

Депрессия, тревога, стресс и смертность

Ф.И. БЕЛЯЛОВ

ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, Иркутск, Россия

Аннотация

В аналитической работе обобщены основные результаты последних исследований связей депрессии, тревоги, стресса с общей и сердечно-сосудистой смертностью. Показано, что депрессия и стресс ассоциируются с возрастанием риска смерти, преимущественно от сердечно-сосудистых заболеваний, а лечение депрессии и контроль стресса могут увеличить продолжительность жизни.

Ключевые слова: депрессия, тревога, стресс, смертность, сердечно-сосудистая смертность.

Depression, anxiety, stress, and mortality

F.I. BELIALOV

Irkutsk State Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia, Irkutsk, Russia

The analytical paper summarizes the main results of recent investigations of the relationships of depression, anxiety, and stress with overall and cardiovascular mortality. It shows that depression and stress are associated with an increased risk of death mainly from cardiovascular diseases, and depression treatment and stress control can increase life expectancy.

Keywords: depression, anxiety, stress, mortality, cardiovascular mortality.

ИБС — ишемическая болезнь сердца
ИМ — инфаркт миокарда

ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания

Основные глобальные задачи научной и практической медицины включают увеличение продолжительности и качества жизни людей. Рассматривая влияние медицины на смертность населения, следует учитывать, что на этот показатель в большей степени действуют социальные, экономические и поведенческие факторы, а вклад медицины не превышает 20%, как следует из программы County Health Rankings & Roadmaps.

Среди приоритетов системы здравоохранения — снижение общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые вызывают почти 50% всех смертей [1]. С этой целью реализуются федеральные программы, направленные на первичную профилактику, создание специализированных центров по лечению больных с инсультом и инфарктом миокарда (ИМ), высокотехнологичной помощи. В последние годы темпы снижения общей и сердечно-сосудистой смертности в нашей стране замедлились, что заставляет искать дополнительные возможности контроля важнейших демографических индикаторов [2]. Среди управляемых факторов риска, не требующих для контроля значительных затрат, все чаще в последние годы обращают внимание на психическое состояние.

Психические расстройства повышают риск смерти в 2,2 раза, $\frac{2}{3}$ из которых вследствие естественных причин, и лишь 14% летальных исходов можно связать с психическими расстройствами [3]. Основными причинами смерти у пациентов с психическими расстройствами, как и всего населения, являются ССЗ, в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Изменение психического состояния влияет на физиологические процессы и поведение человека. Например, изменяются баланс вегетативной нервной системы (симпатикотония), контроль воспаления, тромбообразование, которые способствуют развитию соматических катастроф через повышение нестабильности атеросклеротических бляшек с разрывами, тромбозом и окклюзией коронарных и мозговых сосудов [4–9].

Поведенческие факторы, включая соблюдение рекомендованного лечения, следование правилам оптимального образа жизни, посещения врачей и лечебных учреждений, также зависят от состояния психики [10–14].

В настоящей работе проведен анализ научных исследований, выполненных в последнее десятилетие и направленных на

изучение связей распространенных психических факторов с общей и сердечно-сосудистой смертностью.

Депрессия. В многочисленных эпидемиологических исследованиях выявлена связь депрессии и общей смертности. Наличие депрессии ассоциировалось с достоверным увеличением общей смертности в 1,8–3,2 раза, независимо от хорошо изученных социодемографических и соматических факторов риска смерти [15–19]. Смертность увеличивалась при более выраженной депрессии, а также при усилении депрессии с течением времени в отличие от стабильного уровня снижения настроения [20, 21]. Даже легкая (субклиническая) депрессия связана с повышением смертности [22]. В большинстве исследований влияние депрессии на смертность у мужчин и женщин не различалось.

В проспективном наблюдении в течение 21 года депрессивные симптомы оказались достоверно связаны с повышением общей смертности на 24% [23]. После коррекции на поздние соматические проблемы эта связь стала несущественной. Проспективное наблюдение врачами общей практики в течение 8 лет за 1204 пожилыми пациентами с депрессией показало, что наличие депрессии ассоциировалось с трехкратным повышением смертности у пациентов с сочетанной соматической патологией [24]. Соответственно можно предположить, что влияние депрессии на смертность может опосредоваться через соматическое здоровье, особенно у пожилых.

Основными причинами роста смертности у пациентов с депрессией являются ССЗ, значительно реже — суициды. Например, в проспективном исследовании в Великобритании в течение 8,5 года наблюдения наличие большой депрессии ассоциировалось с возрастанием в 3,5 раза смертности от ИБС [25]. У женщин с депрессией частота развития фатальной ИБС увеличилась на 49% за 9 лет наблюдения [26].

Контактная информация:

Белялов Фарид Исмагильевич — проф. каф. геронтологии и гериатрии Иркутской медицинской академии последипломного образования, рук. Кардиоаритмологического центра; e-mail: fbelyalov@mail.ru

Депрессия может увеличить риск смерти через изменение поведения: суициды, отказ от эффективных инвазивных вмешательств (стентирование коронарных артерий, коронарное шунтирование, протезирование клапанов сердца, имплантация кардиовертера-дефибриллятора, диализ), пренебрежение медикаментозным лечением соматических заболеваний, ограничение физической активности, нежелание изменить рацион и другие аспекты нездорового образа жизни. Например, депрессия нивелировала положительное влияние физической активности на общую смертность [27].

Лечение депрессии проводится с помощью антидепрессантов и психотерапевтических методик. Психотропное лечение позволяет уменьшить депрессию, повысить качество жизни, улучшить физическую активность, увеличить полноту соблюдения большими схем назначенного лечения.

Результаты многочисленных исследований, оценивающих влияние лечения депрессии с помощью антидепрессантов и психотерапии на смертность, противоречивы.

В когортном австралийском исследовании с участием мужчин старше 67 лет, несмотря на повышение общей смертности почти в 2 раза при наличии депрессии, прием антидепрессантов не повлиял на общую смертность [21]. В то же время в рандомизированном проспективном исследовании PROSPECT лечение большой депрессии у пожилых пациентов, проводимое врачами общей практики с помощью антидепрессантов и психотерапии, согласно разработанному алгоритму, ассоциировалось со снижением пятилетней общей смертности почти на 50% [28]. Продолжение наблюдения за пациентами до 10 лет подтвердило устойчивость снижения общей смертности, которое составило 24% [29].

Поскольку ССЗ вносят основной вклад в общую смертность, заслуживают внимания результаты рандомизированного исследования IMPACT, которое продемонстрировало снижение на 19% абсолютного риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов старше 60 лет с большой депрессией и дистимией без ССЗ, которые получали лечение антидепрессантами и психотерапию в течение 8 лет наблюдения [30].

Тревога. Результаты большинства исследований не подтвердили независимого негативного влияния симптомов тревоги и тревожных расстройств на общую смертность [17, 31]. В то же время нельзя полностью исключить отрицательное влияние тревоги, поскольку зависимость может иметь U-образную форму [32].

Влияние тревоги может существенно зависеть от метода оценки психического состояния и сочетанных расстройств. При использовании шкалы HADS сопутствующая депрессии тревога снижала общую смертность в исследовании HUNT-2 [32]. Наоборот, у ветеранов вьетнамской войны с большой депрессией сочетанное генерализованное тревожное расстройство ассоциировалось с увеличением общей смертности [33, 34].

Метаанализ исследований не выявил связи тревоги и общей смертности у пациентов с ИБС [35]. Более того, в ряде случаев тревога может выполнять защитную функцию. Например, у пациентов с ИБС без ИМ в анамнезе тревога ассоциировалась со снижением смертности (на 30% в течение 5 лет) [36]. Тревожные пациенты чаще посещают врачей и лечебные учреждения, обследуются и лечатся, что может позитивно влиять на исход соматического заболевания. Тревога может как улучшить, так и снизить полноту соблюдения большими схем рекомендованного врачом лечения [14, 37, 38].

Избыточная тревога и страх не позволяют реализовать охранительный потенциал эмоциональной реакции. Например, у женщин с ИБС фобии способствовали повышению смертности от заболеваний сердца в 1,6 раза, а частоты внезапной сердечной смерти — в 2 раза [39].

Для контроля тревоги широко используются антидепрессанты и транквилизаторы. Однако применение бензодиазепиновых транквилизаторов может повысить общую смертность согласно результатам когортных исследований, проведенных во Франции и Великобритании [40–42].

Несмотря на возможные риски, связанные с использованием бензодиазепинов, частота их приема не снижается, а в США среди пациентов старше 85 лет увеличилась почти в 2 раза за последние 10 лет [43].

Стресс. Выявлена связь смертности со стрессом у мужчин, особенно пожилых, отсутствием работы, но не со стрессами военного времени [44–47]. Основной вклад в повышение общей смертности вносят ССЗ. Возможно, пациенты с факторами риска развития ССЗ более уязвимы к воздействию стресса. Временной анализ выявил очевидную связь социально-экономических изменений в России с 1965 по 2005 г. с динамикой смертности от ИБС [48].

Крах биржи в 2008 г. в Лос-Анжелесе ассоциировался с увеличением общей и сердечно-сосудистой смертности на 17 и 24%, смертности от ССЗ, ИМ и ИБС на 24, 28 и 38% соответственно [49].

Прошедшее в 11 марта 2011 г. сильное землетрясение на севере Японии с магнитудой 9 баллов по шкале Рихтера привело к почти троекратному повышению частоты выполнения сердечно-легочной реанимации на следующий день [50].

Проигрыш любимой команды из Лос-Анжелеса в игре за чемпионство в национальной футбольной лиги привел к повышению общей и сердечно-сосудистой смертности, смертности от ИБС на 17, 22, 20 и 17% соответственно по сравнению с обычными днями [51]. Когда же через 4 года команда выиграла, общая смертность в городе снизилась на 6%.

После установления диагноза рака в первую неделю сердечно-сосудистая смертность повысилась в 5,6 раза, в первый месяц — в 3,3 раза, позднее к концу года показатель быстро снизился до обычного уровня [52].

Позитивную роль в предупреждении смертности может играть психотерапевтическое лечение. Под данным метаанализа 23 рандомизированных контролируемых исследований, у мужчин с заболеваниями сердца психологическое лечение, направленное на контроль стресса и дополнявшее программу реабилитации, снизило двухлетнюю смертность на 27% [53]. У женщин психологическое лечение достоверно не повлияло на смертность. Важно отметить, что наибольший эффект лечение давало сразу после сердечного приступа и смертность в этих случаях снизилась на 72%.

Заключение

Таким образом, проведенный анализ результатов научных исследований показывает, что депрессия и стресс ассоциируются с увеличением риска смерти, преимущественно от ССЗ, а лечение депрессии и контроль стресса могут увеличить продолжительность жизни.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белялов Ф.И., Погодаева С.В., Зайцев А.П., Свистунов В.В., Семенов А.В. *Медицинская демография и причины смертности населения Иркутска*. Иркутск: РИО ИГМАПО; 2015.
2. Демографический ежегодник России. 2014: Стат. сб. Росстат. М., 2014. Ссылка активна на 01.12.2015. Доступно по: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312
3. Walker E, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(4):334-341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
4. Kitzlerova E, Anders M. The role of some new factors in the pathophysiology of depression and cardiovascular disease: overview of recent research. *Neuro Endocrinol Lett*. 2007;28(6):832-840.

5. Barton DA, Dawood T, Lambert EA, et al. Sympathetic activity in major depressive disorder: identifying those at increased cardiac risk? *J Hypertens*. 2007;25(10):2117-2124.
doi:10.1097/HJH.0b013e32829baae7
6. Kop WJ, Stein PK, Tracy RP, et al. Autonomic Nervous System Dysfunction and Inflammation Contribute to the Increased Cardiovascular Mortality Risk Associated With Depression. *Psychosom Med*. 2010;72(7):626-635.
doi:10.1097/PSY.0b013e3181eadd2b
7. von Kanel R. Acute mental stress and hemostasis: When physiology becomes vascular harm. *Thromb Res*. 2015;135, Suppl 1:S52-55.
doi:10.1016/S0049-3848(15)50444-1
8. Austin AW, Wissmann T, von Kanel R. Stress and hemostasis: an update. *Semin Thromb Hemost*. 2013;39(8):902-912.
doi:10.1055/s-0033-1357487
9. Погосова Г.В. Депрессия — фактор риска развития ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти: 10 лет научного поиска. *Кардиология*. 2011;2:59-66.
10. Emily AK, James AF, Bush DE, et al. Relation of Anxiety and Adherence to Risk-Reducing Recommendations Following Myocardial Infarction. *The American Journal of Cardiology*. 2009;103[12]:1629-1634.
doi:10.1016/j.amjcard.2009.02.014
11. Murphy BM, Grande MR, Navaratnam HS, et al. Are poor health behaviours in anxious and depressed cardiac patients explained by sociodemographic factors? *Eur J Prev Cardiol*. 2013;20(6):995-1003.
doi:10.1177/2047487312449593
12. Tomenson B, McBeth J, Chew-Graham CA, et al. Somatization and Health Anxiety as Predictors of Health Care Use. *Psychosom Med*. 2012;74(6):656-664.
doi:10.1097/PSY.0b013e31825cb140
13. Dempe C, Junger J, Hoppe S, et al. Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence in patients with stable coronary artery disease. *J Psychosom Res*. 2013;74(2):122-127.
doi:10.1016/j.jpsychores.2012.12.003
14. Bet PM, Penninx BW, van Laer SD, et al. Current and remitted depression and anxiety disorders as risk factors for medication nonadherence. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(9):e1114-1121.
doi:10.4088/JCP.14m09001
15. Оганов Р.Г., Погосова Г.В., Колтунов И.Е., Ромасенко Л.В., Деев А.Д., Юферева Ю.М. Депрессивная симптоматика ухудшает прогноз сердечно-сосудистых заболеваний и снижает продолжительность жизни больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. *Кардиология*. 2012;12:59-66.
16. Gump BB, Matthews KA, Eberly LE et al. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke*. 2005;36(1):98-102.
doi:10.1161/01.STR.0000149626.50127.d0
17. Markkula N, Harkanen T, Perala J, et al. Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry*. 2012;200(2):143-149.
doi:10.1192/bjp.bp.111.094904
18. Lasserre AM, Marti-Soler H, Strippoli MP, et al. Clinical and course characteristics of depression and all-cause mortality: A prospective population-based study. *J Affect Disord*. 2016;189:17-24.
doi:10.1016/j.jad.2015.09.010
19. Bogner HR, Morales KH, Reynolds CF 3rd, et al. Course of depression and mortality among older primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(10):895-903.
doi:10.1097/JGP.0b013e3182331104
20. Zhang JP, Kahana B, Kahana E, et al. Joint Modeling of Longitudinal Changes in Depressive Symptoms and Mortality in a Sample of Community-Dwelling Elderly People. *Psychosom Med*. 2009;71(7):704-714.
doi:10.1097/PSY.0b013e3181ac9bce
21. Almeida OP, Alfonso H, Hankey GJ, Flicker L. Depression, Antidepressant Use and Mortality in Later Life: The Health in Men Study. *PLoS ONE*. 2010;5(6):e11266.
doi:10.1371/journal.pone.0011266
22. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, et al. Differential mortality rates in major and subthreshold depression: meta-analysis of studies that measured both. *Br J Psychiatry*. 2013;202(1):22-27.
doi:10.1192/bjp.bp.112.112169
23. Houle JN. Depressive Symptoms and All-Cause Mortality in a Nationally Representative Longitudinal Study With Time-Varying Covariates. *Psychosom Med*. 2013;75(3):297-304.
doi:10.1097/PSY.0b013e31828b37be
24. Gallo JJ, Hwang S, Joo JH, et al. Multimorbidity, Depression, and Mortality in Primary Care: Randomized Clinical Trial of an Evidence-Based Depression Care Management Program on Mortality Risk. *J Gen Intern Med*. 2016;31(4):380-386.
doi:10.1007/s11606-015-3524-y
25. Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RN et al. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study. *Am J Psychiatry* 2008;165:515-523.
doi:10.1176/appi.ajp.2007.07061018
26. Whang W, Kubzansky LD, Kawachi I, et al. Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women: Results From the Nurses' Health Study. *J Am Coll Cardiol* 2009;53(11):950-958.
doi:10.1016/j.jacc.2008.10.060
27. Lee PL. Depressive symptoms negate the beneficial effects of physical activity on mortality risk. *Int J Aging Hum Dev*. 2013;76(2):165-179.
28. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, et al. The Effect of a Primary Care Practice-Based Depression Intervention on Mortality in Older Adults: A Randomized Trial. *Ann Intern Med*. 2007;146:689-698.
29. Gallo JJ, Morales KH, Bogner HR, et al. Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ*. 2013;346:f2570.
doi:10.1136/bmj.f2570.
30. Stewart JC, Perkins AJ, Callahan CM. Effect of Collaborative Care for Depression on Risk of Cardiovascular Events: Data From the IMPACT Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*. 2014;76(1):29-37.
doi:10.1097/PSY.000000000000022
31. Saeed Mirza S, Arfan Ikram M, Hofman A, Tiemeier H. Anxiety does not predict mortality. A population-based study. *World Psychiatry*. 2015;14(1):103-104.
doi:10.1002/wps.20192
32. Mykletun A, Bjerkeset O, Overland S, et al. Levels of anxiety and depression as predictors of mortality: the HUNT study. *Br J Psychiatry*. 2009;195(2):118-125.
doi:10.1192/bjp.bp.108.054866
33. Phillips AC, Batty GD, Gale CR, et al. Generalized Anxiety Disorder, Major Depressive Disorder, and Their Comorbidity as Predictors of All-Cause and Cardiovascular Mortality: The Vietnam Experience Study. *Psychosom Med*. 2009;71(4):395-403.
doi:10.1097/PSY.0b013e31819e6706

34. Phillips AC. Generalised Anxiety Disorder, Mortality and Disease: A Stronger Predictor than Major Depressive Disorder. In: *Anxiety and Related Disorders*. Edited by: Ágnes Szirmai. 2011.
35. Celano CM, Millstein RA, Bedoya CA, et al. Association between anxiety and mortality in patients with coronary artery disease: A meta-analysis. *Am Heart J*. 2015;170(6):1105-1115. doi:10.1016/j.ahj.2015.09.013
36. Meyer T, Buss U, Herrmann-Lingen C. Role of Cardiac Disease Severity in the Predictive Value of Anxiety for All-Cause Mortality. *Psychosom Med*. 2010;72(1):9-15. doi:10.1097/PSY.0b013e3181c64fc0
37. Kim HK, Park JH, Park JH, et al. Differences in Adherence to Antihypertensive Medication Regimens According to Psychiatric Diagnosis: Results of a Korean Population-Based Study. *Psychosom Med*. 2010;72(1):80-87. doi:10.1097/PSY.0b013e3181c4e3e9
38. Bauer LK, Caro MA, Beach SR, et al. Effects of Depression and Anxiety Improvement on Adherence to Medication and Health Behaviors in Recently Hospitalized Cardiac Patients. *The American Journal of Cardiology*. 2012;109(10):1266-1271. doi:10.1016/j.amjcard.2011.12.017
39. Watkins LL, Blumenthal JA, Babyak MA, et al. Phobic Anxiety and Increased Risk of Mortality in Coronary Heart Disease. *Psychosom Med*. 2010;72(7):664-671. doi:10.1097/PSY.0b013e3181e9f357
40. Palmaro A, Dupouy J, Lapeyre-Mestre M. Benzodiazepines and risk of death: Results from two large cohort studies in France and UK. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2015;25(10):1566-1577. Benzodiazepines and risk of death: Results from two large cohort studies in France and UK
41. Weich S, Pearce HL, Croft P, et al. Effect of anxiolytic and hypnotic drug prescriptions on mortality hazards: retrospective cohort study. *BMJ*. 2014;348:g1996. doi:10.1136/bmj.g1996
42. Belleville G. Mortality hazard associated with anxiolytic and hypnotic drug use in the National Population Health Survey. *Can J Psychiatry*. 2010;55(9):558-567.
43. Marra EM, Mazer-Amirshahi M, Brooks G, et al. Benzodiazepine Prescribing in Older Adults in U.S. Ambulatory Clinics and Emergency Departments (2001-10). *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(10):2074-2081. doi:10.1111/jgs.13666
44. Roelfs D, Shor E, Davidson K, Schwartz J. War-related stress exposure and mortality: a meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2010;39(6):1499-509. doi:10.1093/ije/dyq132
45. Nielsen RN, Kristensen TS, Schnohr P, Gronbk M. Perceived Stress and Cause-specific Mortality Among men and Women: Results From a Prospective Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2008;168(5):481-491. doi:10.1093/aje/kwn157
46. Roelfs DJ, Shor E, Davidson KW, Schwartz JE. Losing Life and Livelihood: A Systematic Review and Meta-Analysis of Unemployment and All-Cause Mortality. *Social science & medicine (1982)*. 2011;72(6):840-854. doi:10.1016/j.socscimed.2011.01.005
47. Aldwin CM, Molitor N-T, Avron S, Levenson MR, Molitor J, Igarashi H. Do Stress Trajectories Predict Mortality in Older Men? Longitudinal Findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Aging Research*. 2011;2011:896109. doi:10.4061/2011/896109
48. Razvodovsky YE. Psychosocial distress as a risk factor of ischemic heart disease mortality. *Psychiatr Danub*. 2013;25(1):68-75.
49. Schwartz BG, Pezzullo JC, McDonald SA, et al. How the 2008 Stock Market Crash and Seasons Affect Total and Cardiac Deaths in Los Angeles County. *The American Journal of Cardiology*. 2012;109(10):1445-1448. doi:10.1016/j.amjcard.2012.01.354
50. Aoki T, Fukumoto Y, Yasuda S, et al. The Great East Japan Earthquake Disaster and cardiovascular diseases. *Eur Heart J*. 2012;33(22):2796-2803. doi:10.1093/eurheartj/ehs288
51. Robert AK, Scott M, Justin L, et al. Comparison of Total and Cardiovascular Death Rates in the Same City During a Losing Versus Winning Super Bowl Championship. *The American Journal of Cardiology*. 2009;103[12]:1647-1650. doi:10.1016/j.amjcard.2009.02.012
52. Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and Cardiovascular Death after a Cancer Diagnosis. *N Engl J Med*. 2012;366(14):1310-1318. doi:10.1056/NEJMoa1110307
53. Linden W, Phillips MJ, Leclerc J. Psychological treatment of cardiac patients: a meta-analysis. *Eur Heart J*. 2007;28:2972-2984. doi:http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehm504

Поступила 01.12.2015