

# Сердечно-сосудистый риск и заболеваемость депрессией в молодом и пожилом возрасте: данные из когортного исследования SUN

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) и депрессия не только самые распространенные причины нетрудоспособности по всему миру, но и часто сопровождают друг друга. Наличие большого количества факторов сердечно-сосудистого риска при отсутствии ССЗ может увеличивать риск развития депрессии. С целью проверки этой гипотезы, мы рассчитали зависимость между прогнозируемым сердечно-сосудистым риском и наблюдаемой в дальнейшем заболеваемостью депрессией. Мы проследили катанез когорты 16 739 выпускников (средний возраст на момент включения – 38 лет) Seguimiento Universidad de Navarra (SUN), которые не обнаруживали признаков ни депрессии, ни ССЗ<sup>2</sup>. Срок наблюдения составил до 14 лет (среднее наблюдение 9 лет).

Сердечно-сосудистый риск был рассчитан с использованием модели логистической регрессии, в которой заболеваемость ССЗ (инфаркт миокарда, инсульт и смерть от сердечно-сосудистых причин) в течение наблюдения была независимой переменной, а также возраст (линейный и квадратичный члены), пол, индекс массы тела (линейный и квадратичный члены), курение (никогда, сейчас, ранее), диабет второго типа, гипертензия, гиперхолестеринемия и гипертриглицеридемия были независимыми переменными. Когда мы получили прогнозируемые вероятности ССЗ (теоретическое ранжирование от 0 до 100%), мы категоризировали эти приблизительные вероятности в обособленные по полу квинтили. В течение наблюдения мы определяли заболеваемость депрессией посредством самоанкетирования. Эти значения были предварительно валидизированы<sup>3</sup>.

Мы вычислили коэффициенты опасности (КО) и 95% доверительные интервалы (95% ДИ) для депрессии по полоспецифическим квинтилям прогнозируемого риска ССЗ. Модели были скорректированы по возрасту, приверженности к средиземноморскому типу питания (низкая/умеренная/высокая), физической активности (квинтили), общему потреблению энергии (квинтили), менопаузе вследствие естественных причин (да/нет), проживанию в одиночестве (да/нет), статусу занятости (работающий/безработный/на пенсии), нахождению в

браке (в браке или нет) и чертам характера (соревновательность, расслабленность, зависимость).

В 151 125 человеко-годах наблюдений, мы выявили 927 случаев заболеваемости депрессией. Более высокий прогнозируемый сердечно-сосудистый риск был значительно связан с более высоким уровнем риска депрессии. Молодые участники (<40 лет) в самой высокой квинтиле риска ССЗ (средний риск: 0,30%) продемонстрировали скорректированный КО 1,47 (95% ДИ: 1,08–2,00) относительно самой низкой квинтили (средний риск: 0,05%). Вторая, третья и четвертая квинтили показали незначительные КО: 1,05, 1,21 и 1,16 — соответственно. Эта связь была еще сильнее для пожилых пациентов (≥40 лет): 1,65 (1,17–2,34) для второй квинтили (средний риск: 0,54%), 1,68 (1,16–2,42) для третьей квинтили (средний риск: 1,43%), 1,85 (1,24–2,75) для четвертой квинтили (средний риск: 1,43%) и 2,17 (1,33–3,54) для пятой квинтили (средний риск: 4,31%) – все они сравнились с первой квинтилью (средний риск: 0,31%).

Таким образом, более высокий прогнозируемый риск ССЗ связан с более высокой заболеваемостью депрессией в будущем как для молодых, так и для более старых взрослых. Эти данные поддерживают гипотезу того, что ССЗ и депрессия могут иметь общие патофизиологические механизмы<sup>4-6</sup>. Как вариант, депрессия и ССЗ могут иметь общие факторы риска, но не механизмы, с помощью которых эти факторы риска реализуются. В настоящее время планируются исследования двуправленных связей между депрессией и метаболическим синдромом<sup>7</sup>, ожирением<sup>8</sup> или диабетом второго типа<sup>9</sup>.

Клиническое значение полученных нами данных очень важно для общественного здравоохранения и клинической практики. Во-первых, организации в сфере общественного здравоохранения могут попытаться совместить профилактику депрессии и ССЗ, действовать синергично. И ССЗ, и депрессия связаны с набором известных и изменяемых факторов риска, на которые стоит обращать особое внимание. Во-вторых, врачам общей практики стоит учитывать, что как молодые, так и пожилые пациенты с повышен-

ным риском ССЗ могут также иметь повышенный риск депрессии. Врачи могут рассчитывать прогнозируемый сердечно-сосудистый риск, используя Фрамингемскую шкалу риска или другие похожие уравнения, которые доступны в схемах и удобных для использования версиях. Их мероприятия, направленные на достижение ремиссии посредством изменений образа жизни, скорее всего, подходят и для профилактики депрессии.

В конце концов, знание того, что факторы, связанные с образом жизни, повышают не только риск ССЗ, но и риск депрессии, даже среди молодых людей, нужно доносить до общей популяции. Рассылка сообщений по домам может быть полезна для достижения значительного изменения вредных привычек среди населения.

**Patricio Molero<sup>1,2</sup>, Miguel Angel Martinez-Gonzalez<sup>2-4</sup>, Miguel Ruiz-Canela<sup>2-4</sup>, Francisca Lahortiga<sup>1,2</sup>, Almudena Sanchez-Villegas<sup>4-5</sup>, Aurora Perez-Cornago<sup>3</sup>, Alfredo Gea<sup>2-4</sup>**

<sup>1</sup>Department of Psychiatry and Medical Psychology, University Clinic of Navarra, Pamplona, Spain; <sup>2</sup>Instituto de Investigacion Sanitaria de Navarra, Pamplona, Spain; <sup>3</sup>Department of Preventive Medicine and Public Health, University of Navarra, Pam-

plona, Spain; <sup>4</sup>CIBER Fisiopatologia de la Obesidad y Nutricion, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Spain; <sup>5</sup>Nutrition Research Group, Research Institute of Biomedical and Health Sciences, University of Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, Spain

**Перевод:** Красавин Г. А. (Москва)

**Редактура:** к.м.н. Захарова Н.В. (Москва)

(*World Psychiatry* 2017;16:1:110-111)

#### **Библиография**

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. *Lancet* 2015;385:117-71.
2. Segui-Gomez M, de la Fuente C, Vazquez Z et al. *Int J Epidemiol* 2006;35:1417-22.
3. Sanchez-Villegas A, Schlatter J, Ortuno F et al. *BMC Psychiatry* 2008;8:43.
4. Valkanova V, Ebmeier KP. *Biol Psychiatry* 2013;73:406-13.
5. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC et al. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:915-22.
6. Halaris A. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:400.
7. Pan A, Keum N, Okereke OI et al. *Diabetes Care* 2012;35:1171-80.
8. Pan A, Sun Q, Czernichow S et al. *Int J Obes* 2012;36:595-602.
9. Pan A, Lucas M, Sun Q et al. *Arch Intern Med* 2010;170:1884-91.

DOI:10.1002/wps.20390