

## ИНФОРМАЦИОННЫЕ МАТЕРИАЛЫ / INFORMATION MATERIALS

**Клиническое консенсусное заявление ESC 2025 года по вопросам психического здоровья и сердечно-сосудистых заболеваний: основные положения**

Ключевые положения по материалам: 2025 ESC Clinical Consensus Statement on mental health and cardiovascular disease: developed under the auspices of the ESC Clinical Practice Guidelines Committee: Developed by the task force on mental health and cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Federation of Psychologists' Associations AISBL (EFPA), the European Psychiatric Association (EPA), and the International Society of Behavioral Medicine (ISBM)

Разработано рабочей группой по психическому здоровью и сердечно-сосудистым заболеваниям Европейского общества кардиологии (ESC).

Одобрено Европейской федерацией ассоциаций психологов (AISBL, EFPA), Европейской психиатрической ассоциацией (EPA) и Международным обществом поведенческой медицины (ISBM)

**Héctor Bueno (Chairperson) (Spain), Christi Deaton (Chairperson) (United Kingdom), Marta Farrero (Task Force Co-ordinator) (Spain), Faye Forsyth (Task Force Co-ordinator) (United Kingdom), Frieder Braunschweig (Sweden), Sergio Buccheri (Sweden), Simona Dragan (Romania), Sofie Gevaert (Belgium), Claes Held (Sweden), Donata Kurpas (Poland), Karl-Heinz Ladwig (Germany), Christos D. Lionis (Greece), Angela H.E.M. Maas (Netherlands), Caius Ovidiu Merșa (Romania), Richard Mindham (United Kingdom), Susanne S. Pedersen (Denmark), Martina Rojnic Kuzman (Croatia), Sebastian Szmit (Poland), Rod S. Taylor (United Kingdom), Izabella Uchmanowicz (Poland), Noa Vilchinsky (Israel), and ESC Scientific Document Group**

**Ключевые слова:** психическое здоровье, сердечно-сосудистые заболевания, риск сердечно-сосудистых заболеваний, психические расстройства, скрининг психического здоровья, стресс, депрессия, тревога, посттравматическое стрессовое расстройство, тяжелые психические заболевания, психокardiологическая бригада, поэтапная помощь, психологическая терапия, психотропные препараты, стигма.

**Список сокращений:** СН – сердечная недостаточность, ТПЗ – тяжелые психические заболевания, ЧКВ – чрескожное коронарное вмешательство, ОКС – острый коронарный синдром, ФП – фибрилляция предсердий, ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство, SSRI – ингибиторы обратного захвата серотонина, SNRIs – ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина, РКИ – рандомизированные контролируемые исследования, СИОЗС – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, СИОЗСН – ингибиторы обратного захвата серотонина и норэпинефрина, ТЦА – трициклические антидепрессанты, КПТ – когнитивно-поведенческая терапия, АВУРТ – атриовентрикулярная узловатая реципрокная тахикардия, АВРТ – атриовентрикулярная

реципрокная тахикардия, ЕОК – Европейское общество кардиологии, ЧСС – частота сердечных сокращений, ПНЖТ – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия, ЖЭ – желудочковая экстрасистола, ЖТ – желудочковая тахикардия.

**Преамбула и введение**

Психическое здоровье является важнейшей составляющей общего состояния здоровья человека. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), оно характеризуется состоянием психического благополучия, позволяющего человеку справляться со стрессами, реализовывать свои возможности, успешно учиться и работать, а также вносить

вклад в развитие общества. Несмотря на важность темы, четкого и универсального определения психического здоровья пока не существует. Иногда психическое здоровье и психические расстройства рассматриваются как противоположные континуумы, однако в рамках данного документа предполагается широкое понимание этого термина, включающее разные состояния, — от оптимального, характеризующегося такими аспектами, как устойчивость, позитивное настроение и благополучие, до тяжелых психических заболеваний. Расстройства психического здоровья включают тяжелые психические заболевания (ТПЗ), которые существенно нарушают социальное и повседневное функционирование личности.

Взаимодействие психического здоровья и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) носит двунаправленный характер. Например:

- положительные аспекты психического благополучия связаны с улучшением состояния сердечно-сосудистой системы; в то же время наличие психических расстройств увеличивает риск развития ССЗ;
- острые сердечно-сосудистые события или хронические сердечно-сосудистые заболевания влияют на психическое здоровье, ухудшая уже имеющиеся психические состояния или провоцируя новые состояния;
- сочетание сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств может кумулироваться, ухудшая как психическое здоровье, так и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний;
- люди с психическими расстройствами часто оказываются в наиболее неблагоприятном положении, испытывая социальные и экономические трудности, а также сталкиваясь со стигмой, стереотипами и предрассудками;
- люди с расстройствами психического здоровья, особенно с тяжелыми психическими расстройствами, более уязвимы и реже получают необходимые диагностические и лечебные услуги в сравнении с людьми без психических расстройств.

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ РАЗДЕЛА	
(i)	Психическое здоровье и психические расстройства разнонаправленно влияют на сердечно-сосудистое здоровье и ССЗ
(ii)	Коморбидность ССЗ и психических расстройств может привести к взаимовлиянию, которое ухудшит как психическое, так и сердечно-сосудистое здоровье, что приведет к ухудшению исходов заболеваний
(iii)	В обычной клинической практике по лечению ССЗ отсутствуют комплексный, систематический и надлежащий скрининг, оценка, информирование и управление психическим здоровьем
(iv)	Существует ограниченное количество фактических данных о наилучших способах общения, поощрения, поддержания и улучшения психического здоровья и жизнестойкости людей с ССЗ и членов их семей
(v)	Существует ограниченный объем научных данных, которые могли бы служить основой для разработки подходов к скринингу и ведению пациентов с психическими расстройствами среди людей, страдающих ССЗ
КОНСЕНСУСНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ	
(i)	Лечение пациентов с ССЗ достигает наилучших результатов, когда оно ориентировано на индивидуальные потребности человека и нацелено на укрепление здоровья в целом, включая не только сердечно-сосудистую систему, но и психическое здоровье как важную составляющую
(ii)	Мультидисциплинарная команда, включающая специалистов в области психического здоровья, психологов и/или психиатров (психокардиологическая команда), необходима при оказании помощи людям с ССЗ. Это необходимо для предоставления практических рекомендаций, проведения надлежащей оценки психического состояния, оказания поддержки и помощи в ведении пациентов с ССЗ лицам, осуществляющим уход за ними
(iii)	Специалистам в области здравоохранения следует стремиться к внедрению интегрированного психокардиологического командного подхода, адаптированного к местным потребностям
(iv)	Принципы ACTIVE (Acknowledge – Признать, Check – Проверить, Tools – Инструменты, Implement – Внедрить, Venture – Действовать, Evaluate – Оценить) можно использовать в качестве практического подхода для интеграции помощи в сфере психического здоровья в кардиологическую практику

#### 4. Взаимосвязь психического здоровья и сердечно-сосудистого риска

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ РАЗДЕЛА	
(i)	Показатели положительного психического здоровья, такие как оптимизм, счастье и высокая удовлетворенность жизнью, ассоциированы с более низким риском ССЗ
(ii)	Опасные психосоциальные факторы (например, социальная изоляция, финансовая нагрузка и работа) ассоциированы с повышенным риском развития ССЗ
(iii)	Психические расстройства, такие как депрессия, тревожность и ПТСР, ассоциированы с повышенным риском развития ССЗ
(iv)	Медицинские работники обязаны: <ul style="list-style-type: none"> <li>• быть информированными об этих взаимосвязях</li> <li>• быть внимательными к этим факторам риска в ходе консультаций</li> <li>• при необходимости информировать, консультировать и направлять лиц, находящихся в группе риска</li> <li>• при необходимости выступать за системные изменения</li> </ul>
КОНСЕНСУСНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ	
(i)	Важными компонентами комплексной профилактики ССЗ являются управление психосоциальным стрессом и укрепление психического благополучия
(ii)	В рамках оценки сердечно-сосудистого риска рекомендуется проводить скрининг на депрессию, тревожность и ПТСР

#### 5. Психическое здоровье и психические расстройства у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями

##### 5.2. Влияние сердечно-сосудистых заболеваний на психическое здоровье

Сердечно-сосудистые заболевания могут значительно влиять на психическое здоровье. Острые события, такие как острый коронарный синдром или аритмия, сопровождающиеся угрозой жизни и ощущением беспомощности, вызывают интенсивные негативные эмоции — страх, гнев, грусть и тревогу. Даже при отсутствии признаков диагностированных психических расстройств у пациентов с ССЗ могут возникать экзистенциальные проблемы, такие как страх рецидива, смерти и стресс, связанный с заботой о близких.

Сложности лечения и необходимости кардинальных изменений образа жизни ухудшают качество жизни и требуют значительных усилий для начала и поддержания терапии. Распространенность психических нарушений у больных ССЗ варьирует в зависимости от типа заболевания, индивидуальных характеристик и условий жизни, что влияет на способность контролировать заболевание, соблюдать рекомендации, соблюдать режим и вести здоровый образ жизни. Таким образом, состояние психического здоровья существенно влияет на прогноз и эффективность лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

**5.2.1. Симптомы депрессии и депрессия.** Важно отличать симптомы депрессии от депрессии, поскольку термин «депрессия» имеет различные

значения: от временного чувства подавленности до тяжелых клинических состояний, которые приводят к инвалидности, рецидивируют и являются тяжелыми. Более того, у некоторых людей наблюдается стойкий стресс с определенными депрессивными чертами. Люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, могут испытывать любой из этих отдельных кластеров симптомов, однако наиболее распространенным типом депрессии, наблюдаемым после ОКС, является «расстройство адаптации с подавленным настроением». Люди, соответствующие критериям большого депрессивного расстройства, подвержены повышенному риску последующих событий и часто испытывают значительное снижение качества жизни. Следовательно, таким людям требуются целенаправленные усилия для выявления, точной диагностики и специализированного лечения депрессии.

**5.2.1.2. Влияние симптомов депрессии и депрессии на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.** Депрессия является признанным фактором риска неблагоприятного прогноза у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Несмотря на одно раннее исследование, не обнаружившее существенного влияния депрессии на сердечно-сосудистую и общую смертность после инфаркта миокарда, последующие метаанализы указывают на обратное. Так, постинфарктная депрессия независимо предсказывает увеличение общей смертности на 22 % и риск повторных сердечно-сосудистых событий на 13 %.

Таблица 1

## Распространенность депрессии/депрессивных симптомов у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Наименование заболевания	Данные о распространенности
ОКС/перенесенный ИМ	Депрессивные симптомы наблюдались у 31 % лиц, перенесших инфаркт миокарда. Распространенность депрессии на момент госпитализации составила 40 % у женщин младше 60 лет по сравнению с 22 % у мужчин той же возрастной группы. Среди лиц старше 60 лет распространенность составила 21 % у женщин и 15 % у мужчин
ХСН	Клинически значимая депрессия наблюдалась у 21,5 % людей с СН, причем этот показатель варьировался от 33,6 % по данным анкетирования до 19,3 % по данным интервью, и от 11 % в классе I по NYHA до 42 % в классе IV по NYHA. Депрессия чаще встречалась у женщин с хронической СН (32,7 % против 26,1 %), с показателями 11–67 % у женщин и 7–63 % у мужчин, и увеличивалась с более высоким функциональным классом NYHA
Прогрессирующая СН/посттрансплантационная	Депрессия поражает 25–35 % людей после трансплантации сердца. Депрессия наблюдалась у 35 % людей до трансплантации и у 26,3 % после трансплантации. Депрессия встречается у 15–39 % людей с желудочковыми вспомогательными устройствами, часто превышая клинические пороговые значения, особенно у пожилых людей. Люди, перенесшие трансплантацию сердца, реже страдали депрессией, чем те, у кого были механические вспомогательные устройства
Фибрилляция предсердий	У 38 % людей с ФП наблюдались признаки значительной депрессии по шкале депрессии Бека
Импантированный кардиовертер-дефибриллятор	Метаанализ случайных эффектов показал клинически значимую депрессию у 15,4 % (95 % ДИ 11,9–18,9 %) пациентов с ИКД во все временные точки после установки. Частота впервые возникшей депрессии в течение двух лет после имплантации ИКД в национальном реестре ИКД составила 11,3 %. Депрессивные симптомы наблюдались у 20 % пациентов с ИКД (12 % – легкие, 6 % – умеренные, 2 % – тяжелые). Умеренная и тяжелая депрессия чаще встречалась при вторичных профилактических показаниях и у пациентов, перенесших ≥5 разрядов ИКД
Врожденный порок сердца у взрослого	У людей с ВПС наблюдаются более высокие показатели депрессии, чем в общей популяции, со средней распространенностью 24 % против 15 %. У людей с ВПС был низкий и сопоставимый риск самоубийства с контрольной группой
Артериальная гипертензия	У 2161 человека с легочной гипертензией общая распространенность депрессии составила 28 % (95 % ДИ 20,5–36,8). В более мелких исследованиях сообщается о распространенности депрессии у людей с легочной гипертензией от 9 до 70 % в зависимости от тяжести заболевания

Депрессия связана с повышенным риском нефатальных сердечно-сосудистых событий и общей смертностью после острых коронарных синдромов (ОКС). Даже спустя десять лет после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), примерно 50 % из которых были плановыми, наличие депрессии ассоциировано с увеличением риска общей смертности. У пациентов с

хронической сердечной недостаточностью (СН) депрессивные симптомы и диагностированные депрессивные расстройства продемонстрировали связь с частыми госпитализациями, рецидивами сердечно-сосудистых событий и смертностью в рамках долгосрочного наблюдения.

В рамках кардиореабилитации, основанной на физической нагрузке, наличие депрессии в начале

## Распространенность тревоги/симптомов тревоги у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Наименование заболевания	Данные о распространенности
ОКС/перенесенный ИМ	В международной когорте пациентов с аортокоронарным шунтированием (АКШ), чрескожным коронарным вмешательством (ЧКВ), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) и острый коронарный синдром (ОКС) спустя $\geq 6$ месяцев после госпитализации, распространенность тревожности варьировалась от 12 до 42 % у мужчин и от 22 до 64 % у женщин, при этом умеренная или выраженная тревожность наблюдалась у 11 % мужчин и 23 % женщин. Через 3 месяца после инфаркта миокарда 10 % пациентов сообщили о высокой тревожности, которая снизилась до референтных показателей популяции в течение 3–18 месяцев
ХСН	До 72 % людей с СН испытывают тревогу: по совокупным оценкам, 56 % испытывают симптомы, 29 % — клинически значимую тревогу и 13,1 % — тревожные расстройства. Распространенность была выше в исследованиях с участием большего количества женщин. Люди с СН подвержены более высокому риску тревожности: 23 % испытывают симптомы, а 32 % — как тревогу, так и депрессию
Прогрессирующая СН/ посттрансплантационная	Общая распространенность тревожности среди людей, перенесших гормональную терапию, составила 11 % (95 % ДИ 3,8–28,5)
Фибрилляция предсердий	У людей с ФП в исходном состоянии наблюдалась 28%-я распространенность тревожности, сопоставимая с контрольной группой, при этом у 37 % людей симптомы сохранялись через 6 месяцев. Среди людей, перенесших кардиоверсию или абляцию, 30 % сообщили о клинически значимой тревожности
Импантированный кардиовертер-дефибриллятор	Среди выживших после ИКД тревожность была зарегистрирована у 36 % женщин против 20 % мужчин, с более высокими показателями у молодых женщин (<55 лет), чем у женщин старшего возраста (43 % против 28 %). Через 18 месяцев после ОНСА у 32 % пациентов наблюдались симптомы тревоги
Врожденный порок сердца у взрослого	Обзор показал, что симптомы тревоги часто встречаются как сразу после сердечно-сосудистых событий или хирургического вмешательства, так и во время последующего наблюдения. Распространенность тревоги была выше у людей с врожденным пороком сердца (ВПС) (13 %) по сравнению с исторической когортой людей с неходжкинской лимфомой и немецкими референтными значениями (6 %)
Артериальная гипертензия	В 24 исследованиях, в которых принял участие 2161 человек с ЛГ, сообщалось об общей распространенности тревожности в 37 % (95 % ДИ 28,7–46,4). В менее масштабных исследованиях сообщалось о распространенности тревожности у людей с ЛАГ, варьирующейся от 9 до 58 % в зависимости от тяжести заболевания

программы значимо связано с худшими показателями толерантности к физической нагрузке и снижением качества жизни. Также депрессия и предшествующие попытки суицида, выявленные до или после трансплантации сердца, могут негативно влиять на долгосрочные исходы, такие как отторжение трансплантата, развитие васкулопатий и смертность, вероятно, через механизм низкой приверженности терапевтическому режиму.

Кроме того, депрессия связана с повышенной частотой побочных эффектов у пациентов, использующих вспомогательные насосные желудочковые устройства, и является одним из факторов неблагоприятных исходов у больных с фибрилляцией предсердий (ФП). Эти данные подчеркивают важность оценки и коррекции депрессивных симптомов для оптимизации клинических результатов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**5.2.2.1. Распространенность тревожности у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.** Систематические обзоры и метаанализы показали, что распространенность тревожности среди людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями составляет от 28,9 до 32,9 %. Более высокие показатели обнаружены при использовании анкет (от 34,8 до 9 %) по сравнению с клиническими диагностическими интервью (17 %). Самые высокие показатели тревожного расстройства на основе диагностических интервью были зарегистрированы у людей с недифференцированной

болью в груди или учащенным сердцебиением (19 %). Тревога, как правило, была более распространена среди женщин по сравнению с мужчинами (43 % против 29,5 %). Как и в случае с депрессией, распространенность тревожности варьируется в зависимости от состояния сердечно-сосудистой системы, метода диагностики и демографических характеристик населения.

**5.2.3.2 Влияние посттравматического стрессового расстройства на прогноз сердечно-сосудистых заболеваний.** Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), вызванное сердечно-сосудистыми заболеваниями, связано с многочисленными неблагоприятными физическими и эмоциональными последствиями, включая усиление общей психопатологии и повышение риска смертности. Однако, учитывая преимущественно поперечный или ретроспективный характер существующих исследований, разграничение эффектов ИКД-ПТСР от эффектов провоцирующего фактора остается сложной задачей. Тем не менее связь между ИКД-ПТСР и повышенным уровнем смертности и сердечно-сосудистых событий подчеркивает необходимость дальнейших исследований.

## 6. Выявление, профилактика и лечение проблем с психическим здоровьем у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями

Подходы к скринингу нарушений ментального здоровья представлены на рис. 1.

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ РАЗДЕЛА	
(i)	Существует разнонаправленная связь между ССЗ и такими психическими расстройствами, как депрессия, тревожность и ПТСР, которые увеличивают риск развития друг друга
(ii)	У людей с ССЗ психические расстройства, такие как депрессия, могут негативно влиять на самоконтроль, включая соблюдение режима приема лекарств и изменение образа жизни, а также могут привести к худшим исходам заболевания
(iii)	Влияние тревожности и ПТСР на соблюдение режима лечения и исходы ССЗ не так однозначно и может меняться со временем
(iv)	Родственники, ухаживающие за членами семьи с ССЗ, помогают им внедрять долгосрочные изменения в образ жизни и следовать медицинским назначениям. Забота об их благополучии приносит пользу как самим ухаживающим, так и тем, за кем они ухаживают
КОНСЕНСУСНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ	
(i)	Целесообразно оценить уровень депрессии, тревожности и ПТСР у людей с диагностированными ССЗ, поскольку они широко распространены и влияют на результаты лечения. При выявлении проблем важно своевременно направлять пациентов к профильным специалистам
(ii)	Длительный стресс и чувство одиночества ассоциируются с неблагоприятными исходами у пациентов с ССЗ. Если такие состояния выявляются при клиническом обследовании, необходимо оперативно направить человека к специалисту
(iii)	При комплексном подходе к психическому и сердечно-сосудистому здоровью целесообразно учитывать оценку благополучия и оказывать поддержку неофициальным лицам, осуществляющим уход

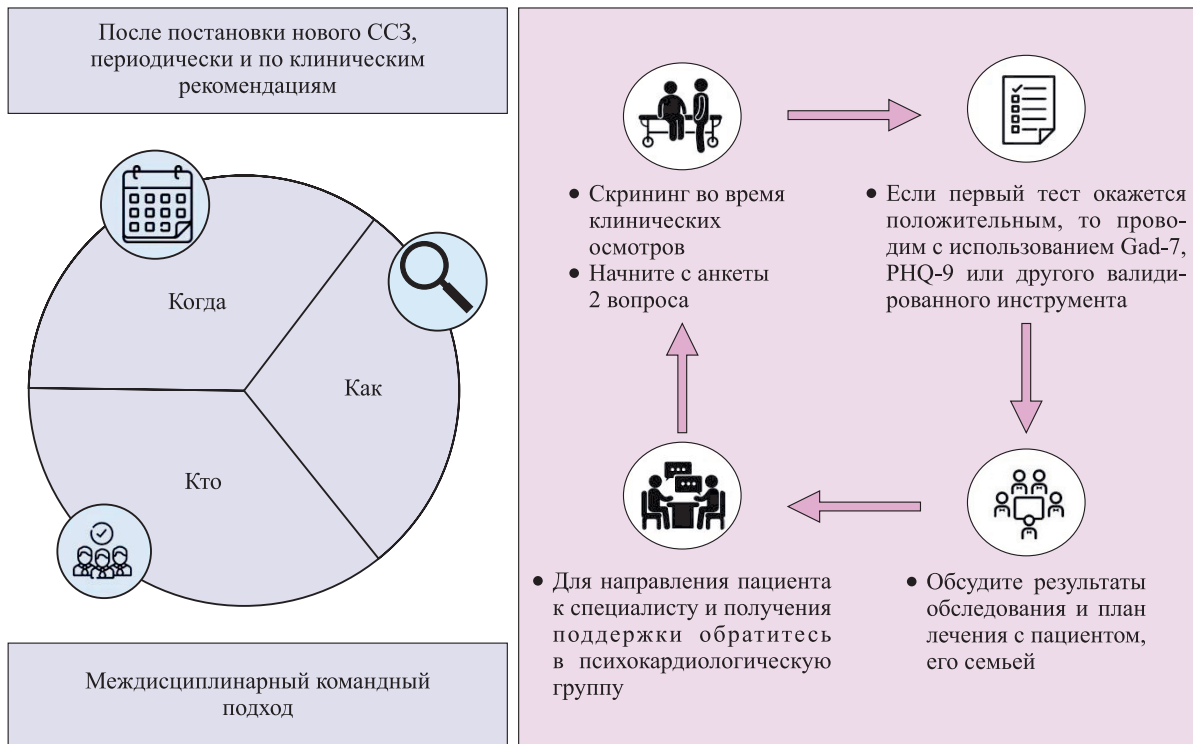


Рис. 1. Подходы к скринингу нарушений ментального здоровья

Скрининг нужно осуществлять при выявлении каждого нового ССЗ, при каждом новом событии (в том числе, вмешательстве), периодически в рамках follow-up (например, ежегодно), а также при очевидной клинической необходимости. Начинать скрининг с двухвопросного теста, далее при положительных ответах хотя бы на 1 вопрос использовать более расширенные валидированные опросники (например, Patient Health Questionnaire (PHQ)-2, Generalized Anxiety Disorder (GAD)-2)).

Двухвопросный тест Whooley:

1) Часто ли в течение последнего месяца вас беспокоило чувство подавленности, депрессии или безнадежности?

2) Часто ли в течение последнего месяца вас беспокоило отсутствие интереса или удовольствия от того, что вы делаете?

**6.2.2. Предлагаемый подход к обследованию людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями на предмет психологического стресса, депрессии и тревожности.** Существует два способа оценки состояния людей: 1) посредством клинического диагностического интервью или 2) скрининга с помощью анкеты, которая может определить уровень симптомов, но не поставить диагноз.

В клинической практике диагностическое интервью может быть длительным, требует специальных знаний и, следовательно, вряд ли может быть проведено в качестве рутинной практики в большинстве клинических учреждений. Однако, учитывая, что высокие баллы по скрининговому опроснику, а также диагноз депрессии или тревожного расстройства повышают риск заболеваемости, смертности и низкого качества жизни, опросники являются разумной отправной точкой.

### 6.3. Лечение психических расстройств у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями

В документе говорится о необходимости ведения пациентов с нарушениями ментального здоровья силами мультидисциплинарной команды. Подходы к ведению пациентов обозначены на рис. 2.

Из общих профилактических мероприятий для всех пациентов с ССЗ необходимо т.н. психообучение (подробное разъяснение сути болезни, симптомов, подходов к лечению, программы реабилитации и проч.), рекомендации по социализации пациента, снижает риск развития тревоги и депрессии физическая активность, перспективными выглядят техники контроля

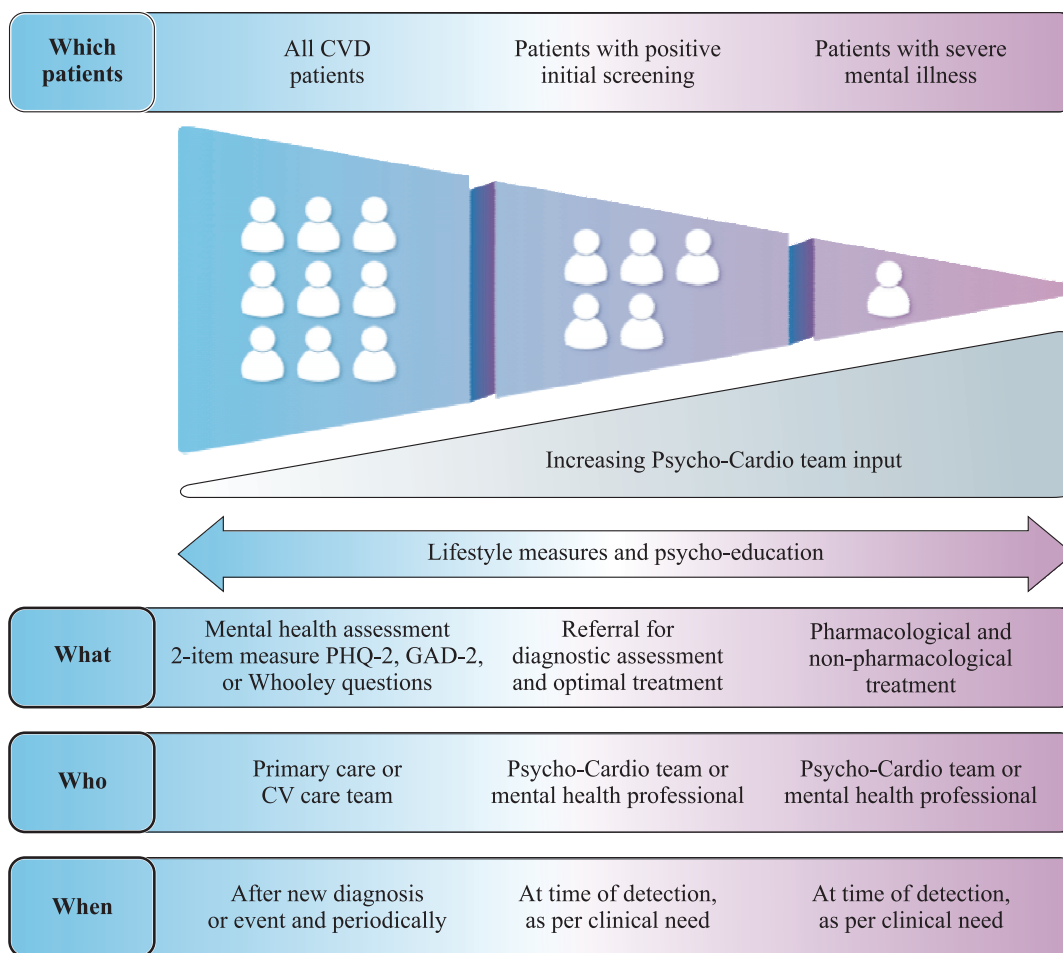


Рис. 2. Подходы к ведению пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и психическими расстройствами

стресса (медитация и проч.), рекомендации по гигиене сна.

### 6.5. Медицинские вмешательства

Медицинские вмешательства, включая фармакотерапию, могут потребоваться для людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), у которых диагностированы психические расстройства, а также для лиц с тяжелыми симптомами депрессии, тревожности или посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Тщательная оценка рисков и пользы и открытый диалог помогут в принятии решений.

Назначение медикаментозной терапии требует консультации психиатра, алгоритм назначения представлен на рис. 3.

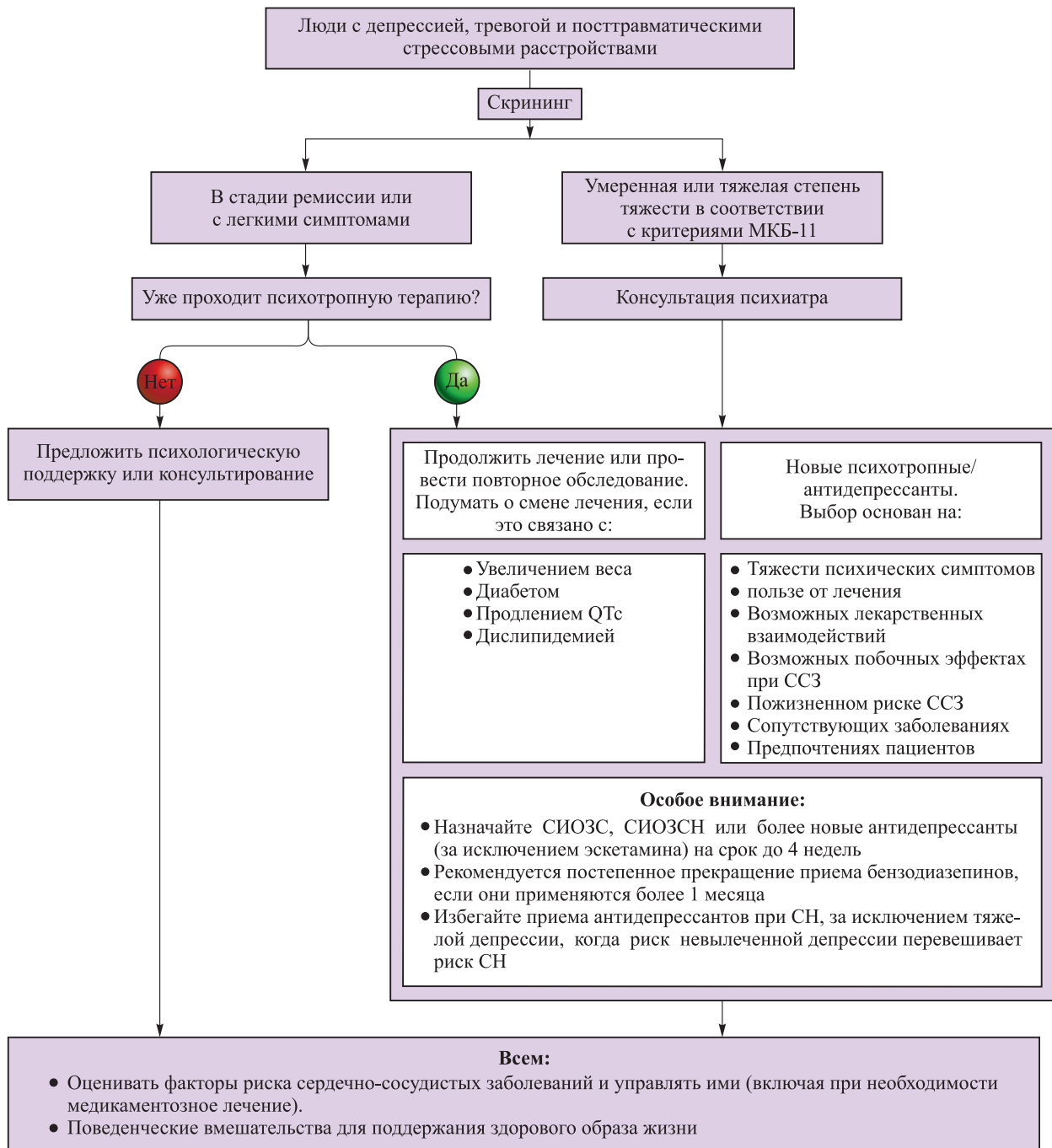
SSRI – ингибиторы обратного захвата серотонина, SNRIs – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина.

Назначение антидепрессантов должно осуществляться с выбором препарата исходя из

противопоказаний, межлекарственных взаимодействий; необходимо контролировать побочные эффекты.

#### 6.5.1. Эффективность и безопасность фармакологического лечения психических расстройств у людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Исследования эффективности фармакологического лечения психических расстройств у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями показывают противоречивые результаты. Систематический обзор и метаанализ 10 рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) антидепрессантов после острого коронарного синдрома (ОКС) не выявил общего улучшения по показателям смертности от всех причин и повторных инфарктов миокарда, тогда как риск повторной госпитализации был значительно снижен. Однако у людей с сопутствующим диагнозом депрессии применение антидепрессантов снижало вероятность повторного инфаркта. В другом



**Рис. 3.** Алгоритм назначения медикаментозной терапии пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, у которых диагностированы психические расстройства

обзоре, изучающем психологическое лечение и антидепрессанты у взрослых с ишемической болезнью сердца (ИБС) и сопутствующей депрессией, пришли к выводу, что фармакологические вмешательства могут значительно уменьшить симптомы депрессии к концу лечения, но их влияние на смертность и кардиоваскулярные исходы остается неопределенным.

Исследования безопасности антидепрессантов при сердечной недостаточности (СН) дают противоречивые данные. Один метаанализ показал, что применение антидепрессантов у людей с СН связано с повышенным риском смерти от всех причин, вне зависимости от наличия клинической депрессии и типа применяемых антидепрессантов. В противоположность этому,

более свежий метаанализ, включающий пациентов с депрессией и СН в условиях стационара и амбулатории, показал, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) выглядят безопасным вариантом лечения. Тем не менее этот анализ ограничен разнообразием дизайнов исследований и смешанными результатами для разных антидепрессантов, существует ясная необходимость в проведении более крупных и надежных РКИ.

**6.5.2. Использование специфических препаратов у людей с депрессией, тревожностью или ПТСР и сердечно-сосудистыми заболеваниями.** При лечении депрессии, тревоги и ПТСР антидепрессанты являются фармакологическим лечением первой линии, а дополнительные препараты, такие как анксиолитики, седативные и снотворные средства, могут использоваться кратковременно. В зависимости от тяжести симптомов могут применяться также стабилизаторы настроения и антипсихотики. Краткое описание наиболее часто используемых лекарств для лечения психических заболеваний представлено в дополнительном онлайн-материале, таблице S9. На рисунке 10 приведен алгоритм фармакологического лечения депрессии, тревоги и ПТСР при ССЗ.

**6.5.3. Применение антидепрессантов.** Использование антидепрессантов у пациентов с ССЗ требует тщательного подбора препаратов, корректировки дозы и внимательного наблюдения из-за возможных побочных эффектов и клинически значимых лекарственных взаимодействий. В целом новые антидепрессанты считаются безопасными и связаны с минимальными серьезными долгосрочными побочными эффектами у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Тем не менее побочные эффекты ССЗ могут проявляться обычно через норадренергическую активацию, вызванную использованием ингибиторов обратного захвата серотонина и норэпинефрина (СИОЗСН), ингибиторов обратного захвата норэпинефрина, норадренергических и специфических серотонинергических антидепрессантов, которые могут вызвать ортостатическую гипотензию или гипертензию.

Набор веса (например, при приеме миртазапина) может усугубить сердечно-сосудистый риск.

Удлинение интервала QT может увеличить риск полиморфных желудочковых аритмий, что связывают с некоторыми трициклическими антидепрессантами (ТЦА), СИОЗС и други-

ми антидепрессантами, а также бупропионом, хотя данные по этому поводу противоречивы. Крупное популяционное исследование не выявило повышения риска аритмий при использовании циталопрама. Сетевой метаанализ показал низкий риск желудочковой аритмии и внезапной сердечной смерти у людей, использующих антидепрессанты, такие как СИОЗСН, СИОЗС и особенно ТЦА. Некоторые антидепрессанты (миртазапин, венлафаксин, тразодон) не удлиняли интервал QT у здоровых добровольцев.

Снижение вариабельности сердечного ритма связывают с применением ТЦА.

Временное повышение артериального давления сразу после введения эскетамина, назначаемого при резистентной депрессии, описано, но не связано с развитием долгосрочной гипертензии.

Важны фармакокинетические и фармакодинамические взаимодействия между антидепрессантами и сердечно-сосудистыми препаратами, которые могут влиять на эффективность и безопасность терапии. В связи с этим в особых клинических ситуациях рекомендуется терапевтический мониторинг препаратов.

Многие антидепрессанты и сердечно-сосудистые препараты метаболизируются ферментами цитохрома P450 (CYP), что ведет к потенциальным взаимодействиям, зависящим от дозы и усугубляемым курением. Курение — мощный индуктор ферментов CYP1A2, максимальный эффект при 10 и более сигаретах в день; активность ферментов снижается в течение трех дней после отказа от курения.

Риски взаимодействий включают бета-блокаторы и препараты группы блокаторов кальциевых каналов. Например, СИОЗС подавляют активность некоторых изоферментов CYP, уменьшая метаболизм других препаратов, что может привести, например, к повышению плазменной концентрации метопролола с риском брадикардии или гипотензии. Амиодарон ингибирует CYP2C9, CYP2D6 и CYP3A4, приводя к возможным взаимодействиям с СИОЗС и ТЦА, что требует внимательного мониторинга побочных эффектов.

Следует отметить, что СИОЗС и СИОЗСН могут увеличить риск кровотечений. Однако мало доказательств, что СИОЗС повышают риск клинически значимых кровотечений или смертности. Взаимодействия СИОЗС с системой ферментов CYP могут усиливать эффект варфарина и, следовательно, риск опасных кровотечений, что требует тщательного мониторинга и управления

факторами риска у пациентов, принимающих одновременно СИОЗС и антагонисты витамина К, такие как варфарин.

Хотя прямые пероральные антикоагулянты имеют меньший потенциал взаимодействий с СИОЗС, необходимо соблюдать осторожность при их одновременном применении, так как наблюдается похожий повышенный риск серьезных кровотечений, как и при приеме с антагонистами витамина К. Возможные взаимодействия между антидепрессантами и лекарствами для психотических заболеваний суммированы в таблице S9.

**6.5.4. Применение анксиолитиков, седативных и снотворных средств.** Анксиолитики, седативные препараты и снотворные могут использоваться для управления симптомами тревоги и бессонницы, которые часто встречаются у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако потенциальные преимущества необходимо сопоставлять с рисками, особенно при длительном или высокодозовом применении. Если они назначены, клиническая оценка должна включать оценку возможности перехода на более безопасные альтернативы, такие как СИОЗС для тревоги или когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) для бессонницы.

Эти препараты широко используются и часто избыточно назначаются во всем мире, особенно среди пожилых и лиц с психическими расстройствами. Назначение бензодиазепинов, особенно при длительном или ежедневном применении, связано с повышением риска смертности от всех причин.

**6.5.5. Фармакологическое лечение психических расстройств при специфических сердечно-сосудистых заболеваниях.** **6.5.5.1. Ишемическая болезнь сердца (ИБС).** Фармакологическое лечение ИБС у людей с психическими расстройствами направлено на снижение симптомов психических заболеваний, улучшение сердечно-сосудистых исходов и снижение модифицируемых факторов риска.

В целом рекомендуется избегать рутинного применения бензодиазепинов для управления острым инфарктом миокарда и быть осторожным с назначением новых препаратов из-за риска взаимодействий и побочных эффектов. У курящих пациентов могут применяться бупропион или варениклин, так как они эффективны и безопасны для кратковременного прекращения курения.

При лечении депрессии у пациентов, принимающих мirtазапин, можно рассмотреть

возможность перехода на антидепрессанты с меньшей склонностью к набору веса после консультации с психиатром.

**6.5.5.2. Желудочковые аритмии.** У пациентов с желудочковыми аритмиями необходимо оценить связь между аритмиями и применяемыми антидепрессантами. При клиническом подозрении предпочтительно перейти на препараты с меньшей вероятностью развития желудочковых аритмий.

Некоторые антидепрессанты способны изменять желудочковую реполяризацию:

- циталопрам/эскиталопрам могут увеличить риск удлинения интервала QT при дозах более 20 мг по сравнению с плацебо;
- трициклические антидепрессанты связаны с повышенным риском удлинения QT по сравнению с новыми антидепрессантами.

**6.5.5.3. Сердечная недостаточность (СН).** Эффективность антидепрессантов и/или антипсихотиков у пациентов с СН не установлена надежно. Поэтому тщательная оценка риска и пользы должна проводиться мультидисциплинарной психокardiологической командой до начала терапии.

Хотя психические расстройства увеличивают риск неблагоприятных исходов и смертности при СН, неразборчивое применение антидепрессантов может повысить риск побочных сердечно-сосудистых эффектов и лекарственных взаимодействий, особенно у пожилых и ослабленных пациентов.

Кроме того, применение антидепрессантов связано с повышенным риском смертности от всех причин и сердечно-сосудистой смертности независимо от наличия клинической депрессии.

**При необходимости применения антидепрессантов следует учитывать:**

- СИОЗС считаются более безопасным классом антидепрессантов при СН, поскольку они ассоциированы с меньшим количеством нежелательных сердечно-сосудистых эффектов (меньше вероятность ортостатической гипотензии или тахикардии, мало влияния на внутрижелудочковую проводимость).
- Однако СИОЗС могут вызывать удлинение интервала QT, особенно циталопрам и эскиталопрам (также сертралин и флуоксетин), могут повышать риск кровотечений у пожилых пациентов, получающих антитромбоцитарные или антикоагулянтные препараты, за счет ингибирования агрегации/активации тромбоцитов и усиливать секрецию желудочного сока.

- Из-за минимального ингибирования ферментов СYP сертралин, циталопрам и эскиталопрам имеют меньший риск лекарственных взаимодействий по сравнению с флувоксамином, флуоксетином и пароксетином.
- Ингибиторы моноаминоксидазы и ТЦА следует избегать для лечения депрессии при СН, так как они могут вызывать ортостатическую гипотензию, ухудшать СН и провоцировать желудочковые аритмии.
- Венлафаксин и дулоксетин следует применять с осторожностью из-за ограниченных и противоречивых данных.

Применение антидепрессантов при СН должно ограничиваться пациентами с тяжелой депрессией, когда риск нелечения депрессии превышает риск приема антидепрессантов.

Применение специфических препаратов для лечения СН также может быть связано с разви-

тием депрессии/тревоги: диуретики и нитратные эфиры связаны с повышенным риском депрессии у пациентов с СН, в то время как бета-блокаторы (особенно гидрофильные, так как они слабо проникают через гематоэнцефалический барьер), статины, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, аспирин, антагонисты альдостерона и ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2 не повышают риск депрессии.

*6.5.5.4. Процедуры (аортокоронарное шунтирование, чрескожное коронарное вмешательство).* В целом использование бензодиазепинов не рекомендуется при проведении чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или аортокоронарного шунтирования, хотя это основано на низкокачественных данных. Специфические рекомендации по применению психотропных препаратов в этих случаях отсутствуют.

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ РАЗДЕЛА	
(i)	Оптимально оценку состояния психического здоровья следует проводить регулярно в рамках клинической практики по борьбе с ССЗ, если для этого есть необходимые ресурсы и условия
(ii)	При стандартном уходе за пациентами с ССЗ депрессию и тревожность нередко упускают из виду или воспринимают как «естественную» реакцию на тяжесть индивидуального клинического состояния и прогноз болезни
(iii)	Клинический анамнез помогает обнаружить симптомы психических расстройств. При наличии клинических подозрений, стоит провести официальное скрининговое обследование с применением проверенных инструментов
(iv)	Психокардиологические команды нужны для разработки подходов к: <ul style="list-style-type: none"> <li>• проведению скрининга;</li> <li>• направлению пациентов;</li> <li>• лечению людей с ССЗ и предполагаемыми или установленными психическими расстройствами</li> </ul>
(v)	Пациентам с ССЗ, у которых выявлены психические расстройства, может быть необходима медицинская помощь, в том числе медикаментозное лечение, особенно при выраженных симптомах депрессии, тревожности или ПТСР
(vi)	У некоторых пациентов с ССЗ эффективным может оказаться сочетание психологической помощи и медикаментозного лечения
КОНСЕНСУСНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ	
(i)	После постановки нового диагноза или перенесенного сердечно-сосудистого события рекомендуется проводить скрининг состояния психического здоровья с помощью проверенных диагностических инструментов – минимум однократно в ходе последующего наблюдения и дополнительно при наличии клинических оснований по решению врача
(ii)	В повседневную практику можно включить первичный экспресс-скрининг с применением простых диагностических инструментов, таких как опросники Whooley, PHQ-2 или GAD-2
(iii)	Учитывая высокую распространенность психических расстройств у людей с ССЗ и их влияние на исходы лечения, рекомендуется низкий порог скрининга психического здоровья для этой группы пациентов
(iv)	При выявлении отклонений на этапе первичного скрининга рекомендуется использовать более подробную скрининговую методику для уточнения степени тяжести расстройства – низкой, умеренной или высокой

(v)	Команды психокardiологов должны определить, кто несет ответственность за оценку состояния психического здоровья, а также как и когда она будет проводиться, адаптируя процесс к конкретным условиям и имеющимся ресурсам
(vi)	При выборе скринингового инструмента каждая команда психокardiологов должна учитывать его валидность, надежность и соответствие целевой группе пациентов; при этом для оценки психического здоровья приоритет отдается стандартизированным скрининговым методикам
(vii)	Лица, набравшие высокие баллы по результатам скринингового опросника, нуждаются в направлении на диагностическое обследование и соответствующее лечение к специалисту в области психического здоровья
(viii)	Поэтапный подход к лечению психических расстройств у лиц с ССЗ является рациональным решением, базирующемся на следующих критериях: предпочтения пациента, тяжесть симптомов и состояния, доступность ресурсов
(ix)	Может оказаться полезной разработка и оценка специализированных программ вмешательства, направленных на снижение уровня стресса у людей, страдающих ССЗ, и у лиц, осуществляющих уход за ними
(x)	Меры по коррекции образа жизни и психообразование полезны для всех пациентов с ССЗ, тогда как психологические методы терапии могут оказаться эффективными для лиц, испытывающих депрессию и/или тревожность
(xi)	Кардиореабилитация предоставляет возможность скрининга пациентов на наличие депрессии и тревоги, способствует улучшению психического здоровья после сердечно-сосудистых событий, а также позволяет выявлять и контролировать психические расстройства
(xii)	При лечении депрессии и тревожного расстройства следует избегать назначения бензодиазепинов в качестве препаратов первой линии
(xiii)	Наблюдается избыточное применение и чрезмерно широкое назначение анксиолитиков, седативных и снотворных средств среди населения, в особенности у пожилых пациентов и лиц с нарушениями психического здоровья; в связи с этим необходимо строго контролировать показания к их назначению
(xiv)	Людам с тревожными расстройствами средней и тяжелой степени и депрессией рекомендуется принимать антидепрессанты под руководством квалифицированных специалистов в области психического здоровья
(xv)	Назначение антидепрессантов пациентам с сердечной недостаточностью допускается исключительно при наличии тяжелых проявлений депрессии, если потенциальный вред от отсутствия терапии превышает возможные риски, связанные с приемом препаратов
(xvi)	У пациентов с желудочковыми аритмиями антидепрессанты, потенциально способные удлинять интервал QTc (трициклические антидепрессанты, циталопрам/эсциталопрам в дозировке свыше 20 мг), следует заменить на более безопасные препараты нового поколения
(xvii)	В связи с высокой вероятностью взаимодействий между антидепрессантами и препаратами для лечения ССЗ, которые могут снижать их эффективность и повышать риск нежелательных реакций, целесообразно проводить терапевтический лекарственный мониторинг. Это позволит оптимизировать схему фармакотерапии и снизить вероятность клинически значимых лекарственных взаимодействий и побочных эффектов

## 7. Тяжелые психические заболевания и сердечно-сосудистые заболевания

### 7.1. Риск сердечно-сосудистых заболеваний у людей с тяжелыми психическими заболеваниями

Тяжелые психические заболевания (ТПЗ) характеризуются значительными нарушениями психосоциального функционирования и обычно включают такие расстройства, как шизофрения, биполярное расстройство и тяжелое рецидивирующее большое депрессивное расстройство (рис. 4). Среди них сердечно-сосудистые за-

болевания занимают важное место в структуре причин смертности, а наличие ТПЗ способствует увеличению заболеваемости и распространенности сердечно-сосудистых патологий. Пациенты с шизофренией имеют в два–три раза более высокий риск развития сердечно-сосудистых заболеваний, особенно среди молодого населения. Некоторые данные позволяют предположить, что молодые люди с ТПЗ могут находиться в особой группе риска по развитию сердечно-сосудистых событий, что требует особого внимания и разработки целенаправленных мер профилактики и лечения.

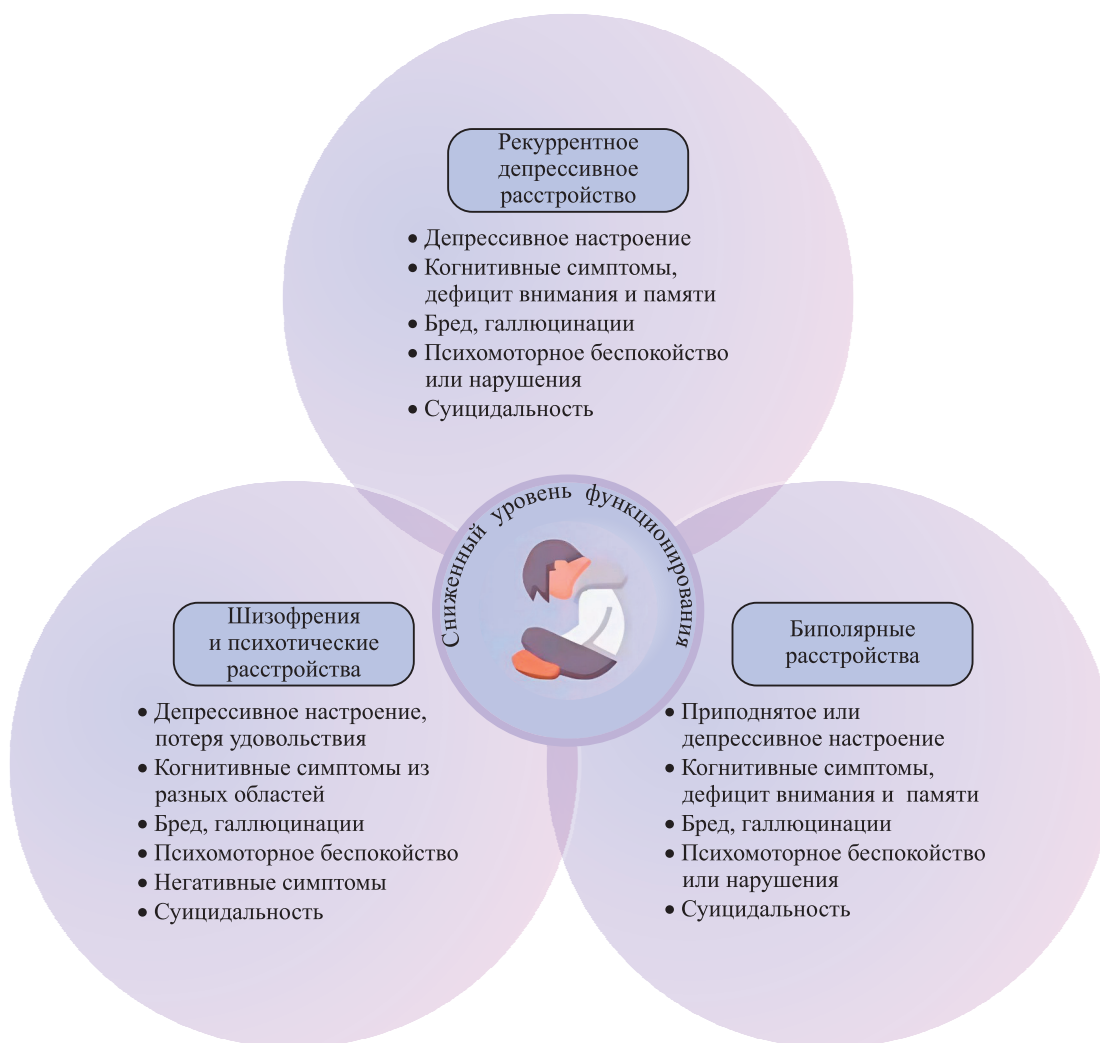


Рис. 4. Тяжелые психические заболевания и нарушения психосоциального функционирования

### 7.2. Прогноз при тяжелых психических и сердечно-сосудистых заболеваниях

Сочетание ССЗ и сердечных заболеваний повышает риск смертности от всех причин и ухудшает сердечно-сосудистый прогноз. Наблюдательные исследования показывают, что среди людей с ССЗ риск ишемической болезни сердца и сердечно-сосудистой смертности в 2,5 раза выше у людей с шизофренией и биполярным расстройством по сравнению с контрольной группой, причем более выраженный эффект наблюдается у молодых людей. Согласно данным датского национального регистра, хотя тенденции в показателях смертности от инфаркта миокарда снижались в течение 1 и 5 лет наблюдения, у людей с шизофренией не наблюдалось такого же снижения смертности после инфаркта миокарда в долгосрочной

перспективе. У людей с ССЗ клиническая сердечная недостаточность проявляется на 7 лет раньше, чем в общей популяции, а у мужчин с ССЗ и сердечной недостаточностью наблюдается повышенная смертность по сравнению с мужчинами с сердечной недостаточностью без ССЗ. Имплантация ИКД, сердечная ресинхронизационная терапия, имплантация вспомогательного устройства для желудочков сердца и трансплантация сердца применяются с одинаковой частотой у пациентов с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса и инфарктом миокарда, как и у пациентов без инфаркта миокарда, однако у пациентов с инфарктом миокарда наблюдался худший прогноз после сердечной ресинхронизационной терапии, имплантации вспомогательного устройства для желудочков сердца и трансплантации сердца.

### 7.6. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у людей с тяжелыми психическими заболеваниями

Лечение сердечно-сосудистых заболеваний у людей с тяжелыми психическими заболеваниями требует эффективного взаимодействия и сотрудничества между специалистами в области психического здоровья и сердечно-сосудистой патологии. Ниже перечислены несколько факторов, которые могут способствовать улучшению лечения сердечно-сосудистых заболеваний и вторичной профилактике у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, а также обобщены на рис. 2.

- Повышать осведомленность специалистов и врачей первичной медико-санитарной помощи о важности контроля факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.
- Поощрять соблюдение режима приема психотропных препаратов; могут помочь инъ-

- инъекционные препараты длительного действия.
- По возможности сократите количество психотропных препаратов.
- Перейти на препараты с меньшей склонностью вызывать метаболический синдром, проконсультировавшись с психиатром и оценив риск рецидива.
- Поддерживайте изменения образа жизни и при необходимости назначайте препараты для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.
- Добавление варениклина/бупропиона или других форм никотинзаместительной терапии в сочетании с программой отказа от курения в случае курения (рис. 5).
  - а) Варениклин или бупропион могут использоваться для поддержки поведенческих вмешательств по прекращению курения.
  - б) Монотерапия при ТПС, если это возможно; антипсихотики с меньшей вероятностью

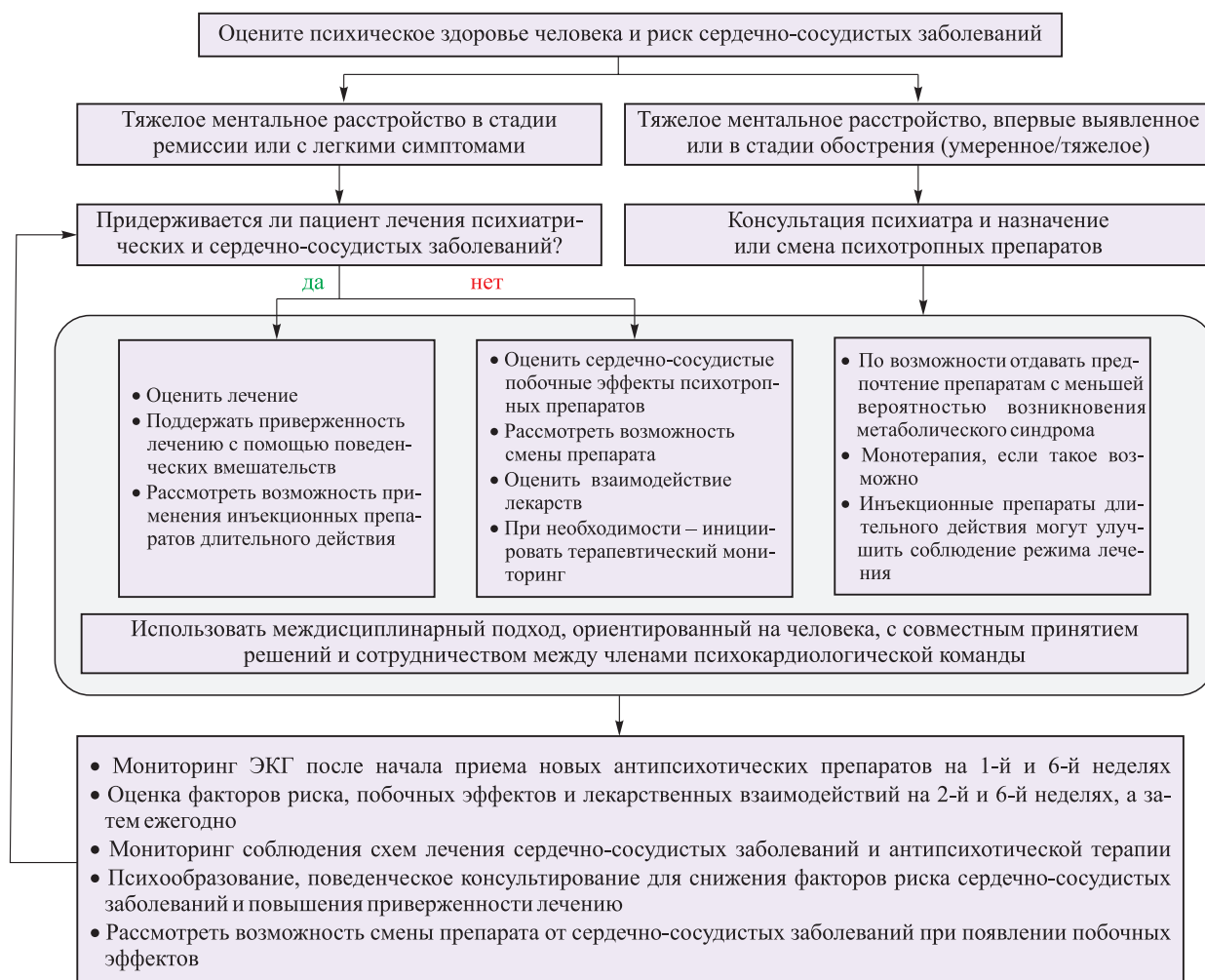


Рис. 5. Ведение пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и тяжелыми психическими расстройствами

ухудшения риска ССЗ (консультация психиатра). → выбор на основе тяжести симптомов, риска рецидива, лекарственных взаимодействий, сопутствующих заболеваний и предпочтений в принятии решений, ориентированных на пациента/совместном принятии решений.

с) AP ГПП-1 и ингибиторы SGLT-2 для лечения сахарного диабета; метформин — первая

линия при увеличении веса, связанном с приемом антипсихотиков.

**7.6.1. Нарушения ритма.** У людей с тяжелыми инфарктами миокарда повышен риск развития наджелудочковых и желудочковых аритмий, которые в конечном итоге могут привести к внезапной сердечной смерти. Этот повышенный риск аритмии обусловлен многими факторами, включая

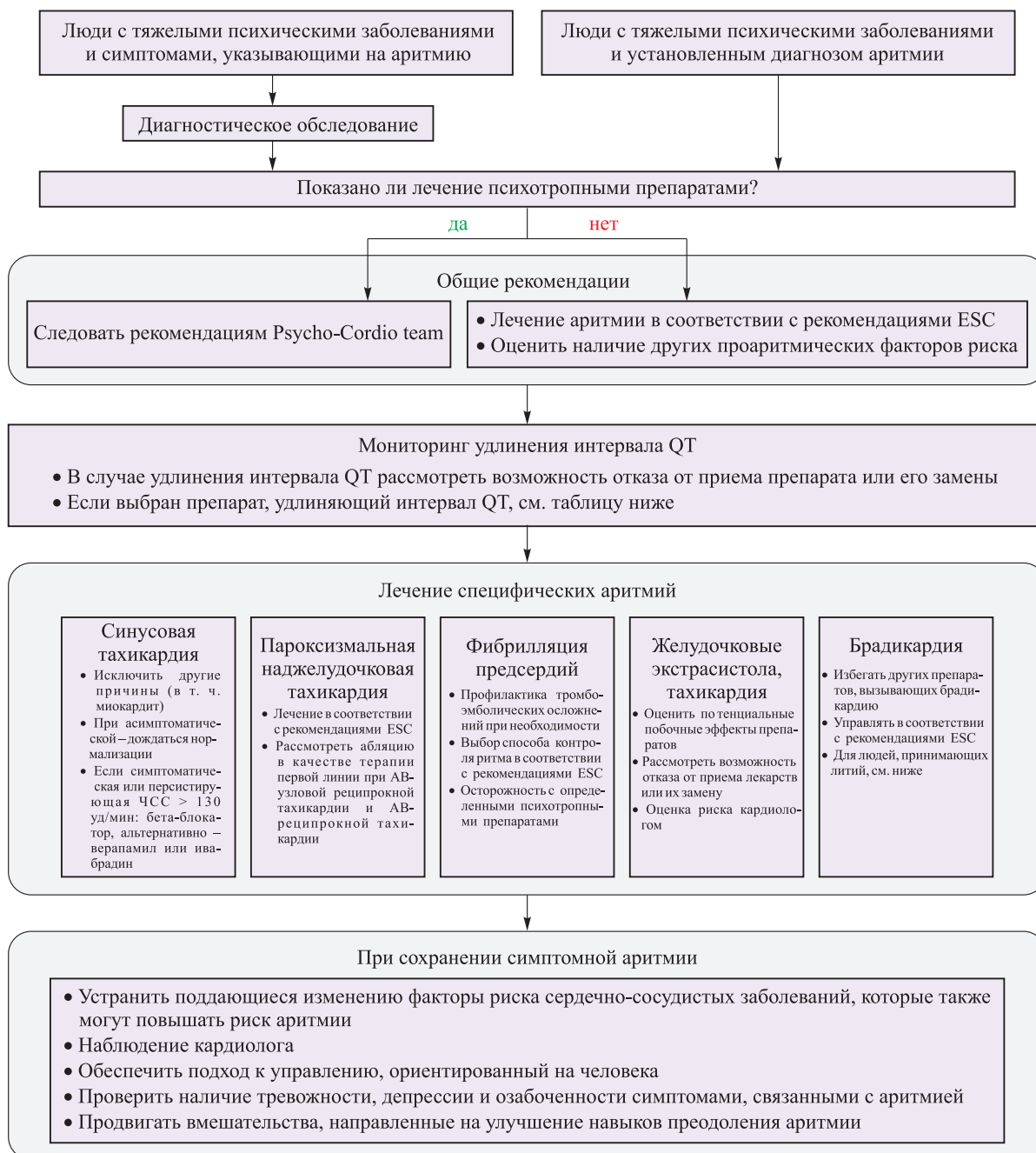


Рис. 6. Ведение пациентов с тяжелыми психическими заболеваниями и аритмиями

стресс, вызванный тяжелым инфарктом миокарда, высокую распространенность факторов риска и нездоровый образ жизни, сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, часто наблюдаемые при тяжелых инфарктах миокарда, а также побочные эффекты психотропных препаратов.

- Предшествующие аритмии или их развитие после начала лечения могут представлять значительные трудности при ведении пациентов с тяжелыми инфарктами миокарда. Риск внезапной сердечной смерти у пациентов с тяжелым инфарктом миокарда значительно повышен, по оценкам, в два-четыре раза по сравнению с общей популяцией.
- Илоперидон, хлорпромазин, локсапин, рисперидон, кветиапин и палиперидон повышают риск пароксизмальной тахикардии по сравнению с плацебо.
- Низкоактивные антипсихотики первого поколения и рецептор-таргетные антипси-

хотические препараты второго поколения (в частности, клозапин, хлорпромазин, оланзапин, кветиапин и рисперидон) связаны с повышенным риском ФП, особенно у пациентов с гипертонией, диабетом или ИБС.

- Литий может вызывать электрокардиографические изменения и аритмии, такие как инверсия зубца Т, синусовая брадикардия, синоатриальная блокада, удлинение интервала PR, неполная блокада ножки пучка Гиса, удлинение интервала QTc, увеличение дисперсии интервала QT.
- Интервал QTc может удлиняться при применении ряда антипсихотических препаратов, таких как сертиндол, амисульприд, зипрасидон, илоперидон, рисперидон, оланзапин и кветиапин.
- И тахикардия, и брадикардия являются побочными эффектами антипсихотических препаратов.

Таблица 7

**Применение психотропных препаратов, удлиняющих интервал QT**

Действие	Вспомогательная информация
Оценка симптомов	Обычно протекает бессимптомно. В случае развития пируэтной тахикардии могут наблюдаться: сердцебиение, головокружение, обморок, остановка сердца
Диагностическое обследование	<ul style="list-style-type: none"> <li>• определение QTc по результатам ЭКГ в 12 отведениях при начале терапии и на 1-й, 6-й и 12-й неделе лечения;</li> <li>• при удлинении интервала QT ЭКГ должно выполняться чаще;</li> <li>• при наличии тахикардии коррекцию частоты сердечных сокращений следует проводить по формуле Фредерика;</li> <li>• контроль электролитов: калий, кальций, магний;</li> <li>• у пациентов с наличием симптоматики (пальпитации, головокружение, синкопы, остановка сердца) следует проводить амбулаторный ЭКГ-мониторинг;</li> <li>• исключить врожденный удлиненный интервал QT</li> </ul>
Ведение	<p>С осторожностью следует назначать сертиндол, амисульприд, зипрасидон, илоперидон, рисперидон, оланзапин и кветиапин.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• стараться назначать минимально эффективную дозу препарата;</li> <li>• перед назначением проверять, не принимает ли пациент другие лекарства, способные удлинять интервал QT;</li> <li>• оценивать возможные взаимодействия между принимаемыми препаратами;</li> <li>• при добавлении нового лекарства в схему лечения проявлять особую осторожность и внимательно следить за состоянием пациента;</li> <li>• за подробной информацией о препаратах, влияющих на интервал QT, обращаться на специализированный ресурс – <a href="https://www.crediblemeds.org/">https://www.crediblemeds.org/</a>;</li> <li>• при выявлении нарушений электролитного баланса (калия, магния, кальция) своевременно их корректировать;</li> <li>• уделять внимание другим обратимым факторам, удлиняющим интервал QT (например, брадикардия, гипотиреоз, голодание/расстройства пищевого поведения, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, ишемия миокарда).</li> </ul> <p>Следует также учитывать необратимые факторы, пролонгирующие интервал QT: сердечная недостаточность, гипертрофия желудочков, недавняя конверсия после фибрилляции предсердий, нарушение печеночной/почечной функции, женский пол, возраст старше 65 лет.</p> <p>Если у пациента изначально имеется удлинение интервала QTc (&gt;470 мс), то начало терапии, как правило, не рекомендовано и должно рассматриваться с учетом индивидуального баланса риска и выгоды</p>
Особые меры предосторожности	Терапию антипсихотиками и другими препаратами, потенциально вызывающими удлинение интервала QT, следует прервать, если QTc >500 мс или при повышении QTc >60–70 мс от начального уровня

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ РАЗДЕЛА	
(i)	Наличие тяжелых психических расстройств повышает сердечно-сосудистый риск, особенно у лиц молодого возраста
(ii)	Регулярная оценка сердечно-сосудистого риска является обязательной для пациентов с тяжелыми психическими расстройствами вне зависимости от возраста с целью профилактики развития или прогрессирования ССЗ. Идеально проводить такую оценку до назначения антипсихотиков, а в дальнейшем — периодически на всех стадиях течения заболевания
(iii)	Ведение ССЗ у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами направлено на снижение модифицируемых факторов сердечно-сосудистого риска, в том числе: набора веса, сахарного диабета, артериальной гипертензии, дислипидемии, курения, нездорового питания и малоподвижного образа жизни
(iv)	Оптимизация фармакотерапии при лечении ССЗ у людей с тяжелыми психическими расстройствами способствует: (i) предпочтению монотерапии, (ii) использованию лекарств, которые с меньшей вероятностью могут вызвать увеличение веса или другие сердечно-сосудистые риски, (iii) мониторингу возможного лекарственного взаимодействия и побочных эффектов и (iv) обеспечению соблюдения режима приема лекарств
(v)	Необходимы целенаправленные усилия по снижению влияния психосоциальных факторов и факторов, связанных со стрессом, у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами
КОНСЕНСУСНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ	
(i)	Борьба со стигматизацией и ведение ССЗ у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами в соответствии с клиническими рекомендациями по сердечно-сосудистой патологии и передовой клинической практикой является обязанностью всех медицинских работников
(ii)	Качество сердечно-сосудистой помощи пациентам с тяжелыми психическими расстройствами может быть улучшено за счет применения целостного персонифицированного подхода. Он предполагает тесное взаимодействие психокardiологической команды, включающей психиатров, врачей общей практики, а при необходимости — и других специалистов, для активного вовлечения пациентов с ТПС в соответствующие программы лечения и реабилитации

## 8. Психическое здоровье в различных группах населения и ситуациях

ОСНОВНЫЕ ПУНКТЫ РАЗДЕЛА	
(i)	Депрессия, тревожные расстройства и хронический стресс имеют более высокую распространенность среди женщин по сравнению с мужчинами и ассоциированы с повышенным риском ССЗ
(ii)	У женщин с ССЗ отмечается более высокая распространенность психических расстройств, ассоциированных с ухудшением исходов лечения, в особенности с депрессией
(iii)	Половые различия во взаимонаправленной связи между состоянием сердечно-сосудистой системы и психическим здоровьем предполагают влияние биологических и социокультурных компонентов
(iv)	Оценка психического здоровья и состояния хрупкости (старческой астении) у пожилых пациентов с ССЗ имеет первостепенное значение
(v)	Социально и экономически неблагополучные группы населения демонстрируют более высокую распространенность ССЗ и психических расстройств и требуют особого внимания со стороны системы здравоохранения
(vi)	Рак, ССЗ и психические расстройства демонстрируют значимые трехсторонние взаимосвязи, связанные с наличием общих факторов риска
КОНСЕНСУСНЫЕ ЗАЯВЛЕНИЯ О ПОДХОДАХ К ЛЕЧЕНИЮ	
(i)	При планировании вмешательств психокardiологическим командам необходимо учитывать особенности целевой группы пациентов, уделяя особое внимание половым различиям, возрасту, состоянию хрупкости (старческой астении) и социально-экономическому статусу
(ii)	Целесообразность назначения антидепрессантов, возможные лекарственные взаимодействия и побочные эффекты у пожилых пациентов с несколькими хроническими заболеваниями и признаками хрупкости (старческой астении) требуют тщательной оценки междисциплинарной медицинской командой
(iii)	Мигранты и беженцы могут извлечь пользу из целевых проактивных программ по оценке состояния сердечно-сосудистой системы и психического здоровья, что обусловлено высокой распространенностью соответствующих заболеваний в этих группах и потенциальными трудностями доступа к системе здравоохранения

## 9. Ключевые тезисы

(i)	Для обеспечения комплексной и интегрированной медицинской помощи важно понимать и учитывать взаимосвязь между психическим и сердечно-сосудистым здоровьем
(ii)	Медицинским работникам следует внедрять интегрированный подход с участием психокardiологической команды, учитывающий специфику и потребности конкретного региона
(iii)	Принципы ACTIVE (Acknowledge – Признать, Check – Проверить, Tools – Инструменты, Implement – Внедрить, Venture – Действовать, Evaluate – Оценить) могут служить практическим подходом к интеграции комплексной психиатрической помощи в кардиологическую практику
(iv)	Проведение скрининга на наличие психических расстройств, включая тревожные расстройства, депрессию и ПТСР, а также выявление психосоциальных факторов риска, позволяет повысить точность оценки сердечно-сосудистого риска среди здорового населения
(v)	Скрининг психических расстройств у пациентов с ССЗ имеет важное значение, поскольку такие расстройства широко распространены и ассоциированы с ухудшением клинических исходов.
(vi)	Первичный скрининг может включать двухэтапную оценку, после которой при наличии подозрений на психические проблемы применяются более развернутые и проверенные методики.
(vii)	Целесообразно применять поэтапный подход к оказанию психиатрической помощи пациентам с ССЗ: интенсивность вмешательства должна соответствовать индивидуальным потребностям пациента
(viii)	Существуют данные (с низкой или умеренной степенью достоверности) о том, что психологические вмешательства положительно влияют на уровень депрессии, тревожности и качество жизни у пациентов с ССЗ. При этом значимых данных о снижении риска MACE и смертности не представлено
(ix)	Назначение анксиолитиков или антидепрессантов пациентам с ССЗ и психическими расстройствами требует учета возможных рисков, включая лекарственное взаимодействие и побочные эффекты
(x)	Лица, ухаживающие за пациентами с ССЗ, играют важную роль в поддержании их благополучия и соблюдении режима лечения, но часто сами сталкиваются с проблемами психического здоровья. Это подчеркивает необходимость разработки стратегий для оценки и поддержки их ментального состояния
(xi)	У пациентов с тяжелыми психическими расстройствами отмечается более неблагоприятный прогноз в отношении сердечно-сосудистых исходов. В связи с этим требуется реализация мер по снижению стигматизации и предоставлению оптимальной кардиологической помощи согласно действующим клиническим рекомендациям, уделяя особое внимание соблюдению режима приема лекарств и клинически значимым лекарственным взаимодействиям.
(xii)	Такие параметры, как пол, гендер, возраст, состояние здоровья, социально-экономический статус, сопутствующие заболевания и принимаемые лекарства, следует тщательно анализировать, поскольку они могут влиять на взаимосвязь между сердечно-сосудистыми и психическими заболеваниями и требовать индивидуального подхода.

### Выводы

На основании всестороннего анализа установлено, что психическое здоровье и сердечно-сосудистые заболевания объединены двунаправленной причинно-следственной связью, что подтверждается следующими фактами:

- у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) значительно чаще встречаются депрессия и тревожность по сравнению с общим населением;

- депрессия и тревожность ухудшают качество жизни, снижают эффективность лечения и увеличивают риск повторных сердечно-сосудистых событий и смертности;
- систематическое выявление и коррекция психических нарушений у больных ССЗ способствует улучшению их общего состояния и прогноза;
- важно включать ментальную поддержку и психотерапию в комплексное лечение пациентов с ССЗ.

Все эти факты обуславливает необходимость трансформации существующих подходов к оказанию медицинской помощи. Ключевыми направлениями для дальнейшей работы являются:

**Разработка и внедрение интегрированных клинических моделей** путем создания междисциплинарных протоколов ведения пациентов, объединяющих кардиологическую, психиатрическую и первичную помощь, с активным вовлечением пациентов и их семей в процесс разработки.

**Преодоление системных барьеров** за счет образовательных инициатив для медицинских работников и населения, направленных на дестигматизацию психических расстройств, а также создание адаптированных моделей финансирования для поддержки новых форм оказания помощи.

**Интенсификация научных исследований:** приоритетными являются проспективные лонгитюдные исследования и рандомизированные клинические испытания с репрезентативными выборками, нацеленные на изучение патофизиологических механизмов взаимовлияния, а также на оценку эффективности психологических, фармакологических и комплексных интервенций.

Таким образом, оптимизация исходов ССЗ и коморбидных психических расстройств требует скоординированных усилий на клиническом, организационном и научном уровнях, с фокусом на создание персонализированной, холистической системы здравоохранения.

*Перевод Решетовой Е.А., НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН, 2026 г.  
Ложкиной Н.Г., д.м.н., проф., ФИЦ ФТМ, 2026 г.  
Воропай Н.Г., к.м.н., АО Медицинский центр «Авиценна», 2026 г.*

