тесно взаимосвязаны. Эту связь нередко плохо понимают. Более того, эта причинно-следственная связь носит двунаправленный характер: люди с психическими расстройствами в большей степени подвержены нарушениям соматического здоровья, и наоборот. Во-вторых, благотворное влияние на людей оказывает отношение к ним как к целостным индивидуумам, без искусственного вычленения медицинских и бюрократических аспектов, обусловленного необходимостью приспособления к организационной структуре крупных медицинских учреждений.

Настоящий доклад предназначен для специалистов в области общественного здравоохранения, клиницистов и других работников здравоохранения — тех, кто имеет дело как с проблемами психического здоровья, так и с соматическими нарушениями

## 2. Взаимосвязи между психическими расстройствами и основными неинфекционными заболеваниями

### 2.1 Диабет

#### *Ключевые факты*

- В Европейском регионе 64 миллиона человек (5,2–13,3% мужчин и 3,3–14,2% женщин) живут с диабетом (13).
- Эта болезнь ежегодно является причиной десятков тысяч случаев смерти, притом что 20% случаев диабета 2-го типа можно предотвратить (13, 14).
- Более 80% случаев смерти от диабета приходится на страны с низким и средним уровнем дохода (14).
- По прогнозам ВОЗ, в 2030 г. диабет станет седьмой ведущей причиной смерти (15).
- Здоровое питание, регулярная физическая активность и поддержание нормального веса тела, а также отказ от употребления табака могут предотвратить или задержать наступление диабета 2-го типа (16).

Диабет – это хроническое заболевание, которое возникает либо когда поджелудочная железа не вырабатывает достаточное количество инсулина, либо когда организм не может эффективно использовать выработанный им инсулин (17). Типичное проявление неконтролируемого диабета – гипергликемия, которая со временем ведет к серьезным поражениям многих систем организма, особенно нервов и кровеносных сосудов.

- Диабет повышает риск развития ишемической болезни сердца и инсульта. По результатам одного из многострановых исследований, 50% пациентов с диабетом умерли от ССЗ (главным образом от ишемической болезни сердца или инсульта) (18).
- Нейропатия стопы в сочетании с нарушением периферического кровотока повышает риск развития язвенных поражений стопы с инфекционными осложнениями, в итоге приводящими к необходимости ампутации конечности.

- Диабетическая ретинопатия – это важная причина слепоты вследствие хронического прогрессирующего поражения мелких кровеносных сосудов сетчатки. Диабет является причиной 1% от всех случаев слепоты в мировом масштабе (19).
- Диабет является одной из ведущих причин почечной недостаточности (16).
- Общий риск смерти пациентов с диабетом, по крайней мере, вдвое выше, чем у людей без диабета (20).

### **Диабет и распространенные психические расстройства**

- Депрессия в два-три раза чаще встречается у лиц с диабетом по сравнению с теми, у кого нет данного заболевания (21), в большей степени среди женщин (28%), чем среди мужчин (18%) (21, 22).
- Наличие депрессии четко коррелирует с неудовлетворительным гликемическим контролем среди лиц с диабетом 1-го и 2-го типа (23).
- При наблюдении в течение свыше четырех лет развитие депрессии коррелировало с устойчиво повышенными уровнями гликогемоглобина (HbA1c) (24).
- Систематический обзор соблюдения пациентами режима противодиабетического лечения показал достоверную и сильную статистическую связь между депрессией и несоблюдением режима лечения (25).
- Метаанализ исследований осложнений диабета обнаружил значительно больший процент осложнений в форме нарушений микроциркуляции среди пациентов, которые страдали также от депрессии (26).

По опубликованному в 2008 г. прогнозу ВОЗ, к 2030 г. диабет займет седьмое место среди наиболее распространенных причин стойких нарушений здоровья на глобальном уровне, отвечая за 2,3% от всех DALY. При этом наиболее распространенной причиной стойких расстройств здоровья, на которую приходится 6,3% от всех DALY в 2030 г., будет монополярная депрессия (27).

Наличие диабета может вести к депрессии, однако депрессия также может выступать в качестве фактора риска диабета (28–30). Был предложен ряд гипотез для объяснения этой двусторонней связи, однако достаточно надежных аргументов до сих пор не представлено. Тем не менее депрессия коррелирует с 60%-ным повышением риска диабета, а диабет 2-го типа коррелирует с 15%-ным повышением риска депрессии (27).

Метаанализ 42 исследований (21) показал, что наличие диабета удваивает вероятность развития сопровождающей депрессии. Распространенность депрессии значительно выше среди женщин (28%), чем среди мужчин (11%), страдающих диабетом, и имела значительно более высокие показатели по результатам самостоятельных ответов на анкеты (31%) по сравнению с результатами диагностического опроса (11%).

Если диабет хорошо контролируется, отдаленные осложнения менее вероятны. Контроль диабета оценивается путем измерения уровня глюкозы в крови (наиболее часто при диабете 1-го типа) или HbA1c, снижение которого часто используется для оценки эффективности медикаментозного лечения диабета. Диабет хуже удается контролировать при наличии коморбидной депрессии. Метаанализ 24 исследований (23) показал, что наличие депрессии коррелирует с неудовлетворительным гликемическим контролем. Через четыре года наблюдения пациенты с диабетом и депрессией устойчиво демонстрировали более высокие уровни HbA1c, чем пациенты без депрессии (24). У пациентов с обоими состояниями отмечался на 36–38% более высокий риск смерти от любой причины через два года наблюдений (31).

Менее понятно, в какой мере лечение депрессии среди пациентов с диабетом улучшает гликемический контроль. Ни в одном из трех исследований (32–34) воздействия антидепрессантов на гликемический контроль не было выявлено существенного улучшения уровней HbA1c. Более недавний метаанализ 14 рандомизированных контрольных испытаний (35) показал, что психотерапевтические вмешательства наряду с самостоятельным контролем диабета параллельно снижали депрессивные симптомы и улучшали гликемический контроль. При этом изолированное применение антидепрессантов (кроме сертралина) не улучшало контроль диабета. HbA1c повышался на 0,5%,

показывая, что психотерапевтическое вмешательство было, по крайней мере, настолько же эффективным, как и применение некоторых противодиабетических препаратов.

Если принимать во внимание связь между депрессией и диабетом, неудивительно, что, по результатам ряда исследований, пациенты с обоими состояниями более интенсивно пользуются услугами медицинской помощи. В 2007 г. в Соединенном Королевстве лица с предполагаемым наличием двух состояний чаще были госпитализированы и чаще обращались к врачам первичной помощи по сравнению с пациентами, имевшими лишь одно из расстройств (36). В США риск госпитализации для лиц с двумя состояниями был в 2,8 раза выше по сравнению с пациентами с одним из состояний, и они дольше пребывали в стационаре (37).

Le et al. обнаружили, что стоимость оказания помощи для лиц только с диабетом составляла 1297 долл. США, а для лиц с коморбидной депрессией – 3264 долл. США. Общие расходы на здравоохранение для пациентов только с диабетом составляли 4819 долл. США, а с двумя состояниями – 19 298 долл. США. В других исследованиях (39, 40) было обнаружено, что стоимость медицинской помощи для лиц с двумя состояниями была в два раза выше по сравнению с пациентами без депрессии и что лица первой группы в большем объеме использовали амбулаторную помощь и им назначалось больше лекарств. Исследование в США, посвященное оценке экономической выгоды лечения депрессии среди пациентов с диабетом (41, 42), показало наличие как экономического, так и клинического эффекта. Следует с осторожностью относиться к выводам о том, что аналогичной экономии можно добиться и в странах с другими системами оказания помощи.

### **История болезни Анны**

*Общие сведения.* Анна – 48-летняя женщина с диабетом 2-го типа. Обратилась к врачу первичной помощи с жалобами на кашель, другие признаки простуды и продолжающуюся в течение ряда месяцев слабость и утомляемость.

*Клинический анамнез.* Пациентка на протяжении семи лет страдает от диабета 2-го типа, по поводу которого принимает метформин по 500 мг дважды в день. Она не обращалась к своему семейному врачу в течение последних 15 месяцев и в это время не проходила рекомендованную врачом проверку крови на диабет. У нее нет никаких других заболеваний или лекарственной аллергии. Врач не очень хорошо знаком с этой пациенткой. В ее клинических записях указано, что она замужем, имеет двоих детей, не курит, работает в качестве административного помощника.

*Консультация.* Семейный врач вначале оценивает жалобы больной – кашель и симптомы простуды – и выясняет, что эти нарушения наблюдаются в течение последних пяти дней, однако температура не повышалась. Грудная клетка и глотка при обследовании без патологии. Прежде чем обсуждать вопросы оказания помощи, врач сообщает пациентке, что, по его мнению, у нее имеется вирусная инфекция, что ее самочувствие улучшится и что ей не требуется назначение антибиотиков. Анна выглядит огорченной и настаивает на том, что должна как можно быстрее выздороветь, потому что на следующей неделе ей необходимо идти на судебное заседание.

Врач узнает, что 18-летний сын Анны пойдет под суд на следующей неделе и она очень обеспокоена тем, что ему предстоит. Она развелась приблизительно шесть месяцев назад и не получает никакой финансовой поддержки от бывшего мужа. Она практически не спит, очень плохо ест и начала терять вес. Однако иногда она, напротив, набрасывается на еду и затем чувствует себя виноватой, поскольку знает, что это вредно из-за ее диабета. Ее работодатель испытывает финансовые трудности, и она боится потерять свое место. Она говорит, что в настоящее время у нее трудные обстоятельства, испытывает озабоченность по многим вопросам и иногда чувствует, что хочет «избавиться от всего этого».

*Клинические аспекты.* Семейный врач столкнулся с довольно типичной проблемой: обычные жалобы на кашель и боль в горле превратились во что-то гораздо более сложное. Различные аспекты имеют равным образом значимую роль и должны быть внимательно рассмотрены.

*Контроль диабета.* В идеале пациенты с диабетом должны посещать врача не реже одного раза в год для проверки своего состояния, выявления тех или иных осложнений и получения совета и поддержки. Анна не обращалась к врачу или медицинской сестре в течение свыше 15 месяцев, и ее состояние не проверялось. Следует пересмотреть состояние контроля диабета, проверить, не поражены ли наиболее уязвимые органы, путем анализа крови и мочи и общего осмотра. Врач прогнозирует следующее:

- диабет у Анны плохо проконтролирован (23);
- ей потребуется больше эпизодов госпитализации и обращений в учреждения первичной помощи (36), и она подвергается риску преждевременной смерти (31);
- пациентке потребуется увеличить дозу лекарства для лечения диабета (39, 40).

*Контроль депрессии.* Судя по истории болезни Анны, депрессия является возможным диагнозом, и семейному врачу нужно будет решить, следует ли проводить более глубокое обследование в ходе настоящей консультации или назначить следующее посещение. Врачу необходимо рассмотреть ряд вопросов.

- Каков наилучший путь диагностики: только опрос пациента или дополнительное анкетирование?
- Что будет означать для Анны диагноз депрессии? Имеется ли вероятность возникновения стигмы? Повлияет ли диагноз на доступ Анны к услугам, финансируемым государством? Разрешается ли врачу (по закону) ставить диагноз психического нарушения?
- Какие варианты лечения имеются? В некоторых государствах-членах семейным врачам закон не разрешает ставить диагноз психического расстройства или назначать психотропные препараты. В настоящем случае антидепрессанты не повлияют на контроль диабета, однако когнитивная поведенческая терапия могла бы улучшить контроль как диабета, так и депрессии (35).

## **Диабет и тяжелые психические расстройства**

- Диабет встречается в два-три раза чаще среди пациентов с психозами, шизофренией или биполярным расстройством (43).
- Лица с диабетом и психотическим расстройством подвержены более высокому риску преждевременной смерти по сравнению с пациентами, страдающими только от диабета (43).
- Свыше 70% лиц с тяжелыми психическими расстройствами курят, что существенно повышает риск микрососудистых осложнений при диабете. По имеющимся оценкам, курение повышает риск осложнений диабета в 14 раз (44), в том числе в отношении ССЗ, почечной недостаточности, потери зрения и эректильной дисфункции.
- В мировом масштабе свыше 21 миллиона человек страдают от шизофрении (45) и такое же число – от биполярных расстройств. В Европе доля лиц с шизофренией и биполярным расстройством составляет примерно 2% всего населения (46).

Диабет более распространен среди лиц с психозами и шизофренией по трем причинам: эффекты атипичных антипсихотических препаратов, связи между диабетом и шизофренией, факторы культурного контекста и образа жизни. Относительную важность каждой причины трудно выделить, но достаточно признать, что они играют сложную взаимосвязанную роль в повышении распространенности диабета.

Хорошо известно, что антипсихотические препараты второго поколения и более новые препараты вызывают ожирение и диабет (47, 48). В Заявлении о консенсусе от 2004 г. (49) представлены данные, убедительно свидетельствующие о наличии повышенного уровня ожирения и диабета среди лиц, принимающих антипсихотические препараты, хотя авторы признали, что не все препараты второго поколения действуют подобным

образом. Было найдено, что клозапин, оланзапин и рисперидон особенно часто вызывают значительное увеличение массы тела, которое может стойко сохраняться в течение первого года лечения.

Несмотря на то что возможная генетическая связь между некоторыми типами диабета и шизофренией остается в сфере обсуждений, имеются определенные доказательства ее наличия. Сэр Генри Модсли в 1897 г. написал монографию «Патология души», в которой отметил, что «диабет – это болезнь, которая часто проявляется в семьях, где преобладают психические расстройства» (50). В 1919 (51) и 1952 гг. (52), до появления нейролептических препаратов, было выявлено, что диабет чаще встречается среди пациентов с шизофренией. В исследовании 2014 г. (53) было обнаружено, что кандидатный ген диабета 2-го типа – это фактор риска шизофренией и что имеется некоторый ограниченный объем фактических данных, подтверждающих связь одного из типов диабета среди молодежи с повышенным риском шизофренией (54). Что касается культурных факторов и образа жизни, лица с шизофренией чаще являются безработными и хуже питаются. Те из них, кто проживает вне стен психиатрических учреждений, чаще питаются дешевыми высококалорийными продуктами, нежели имеют более сбалансированную диету, и с большей вероятностью ведут малоподвижный образ жизни, что подвергает их риску ожирения и диабета (55).

Оказание лечебной помощи этой группе пациентов представляет значительные трудности, поскольку оно может быть осложнено отсутствием осознанного и инициативного отношения, иногда в сочетании с когнитивными расстройствами. Гликемический контроль может быть неадекватным, и осложнения встречаются чаще. Эти осложнения обостряются под влиянием курения, которое также распространено в этой группе пациентов.

Весьма малое число исследований было посвящено качеству оказания помощи в связи с диабетом в этой группе. В большей части из них исследовался только рост распространенности. Не изучалась также эффективность целевых и конкретных вмешательств для улучшения гликемического уровня и сокращения осложнений среди лиц с шизофренией. Недавно введенное вмешательство по контролю резко выраженного ожирения и неадекватно контролируемого диабета – это бариатрическая хирургия. В 2012 г. было показано, что наложение Y-образного анастомоза по Ру (Roux-en-Y) значительно улучшает гликемический контроль, так что через два года после операции диабет у 75% пациентов купировался (56). Это вмешательство дает значительную пользу, однако исследований об использовании бариатрической хирургии среди лиц с шизофренией или психозом пока не опубликовано.

### **История болезни Амира**

*Общие сведения.* Амир – 38-летний мужчина с шизофренией, которому было предложено обратиться к семейному врачу практикующей медицинской сестрой, после того как Амир пожаловался ей на постоянную слабость и жажду. Сестра проверила мочу и обнаружила, что в ней повышено содержание глюкозы.

*Клинический анамнез.* Амиру был поставлен диагноз шизофренией в возрасте 22 лет. Несмотря на то что его клиническая история не вполне ясна, поскольку он часто переезжал, Амир выглядит физически крепким и здоровым, если не считать шизофренией. В течение последних 18 месяцев он относительно часто обращался к практикующей медицинской сестре в связи с рядом транзиторных соматических расстройств, до того как за 5 месяцев до настоящего времени перестал посещать медицинскую сестру. Несколько консультаций до перерыва в посещениях характеризовались нарастающей спутанностью сознания и в целом хаотическим поведением, в ряде случаев с криками и скандалами в комнате ожидания.

В клинических записях нет семейного анамнеза и не указано, употребляет ли пациент табак и работает ли где-либо, также нет данных о массе тела и артериальном давлении за последние 12 месяцев.

*Консультация.* Во время консультации Амир спокоен, вежлив и извиняется за свое прошлое поведение. Он объясняет это тем, что его психическое самочувствие становилось все хуже и он был помещен в больницу пятью месяцами

ранее. Его психиатр недавно поменял ему медикаментозное лечение, назначив клозапин, и теперь он чувствует себя гораздо спокойнее и более удовлетворительно на этом новом препарате. Он находился дома в течение двух недель и заметил, что стал больше уставать, чем раньше, и постоянно испытывает жажду. Он упомянул об этом психиатру, который рекомендовал посетить семейного врача.

Семейный врач сосредоточивает внимание на сочетании жажды и утомляемости, которые являются типичными симптомами диабета. Амир говорит врачу, что и у его матери, и у отца был диабет 2-го типа и что отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 55 лет. Амир также сообщает врачу, что недавно набрал вес с 91 кг (индекс массы тела 33) до более 122 килограммов (индекс массы тела 44). Он полагает, что набор веса связан с его программой реабилитации: перед выпиской из больницы ему разрешили покупать еду из ресторанов быстрого питания, вместо того чтобы питаться в больничном отделении. Он признает, что при посещении таких ресторанов также использовал возможность покупать сигареты для своих друзей и сам начал курить. В настоящее время он выкуривает по 20 сигарет в день.

*Клинические аспекты.* Имеет место сложная картина с рядом конкурентных приоритетов. Подтверждение диагноза диабета носит основное значение для консультации, однако понимание того, как диагноз шизофрении может влиять на диагностику и контроль диабета, имеет важнейшее значение для лечения Амира как «человека в целом».

Контроль диабета. Основная клиническая проблема, стоящая перед семейным врачом, заключается в подтверждении диагноза диабета.

- Диагностика диабета у лиц, принимающих антипсихотические препараты. В рекомендациях ВОЗ по контролю диабета указывается, что для подтверждения большинства случаев диабета можно использовать показатель HbA1c, однако в ограниченном числе случаев, когда диабет развился недавно, особенно в сочетании с приемом антипсихотических препаратов, как в случае Амира, этот метод не показан. Поэтому будет неправильно использовать повышение показателя HbA1c для диагностики диабета (нормальное значение будет рассматриваться как ложноположительное), и более точным будет исследование уровня глюкозы в крови натощак.
- Просвещение по вопросу диабета. Амиру следует предоставить информацию о диабете и о том, как можно его контролировать. Обычное заблуждение заключается в том, что всех пациентов с диабетом лечат инъекциями инсулина, в то время как многие лица с шизофренией, которым назначают инъекции антипсихотических препаратов, иногда против их желания, нередко склонны отказываться от любых других инъекций. Важно убедить Амира в том, что большинству пациентов можно помочь путем изменения образа жизни и назначения пероральных препаратов.
- Изменение поведенческих факторов. На этой стадии нельзя переоценить важность контроля массы тела, диеты и физической активности. Следует приложить все усилия, для того чтобы помочь Амиру снизить массу тела путем рационального питания и повышения уровня физической активности. Программы на уровне местного сообщества и помощь со стороны диетолога, а также доступность объектов физической культуры и спорта необходимы, для того чтобы поддержать его по мере того, как он старается изменить свое поведение. Вероятность того, что Амир безработный и зависит от государственных пособий по причине своих психических расстройств, означает, что, скорее всего, ему будет трудно переключиться на здоровую диету и он будет продолжать питаться дешевыми высококалорийными продуктами. Последствиями этого будут плохо контролируемый диабет и развитие осложнений.

- Отказ от курения. Еще одна важная цель для Амира – это сократить и затем полностью прекратить курение. Курение значительным образом негативно влияет на течение диабета и повышает риск осложнений, таких как почечная недостаточность, потеря зрения, импотенция, поражение периферических нервов и артериальная гипертензия. Важно то, что отец Амира умер до достижения возраста 60 лет от инфаркта миокарда, и это еще один независимый прогностический фактор ССЗ. Сочетание курения, диабета и семейного анамнеза ССЗ делает прогноз для Амира довольно неблагоприятным, если только не произойдут значительные улучшения в его образе жизни.

После консультации семейный врач решит, как лучше всего проинформировать психиатра о новом диагнозе. Такая коммуникация будет зависеть от местных условий и имеющихся договоренностей.

## Выводы

- Взаимосвязь между диабетом и депрессией носит двунаправленный характер: у лиц с диабетом с большей вероятностью развивается депрессия, и депрессия, в свою очередь, является фактором риска диабета.
- Лица с диабетом должны проходить регулярную проверку на предмет возможного развития депрессии.
- Медицинские работники, которые оказывают помощь пациентам с диабетом, должны уметь выявлять пациентов в состоянии депрессии и знать, как контролировать депрессию, или направлять пациентов к медицинским специалистам с надлежащей подготовкой и обладающим необходимыми ресурсами.
- Диабет более распространен среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами.
- Следует разрабатывать и апробировать модели интегрированной помощи для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами и диабетом.
- Роль антипсихотических препаратов в провоцировании развития диабета необходимо более детально исследовать.
- Медицинские работники, оказывающие помощь лицам с тяжелыми психическими расстройствами, должны ориентироваться в клинических характеристиках диабета и быть в состоянии выявлять потенциальные жизнеугрожающие эпизоды.
- Вмешательства на популяционном уровне, наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни.

## 2.2 Сердечно-сосудистые заболевания

### *Ключевые факты (57)*

- На ССЗ приходится свыше половины всех случаев смерти в Европейском регионе ВОЗ.
- В Европе ССЗ вызывают в 46 раз больше случаев смерти и в 11 раз более тяжелое бремя болезней, чем СПИД, туберкулез и малярия, вместе взятые.
- Вплоть до 80% случаев преждевременной смерти от ишемической болезни сердца и инсульта носят предотвратимый характер.
- Вплоть до 20% лиц с ССЗ страдают от депрессии.
- Наличие депрессии и/или тревожных расстройств по меньшей мере удваивает риск неблагоприятных исходов после острых эпизодов ССЗ.
- Расходы на лечение пациентов с депрессией и сердечной недостаточностью вдвое выше по сравнению с лечением лиц с сердечной недостаточностью, но без депрессии.
- Лица с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 15–20 лет раньше по сравнению с общим населением, как правило, от ССЗ.

- Для пациента с тяжелым психическим расстройством риск инфаркта миокарда или инсульта по меньшей мере в два раза выше по сравнению с общим населением, а риск длительного пребывания в стационаре – в три раза выше.

ССЗ – это нарушения работы сердца и кровеносных сосудов, которые включают следующие виды патологии:

- ишемическая болезнь сердца – поражение кровеносных сосудов, которые снабжают сердечную мышцу;
- цереброваскулярные расстройства – поражение кровеносных сосудов, которые снабжают головной мозг;
- поражение периферических артерий – кровеносных сосудов, которые снабжают кровью руки и ноги;
- ревматическая болезнь сердца – поражение сердечной мышцы и клапанов сердца ревматической природы, вызываемое стрептококками;
- врожденный порок сердца – нарушение структуры сердца, обнаруженное при рождении;
- тромбоз глубоких вен и эмболия легочной артерии – тромбы (в венах ног), которые могут отрываться и перемещаться в направлении сердца и легких.

Инфаркт миокарда и инсульт – это обычно острые расстройства, обусловленные главным образом нарушением проходимости кровеносных сосудов, доставляющих кровь к сердцу или головному мозгу. Наиболее частая причина – накопление жировых отложений на внутренних стенках кровеносных сосудов, которые снабжают сердце или головной мозг. Инсульт может также возникать в результате кровоизлияния из сосуда, находящегося внутри головного мозга, или из кровяных сгустков.

### **Факторы риска ССЗ**

Причина инфаркта миокарда или инсульта – это обычно сочетание факторов риска, таких как употребление табака, нездоровая диета и ожирение, дефицит физической активности, вредное употребление алкоголя, артериальная гипертензия, диабет и гиперлипидемия. Эти факторы риска описываются как поведенческие, то есть поведение косвенным образом вызывает повышение кровяного давления и веса, что, в свою очередь, повышает уровни глюкозы и липидов в крови. Кумулятивный эффект этих поведенческих факторов риска на индивидуальном уровне можно оценить при оказании первичной медико-санитарной помощи и расценивать как риск для конкретного пациента в отношении инфаркта миокарда или инсульта в будущем. Наряду с индивидуальным поведением возникают изменения в обществе, связанные со старением населения, урбанизацией и ростом распространенности бедности. Все эти факторы повышают риск ССЗ. Изменения, связанные с бедностью и урбанизацией, особенно характерны для лиц с тяжелыми психическими расстройствами, поэтому данная группа подвержена наиболее высокому риску ССЗ.

Все эти риски можно снизить путем отказа от курения, повышения уровня физической активности, употребления здоровой пищи и снижения употребления алкоголя. Однако для сокращения общих эффектов в отношении ССЗ может быть необходимо дополнить поведенческие изменения назначением препаратов. Лица с психическими расстройствами, однако, могут оказаться в ситуации, когда трудности, связанные с изменением поведения, в дополнение к существующему психическому расстройству, окажутся почти непреодолимыми. Это бремя может обостряться за счет бедности и безработицы, которые также более распространены среди лиц с психическими расстройствами.

Вмешательства по сокращению риска ССЗ могут носить популяционный или индивидуальный характер. Изменения на популяционном уровне, направленные на сокращение риска, включают внедрение комплексной стратегии борьбы против табака; меры налогообложения для сокращения масштаба употребления пищевых продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли; обустройство пешеходных и велосипедных дорожек для повышения уровня физической активности; стратегии, направленные на борьбу со злоупотреблением алкоголем; предоставление здорового питания школьникам. Первичную профилактику ССЗ на индивидуальном уровне лучше всего применять, сосредоточивая внимание на группах высокого риска, которые можно определить с

использованием одного или ряда «калькуляторов сердечно-сосудистого риска». Вторичная профилактика ССЗ среди пациентов с уже выявленным заболеванием, включая диабет, предполагает назначение аспирина, бета-блокаторов, ингибиторов ангиотензинконвертирующих ферментов и статинов. Усилия по первичной и вторичной профилактике приносят пользу вне зависимости друг от друга, однако, если их сопровождать программами помощи в отказе от курения, почти 75% рецидивирующих сосудистых нарушений можно предотвратить. В настоящее время эти вмешательства, особенно на уровне первичной медико-санитарной помощи, к сожалению не очень широко распространены.

### **ССЗ и распространенные психические расстройства**

Опубликовано руководство по вопросу о связи между психическими расстройствами и ССЗ (58). Авторы ряда систематических обзоров и метаанализов (59–63) пришли к выводу о том, что депрессия является прогностическим фактором ишемической болезни сердца и ухудшает ее прогноз. Депрессия повышает риск ишемической болезни сердца в 1,6–1,9 раза по сравнению с общим населением и в 2,4 раза повышает риск неблагоприятного исхода. В двух метаанализах (64–65) было найдено, что тревожные расстройства являются независимым фактором риска ишемической болезни сердца, а также осложнений после инфаркта миокарда. Аналогичным образом было показано, что депрессия повышает риск ишемической болезни сердца в 1,3 раза и риск неблагоприятного исхода в 1,7 раза.

Причины и природа связей между депрессией, тревогой и ССЗ были изучены на ряде моделей. Так, например, в двух исследованиях (66, 67) были предприняты попытки определить, в какой мере толщина внутренней и средней оболочки стенки сонной артерии коррелирует с депрессией и развитием ССЗ. Толщина этого слоя используется как маркер атеросклероза, который лежит в основе патогенеза ССЗ. Некоторые данные свидетельствуют в пользу предположения о том, что депрессия – это воспалительное состояние, которое может отвечать за развитие атеросклероза среди лиц с депрессией. В другом исследовании (68) представлены некоторые аргументы в пользу иммунологической природы связей между депрессией и ССЗ, которые могут объяснять общие воспалительные процессы при этих двух состояниях.

В то время как был предложен ряд теорий, нет единого мнения относительно природы тесных связей между депрессией и ССЗ. Среди других предложенных теорий – возможное кардиотоксическое действие антидепрессантов, избыточное курение среди лиц с распространенными психическими расстройствами и тот факт, что пациенты с депрессией в меньшей степени соблюдают правила профилактики сердечных расстройств и назначенный режим лечения. Тем не менее даже при учете других искажающих факторов все еще сохраняется явная связь между распространенными психическими расстройствами и ССЗ (69).

Обзор исследований о значении проведения скрининга на предмет депрессии среди лиц с сердечными расстройствами (70) показал, что лица с депрессивными расстройствами хорошо реагируют на лечение антидепрессантами либо на меры когнитивной поведенческой терапии (стандартные вмешательства при депрессии), но исходы в отношении сердечно-сосудистых расстройств не улучшаются. Стандартное лечение депрессии эффективно и безопасно при контроле депрессии среди лиц с ССЗ (71–76). Дефицит фактических данных о том, что лечение депрессии или тревоги улучшает кардиологические исходы, не должен служить препятствием для назначения надлежащего научно обоснованного лечения распространенных психических расстройств.

Экономическое значение коморбидности между распространенными психическими расстройствами и ССЗ можно определить посредством оценки стоимости услуг здравоохранения или уровня их использования. Депрессия коррелирует с повышенной частотой повторной госпитализации пациентов с ССЗ (77), и частота случаев сердечной недостаточности среди пациентов с депрессией в два-три раза выше, чем среди таких же пациентов без депрессии (78). Данные по стоимости услуг здравоохранения можно получить от ряда страховых компаний США. В одном из исследований (79) было показано, что на пациентов с ишемической болезнью сердца или застойной сердечной недостаточностью приходится в два раза больше расходов на медицинскую помощь (исключая лечение психических расстройств и соответствующих препаратов) в тех случаях, когда у них также имеется депрессия. Дополнительные расходы объясняются менее благоприятными исходами, более частым посещением амбулаторных учреждений,

более длительными и более частыми госпитализациями и бóльшим количеством лекарственных назначений для лечения сердечно-сосудистых расстройств.

### **История болезни Джеральда**

*Общие сведения.* Джеральд – 57-летний мужчина, который обратился к семейному врачу с жалобами на загрудинные боли при подъеме по лестнице.

*Клинический анамнез.* Джеральд хорошо известен семейному врачу, поскольку часто к нему обращался в течение последних десяти лет. Он работал банковским менеджером, но после наступления глобального финансового кризиса потерял работу, и у него развилась депрессия. В течение последних десяти лет он перенес три отдельных эпизода депрессии. Первые два удалось купировать методами когнитивной поведенческой терапии, однако третий потребовал как поведенческой терапии, так и назначения антидепрессантов.

Джеральд женат, но несчастлив в семейной жизни, выкуривает 10–15 сигарет в день (говорит, что старается сократить это количество) и имеет избыточную массу тела (индекс массы тела 37; уверяет, что старается употреблять здоровую пищу). Он является безработным, с тех пор как был уволен 10 лет назад, что способствует его депрессивным эпизодам. В течение последних 18 месяцев не измерялись ни кровяное давление, ни уровень холестерина, до этого оба показателя были на верхней границе нормы.

*Консультация.* Джеральд описывает типичную стенокардию, провоцируемую физической нагрузкой: резкую загрудинную боль, отдающая в шею и в левую руку, которая возникает при физической нагрузке и прекращается в покое. Эти боли начались около трех месяцев назад, но становятся сильнее и в настоящее время также сопровождаются одышкой. Джеральд опасается, что у него развивается инфаркт миокарда и что он может умереть. Он говорит, что не боится смерти, так как ему незачем жить: у него нет работы, семейная жизнь не приносит счастья, дети не навещают его, и у него нет никаких хобби.

Семейный врач осматривает Джеральда и обнаруживает, что кровяное давление повышено, однако не находит никаких других значительных нарушений, помимо ожирения. Он обсуждает результаты обследования с Джеральдом и выдает ему направление к кардиологу для дальнейшего обследования, а также направление к психиатру для диагностики депрессии.

*Клинические вопросы.* С клинической точки зрения проблема вполне очевидна. Речь идет о депрессии у мужчины со значительными сердечно-сосудистыми нарушениями. Лечение может улучшить оба состояния. Семейный врач, однако, учитывает и определенные ожидаемые трудности: депрессия является прогностическим фактором ишемической болезни сердца и более неблагоприятного прогноза (59–63). У Джеральда в 2,4 раза более вероятен неблагоприятный исход по сравнению с такими же людьми без депрессии.

Клиническая проблема заключается в том, как выбрать оптимальные профилактические меры, которые может принять семейный врач для предотвращения развития ССЗ. Фактические данные (70) заставляют предполагать, что скрининг лиц с сердечно-сосудистым заболеванием на депрессию или тревогу не влияет на исходы заболеваний сердца. Поэтому в случае Джеральда, у которого уже развилась стенокардия, такой скрининг вряд ли позволит улучшить его состояние. Однако лечение депрессии имеет смысл, поскольку оно улучшит качество жизни Джеральда. В некоторых европейских странах предлагается проверять соматическое здоровье и сердечно-сосудистый риск у всех лиц в возрасте старше 40 лет. Был бы такой подход успешен в случаях, подобных тому, как у Джеральда, – неясно, поскольку уровень использования таких обследований здоровья нередко очень низкий. В странах, где такие обследования предлагаются рутинным образом, одна из профилактических мер могла бы заключаться в последующем дополнительном контроле в связи с неявкой Джеральда по предыдущим приглашениям на профилактическое обследование.

Однако нет фактических данных, указывающих на то, что раннее вмешательство для лиц с депрессией позволит предотвратить ССЗ. Тем не менее было бы хорошей практикой рекомендовать лицам с депрессией отказаться от курения и снизить массу тела, поскольку и то, и другое является значительным фактором риска заболеваний сердца и расстройств психического здоровья. Можно посоветовать Джеральду отказаться от курения и направить его на получение услуг помощи в отказе от курения, а также рекомендовать снизить массу тела за счет большей физической нагрузки. Имеются убедительные фактические данные о том, что физические упражнения позволяют эффективно контролировать легкую степень депрессии, несмотря на ограниченность данных относительно того, позволяют ли они предотвратить рецидив. Лица с более тяжелой депрессией не всегда имеют достаточную мотивацию, для того чтобы начать увеличивать физическую нагрузку; им может быть весьма трудно сделать первый шаг в изменении своего поведения (80).

## ССЗ и тяжелые психические расстройства

Взаимосвязь между ССЗ и тяжелыми психическими расстройствами носит особенно сложный характер. Лица с тяжелыми психическими расстройствами умирают на 15–20 лет раньше, чем те, у кого их нет (47, 81), и наиболее частой причиной смерти являются ССЗ (82). Однако трудно разграничить составляющие, которые влияют на эти неблагоприятные клинические исходы. Важными элементами являются изменяемые факторы сердечно-сосудистого риска, прием антипсихотических препаратов и социальные детерминанты, несмотря на то что относительный вклад каждого из этих факторов в повышенную смертность от сердечно-сосудистых заболеваний трудно количественно подсчитать.

Имеется ряд хорошо известных факторов риска ССЗ у лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Это главным образом повышенная масса тела (см. раздел 2.1), большая вероятность курения (см. раздел 2.3), наличие диабета (см. раздел 2.1) и дислипидемии (см. раздел 2.1). Другие факторы риска, которые необходимо учитывать в данной группе пациентов, – это эректильная дисфункция и гиперпролактинемия, которая носит вторичный характер при антипсихотической фармакотерапии (83, 84), а также хроническое поражение почек как побочное действие литиумной профилактики (85). Эти независимые факторы риска ССЗ являются следствием лечения, назначаемого по поводу психоза, что может значительно повышать сердечно-сосудистый риск.

Проведенное в Соединенном Королевстве исследование относительно приемлемости скрининга на сердечно-сосудистый риск среди лиц с психозами, проживающими в домашних условиях (86) показало, что «заинтересованность в оценке риска была выше, чем мы до этого предполагали». Уровень участия в этом исследовании был такой же, как и в других исследованиях на уровне местных сообществ. Это исследование, а также еще одно (87) показывают, что контакт со службами первичной медико-санитарной помощи дает возможность для оценки сердечно-сосудистого риска и проведения надлежащих научно обоснованных вмешательств.

Сердечно-сосудистый риск можно рассчитать по алгоритмам прогнозирования риска на индивидуальном уровне в отношении инфаркта миокарда или инсульта и/или летального исхода от того или иного состояния (в зависимости от используемой методики) в последующие десять лет. Это важно, поскольку у многих людей наблюдается незначительный рост ряда факторов риска, которые в своем сочетании могут обуславливать в результате неожиданно высокий суммарный сердечно-сосудистый риск. Ценность таких прогнозов заключается в том, чтобы помочь в информировании о степени риска, так чтобы пациенты могли получить совет (и если необходимо – лечение) в соответствии с их уровнем риска.

Многие инструменты прогнозирования сердечно-сосудистого риска используются на международном уровне, и некоторые страны разработали свои собственные методики. Они различаются в том, как подсчитывается риск, какие именно факторы риска включены и что именно прогнозируется. Так, например, разработанные ВОЗ карты прогнозирования риска (88) позволяют оценить десятилетний риск летального или нелетального серьезного сердечно-сосудистого события (инфаркт миокарда или инсульт) в зависимости от возраста, пола, уровня артериального давления, наличия или отсутствия курения, общего содержания холестерина в крови и наличия или отсутствия сахарного диабета. Европейское кардиологическое общество (89) дает алгоритм оценки риска (SCORE), который прогнозирует риск летальных событий только в зависимости от возраста, пола, артериального давления,

наличия/отсутствия курения и содержания общего холестерина в крови. В Соединенном Королевстве используется прогностический инструмент под названием QRISK2 (90), который также позволяет выявлять неравенства в уровнях оказания помощи пациентам с ишемической болезнью сердца и тяжелыми психическими расстройствами (91). Эта шкала была использована при обследовании пациентов трех режимных судебно-психиатрических больниц в Соединенном Королевстве (92), которое показало, что лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью обследуются на содержание липидов в крови и что статины – при наличии клинических показаний к их приему – с меньшей вероятностью назначаются таким пациентам, чем среди общего населения. В этих исследованиях значения по шкале QRISK2 > 20% (что на момент публикации расценивалось как высокий риск инфаркта миокарда) были обнаружены у 1,7% населения, 4% – среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами в общем населении и около 6% – среди лиц, содержащихся в трех режимных судебно-психиатрических больницах.

### *Антипсихотическая фармакотерапия*

Хорошо известно, что антипсихотические препараты второго поколения коррелируют с риском вызванного метаболического синдрома (93). «Метаболический синдром» – это термин, применяемый для описания ряда клинических и биохимических аномалий, которые часто возникают совместно и являются прогностическим фактором ССЗ (94). Эти аномалии включают устойчивость к инсулину, ожирение (висцеральное), диабет, артериальную гипертензию и дислипидемию.

Для того чтобы определить, в какой мере повышенный сердечно-сосудистый риск, связанный с тяжелыми психическими расстройствами, относится исключительно к антипсихотическим препаратам и имеет ли место воздействие и других факторов, было предпринято исследование для сравнения процессов развития метаболического синдрома среди лиц с первым эпизодом шизофрении и среди пациентов с хронической шизофренией (95). Суммарный сердечно-сосудистый риск был ниже среди лиц с первым эпизодом и такой же, как среди лиц с шизофренией, которые еще не принимали никаких препаратов. Распространенность диабета и предиабета также была одинакова в этих двух группах, и этот показатель был намного ниже, чем в группе, которая в течение определенного времени принимала антипсихотические препараты. Таким образом, вероятно, препараты играют существенную роль в развитии ССЗ.

Антипсихотическим препаратам также свойственны два других важных побочных эффекта в отношении сердечно-сосудистой системы. Такая терапия влияет на проводящую систему сердца, повышая риск развития летальной аритмии (96). Эта так называемая пируэтная желудочковая тахикардия может выявляться на ранних стадиях по изменениям электрокардиограммы, характеризующимся увеличением интервала между комплексом QRS и волной T, то есть интервала QT. По мере его увеличения повышается риск развития летальной сердечной аритмии.

Другим осложнением антипсихотической лекарственной терапии является повышение частоты венозной тромбоэмболии (97). Венозная тромбоэмболия вызывает как тромбоз глубоких вен, так и эмболию легочной артерии; последнее осложнение может носить летальный характер. В значительной группе населения, обследованного на уровне первичной помощи, была найдена связь между применением антипсихотических препаратов второго поколения и развитием венозной тромбоэмболии, и этот эффект оказался особенно выражен среди лиц, которые лишь незадолго до этого начали получать препарат. Эффекты обостряются у курильщиков. В одном из исследований было показано, что лица с первым эпизодом психоза часто являются курильщиками (95).

### *Социальные детерминанты*

Лица с тяжелыми психическими расстройствами реже обращаются в медицинские учреждения или следуют предложениям и советам по профилактике сердечно-сосудистых расстройств, а также реже становятся объектами скрининга по сравнению с другими людьми (47, 81, 82, 98, 99). Контакты с медицинскими учреждениями и доступ к услугам можно, однако, улучшить путем организации специальных амбулаторных учреждений и гибким подходом к оказанию первичной медико-санитарной помощи (86, 87).

Недавно проведенный метаанализ исследований причин смерти среди лиц с шизофренией (100) показал, что уровень смертности в таких группах значительно возрос по сравнению с уровнем среди общего населения (в 1970-годах стандартизированный коэффициент смертности от всех причин среди больных с шизофренией был в 1,84 раза выше по сравнению с общим населением, в 1980-х этот показатель вырос до 2,98, а в 1990-х – до 3,20). Наиболее частая причина повышения уровня смертности – это ССЗ. Вероятно, сокращение смертности среди общего населения как результат более здорового образа жизни никак не отражается на группах лиц с психическими расстройствами.

### *Курение*

В разделе 2.3 настоящего доклада описано влияние курения на развитие нарушений здоровья, таких как хроническая обструктивная болезнь легких, а также на общую смертность. Курение также в значительной мере влияет на развитие ССЗ (101, 102). Влияние на заболеваемость ССЗ проявляется отдельно от эффекта в отношении респираторных заболеваний и поэтому носит аддитивный характер.

В разделе 2.1 настоящего доклада обсуждаются последствия курения для контроля диабета и влияние ненадлежащего контроля диабета на развитие сердечно-сосудистых расстройств, и наоборот. Так, например, хроническое заболевание почек может осложнять контроль диабета и само по себе является фактором риска ССЗ. Хроническое заболевание почек и нарушение почечной функции могут по отдельности друг от друга быть последствием ССЗ, особенно артериальной гипертензии.

Взаимодействие между этими различными состояниями носит сложный характер, что обуславливает особые трудности для эффективного контроля каждого из этих состояний. Кроме того, влияние курения усугубляет и без того сложную клиническую ситуацию. Суммарное действие НИЗ, курения и социальных детерминант приводит к крайне плохим исходам и повышает уровень смертности среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами.

### **История болезни Амира**

*Общие сведения.* Общие сведения в отношении Амира изложены в разделе 2.1. В ходе последующего визита через несколько месяцев после постановки диагноза диабета был выполнен анализ крови и назначена консультация с практикующей медицинской сестрой для обсуждения аспекта контроля диабета.

*Клинический анамнез.* Амир хорошо знаком семейному врачу, и оказание ему помощи носило комплексный характер. Он был выписан из психиатрического отделения после пятимесячной госпитализации, в течение которой его препарат был изменен на клозапин. В результате этого у него повысилась масса тела, и отчасти вследствие семейной предрасположенности (оба родителя имели диабет 2-го типа) у него в течение первых двух недель после выписки из стационара развились слабость и жажда и был поставлен диагноз диабета 2-го типа.

*Консультация.* Врач обсудил с Амиром результаты анализа крови, и был сделан вывод о том, что HbA1c продолжает повышаться несмотря на все усилия Амира по снижению массы тела, и достигает уровня, относящегося к категории неудовлетворительного контроля. Анализы крови также показывают, что уровень холестерина > 6,00 ммоль/л с высоким уровнем холестерина липопротеинов низкой плотности и что функция почек субоптимальна. Уровень пролактина повышен как следствие приема клозапина. Артериальное давление также повысилось до 150 на 95 мм рт. ст. Измерения, произведенные практикующей медицинской сестрой, дают те же самые результаты.

Врач обсуждает эти результаты с Амиром и описывает метаболический синдром, (92) для того чтобы объяснить пациенту его состояние. Врач и Амир обсуждают план последующего лечения, необходимого для сокращения рисков, связанных с метаболическим синдромом.

*Клинические вопросы.* Перед семейным врачом относительно молодой человек с рядом хронических расстройств, которые действуют совместно и повышают в значительной степени его риск преждевременной смерти.

- Показатель сердечно-сосудистого риска: вероятный риск инфаркта миокарда или инсульта в течение предстоящих 10 лет можно оценить по шкале оценки риска ВОЗ для пациентов с диабетом или по национальным оценочным показателям, если они существуют. Судя по данным обследования Амира, вероятность инфаркта миокарда или инсульта в течение предстоящих 10 лет составляет 27%, в то время как риск мужчины в возрасте Амира (с таким же семейным анамнезом и такой же историей курения, но без диабета, ожирения, дислипидемии или гипертензии) составляет 4,5%. Эту же шкалу можно использовать для объяснения Амиру, что его «сердечный возраст» эквивалентен возрасту 65-летнего мужчины. Этот подход часто более эффективен для разъяснения относительного риска, чем показатели «процентного риска». Вне зависимости от того, какой метод используется, вывод ясен: Амир подвержен высокому риску ранней смерти от ССЗ.
- Наиболее частая причина смерти среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами – это ССЗ. Они умирают на 25–30 лет раньше, чем люди без тяжелых психических расстройств.
- Баланс психического и соматического здоровья: семейный врач должен продумать вопрос о том, что случится, если прекратить прием клозапина. Соблюдение баланса между поддержанием психического здоровья и надлежащим контролем диабета и артериального давления представляет дилемму для врача. Потенциальные взаимодействия, побочные действия и ненадлежащее соблюдение режима приема препаратов для человека, принимающего четыре, пять или более различных препаратов, делают эту клиническую картину весьма сложной (103).

## **Выводы**

- Депрессия и тревога являются прогностическими факторами развития ССЗ и ухудшают их прогноз.
- Нет фактических данных, указывающих на то, что скрининг на депрессию и тревогу или лечение этих состояний улучшает исходы сердечно-сосудистых заболеваний. Так, например, скрининг на депрессию и лечение депрессии не позволяет предотвратить инфаркт миокарда.
- Наиболее частая причина смерти среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами, такими как шизофрения и биполярное расстройство, – это ССЗ.
- Выявление и контроль изменяемых факторов риска ССЗ среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами позволяет снизить для них риск преждевременной смертности.
- Дискриминация в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами ограничивает их доступ к услугам и повышает риск преждевременной смерти и инвалидности по причине ССЗ. Поэтому устранение дискриминации является приоритетом.
- Риск каждого человека с тяжелым психическим расстройством в отношении развития острого сердечно-сосудистого заболевания следует ежегодно оценивать с использованием одного из принятых алгоритмов оценки риска.
- Сочетание нескольких НИЗ, таких как диабет, артериальная гипертензия и ССЗ, а также наличие тяжелых психических расстройств требует оказания интегрированной помощи силами специалистов в области психического и соматического здоровья.
- Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни.

## 2.3 Хронические респираторные заболевания

### *Ключевые факты (104)*

*Определение.* Хронические респираторные заболевания – это хронические заболевания дыхательных путей и других структур легкого. Среди них наиболее часто встречаются астма, ХОБЛ, респираторные аллергии, профессиональные заболевания легких и легочная гипертензия.

*Основные факторы риска.* Курение, загрязнение воздуха в помещениях, загрязнение внешней среды, аллергены, производственные риски и уязвимость

### *Другие факты (105)*

- По данным, приведенным в Глобальном докладе о ситуации с НИЗ за 2010 г. (16), курение вызывает около 71% всех случаев смерти от рака легких и 42% случаев хронических респираторных заболеваний в масштабе всего мира. Среди шести регионов ВОЗ самая высокая общая распространенность курения в 2008 г. отмечалась в Европейском регионе – по оценкам, она достигала примерно 29%.
- По данным за период 1997–2006 гг., свыше 12% случаев младенческой смертности в Регионе были связаны с респираторными заболеваниями. В целом эти показатели были значительно выше в Восточной Европе по сравнению с Западной Европой.
- Загрязнение озоном вызывает нарушения дыхания, провоцирует проявления астмы, также является причиной заболеваний легких и сердца и коррелирует примерно с 21 000 случаев преждевременной смерти в год в 25 странах Европейского региона ВОЗ.
- Большинство стран Региона внедрило широкий круг всесторонних стратегий, направленных на сокращение и элиминацию табакокурения. Так, например, в более чем 80% стран Региона запрещена реклама сигарет и продажа табачных изделий несовершеннолетним. Курение в ресторанах и барах по-прежнему регулируется менее строго. Ирландия, Соединенное Королевство и Турция были первыми странами, которые добились полного освобождения общественных мест от курения (100%).

## **Курение и психическое здоровье**

### *Ключевые факты (106)*

- Каждая третья из всех сигарет выкуривается лицом с психическим расстройством.
- Хотя в течение последних двух десятилетий распространенность курения среди общего населения сократилась на 25%, среди лиц с психическими расстройствами аналогичного сокращения курения не наблюдалось.
- Лицам с хроническими расстройствами психического здоровья, которые хотели бы отказаться от курения, это удается реже по сравнению с общим населением.

Курение в большей степени распространено среди лиц с психическими расстройствами, чем среди тех, у кого таких расстройств нет (107). По данным опроса общего населения, проведенного в Соединенном Королевстве силами королевских коллегий психиатров и врачей (106), 20% общего населения курило, в то время как 37% из тех 4% респондентов из числа общего населения, которые сообщили о наличии у них хронических психических расстройств, также курили. Вышеуказанные королевские коллегии также проанализировали компьютерные записи, относящиеся к первичной медико-санитарной помощи, для 2 миллионов пациентов, что дало информацию о взаимосвязях между курением и психиатрическими диагнозами, а также между курением и приемом психотропных препаратов. Данные показали, что наиболее склонны к курению молодые люди (16–25 лет), лица с хроническими психическими расстройствами, такими как шизофрения, а также представители групп с более низким социально-экономическим статусом.

Опрос также охватывал лиц, проживающих в стационарных учреждениях, таких как судебно-психиатрические больницы и места лишения свободы. В обеих группах распространенность курения была гораздо выше, примерно

около 80%. При опросе респондентам также задавался вопрос об отказе от курения: 66% среди общего населения, 61% среди лиц с хроническими психическими расстройствами и 71% из тех, кто принимает психотропные препараты, хотели бы бросить курить; 55% общего населения и 79% лиц с психическими расстройствами считали трудным отказаться от курения на 24 часа. Клинический опыт отказа от курения среди лиц с хроническими психическими расстройствами показывает, что прогноз неудачи очень высок, несмотря на желание бросить курить (106).

## **Астма**

### *Ключевые факты*

- Астма – это одно из основных НИЗ. Это хроническое заболевание внутрилегочных дыхательных путей, характеризующееся их воспалением и сужением.
- В настоящее время от астмы страдают около 235 миллионов человек. Это расстройство часто наблюдается среди детей.
- Большинство смертельных случаев, связанных с астмой, возникает в странах с низким и средне-низким уровнем дохода.
- Самые выраженные факторы риска астмы – это вдыхание веществ и частиц, которые могут провоцировать аллергическую реакцию или раздражать дыхательные пути.
- Прием лекарств позволяет контролировать астму, а избегая провоцирующих факторов, можно снизить тяжесть ее проявлений.
- Надлежащий контроль астмы дает возможность пациентам поддерживать хорошее качество жизни.

## **ХОБЛ**

### *Ключевые факты*

- ХОБЛ – это жизнеугрожающая болезнь легких, которая характеризуется нарушением нормального дыхания. Это гораздо более тяжелое состояние, чем «кашель курильщика».
- В 2012 г. свыше 3 миллионов человек умерли от ХОБЛ, что эквивалентно 6% от всех случаев смерти в мире в данном году.
- Свыше 90% смертей от ХОБЛ возникает в странах с низким и средне-низким уровнем дохода.
- Первичная причина ХОБЛ – это табачный дым (при курении или вдыхании вторичного табачного дыма).
- В настоящее время болезнь поражает почти поровну мужчин и женщин, отчасти вследствие роста распространенности курения среди женщин в странах с высоким уровнем дохода.
- ХОБЛ – это неизлечимое состояние, однако терапевтические вмешательства могут замедлить ее прогрессирование и улучшить качество жизни.

## **Респираторные заболевания и распространенные психические расстройства**

Несмотря на то что астма и ХОБЛ – это разные расстройства, в многочисленных исследованиях и обзорах (107–111) показано, что у пациентов с этими состояниями более часто наблюдаются тревога и депрессия: одно или оба эти расстройства отмечаются в 10–40% случаев.

Распространенность депрессии растет с ростом тяжести ХОБЛ (112) и, по расчетам, в 2,5 раза выше, чем в контрольной группе (113), с более высокой вероятностью обострений (114) и более неблагоприятными исходами в отношении выживания (115). Пациенты с ХОБЛ чаще страдают от проявлений тревоги. Такие симптомы испытывают 10–19% лиц со стабильным состоянием ХОБЛ и вплоть до 50% находящихся в процессе восстановления после обострения (116).

Распространенность ряда различных форм тревоги выше среди лиц с астмой, чем среди тех, у кого астмы нет. У лиц с астмой агорафобия выявляется с частотой 13%, а панические расстройства – около 6,5% по

сравнению соответственно с 2,8% и 2,3% – среди общего населения (117). В одном из исследований в Германии генерализованные тревожные расстройства обнаруживались в четыре раза чаще среди лиц с тяжелой астмой, чем в контрольной группе (118).

Один из основных симптомов тревоги среди лиц с ХОБЛ и астмой – это гипервентиляция, которая может обострять симптомы этих респираторных расстройств. Так, например, вдыхание холодного воздуха может в значительной степени влиять на высокочувствительные дыхательные пути пациентов с астмой, вызывая бронхоспазм и обострение респираторных проявлений. Пациентам с респираторными нарушениями, которые находятся в состоянии дыхательного дистресса в результате одышки, рекомендуется использовать ингалятор, однако многие ингаляторы содержат агонисты бета-адренорецепторов, такие как сальбутамол, один из эффектов которого – повышение частоты пульса, что может обострять симптомы стресса или тревоги.

Поскольку ХОБЛ и астма проявляются в виде непредсказуемых и угрожающих жизни приступов, сопутствующее присутствие тревожных расстройств не вызывает удивления. Ввиду роста числа случаев инвалидности, вызываемой, в частности, ХОБЛ, также неудивительно, что среди таких пациентов часто встречается депрессия. Был предложен ряд теорий для объяснения, почему тревога и депрессия распространены среди лиц с астмой и ХОБЛ. Некоторые теории имеют психологические аргументации, например теория о связи нарушений дыхания и страха, которые относят за счет соматических эффектов гипервентиляции (119), в то время как в других приводятся доводы чисто соматического характера, например наличие чрезмерно чувствительных рецепторов CO<sub>2</sub> в центральной нервной системе, которые действуют в качестве аномальных «детекторов асфиксии» (120). Как и в случае диабета и депрессии, большинство авторов сходится во мнениях по двум аспектам: психические расстройства более часты среди лиц с хроническими респираторными нарушениями, и причины этой повышенной распространенности носят комплексный характер, не вполне понятны и имеют двустороннюю направленность.

## **Лечение респираторных заболеваний и коморбидных психических расстройств**

### *Интегрированное лечение*

Краеугольный камень лечения ХОБЛ – это легочная реабилитация, которая, как было показано, оказывает значительное влияние на самочувствие и качество жизни (121). Легочная реабилитация – это подход с использованием многопрофильных бригад для реабилитационной помощи лицам с хроническими респираторными заболеваниями, такими как ХОБЛ. Пакет услуг включает физиотерапию, трудотерапию, рекомендации по отказу от курения и психологическую помощь (122). Для того чтобы программа реабилитации была эффективной, необходимо присутствие всех этих компонентов. Кокрановский обзор исследований по психологическим вмешательствам для лиц с астмой выявил, что лишь в нескольких исследованиях были описаны адекватные методы когнитивной терапии, которые улучшили качество жизни и снизили тревогу (123).

### *Медикаментозная терапия*

В то время как психологическое лечение показало свою эффективность при оказании помощи лицам с хроническими респираторными заболеваниями, назначение лекарственных препаратов может обострить симптомы тревоги. В основе лечения и ХОБЛ, и астмы лежит применение препаратов из группы бета-адреномиметиков. Они воздействуют на дыхательные пути, воспроизводя эффект адреналина и, таким образом, расширяя их просвет и облегчая проявления одышки. Побочные эффекты этих препаратов, однако, включают обострение симптомов тревоги, проявляющихся потоотделением, сердцебиением и тахикардией. Эти эффекты на индивидуальном уровне могут вводить в заблуждение и пациентов, и врача, поскольку одышка, гипервентиляция и панический приступ могут быть вызваны обострением респираторного заболевания, тревогой и побочным действием препарата, принятого для облегчения симптоматики, и провести различия между этими факторами бывает трудно.

Хроническое респираторное заболевание – это частый повод для госпитализации, и в некоторых странах это основная причина экстренных поступлений в стационар (124). С госпитализацией связаны значительные расходы, и были произведены расчеты экономии, которой можно было бы достичь путем психотерапевтических вмешательств в контроль хронических респираторных заболеваний. В Соединенном Королевстве значительно сократились число

госпитализаций и длительность пребывания в стационаре пациентов с терминальной стадией ХОБЛ, которым была проведена когнитивная поведенческая терапия. При этом частота обращений в отделения экстренной помощи снизилась в 1,2 раза, и длительность госпитализации снизилась в 1,9 раз по сравнению с этими показателями для группы, которая не получила психотерапевтической помощи (125).

### **История болезни Джона**

*Общие сведения.* Джон – 62-летний мужчина, который обращается к семейному врачу по поводу частого кашля в течение последних двух недель с выделением мокроты зеленого цвета.

*Клинический анамнез.* Джон хорошо знаком семейному врачу, поскольку он страдает от ХОБЛ и его состояние ухудшается. Три года назад Джон только один раз поступил в больницу после острой легочной инфекции, а в этом году он был уже три раза госпитализирован. Он продолжает выкуривать по 20 сигарет в день. Он вдовец, его жена умерла 18 месяцами раньше от рака молочной железы. У него нет детей, и после смерти жены он стал вести еще более замкнутый образ жизни. У него были многочисленные контакты с лечебной практикой в течение последних 18 месяцев, главным образом по поводу состояний, связанных с ухудшением легочной функции и ХОБЛ.

*Консультация.* Джон здоровается с врачом с иронической улыбкой и говорит, что, по его мнению, ему нужно вновь отправиться в больницу, поскольку при кашле у него выделяется зеленая мокрота. Семейный врач детально опрашивает пациента и осматривает его, для того чтобы определить показания к госпитализации. По данным анамнеза, выделение зеленой мокроты происходит только в течение последней пары дней, у пациента нет лихорадки, однако кашель беспокоит его немного больше, чем обычно. В остальном клиническая картина не изменилась. Осмотр также не выявил серьезных аномалий. Состояние грудной клетки при осмотре спокойное, инфекции не обнаружено. Простые спирометрические тесты не показывают каких-либо изменений в сравнении с предшествующими обследованиями, и содержание кислорода в крови (измеренное с помощью пульсоксиметра) нормальное.

Когда семейный врач говорит Джону, что нет необходимости в госпитализации и он в соматическом плане находится во вполне приличном состоянии, Джон выглядит очень расстроенным. Он говорит, что врач не понимает, что ему становится хуже по ночам, он страдает от приступов кашля, которые заставляют его задыхаться, и он боится, что не сможет вновь восстановить дыхание. Те ингаляторы, которые прописал врач, только повышают его пульс. Он настаивает на том, что только в больнице сможет чувствовать себя в безопасности и поэтому его необходимо немедленно госпитализировать.

*Клинические вопросы.* Проблема для семейного врача не нова. Клинический опыт свидетельствует о том, что Джон в большей степени страдает от тревоги, нежели от легочной инфекции – достаточно тяжелой, чтобы стать показанием для госпитализации. Врачи первичного звена действуют в качестве диспетчеров для направления в службы вторичной помощи. В этом случае семейный врач должен принять трудное решение: направить пациента в больницу или нет. Если Джон, несмотря на отсутствие клинических показаний, будет госпитализирован, то ограниченные больничные ресурсы будут использоваться ненадлежащим образом (125). Джон придет к мнению о том, что в любой момент, когда у него появится тревожное состояние, наиболее эффективное лечение он получит только в пульмонологическом отделении местной больницы. Госпитализация в пульмонологическое отделение – это не лечение от тревоги. Семейный врач должен предложить Джону альтернативное решение для контроля его тревоги, признав у него наличие значимых респираторных нарушений. Этой альтернативой может быть научно обоснованное вмешательство в виде легочной реабилитации, состоящей из физиотерапии, услуг по отказу от курения, психотерапии и трудотерапии (122).

## **Респираторные заболевания и тяжелые психические расстройства**

В одном из исследований, проведенном в США в 2004 г., частота случаев ХОБЛ среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами составляла 22,6%, в то время как среди общего населения этот показатель составлял около 5%. Частота курения среди пациентов была 60%, что частично объясняло повышенную распространенность ХОБЛ (126).

В крупном исследовании с целью изучения коморбидных состояний, проведенном в Швеции в 2013 г., было найдено, что пациенты с шизофренией, посещающие амбулаторные учреждения или находящиеся на стационарном лечении, вдвое чаще страдали от ХОБЛ по сравнению с лицами без шизофрении. Наиболее частой причиной смерти были респираторные расстройства, такие как пневмония и ХОБЛ (127).

Пациенты с тяжелыми психическими расстройствами, проживающие в домашних условиях, курят обычно приблизительно на 10% больше, чем общее население, а те, кто проживает в стационарных учреждениях, курят на 70–80% больше. Высокая распространенность курения и других осложняющих здоровье факторов частично объясняет значительные различия в средней продолжительности жизни для этой группы лиц, которые умирают на 25 лет раньше, чем люди без тяжелых психических расстройств. Сочетание психического расстройства, курения, диабета или ССЗ подвергает таких пациентов крайне высокому риску.

## **Курение и антипсихотическая лекарственная терапия**

Никотин повышает скорость метаболизма некоторых антипсихотических препаратов (106), поэтому курильщикам требуются более высокие дозы препарата для достижения того же самого эффекта. Клозапин используется как препарат второй линии для лиц, у которых психотическое состояние не купируется предшествующими препаратами, и при этом требуется специальный мониторинг вследствие его побочных действий. По результатам проведенных оценок, когда пациент прекращает курение, то, для того чтобы избежать повышения уровня клозапина в крови до токсических значений, его дозу следует сокращать на 25% (128).

Проведенное в США исследование вопроса о том, не испытывают ли пациенты, которые прекращают курение, обострение своих психотических симптомов, показало, что это не имело места (129). Другим опасением было то, что в судебно-психиатрических больницах может повышаться уровень насильственного поведения, если пациенты прекращают курить, однако когда в трех режимных судебно-психиатрических больницах в Соединенном Королевстве курение в 2008 г. было полностью запрещено, никаких учащений эпизодов насилия или ухудшения психического состояния не было обнаружено (130).

Исследования конкретных потребностей лиц с тяжелыми психическими расстройствами, которые прекращают курить, показали, что программы, построенные с учетом их нужд, весьма эффективны; уровни использования этих программ пациентами такие же, как и у лиц без психических расстройств, и при наличии надлежащей поддержки можно достичь таких же результатов (131).

Исследование для решения вопроса о том, можно ли назначать лицам с психическими расстройствами варениклин (препарат для поддержки в отказе от курения), показало, что это и безопасно, и эффективно в данной группе. Частота суицидов не повысилась (132).

Поскольку ХОБЛ и астма более распространены среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами, курение – это серьезный фактор, обуславливающий повышение уровня их смертности и заболеваемости. Надлежащим образом построенные рекомендации по отказу от курения позволяют получить хороший эффект и не обостряют психического расстройства.

## История болезни Амира

*Общие сведения.* Общие сведения в отношении Амира изложены в разделе 2.1. Это 38-летний мужчина с шизофренией, который обращается к семейному врачу с жалобами на плохое самочувствие, тремор, слабость и спутанность сознания.

*Клинический анамнез.* Тремя месяцами раньше Амир был выписан из больницы, после того как ему был назначен новый препарат – клозапин. Через две недели после выписки у него развились слабость и жажда и был выявлен диабет. После этого он стал лучше себя чувствовать, поскольку прилагал большие усилия для контроля диабета, повысив уровень физической нагрузки и перейдя на более сбалансированную диету. Следуя рекомендации врача, он успешно отказался от курения. За неделю до посещения он сократил число выкуриваемых сигарет с 30 в день до 0.

*Консультация.* Амир находится в плохом состоянии. Он не может дать точный отчет о прошедшем периоде, и у него повышенное слюноотделение. Он сообщает, что чувствует себя хуже в течение трех или четырех последних дней и не может собраться с мыслями. Он говорит, что чувствует себя совсем не так, как во время обострения психического состояния. Семейный врач обследует Амира и выявляет, что он дезориентирован во времени и пространстве, не в состоянии четко говорить, у него повышенное слюноотделение, сниженное артериальное давление и тахикардия.

Врач не понимает причины этого расстройства, но ясно, что пациенту показана экстренная госпитализация.

*Клинические вопросы.* Прежде всего нужно решить, в какую больницу лучше всего направить данного пациента: является ли расстройство психическим или соматическим? Семейный врач направляет пациента в местную многопрофильную больницу, где все обследования и наблюдения могут быть проведены надлежащим образом. В течение последующих четырех дней состояние Амира улучшается, и его переводят в психиатрическую больницу для восстановления и мониторинга приема препарата.

*Токсичность клозапина и курение.* Клиническая проблема в данном случае заключается в последствиях отказа от курения: у Амира развился токсический эффект клозапина. Когда он курил, содержание никотина у него в крови было высоким, и требовалась высокая доза клозапина для поддержания эффективного уровня, поскольку был ускорен метаболизм в печени (106). Когда Амир прекратил курить по совету семейного врача, печень стала перерабатывать клозапин с меньшей скоростью, и уровень препарата в крови вырос, хотя доза не была изменена. Это привело к передозировке.

## Выводы

- Каждая третья из всех выкуренных сигарет выкуривается лицом с психическим расстройством. Курение – это основная причина ХОБЛ и обострений бронхиальной астмы.
- Тревога и депрессия наиболее часто возникают у лиц с респираторными нарушениями, однако взаимосвязи между распространенными психическими расстройствами и респираторными нарушениями носят двунаправленный характер, сложны и недостаточно изучены.
- Легочная реабилитация – это эффективный пакет интегрированной помощи для пациентов с ХОБЛ. Показано также, что когнитивная поведенческая терапия дает хороший эффект для контроля психологических проблем среди лиц с респираторными состояниями и улучшает качество их жизни.
- Курение более распространено (70–80%) среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами по сравнению с общим населением (10–15%).
- Курение ухудшает прогноз НИЗ, в частности диабета и ССЗ. Это прогностический фактор развития и рака легких, и ХОБЛ.

- Поставщики услуг психиатрической помощи должны стремиться к тому, чтобы помещения их служб были свободными от табачного дыма как для пациентов, так и для персонала.
- Вмешательства на популяционном уровне, а также наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни.

## 2.4 Рак

### *Ключевые факты (133)*

- Онкологические заболевания, число случаев которых возрастает на 3,7 миллиона новых случаев и 1,9 миллиона случаев смерти каждый год, являются второй по частоте причиной смертности и заболеваемости в Европе.
- По оценкам, в течение последующих двух десятилетий в Европейском регионе число новых случаев возрастет примерно на 25%.
- Среди мужчин пять наиболее частых локализаций рака, выявленных в 2012 г. в Регионе, – это предстательная железа, легкие, колоректальная область, мочевого пузыря и желудок.
- Среди женщин пятью наиболее частыми локализациями являлись молочная железа, колоректальная область, легкие, тело и шейка матки.
- Около одной трети случаев смерти от онкологических заболеваний обусловлены пятью ведущими поведенческими и связанными с питанием рисками: употребление табака, употребление алкоголя, высокий индекс массы тела, недостаточное количество фруктов и овощей в рационе и дефицит физической активности.
- Употребление табака и злоупотребление алкоголем являются причиной около 40% общего бремени онкологических заболеваний. Точные цифры варьируются от страны к стране (134).

«Рак» в широком смысле – это общий термин для группы заболеваний, которые могут поражать любую часть организма. Распространенные синонимы – «онкологические заболевания», «злокачественные новообразования», «злокачественные опухоли». Определяющая характеристика рака – это неконтролируемое и ускоренное размножение аномальных клеток, которые прорастают за пределы своих обычных границ и затем могут проникать в прилегающие ткани организма и распространяться в другие органы. Последний процесс называется метастазированием. Метастазы – это наиболее частая причина смертельного исхода от рака.

### **Рак и распространенные психические расстройства**

#### *Ключевые факты*

- Около 25% пациентов с онкологическими заболеваниями страдают от тревоги и/или депрессии.
- Лишь 20% из числа пациентов, которые страдают от тревоги и/или депрессии, диагностируются как имеющие расстройство психического здоровья и получают соответствующее лечение.
- Тревога и/или депрессия среди пациентов с онкологическими заболеваниями коррелируют с более низким качеством жизни, менее удовлетворительным соблюдением назначенного лечения, более длительными сроками госпитализации и повышенным риском суицида.
- Тяжелые психические расстройства сами по себе не коррелируют с повышенной распространенностью рака, однако образ жизни, часто ассоциирующийся с тяжелыми психическими расстройствами, повышает риск злокачественных новообразований. Так, например, уровень курения среди пациентов с шизофренией достигает 80%, что повышает риск развития у них рака легких или пневмонии – заболеваний, являющихся самой распространенной причиной смерти в этой группе пациентов. Кроме того, эта группа реже пользуется услугами программ скрининга на рак (например, молочной железы, колоректальной области и шейки матки) по сравнению с лицами без тяжелых психических расстройств.

Метаанализ исследований распространенности эмоциональных расстройств среди больных раком показал более высокий уровень этого показателя по сравнению с общим населением (135). Распространенность депрессии

среди пациентов, получающих паллиативную помощь, составляла 25%, а среди пациентов онкологических и гематологических лечебных учреждений – около 20%. Во многих исследованиях диагностические категории частично накладывались друг на друга, и пациенты часто имели более одного поставленного диагноза. Было обнаружено лишь незначительное число устойчивых коррелятов депрессии, таких как возраст, пол или условия оказания медицинской помощи, которые можно было использовать в качестве прогностических факторов успешности лечения или благоприятного исхода психического расстройства. Наличие у онкологических пациентов распространенных психических расстройств, таких как тревога и депрессия, коррелирует с более низким качеством жизни (136), менее тщательным соблюдением назначенного режима лечения (137), более длительным пребыванием в стационаре (138) и повышенным риском суицида (139). Наличие депрессии варьируется в различные периоды заболевания. По результатам пятилетнего обсервационного исследования женщин с раком молочной железы депрессия и/или тревога наблюдались в течение первого года после постановки диагноза у 50% больных, на второй, третий и четвертый годы это число снижалось до 25% и на пятый год после постановки диагноза – до 15% (140).

Авторы недавно проведенного обзора (141) выяснили, что среди пациентов с онкологическими заболеваниями в два-три раза чаще встречаются расстройства настроения и другие хронические состояния; при этом распространенность депрессии зависит от локализации злокачественной опухоли и от того, выявляется ли депрессия путем диагностического опроса или при самостоятельном заполнении анкеты. Аналогичным образом на распространенность депрессии влияет и стадия развития рака. Общий вывод этих работ, включенных в обзор, заключался в том, что следует обучать большее число клинических работников методам диагностики и лечения депрессии среди лиц, страдающих от онкологических заболеваний. Одно из объяснений недостаточного лечения депрессии заключается в том, что симптомы рака в условиях оказания паллиативной помощи часто в значительной степени пересекаются с признаками появления депрессии.

Критерий диагноза депрессии в соответствии с Международной классификацией болезней десятого пересмотра (142) – это наблюдаемые в течение предшествующих двух недель подавленное настроение или потеря интереса к жизни, которые в достаточной степени нарушают социальное функционирование и удовольствие от жизни в течение большей части каждого дня. Это часто сопровождается рядом следующих симптомов: подавленное настроение, пониженный интерес к большинству видов деятельности, значительная прибавка или, наоборот, потеря веса, бессонница или сонливость, возбужденное состояние или психомоторная заторможенность, утомляемость или упадок сил, ощущение бесполезности, сниженная способность концентрировать внимание и повторные мысли о смерти. По меньшей мере три из перечисленных признаков депрессии – значительная потеря веса, утомляемость и нарушение сна – также наблюдаются в терминальной стадии онкологического заболевания. Таким образом, диагноз депрессии ставить трудно, поскольку потеря веса, слабость и бессонница также могут выступать в качестве соматических проявлений рака, а не депрессии. Недостаточное лечение лиц с депрессией и раком объяснялось путаницей в диагнозе, а также склонностью врачей к заключению, что депрессия – это «нормальное» состояние для онкологических пациентов (141).

Для того чтобы устранить это противоречие, в Австралии было выпущено руководство по скринингу, диагностике и лечению депрессии и тревоги у взрослых пациентов с онкологическими заболеваниями (143). В руководстве рекомендуется проводить скрининг всех пациентов с онкологическими заболеваниями на наличие тревоги и депрессии на ключевых этапах оказания помощи. Рекомендуются краткие анкеты для скрининга, а также более детальный вопросник и пособие по клиническому опросу для подтверждения диагноза при наличии клинических показаний. Предлагаемые краткие вопросники для скрининга – это система оценки симптомов по Эдмонтону (144) или «термометр дистресса» (145), где содержится контрольный перечень возможных проблем. Рекомендуемый более детальный вопросник – это «больничная шкала тревоги и депрессии» (146).

Были проведены два кокрановских обзора для выявления тех вмешательств, которые в наибольшей степени подходят для пациентов с онкологическими заболеваниями, имеющих эмоциональное расстройство, тревогу или депрессию. Первый из них (147) был специально посвящен оценке психосоциальных вмешательств, проводимых через 12 месяцев после постановки диагноза рака. В ходе вмешательств использовались так называемый обученный помощник и предоставление определенных форм речевой терапии. Альтернативные формы терапии, такие как

применение CD или DVD, массаж и акупунктура, были исключены из анализа. Авторы обнаружили статистически неподтвержденные фактические данные об улучшении качества жизни после вмешательств и не выявили никакого улучшения в уровнях тревоги или депрессии, хотя могли наблюдаться некоторые небольшие улучшения настроения. Несколько более перспективный характер имели консультации медицинской сестры – по телефону или при личном посещении.

Во втором обзоре (148) специально изучалась польза антидепрессантов для пациентов с онкологическими заболеваниями. Было найдено несколько исследований, но вследствие их низкого качества сделать однозначные выводы было затруднительно. Авторы рекомендовали принимать решение о назначении антидепрессантов в каждом отдельном случае. Они не смогли рекомендовать какие-либо конкретные антидепрессанты, поскольку не нашли сравнительного анализа эффективности различных препаратов.

В упомянутом выше австралийском руководстве (143) рекомендован поэтапный подход к оказанию помощи в широком плане в соответствии с другими национальными руководствами по лечению депрессии и тревоги. Рекомендуются психосоциальные вмешательства для расстройств легкой и средней степени тяжести и антидепрессанты в сочетании и/или когнитивная поведенческая терапия для расстройств умеренной и тяжелой степени.

### **История болезни Джейн**

*Общие сведения.* Джейн, 52-летняя женщина с развернутой стадией рака молочной железы, приходит к семейному врачу на плановый осмотр.

*Клинический анамнез.* Джейн хорошо знакома семейному врачу, поскольку она страдает от рака молочной железы в течение последних семи лет. Она получила несколько курсов лечения, включая хирургическую операцию, химиотерапию и лучевую терапию. На последней консультации онколог сказал ей, что опухоль прогрессирует, несмотря на лечение.

Джейн замужем, получает надежную поддержку от мужа и имеет двух детей-подростков. Во время прохождения курсов лечения она не работает, но хотела бы вернуться к работе и к нормальной жизни. В прошлом она мало контактировала с врачами, за исключением двух периодов беременности, и вынуждена была к ним обратиться, только когда обнаружила уплотнение в молочной железе.

*Консультация.* Консультация связана с рядом трудностей, поскольку Джейн и ее муж, который пришел вместе с ней, все еще не могут полностью смириться с информацией, полученной от онколога. Семейный врач обсуждает последующие шаги с этой семейной парой и обследует пациентку, чтобы определить уровень ее клинических расстройств. Он обнаруживает, что она теряет вес и плохо спит, а также утратила интерес к возвращению на работу. Она испытывает постоянную слабость.

*Клинические вопросы.* Семейный врач сталкивается с трудной клинической проблемой: необходимо решить, связан ли наблюдаемый набор симптомов с прогрессированием опухоли или с депрессией. Симптомы Джейн: потеря веса, сниженный интерес к жизни, плохой сон и утомляемость – являются диагностическими признаками депрессии (149), однако они в равной мере могут быть вызваны распространяющейся раковой опухолью. Врач должен решить, что предложить в помощь пациентке.

Имеются данные (141) о том, что некоторым пациентам с депрессией в терминальных стадиях заболевания не предоставляется никакой лечебной помощи. Это может возникать вследствие диагностической путаницы (как в случае Джейн) или вследствие склонности врачей считать «нормальным» или «объяснимым» то, что пациент страдает от депрессии. В австралийском руководстве (143) рекомендуется на начальном этапе использовать краткую анкету для скрининга, а затем при необходимости – более детальный вопросник и проводить клинический опрос.

В случае Джейн целесообразно обсудить с ней и с ее мужем возможное наличие депрессии и решить вопрос о том, нужно ли назначить лечение. Клинические данные о надлежащих типах лечения носят неоднозначный характер (147, 148), и следует учитывать индивидуальные обстоятельства каждого пациента. Семейный врач может счесть полезным обсудить наилучший путь оказания помощи этой семье с онкологом или со специалистом по паллиативной помощи либо с психиатром, обладающим опытом в данной сфере.

## **Рак и тяжелые психические расстройства**

Фактические данные о распространенности онкологических заболеваний среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами носят противоречивый характер (150). В большинстве исследований приводятся показатели повышенного уровня смертности от онкологических заболеваний среди лиц с шизофренией, но часто бывает трудно различить, имеет ли это отношение собственно к психическому расстройству или же к образу жизни и другим факторам риска, таким как более высокая распространенность курения, запоздалое обращение за медицинской помощью (и задержка в ее получении) или эффект антипсихотических препаратов. В двух исследованиях в отношении скрининга на злокачественные опухоли (главным образом рак шейки матки и молочной железы) среди женщин с тяжелыми психическими расстройствами (151, 152) пациенты, страдающие психозом, реже пользовались услугами скрининга.

В одном из недавних обзоров (153) было найдено, что частота случаев злокачественных новообразований одинакова среди лиц с шизофренией и без шизофрении (после корректировки на другие причины смертности, общее снижение продолжительности жизни и менее здоровый образ жизни). В крупном исследовании в Швеции было установлено, что лица, страдающие шизофренией, не подвержены более высокому риску возникновения злокачественной опухоли по сравнению с общим населением (после корректировки на возраст и другие социально-демографические переменные) (127). В этом же исследовании было, однако, показано, что общий уровень смертности для лиц с тяжелыми психическими расстройствами гораздо выше, и наиболее частые причины смерти – это ишемическая болезнь сердца и злокачественные новообразования. При этом наиболее часто выявлялись опухоли легкого, что неудивительно ввиду повышенной распространенности курения.

В одном из исследований на юго-востоке Лондона (Соединенное Королевство), посвященном анализу электронных медицинских карт лиц с онкологическими заболеваниями и с наличием психического расстройства, показано, что повышенная смертность лиц с тяжелыми психическими расстройствами была связана скорее не с более высокой распространенностью среди них онкологических заболеваний, а с неудовлетворительными показателями выживаемости. Показатели выживаемости лиц с тяжелыми психическими расстройствами, депрессией, деменцией или употреблением психоактивных веществ после выявления злокачественного новообразования были значительно хуже вне зависимости от стадии опухоли на момент постановки диагноза (154).

В исследовании в Австралии было найдено, что уровень смертности от рака среди лиц с психическими расстройствами на 30% выше, чем среди общего населения. У психиатрических пациентов с большей вероятностью выявлялись метастазы по сравнению с общим населением, и они реже получали хирургическое, лучевое или химиотерапевтическое лечение (155).

Можно предварительно заключить, что лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью получают пользу от услуг здравоохранения, направленных на профилактику и лечение онкологических заболеваний, по сравнению с общим населением. Поэтому они больше подвержены риску умереть от злокачественного новообразования по сравнению с людьми без тяжелых психических расстройств.

## История болезни Мэтта

*Общие сведения.* Мэтт обращается к своему семейному врачу с жалобами на кровохарканье в течение трех предшествующих недель.

*Клинический анамнез.* Мэтт – 62-летний мужчина, в разводе, который в течение 35 лет или дольше страдает от шизофрении. Он живет один и является безработным, однако посещает центр дневного пребывания, организованный местной службой охраны психического здоровья. Он нерегулярно обращается к семейному врачу, в последний раз посетил его около восьми месяцев назад. В настоящее время он принимает оланзапин в связи с шизофренией и эналаприл для контроля относительно слабо выраженной артериальной гипертензии. Данных о повышенной чувствительности к каким-либо препаратам не имеется. Масса тела при последнем измерении – 82 кг, он выкуривает 40 сигарет в день.

*Консультация.* Мэтт сообщает, что кашляет на протяжении одного-двух месяцев, а в течение последних двух-трех недель отхаркивает кровь, смешанную с мокротой зеленого цвета. Он считает, что, наверное, несколько убавил в весе, поскольку ему приходится затягивать пояс чаще, чем раньше. В других отношениях он чувствует себя хорошо и обратился к врачу только по настоянию персонала в центре дневного пребывания.

При осмотре выявляются признаки общего истощения. Пациент весит 69 кг, обследование грудной клетки выявляет фиксированные монофонические хрипы, которые являются свидетельством обструктивного поражения на правой стороне. Печень пальпируется – твердая и бугристая, пальпируются лимфоузлы в правой подмышечной области и в области правого плеча (надключичной ямки). Семейный врач опасается, что у Мэтта имеется злокачественная опухоль легкого, и направляет его на срочную рентгенографию грудной клетки.

*Клинические вопросы.* Анамнез и данные обследования Мэтта вызывают множество опасений у врача, который полагает, что у Мэтта, скорее всего, имеется злокачественная опухоль легкого. Первоначальные меры оказания помощи относительно просты: рентгенография грудной клетки для подтверждения диагноза и затем направление к онкологу. Клинические данные указывают на то, что опухоль прогрессирует в сравнительно большей степени, чем можно было бы предполагать исходя из анамнеза. Полученные данные соответствуют фактическим сведениям о том, что лица с тяжелыми психическими расстройствами относительно поздно обращаются к врачу и поэтому подвержены большому риску отдаленных метастазов. Потеря веса, увеличение печени и лимфоузлов указывают на диссеминированную стадию опухоли. Трудность заключается в планировании долгосрочной помощи для данного пациента с участием психиатра и многопрофильной бригады поддержки, поскольку состояние пациента ухудшается и он уже не может посещать центр дневного пребывания.

Ключевое значение имеет хорошо налаженная связь между семейным врачом, онкологом и психиатром, а функция семейного врача заключается в координации той помощи (156), которая потребуется Мэтту. План оказания помощи должен включать работу психиатрической бригады, бригады онкологов, первичной медико-санитарной помощи и обязательно социальной помощи (поскольку пациент живет один и является безработным). Это обеспечит удовлетворение потребностей Мэтта. Координация такого подхода, направленная на предупреждение дублирования или пробелов, сложна и требует значительных затрат времени.

## Выводы

- У 25% пациентов с онкологическим заболеванием имеется одно из распространенных психических расстройств, таких как тревога или депрессия.
- Все пациенты, получающие паллиативную помощь, должны быть обследованы психологом, и при необходимости в набор лечебных мероприятий следует включать научно обоснованные психологические вмешательства.

- Имеются основанные на подтвержденных фактах подходы для выявления лиц, получающих паллиативную помощь, которым показано лечение депрессии или тревоги.
- Онкологические заболевания, по-видимому, более часто встречаются среди лиц с психозами, однако это вероятно вызывается скорее факторами образа жизни (например, курением), нежели самим психозом.
- Лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью получают услуги медицинской помощи, поэтому при наличии онкологического заболевания они, как правило, обращаются к врачу на более запущенных стадиях и имеют более низкие показатели выживаемости по сравнению с лицами без тяжелых психических расстройств. Поэтому в процессе планирования здравоохранения и организации медицинской помощи следует уделять приоритетное внимание улучшению доступа к услугам здравоохранения и сокращению дискриминации для этой группы пациентов.
- Предоставление паллиативной помощи для лиц с тяжелыми психическими расстройствами и раком – это трудная задача, решение которой требует эффективной интеграции лечебных процессов.
- Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать формированию более здоровых поведенческих привычек.

## 3. Значение для служб здравоохранения

### 3.1 Предоставление услуг здравоохранения

В 2016 г. европейские государства-члены приняли Европейскую рамочную основу для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (7). В Рамочной основе «интегрированное предоставление услуг здравоохранения» определяется как подход к укреплению систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, путем содействия комплексному оказанию качественных услуг, направленных на удовлетворение всех потребностей населения и отдельных граждан на протяжении всей жизни, силами координированных многопрофильных бригад медицинских работников во всех условиях и на всех уровнях оказания помощи. Рамочная основа предусматривает действия в четырех сферах, направленные на обеспечение интегрированной помощи: группы населения и отдельные лица; процессы предоставления услуг; факторы, содействующие работе системы; управление изменениями.

Интегрированное оказание помощи важно не только для пациентов. Как описано в предыдущих разделах, интегрированная помощь также целесообразна для решения следующих задач:

- контроль депрессии среди пациентов с диабетом и сокращение времени их пребывания в стационаре;
- сокращение риска преждевременной смерти от ССЗ для лиц с тяжелыми психическими расстройствами;
- оказание интегрированной помощи лицам с ХОБЛ силами бригад легочной реабилитации в целях сокращения частоты экстренных госпитализаций в связи с обострениями состояния;
- психотерапия для лиц с диабетом в целях улучшения контроля заболевания в той же степени, какая достигается с помощью определенного объема лекарственной терапии.

Интегрированная помощь повышает уровень удовлетворенности пациентов, улучшает соблюдение ими режима назначенного лечения и конечные показатели здоровья; имеются убедительные фактические данные о том, что интегрированная помощь затратоэффективна и окупает себя в условиях ее применения на популяционном уровне. Все эти факторы являются прочным обоснованием для соответствующей структурной реформы. В течение последних двух десятилетий был предложен ряд моделей предоставления интегрированной психиатрической и соматической медицинской помощи (156). Одной из моделей является организация совместных амбулаторных учреждений, в которых работают семейный врач и специалист (157). Другой моделью является локализация различных служб в

одном месте. Наиболее недавняя модель, которая лучше всего изучена, – модель так называемой коллаборативной помощи (158), продемонстрировавшая стабильно благоприятные результаты для пациентов. Существует разумный консенсус в отношении характеристик такого типа помощи, и ее эффективность являлась предметом ряда систематических обзоров (157–159).

Ключевые характеристики коллаборативной помощи следующие (158): многопрофильный подход, структурированное управление, плановое последующее наблюдение за пациентами и повышенный уровень межпрофессиональной коммуникации. Систематический обзор исследований по коллаборативной помощи пациентам с депрессией (159) показал, что общие результаты и отзывы пациентов были лучше, чем при обычном предоставлении медицинской помощи. Сочетание коллаборативной помощи с психологическим вмешательством (с назначением антидепрессантов или без них) было более эффективным, чем одна только коллаборативная помощь с назначением препаратов. Систематический обзор коллаборативной помощи лицам с тяжелыми психическими расстройствами (158) носил ограниченный характер, поскольку было найдено лишь одно исследование применения этого метода при биполярном расстройстве и не обнаружено ни одного для пациентов с шизофренией. Таким образом, не удалось сделать каких-либо надежных выводов. В модели «консультативной связи» (consultation liaison) врач первичной медико-санитарной помощи сохраняет ответственность за пациента, а специалист по психическому здоровью предоставляет консультативную поддержку. В одном обзоре (160) показано, что консультативная связь менее эффективна, чем коллаборативная помощь, однако вследствие низкого качества этих исследований трудно было сделать на их основании надежные выводы.

## 3.2 Укрепление знаний и навыков медицинских работников

### Бригады первичной медико-санитарной помощи

Врач общей практики – это «единственный клиницист, который действует на девяти уровнях оказания помощи: профилактика, выявление заболевания на латентной стадии, ранняя диагностика, диагноз выраженного нарушения здоровья, лечение болезни, контроль осложнений, реабилитация, паллиативная помощь и консультирование» (162). В идеале преобладающую часть нарушений здоровья необходимо устранять на уровне первичной помощи. Поэтому интеграция охраны психического и соматического здоровья должна занимать центральное место в службах первичной помощи.

Врачам первичного звена необходимы знания и навыки для выявления и контроля наиболее распространенных психических расстройств, таких как тревога и депрессия, которые часто возникают среди пациентов с ССЗ, онкологическими заболеваниями, диабетом и респираторными расстройствами. Лечебная помощь должна включать доступ к специалистам, которые проводят психологическую терапию и обладают знаниями и навыками для назначения антидепрессантов при необходимости. Если от врачей первичной помощи ожидается способность выявлять психические расстройства среди лиц с этими основными НИЗ, они должны обладать компетенциями для контроля таких расстройств и иметь доступ к эффективным научно обоснованным вмешательствам.

Медицинские сестры, которые на уровне первичных служб оказывают помощь пациентам с одним или более соматическим или психическим расстройством, играют центральную роль во внедрении интегрированного подхода к оказанию первичной помощи. Они могут улучшать повседневную практику контроля НИЗ путем совместной работы с врачами первичного звена (163).

### Работники стационаров

В многопрофильных больницах важно обеспечивать возможность для предоставления психиатрической помощи. Врачи и медицинские сестры, работающие в больницах, как правило, обладают знаниями и навыками для выявления лиц с психическими расстройствами, однако лечение в основном проводится специалистами – врачами и медицинскими сестрами – в области психиатрии. Рекомендуется в каждой больнице иметь работников психиатрического профиля для предоставления специализированных консультаций по диагнозу и лечению.

Врачи и медицинские сестры, работающие в больницах, должны быть информированы о связи между тяжелыми психическими расстройствами и основными НИЗ. Те работники, которые специализируются в контроле конкретных НИЗ, например диабета или респираторных заболеваний, должны быть в состоянии выявлять распространенные психические расстройства, связанные с данными типами НИЗ, и знать, как и когда направлять таких пациентов к клиницистам, обладающим навыками для контроля данного состояния (например, в бригаду первичной помощи или к специалисту психиатрического профиля).

### **Работники психиатрического профиля**

Хотя в задачи специалистов по охране психического здоровья не входит лечение основных НИЗ, они могут помочь в обеспечении доступности таких услуг и содействовать информированности о них пациентов. Медицинские работники, задействованные в области охраны психического здоровья (психиатры, психологи, психиатрические медицинские сестры и другие специалисты), должны обладать знаниями и навыками для скрининга на наличие соматических расстройств, таких как диабет и сердечно-сосудистые нарушения, среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Равным образом они должны быть в состоянии направить пациента с психическим расстройством в надлежащие местные службы, например в программу оказания помощи в отказе от курения или по укреплению здоровья. Специалисты в области охраны психического здоровья также должны уметь выявлять пациентов, которые демонстрируют ухудшение соматического состояния. НИЗ, такие как диабет, инфаркт миокарда или инсульт, могут приводить к развитию жизнеугрожающих острых состояний, однако такие состояния нередко труднее обнаружить и они могут требовать более интенсивных вмешательств у пациентов, чье состояние уже осложнено наличием психического расстройства и побочными эффектами препаратов, которые они принимают в связи с этим психическим расстройством. Поэтому все медицинские работники, связанные с охраной психического здоровья, должны быть в состоянии выявлять пациентов, чье соматическое здоровье внезапно ухудшается, и знать, какие меры необходимо принимать. Местные условия диктуют то, каким образом такие консультативные службы и оказание помощи обеспечиваются, например путем включения в штат врачей общего профиля или врачей, проявляющих особый интерес к гериатрии, для обзора и консультирования по вопросам оказания помощи при хронических психических расстройствах. Пациентам необходимо оказывать наиболее полноценную помощь. Так, пациент, находящийся в психиатрической больнице, должен иметь доступ к услугам соматической медицинской помощи (консультирующие врачи терапевтических специальностей и др.), а пациент в соматическом отделении больницы должен иметь доступ к психиатрической помощи (консультирующие психиатры), когда клинические обстоятельства обуславливают показания к такой помощи. Формы доступа зависят от местных условий. Речь может идти о специальных штатных специалистах, как это рекомендует Королевская коллегия психиатров в Соединенном Королевстве (164), или эти специалисты могут находиться в другом учреждении. Вне зависимости от используемой модели результаты должны быть одинаковыми: оказание помощи как по соматическому, так и по психическому здоровью, доступное для каждого пациента.

### **Руководства**

Во многих странах имеются научно обоснованные руководства по оказанию помощи при широком спектре различных НИЗ. Руководства – это эффективные инструменты для клиницистов, планирующих наиболее современное лечение на основе новейших опубликованных научных данных. Они обеспечивают последовательность в лечении одного и того же состояния и информируют пациентов об имеющихся видах лечения. Стандарты оказания помощи в руководствах обеспечивают предоставление услуг на основе наилучших имеющихся фактических данных.

В настоящем докладе, однако, показано, что имеется лишь незначительное число руководств, которые относятся к лицам с психическими расстройствами (распространенными или тяжелыми), имеющим при этом также неинфекционные заболевания. Особые потребности этих лиц необходимо учитывать при планировании, организации и управлении предоставлением услуг, что поможет заполнить пробел, имеющийся в большинстве руководств, и будет способствовать доступу к высококачественной помощи. Оказание помощи осложняется тем, что лечение одного состояния может ухудшать другие аспекты помощи. Так, например, повышение дозы антипсихотического препарата для купирования ухудшающегося психического состояния может также ухудшить состояние диабета или ССЗ у того же пациента. Соответственно, в руководствах по оказанию помощи

при НИЗ необходимо учитывать потребности лиц с тяжелыми психическими расстройствами и связи между распространенными психическими расстройствами и основными НИЗ.

## 4. ВЫВОДЫ

Цель настоящей публикации – внести вклад в углубление понимания коморбидности и предоставить фактические данные, которые могут использоваться организаторами здравоохранения и медицинскими работниками для внедрения более интегрированного подхода к оказанию помощи лицам с коморбидными состояниями. Его основная задача состояла в обзоре клинических данных в отношении коморбидности между психическими расстройствами и основными НИЗ. Из обзора этих фактических данных вытекает ряд выводов.

### Распространенные психические расстройства

- Пациентов с диабетом следует регулярно обследовать на предмет выявления возможного развития депрессии.
- Депрессия и тревога являются прогностическими факторами развития ССЗ и ухудшают их исходы. При этом нет фактических доказательств того, что они могут улучшаться в условиях проводимого скрининга на депрессию или тревогу или лечение этих состояний. Так, например, скрининг на депрессию и лечение депрессии не позволяют предотвратить инфаркт миокарда.
- Каждая третья из всех выкуренных сигарет выкуривается лицом с психическим расстройством. Курение – это основная причина ХОБЛ и обострений бронхиальной астмы. Поставщики медицинских услуг должны стимулировать отказ от курения и проводить надлежащие вмешательства в отношении как пациентов, так и персонала.
- Было показано, что легочная реабилитация является эффективным пакетом услуг интегрированной помощи для лиц с ХОБЛ. Когнитивная поведенческая терапия также позволяет эффективно контролировать психологические расстройства среди пациентов с респираторными нарушениями и улучшать качество их жизни.
- Лишь части пациентов, получающих паллиативную помощь и которые также страдают от тревоги или депрессии, проводится лечение по поводу этих состояний. Имеются научно обоснованные подходы к выявлению лиц, получающих паллиативную помощь, которым показано лечение депрессии и тревоги.
- Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни.

### Тяжелые психические расстройства

- У пациентов с тяжелыми психическими расстройствами чаще встречается диабет, и он хуже поддается лечению. Оказание помощи в таких случаях требует интеграции услуг силами эндокринологов и психиатров.
- Роль антипсихотических препаратов при диабете требует дальнейших исследований и оценки.
- Выявление и контроль изменяемых факторов риска ССЗ среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами снижает риск преждевременной смертности.
- Дискриминация в отношении лиц с тяжелыми психическими расстройствами ограничивает их доступ к услугам и повышает риск преждевременной смерти и инвалидности от ССЗ. Поэтому устранение дискриминации является приоритетом.
- Риск каждого пациента с тяжелым психическим расстройством в отношении сердечно-сосудистых нарушений следует ежегодно оценивать с помощью одного из принятых алгоритмов оценки риска.
- Поставщики услуг в области охраны психического здоровья должны рассматривать возможность запрета на курение в их учреждениях как для пациентов, так и для персонала.

- Лица с тяжелыми психическими расстройствами с меньшей вероятностью обращаются за медицинской помощью. Поэтому, когда у них возникает злокачественная опухоль, они чаще обращаются к врачу уже на более развернутых стадиях заболевания, вследствие чего снижается уровень их выживаемости. Доступ этой группы к медицинской помощи и устранение дискриминации должны занимать приоритетное место в работе организаторов и координаторов медицинской помощи.
- Вмешательства на популяционном уровне и наличие среды и условий для поддержания и укрепления здоровья могут способствовать переходу к более здоровому образу жизни.

Значение этих результатов для планирования, организации, управления и совершенствования медицинской помощи очевидно. Системы здравоохранения должны развиваться в направлении, более ориентированном на пациента, с использованием интегрированной модели помощи, которая продемонстрировала свою эффективность в достижении улучшенных показателей здоровья. Обеспечивая интегрированное предоставление услуг здравоохранения, медицинские работники должны выходить за рамки конкретных болезней, стремиться к удовлетворению как соматических, так и психических потребностей здоровья пациентов. Поэтому во всех учреждениях здравоохранения должно проводиться обучение персонала методам выявления, контроля и последующего наблюдения за коморбидными хроническими состояниями.

Потребности в отношении времени, ресурсов и ключевые содействующие факторы в реализации преобразований в значительной степени различаются между странами в зависимости от их культурного контекста и ресурсов. Можно ожидать, что любые систематические усилия для достижения более тесной интеграции между службами психического и физического здоровья приведут к ряду полезных эффектов, включая повышение уровня удовлетворенности пациентов, которым оказывают комплексную помощь как «индивидуумам в целом», а не только узкоспециальную в соответствии с их состоянием; улучшение клинических результатов; повышение эффективности и более экономное расходование ресурсов; устранение дублирования диагностических служб и проведение своевременных вмешательств.

## 5. Библиография<sup>2</sup>

1. Обзор Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/the-european-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016>).
2. Depression and other common mental disorders. Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/MSD/MER/2017.2).
3. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/archive/advance-copies-of-documents/eurrc6311-the-european-mental-health-action-plan>).
4. План действий по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/66th-session/documentation/working-documents/eurrc6611-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-who-european-region>).

<sup>2</sup> Интернет-ссылки в описаниях на английском языке – по состоянию на 31 октября 2016 г. (если не указано иначе), на русском – на 20 мая 2017 г.

5. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>).
6. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>).
7. Дорожная карта. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ. Рамочная основа для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг (СКПМУ). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108628/2/e96929r.pdf>).
8. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-ru.pdf)).
9. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R8-ru.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-ru.pdf?ua=1)).
10. Buchan J, Perfilieva G. Making progress towards health workforce sustainability in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/287456/Making-progress-towards-health-workforce-sustainability-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/287456/Making-progress-towards-health-workforce-sustainability-in-the-WHO-European-Region-rev1.pdf?ua=1)).
11. Дорожная карта действий с целью усиления мер по осуществлению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в Европейском регионе на 2015–2025 гг.: оставить табак в прошлом. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/tobacco/publications/2015/making-tobacco-a-thing-of-the-past-roadmap-of-actions-to-strengthen-implementation-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control-in-the-european-region-2015-2025-2015>).
12. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/147733/wd13R\\_Alcohol-Plan.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/147733/wd13R_Alcohol-Plan.pdf)).
13. Всемирный день здоровья 2016 г.: Победим диабет. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/whd/world-health-day-2016-beat-diabetes>).
14. Global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2014.
15. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006;3:e442.
16. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011.
17. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation. Part 1: Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization; 1999 (WHO/NCD/NCS/99.2).

18. Morrish NJ, Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO multinational study of vascular disease in diabetes. 2001;44( 2):14–21.
19. Global data on visual impairments 2010. Geneva: World Health Organization; 2012.
20. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S, et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care* 2005;28:2130–2135.
21. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2001;24:1069–1078.
22. Egede LE, Ellis C. Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87:302–312.
23. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000;23:934–942.
24. Richardson LK, Egede LE, Mueller M, Echols CL, Gebregziabher M. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30:509–514.
25. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008;31:2398–2403.
26. de Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2001;63:619–630.
27. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization; 2008.
28. Eaton W. Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Psychosom Res* 2002;53:903–906.
29. Knol MJ, Twisk JW, Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia* 2006;49:837–845.
30. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. *Diabetes Care* 2008;31:2383–2390.
31. Katon JW, Von Korff M, Lin EHB, Simon G, Ludman E, Russo J, et al. The pathways study – a randomised trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:1042–1049.
32. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Freedland KE, Eisen SA, Rubin EH, et al. Effects of nortriptyline on depression and glycemic control in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. *Psychosom Med* 1997;59:241–250.
33. Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, Clouse RE. Fluoxetine for depression in diabetes: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *Diabetes Care* 2000;23:618–623.
34. Williams JW Jr, Katon W, Lin EH, Noel PH, Worchel J, Cornell J, et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 2004;140:1015–1024.
35. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J, Stoop C, Chan J, Jacobson AM, Katon W, et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2010;32:380–395.

36. Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. *Psychosom Med* 2007;69:543–550.
37. Krein SL, Bingham CR, McCarthy JF, Mitchinson A, Payes J, Valenstein M. Diabetes treatment amongst VA patients with comorbid serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2006;57:1016–1021.
38. Le TK, Able SL, Lage MJ. Resource use among patients with diabetes, diabetic neuropathy, or diabetes with depression. *Cost Effectiveness Resource Allocation* 2006;4:18.
39. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med* 2000;160:3278–3285.
40. Nichols L, Barton PL, Glazner J, McCollum M. Diabetes, minor depression and health care utilization and expenditures: a retrospective database study. *Cost Effectiveness Resource Allocation* 2007;5:4.
41. Simon GE, Katon WJ, Lin EHB, Rutter C, Manning WG, Von Korff M, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:65–72.
42. Katon WJ, Russo JE, Von Korff M, Lin EHB, Ludman E, Ciechanowski PS. Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:1155–1159.
43. Vinogradova Y, Coupland C, Hippisley-Cox J, Whyte S, Penny C. Effects of severe mental illness on survival of people with diabetes. *Br J Psychiatry* 2010;197:272–277.
44. Haire-Joshu D, Thomas J. Gambling with addiction: dangerous beliefs about smoking and diabetes. *Diabetes Voice* 2005;50:15–18.
45. Schizophrenia. Geneva: World Health Organization; 2016 ([http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/), accessed October 2016).
46. Psychosis and schizophrenia: management. Clinical guideline [CG82]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009 (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG82>, accessed October 2016).
47. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the evidence. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317–333.
48. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline [CG178]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 (<https://www.nice.org.uk/guidance/CG178>, accessed October 2016).
49. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:596–601.
50. Pendlebury J, Holt R. Managing diabetes in people with severe mental illness. *J Diabetes Nurs* 2010;14:328–338.
51. Kooy FH. Hyperglycaemia in mental disorders. *Brain* 1919;42:214–288.
52. Duc L. Contribution to the study of the disorders of carbohydrate metabolism in mental disorders: diabetes and psychoses. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 1952;69:89–169.

53. Jurcczyk A, Nowesielska A, Przewozniak N, Aryee KE, Dilorio P, Blodgett D, et al. Beyond the brain: disrupted in schizophrenia 1 regulates pancreatic b-cell function via glycogen synthase kinase-3 b. *FASEB J* 2016;30:983–993.
54. Hasnain M. Genetic vulnerability in antipsychotic drug-induced diabetes. *Lancet Psychiatry* 2015;2:1049–1051.
55. Samele C, Patel M, Boydell J, Leese M, Wessely S, Murray R. Physical illness and lifestyle factors in people with their first presentation of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:117–124.
56. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A, Guidone C, Iaconelli A, Leccesi L, et al. Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2012;366:1577–1585.
57. Cardiovascular diseases. Data and statistics. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and-statistics>, accessed October 2016).
58. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *Eur Heart Journal* 2012;33:1635–1701.
59. Rugulies R. Depression as a predictor for coronary heart disease. a review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 2002;23:51–61.
60. Wulsin LR, Singal BM. Do depressive symptoms increase the risk for the onset of coronary disease? A systematic quantitative review. *Psychosom Med* 2003;65:201–210.
61. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiologic and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006;27:2763–2774.
62. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004;66:802–813.
63. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ, et al. Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2004;66:814–822.
64. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P, Denollet J. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:38–46.
65. Roest AM, Martens EJ, Denollet J, de Jonge P. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis. *Psychosom Med* 2010;72:563–569.
66. Violanti JM, Charles LE, Gu JK, Burchfiel CM, Andrew ME, Nedra JP, et al. Depressive symptoms and carotid artery intima-media thickness in police officers. *Int Arch Occup Environ Health* 2013;86:931–942.
67. Pizzi C, Costa GM, Santarella L, Flacco ME, Capasso L, Bert F, et al. Depression symptoms and the progression of carotid intima-media thickness: a 5-year follow-up study. *Atherosclerosis* 2014;233:530–536.
68. Wright L, Simpson W, Van Lieshout RJ, Steiner M. Depression and cardiovascular disease in women: is there a common immunological basis? A theoretical synthesis. *Ther Adv Cardiovasc Dis* 2014;8:56–69.
69. Maggi S. Review: Depression may increase mortality in coronary heart disease. *Evid Based Ment Health* 2005;8:66.

70. Thombs BD, de Jonge P, Coyne JC, Whooley MA, Frasure-Smith N, Mitchell AJ, et al. Depression screening and patient outcomes in cardiovascular care: a systematic review. *JAMA* 2008;300:2161–2171.
71. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ, et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *JAMA* 2003;289:3106–3116.
72. Lesperance F, Frasure-Smith N, Koszycki D, Laliberte MA, van Zyl LT, Baker B, et al. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007;297:367–379.
73. Freedland KE, Skala JA, Carney RM, Rubin EH, Lustman PJ, Davila-Roman VG, et al. Treatment of depression after coronary artery bypass surgery: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:387–396.
74. Glassman AH, O'Connor CM, Califf RM, Swedberg K, Schwartz P, Bigger JT Jr, et al. Sertraline treatment of major depression in patients with acute MI or unstable angina. *JAMA* 2002;288:701–709.
75. van Melle JP, de Jonge P, Honig A, Schene AH, Kuyper AM, Crijns HJ, et al. Effects of antidepressant treatment following myocardial infarction. *Br J Psychiatry* 2007;190:460–466.
76. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager WL, Reim EK, Lanctot KL. Efficacy and tolerability of antidepressants for treatment of depression in coronary artery disease: a meta-analysis. *Can J Psychiatry* 2010;55:91–99.
77. Fenton WS, Stover ES. Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19:421–427.
78. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gauden LH, Cuffe MS, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalisation in patients with congestive heart failure. *Arch Intern Med* 2001;161:1849–1856.
79. Welch CA, Czerwinski D, Ghimire B, Bertsimas D. Depression and costs of health care. *Psychosomatics* 2009;50(Suppl 4):392–401.
80. Depression in adults: recognition and management. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2009 ([www.nice.org.uk/guidance/cg90](http://www.nice.org.uk/guidance/cg90)).
81. Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic hospital contacts, invasive cardiac procedures, and mortality from heart disease in patients with severe mental disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:713–720.
82. Osborn DP, Levy G, Nazareth I, Petersen I, Islam A, King MB. Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's General Practice Research Database. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:242–249.
83. Novo S, Iacona R, Bonomo V, Evola V, Corrado E, Di Piazza M, et al. Erectile dysfunction is associated with low total serum testosterone levels and impaired flow-mediated vasodilation in intermediate risk men according to the Framingham risk score. *Atherosclerosis* 2015;238:415–419.
84. Meyer JM. Sexual dysfunction in patients treated with atypical antipsychotics. *J Clin Psychiatry* 2008;69:e26.

85. Rodrigo C, Lakshitha da Silva N, Gunaratne R, Rajapakse S, Asanka Da Silva V, Hanwella R. Lower estimated glomerular filtration rates in patients on long term lithium: a comparative study and a meta-analysis of literature. *BMC Psychiatry* 2014;14:4
86. Osborn DPJ, King MB, Nazareth I. Participation in screening for cardiovascular risk by people with schizophrenia or similar mental illnesses: cross sectional study in general practice. *BMJ* 2003;326:1122–1123.
87. Pirraglia PA, Rowland E, Wu WC, Friedmann PD, O’Toole TP, Cohen LB, et al. Benefits of a primary care clinic co-located and integrated in a mental health setting for veterans with serious mental illness. *Prev Chronic Dis* 2012;9:E51.
88. Cardiovascular risk prediction charts. Geneva: World Health Organization, 2016 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/Chart\\_predictions/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/Chart_predictions/en/)).
89. SCORE risk charts. The European cardiovascular disease risk assessment model. Brussels: European Society of Cardiology; 2016 (<http://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/SCORE-Risk-Charts>, accessed October 2016).
90. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, Minhas R, Sheikh A, et al. Predicting cardiovascular risk in England and Wales: prospective derivation and validation of QRISK2. *BMJ* 2008;336:1475–1482.
91. Hippisley-Cox J, Parker C, Coupland C, Vinogradova Y. Inequalities in the primary care of patients with coronary heart disease and serious mental health problems: a cross-sectional study. *Heart* 2007;93:1256–1262.
92. Hippisley-Cox J. Severe mental illness and cardiovascular risk. Report to West London Mental Health Trust (REC 11/EM/20345). Southall: West London Mental Health Trust; 2012.
93. Scigliano G, Ronchetti G. Antipsychotic-induced metabolic and cardiovascular side effects in schizophrenia: a novel mechanistic hypothesis. *CNS Drugs* 2013;27:249–257.
94. Alberti KG, Zimmet P, Shaw P. The metabolic syndrome, a new worldwide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation. *Diabetes Med* 2006;23:469–480.
95. Mottillo S, Filion KB, Genest J, Joseph L, Pilote L, Poirier P, et al. The metabolic syndrome and cardiovascular risk: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010;56:1113–1132.
96. Querioz Claudio B, Nossar Costa MA, Penna F, Texeira Konder M, Celoria BMJ, Lopes de Souza L, et al. Impact of psychotropic drugs on QT interval dispersion in adult patients. *Arq Bras Cardiol* 2014;102:465–472.
97. Antipsychotic drugs and risk of venous thromboembolism: nested case-control study Parker, et al. *BMJ* 2010;341:4245.
98. Druss BG. Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *J Clin Psychiatry* 2007;68(Suppl 4):40–44.
99. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens C, Lambert M, Leucht S, et al. Co-morbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy and research challenges. *J Clin Psychiatry* 2008;69:514–519.
100. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kohl KG, Möller HJ. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:412–424.

101. Huffman MD. Cardiovascular health in low- and middle-income countries. *Curr Probl Cardiol* 2014;39:399–419.
102. Mendelsohn CP, Kirby DP, Castle DJ. Smoking and mental illness. An update for psychiatrists. *Australas Psychiatry* 2015;23:37–43.
103. Aronson JK, editor. *Meyler's side effects of psychiatric drugs*. 15th edition. Amsterdam: Elsevier; 2006:732.
104. Хронические респираторные заболевания. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/respiratory/ru/>).
105. Chronic respiratory diseases. Quick facts and figures. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/chronic-respiratory-diseases/data-and-statistics>, accessed October 2015).
106. Smoking and mental health (Royal College of Psychiatrists Council Report CR178). London: Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists; 2013.
107. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness. *JAMA* 2000;284:2606–2610.
108. Cooper CL, Parry GD, Saul C, Morice AH, Hutchcroft BJ, Moore J, et al. Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Fam Pract* 2007;8:62.
109. Ten Thoren C, Petermann F. Reviewing asthma and anxiety. *Resp Med* 2000;94:409–415.
110. Carfella PA, Effing TW, Usmani ZA, Frith PA. Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *Respirology* 2012;17:627–638.
111. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev* 2014;23:345–349.
112. Omachi TA, Katz PP, Yelin EH, Gregorich SE, Iribarren C, Blanc PD, et al. Depression and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Med* 2009;122:778.
113. Van Manen JG, Bindels PJ, Dekker FW, Ijzermans CJ, van der Zee JS, Schadé E. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax* 2002;57:412–416.
114. Jennings JH, Digiovine B, Obeid D, Frank C. The association between depressive symptoms and acute exacerbations of COPD. *Lung* 2009;187:128–135.
115. Ng TP, Niti M, Tan WC, Cao Z, Ong KC, Eng P. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life. *Arch Intern Med* 2007;167:60–67.
116. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008;134(4 Suppl.):43S–56S.
117. Shavitt RG, Gentil V, Mandetta R. The association of panic/agoraphobia and asthma. Contributing factors and clinical implications. *Gen Hosp Psychiatry* 1992;14:420–423.
118. Goodwin RD, Jacobi F, Thefeld W. Mental disorders and asthma in the community. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:1125–1130.

119. Ley R. Dyspneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilatory panic attacks. *Behav Res Ther* 1989;27:549–554.
120. Gorman JM, Askanazi J, Liebowitz MR, Fyer AJ, Stein J, Kinney JM, et al.. Response to hyperventilation in a group of patients with panic disorder. *Am J Psychiatry* 1984;141:857–861.
121. Cochrane Database of Systematic Reviews. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease (Plain language summary) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012318/>, accessed August 2015).
122. Informed Health Online. What is pulmonary rehabilitation? (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072615/>, accessed August 2015).
123. Yorke J, Fleming SL, Shuldham CM. Psychological interventions for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1:CD002982.
124. Clearing the air: a national study of chronic obstructive pulmonary disease. London: Commission for Healthcare Audit and Inspection; 2006.
125. Investing in emotional and psychological wellbeing. London: NHS Confederation; 2012.
126. Himelhoch S, Lehman A, Kreyenbuhl J, Dixon L. Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among those with serious mental illness. *Am J Psychiatry* 2004;161:2317–2319.
127. Crump S, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry* 2013;170:324–333.
128. Desai HD, Seabolt J, Jann MW. Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs* 2001;15:469–494.
129. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M, Adler LE, Audrain-McGovern J, et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 2008;10:1691–1715.
130. Cormac I. Impact of a total smoking ban in a high secure hospital. *Psychiatrist* 2010;34:413–417.
131. Gilbody S, Peckham E, Man MS, Mitchell N, Li J, Becque T, et al. Bespoke smoking cessation for people with severe mental ill health (SCIMITAR): a pilot randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2015;2:395–402.
132. Eden Evins A, Cather C, Pratt SA, Pachas GN, Hoepfner SS, Goff DC, et al. Maintenance treatment with varenicline for smoking cessation in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *JAMA* 2014;311:145–154.
133. Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: GLOBOCAN 2012 v1.0 (IARC CancerBase No. 11). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2013 (<http://globocan.iarc.fr>, accessed 3 February 2017).
134. Cancer. Data and statistics. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/data-and-statistics>, accessed August 2015).
135. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160–174.

136. Arrieta O, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes-Gallareta Y, Macedo EO, Martínez-López D, et al. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Ann Surg Oncol* 2013;20:1941–1948.
137. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 2000;356:1326–1327.
138. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, et al. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem-cell transplantation. *J Clin Oncol* 2002;20:1907–1917.
139. Shim EJ, Park JH. Suicidality and its associated factors in cancer patients: results of a multi-center study in Korea. *Int J Psychiatry Med* 2012;43:381–403.
140. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depression and anxiety in women with early breast cancer: five-year observational cohort study. *BMJ* 2005;330:702.
141. Lloyd-Williams M. Difficulties in diagnosing and treating depression in the terminally ill cancer patient. *Postgrad Med J* 2000;76:555–558.
142. International statistical classification of diseases and related health problems, 10th edition. Geneva: World Health Organization; 2016.
143. Butow P, Price MA, Shaw JM, Turner J, Clayton JM, Grimison P, et al. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psycho-Oncology* 2015;24:987–1001.
144. Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *J Palliat Care* 1991;7:6–9.
145. Holland JC, Andersen B, Breitbart WS, Buchmann LO, Compas B, Deshields TL, et al. Distress management. *J Natl Compr Cancer Netw* 2013;11:190–209.
146. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatry Scand* 1983;67:361–370.
147. Galway K, Black A, Cantwell M, Cardwell CR, Donnelly M. Psychosocial interventions to improve quality of life and emotional wellbeing for recently diagnosed cancer patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD007064.
148. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer. *Cochrane Database Syst rev* 2015;1:CD011006.
149. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
150. Hodgson R, Wildgust HJ, Bushe CJ. Cancer and schizophrenia: is there a paradox? *J Psychopharmacol* 2010;24(Suppl 4):51–60.
151. Mitchell A, Pereira IE, Yadegarfar M, Pepereke S, Mugadza V, Stubbs B. Breast cancer screening in women with mental illness: comparative meta-analysis of mammography uptake. *Br J Psychiatry* 2014;205:428–435.
152. Tilbrook D, Polsky J, Lofters A. Are women with psychosis receiving adequate cervical cancer screening? *Can Fam Physician* 2010;56:358–363.

153. Irwin K, Henderson DC, Knight HP, Pirl WF. Cancer care for individuals with schizophrenia. *Cancer* 2014;120:323–334.
154. Chang CK, Hayes RD, Broadbent MTM, Hotopf M, Davies E, Møller H, et al. A cohort study on mental disorders, stage of cancer at diagnosis and subsequent survival. *BMJ Open* 2014;4:e004295.
155. Kisley S, Crowe E, Lawrence D. Cancer-related mortality in people with mental illness. *JAMA Psychiatry* 2013;70:209–217.
156. Hewlett E, Moran V. Making mental health count. The social and economic costs of neglecting mental health care (OECD Health Policy Studies). Paris: OECD Publishing; 2014.
157. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Geneva: World Health Organization; 2014.
158. Gillies D, Buykx P, Parker AG, Hetrick SE. Consultation liaison in primary care for people with mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;9: CD007193.
159. Reilly S, Planner C, Gask L, Hann M, Knowles S, Druss B, Lester H. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;11:CD009531.
160. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9:e108114.
161. Sartorius N. Stigma and mental health. *Lancet* 2007;370:810–811.
162. Coleman R, Gill G, Wilkinson D. Noncommunicable disease management in resource poor settings; a primary care model from rural South Africa. *Bull World Health Organ* 1998;76:633–640.
163. Patel V, Simon G, Chowdhary N, Kaaya S, Araya R. Packages of care for depression in low- and middle-income countries. *PLoS Med* 2009;6:e1000159.
164. Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health. Summary. London: Royal College of Psychiatrists; 2013 (<http://www.rcpch.ac.uk/system/files/protected/news/Achieving%20parity%20between%20mental%20and%20physical%20health.pdf>).

## Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

## Государства-члены

Австрия  
Азербайджан  
Албания  
Андорра  
Армения  
Беларусь  
Бельгия  
Болгария  
Босния и Герцеговина  
Бывшая югославская Республика Македония  
Венгрия  
Германия  
Греция  
Грузия  
Дания  
Израиль  
Ирландия  
Исландия  
Испания  
Италия  
Казахстан  
Кипр  
Кыргызстан  
Латвия  
Литва  
Люксембург  
Мальта  
Монако  
Нидерланды  
Норвегия  
Польша  
Португалия  
Республика Молдова  
Российская Федерация  
Румыния  
Сан-Марино  
Сербия  
Словакия  
Словения  
Соединенное Королевство  
Таджикистан  
Туркменистан  
Турция  
Узбекистан  
Украина  
Финляндия  
Франция  
Хорватия  
Черногория  
Чешская Республика  
Швейцария  
Швеция  
Эстония



**Всемирная организация здравоохранения**  
**Европейское региональное бюро**  
UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen O, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: [eucontact@who.int](mailto:eucontact@who.int)  
Веб-сайт: [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)