



Лікування депресії у пацієнтів з ішемічною хворобою серця

Серед хворих на серцево-судинні захворювання частота супутньої депресії становить 22-33%. Депресія при ішемічній хворобі серця асоційована з поганим прогнозом щодо перебігу захворювання, підвищеною частотою звернень по медичну допомогу та погіршенням якості життя. Водночас встановлено, що у пацієнтів із більш високим рівнем тривоги розвивається важка форма ішемічної хвороби серця.

Пропонуємо вашій увазі огляд роботи A. Tylee et al. «Primary Care Guidance: Treating Depression in People with Coronary Heart Disease (CHD)»(2014), в якій автори навели дані про взаємозв'язок між депресією та ішемічною хворобою серця, а також зазначили останні досягнення в терапії цих захворювань.

Пацієнти, які страждають на хронічні захворювання, зокрема ішемічну хворобу серця (ІХС), часто мають коморбідні депресивні або тривожні розлади. У таких осіб ішемічні напади стаються у два рази частіше, ніж у пацієнтів без супутньої патології. Водночас депресія, з урахуванням усіх інших факторів ризику розвитку серцево-судинних хвороб, у соматично здорової людини підвищує ризик розвитку ІХС на 60% (Rugulies, 2003; Wulsin, 2003). Існує також «дозозалежний» ефект у випадку клінічної депресії, при якій ризик розвитку супутньої ІХС вищий, ніж ризик розвитку тільки депресивних симптомів, при цьому розвиток останніх збільшує ризик практично на 50% (Rugulies, 2003).

Коморбідна депресія значно погіршує якість життя пацієнтів та результати терапії основного захворювання, а також призводить до збільшення витрат на лікування. На жаль, депресія у пацієнтів з ІХС часто залишається нерозпізнаною, а отже й нелікованою. Саме

тому при первинному зверненні хворого рекомендовано провести скринінг на виявлення депресивних розладів, що може значно покращити результати лікування. Пацієнту слід пропонувати не тільки психологічну допомогу, але й застосування антидепресантів, враховуючи ступінь тяжкості депресії та побажання хворого. Автори статті наголошують, що з погляду доказової медицини, ефективним методом лікування пацієнтів з депресією та хронічними соматичними захворюваннями є мультимодальний підхід.

Негативний вплив депресії при ІХС

На думку деяких вчених, розвиток депресії асоційований з тютюнопалінням, недостатньою фізичною активністю, недотриманням дієт та низькою прихильністю до терапії чи реабілітації. Пацієнти з вираженими соматичними симптомами депресії гірше реагують на лікування, також у них часто реєструються незадовільні результати терапії (de Jonge et al., 2006). Крім цього, депресія також пов'язана

Ключові аспекти

- *Пацієнти, які страждають на хронічні захворювання, такі як ІХС, часто мають коморбідні депресивні або тривожні розлади.*
- *Коморбідна депресія значно погіршує якість життя пацієнта та результати терапії основного захворювання, а також призводить до збільшення витрат на лікування.*
- *Депресія у пацієнтів з ІХС часто залишається нерозпізнаною, а отже її нелікованою, тому скринінг на виявлення депресивних розладів під час первинного звернення хворого може значно покращити результати лікування.*
- *Пацієнтам, що страждають на ІХС та депресію, слід пропонувати не тільки психологічну допомогу, але й застосування антидепресантів, враховуючи ступінь тяжкості депресії та побажання пацієнта.*
- *З погляду доказової медицини, ефективним методом лікування пацієнтів з депресією та хронічними соматичними захворюваннями є мультимодальний підхід.*

з такими факторами, як підвищена агрегація тромбоцитів, варіабельні порушення ритму серця через вегетативну дисфункцію, високий рівень циркулюючих медіаторів запалення та дисфункція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи, кожен з яких призводить до погіршення прогнозу щодо ІХС (Carney et al., 2002; Rozanski et al., 1999).

Пацієнти, у яких виникла депресія після пережитого гострого коронарного нападу, мають підвищений ризик ускладнень з боку серцево-судинної системи, а також раптової смерті (de Jonge et al., 2006; Dickens et al., 2008; Grace et al., 2005).

Труднощі діагностики депресії

Зазвичай пацієнти схильні характеризувати депресію як закономірну реакцію на поганий стан здоров'я. Лікарі ж часто сприймають її як цілком виправданий розлад, який важко піддається лікуванню, особливо у осіб старшого віку. Таке ставлення призводить до несвоєчасної діагностики та неправильного лікування хвороби у пацієнтів із хронічними захворюваннями серцево-судинної системи (Coventry et al., 2011; Varley et al., 2012).

Перешкоди на шляху до оптимального лікування депресії, поєднаної з хронічними соматичними патологіями, можуть бути частково обумовлені обмеженим у часі характером медичної допомоги первинної ланки, де на прийнятті клінічного рішення значно впливає вираженість симптомів основного захворювання. Особливо це стосується тих закладів, де лікування хронічних захворювань підпорядковане керівництвом та протоколам, які сфокусовані на одній патології. У таких умовах лікарі зазвичай більше звертають увагу на соматичні проблеми.

Також необхідно пам'ятати, що у пацієнтів, які очікують на хірургічне втручання, може бути наявна

депресія чи ІХС або ж їх поєднання. Це може спричинити труднощі під час післяопераційної реабілітації, яка до того ж може виявитися досить тривалою.

Скринінг депресії

Частиною клінічного рутинного огляду пацієнта має бути застосування діагностичних опитувальників, особливо це стосується осіб із хронічними захворюваннями, зокрема серцево-судинної системи, а також у випадках, коли є підозри на наявність депресії. Лікар загальної практики повинен оцінити ступінь тяжкості депресії. У разі, якщо встановлено діагноз «депресія», то слід з'ясувати ризик самоушкодження або спроб суїциду.

Для початку рекомендовано поставити пацієнту питання за опитувальником скринінгу депресії (PHQ-2):

- Чи виникали у Вас протягом останнього місяця відчуття безпричинної туги або безнадії?
- Чи помічали Ви протягом останнього місяця відсутність інтересу чи задоволення від речей або справ, які зазвичай любите робити?

Відповідь «Так» на будь-яке з питань вказує на можливу наявність депресії, тому наступним кроком є проведення опитування за допомогою опитувальника здоров'я пацієнта (PHQ-9). Відповідь «Ні» на обидва питання свідчить про дуже низьку ймовірність депресії.

Принципи лікування

Рекомендації Національного інституту охорони здоров'я і клінічного вдосконалення Великобританії (NICE CG 91, 2009) стосовно лікування депресії у пацієнтів із соматичними захворюваннями пропонують модель «покрокового ведення». Тобто терапія пацієнтів з депресією починається із заходів «низької інтенсивності»: спрямована самопомога, фізична активізація та комп'ютеризована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Надалі застосовуються більш «інтенсивні» лікувальні заходи: психотерапія та антидепресанти, вибір між якими ґрунтується на ступені відповіді на менш «інтенсивні» втручання, побажаннях пацієнта та даних анамнезу захворювання. Для ведення пацієнтів із найбільш тяжкими та рефрактерними до терапії формами депресії застосовується комбіноване лікування та мультимодальний підхід із залученням суміжних спеціалістів та підрозділів. Така «покрокова» модель цілком підходить і для ведення пацієнтів з ІХС.

При легкій формі депресії покращити настрої та фізичний стан пацієнта може адекватна фізична активність. У випадках середньої тяжкості патології доцільною буде медикаментозна терапія антидепресантами та КПТ, однак за результатами деяких досліджень, ці методи мають помірний вплив на стан пацієнтів з ІХС (Thombs et al., 2008).

Варто зазначити, що вищенаведені підходи лікування поки що не продемонстрували ефективності щодо основного захворювання серцево-судинної

системи. На сьогодні наявне лише одне адекватно змодельоване дослідження, в якому розглядається їх вплив на серцево-судинну систему. За результатами вказаного дослідження полегшення симптомів депресії було дуже незначним (Berkman et al., 2003).

Антидепресанти

У наш час препаратами вибору для лікування пацієнтів з тяжкою, середньої тяжкості або легкою формою депресії залишаються селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). До таких хворих належать особи, у яких в анамнезі зафіксовані епізоди середньо-тяжкої та тяжкої депресії або ж вони не відповідають на терапевтичні втручання «низької інтенсивності» (спрямована самопомога, КПТ).

За даними L.F. Berkman et al. (2003) та A.H. Glassman et al. (2002) високоефективним та безпечним препаратом вибору для пацієнтів з ІХС є сертралін. За рахунок впливу на зниження агрегації тромбоцитів сертралін може зменшувати частоту можливих ускладнень з боку серцево-судинної системи.

Циталопрам та есциталопрам можна застосовувати за наявності захворювань серцево-судинної системи тільки після проведення електрокардіографії (ЕКГ) для виключення подовженого інтервалу QT. Також вказані препарати не слід призначати, якщо пацієнт вже приймає лікарські засоби, які здатні подовжувати інтервал QT. Максимальна добова доза циталопраму становить 40 мг, есциталопраму – 20 мг. У пацієнтів літнього віку та у пацієнтів із захворюваннями печінки дози потрібно зменшувати вдвічі. При виборі препарату слід зважати на можливу взаємодію з іншими лікарськими засобами, побічні ефекти та бажання пацієнта.

У випадку неефективності або при поганій переносимості деяких СІЗЗС пацієнтам з ІХС можна призначати міртазапін, який має хороші показники безпеки.

Хворим, що мають достатньо високий ризик порушень ритму серця, протипоказане застосування венлафаксину, до того ж у високих дозах він може викликати артеріальну гіпертензію. При ІХС препарат потрібно призначати з обережністю та постійно контролювати артеріальний тиск.

Оскільки трициклічні антидепресанти у високих дозах можуть бути кардіотоксичними, їх не

рекомендовано розглядати як препарати першої лінії терапії. Пацієнтам з ІХС препарати цієї групи потрібно призначати індивідуально та з великою обережністю.

Психотерапевтичні інтервенції

За даними N.J. Welton et al. (2009), психологічні інтервенції з біхевіоральним та/або когнітивним компонентом полегшують симптоми депресії у пацієнтів з ІХС. Відповідно до рекомендацій NICE (CG 91, 2009), особам із хронічними соматичними захворюваннями варто проводити психологічні інтервенції в рамках мультимодальної допомоги. Така модель передбачає багатопрофільний підхід, структурований терапевтичний план, чіткий метод спостереження за пацієнтом та комунікацію між фахівцями, задіяними в терапії (Katon et al., 2010). У хворих з депресією і супутнім цукровим діабетом та/або ІХС активна комунікація з медсестрами та лікарями загальної практики може значно покращити контроль як за соматичним захворюванням, так і за психічним станом (Katon et al., 2010; Morgan et al., 2013).

Загальний догляд

Лікування супутньої депресії часто передбачає необхідність враховувати велику кількість індивідуальних потреб пацієнта, таких як стигматизація або соціальна ізоляція, вирішення конкретних проблем, терапевтичний вплив на міжособистісні відносини, формування стратегій для подолання повсякденних життєвих труднощів, які можуть передувати ішемічним нападам або слідувати за ними, модифікація способу життя та поведінки, такі як відмова від тютюнопаління, збалансована дієта та фізичні вправи. Останні два пункти можуть полегшити перебіг не тільки депресії, а й ІХС. Пацієнти з ІХС також часто страждають на еректильну дисфункцію та інші коморбідні соматичні захворювання (наприклад, цукровий діабет, артеріальну гіпертензію, гіперліпідемію). Деякі з хворих, на жаль, не зможуть покидати дім, тому на практиці потрібно організувати систему для виявлення та курації таких пацієнтів.

Підготувала **Юлія Ячник**

і