

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Антидепрессанты как компонент терапии кардиологического больного»

Выполнил: ординатор 1 года обучения

Желейко Н.Ю.

Красноярск, 2021г

Оглавление

Введение	3
Ларвированные или соматизированные депрессии в кардиологии. Способы выявления для терапевта.....	3
Состояния, при которых требуется применение медикаментозных методов лечения депрессии.....	4
Эффективность и особенности применения антидепрессантов в кардиологической практике.....	5
Принципы терапии депрессии у больного кардиологического стационара.	7
Агомелатин – будущий препарат выбора лечения депрессивных состояний в кардиологии.	8
Заключение.....	9
Список литературы.....	10

Введение

Антидепрессанты в кардиологии чаще всего применяются при выраженном депрессивном состоянии пациента. По данным научных статей, среди госпитализированных терапевтических больных до 36% имеют различные степени проявления депрессии. Больные ишемической болезнью сердца в 23% случаев находятся в депрессивном состоянии. Врач-кардиолог, знакомясь с пациентом, достаточно часто встречается с тревогой и кардофобиями. После выписки из кардиологического стационара, по данным зарубежных авторов, у 15% пациентов формируется вторичная депрессия.

Депрессия (независимо от ее происхождения), развившаяся на фоне тяжелого соматического заболевания, значительно отягощает его течение и реабилитацию больного. В ряде исследований установлено, что симптомы депрессии являются достоверными прогностическими показателями смертности от сердечно-сосудистых заболеваний после перенесенного инфаркта миокарда. По данным N. Frasure-Smith и соавт., депрессивная симптоматика, выявленная после инфаркта миокарда, достоверно повышает риск смерти или повторного инфаркта миокарда, даже если принять во внимание другие факторы риска (в частности, дисфункцию левого желудочка, наличие инфарктов миокарда в анамнезе, частоту желудочковых экстрасистол).

Психические расстройства зачастую остаются незамеченными. Так на фоне яркой клинической картины инфаркта, среди других жалоб, депрессия остается не выявленной и продолжает порочный круг, усугубляя состояние пациента.

По данным ВОЗ, более 50% больных депрессиями лечатся у врачей общей практики и не попадают в поле зрения психиатров.

Лаврированные или соматизированные депрессии в кардиологии. Способы выявления для терапевта.

Лаврированная депрессия – это в первую очередь атипичная депрессия. Её симптомы проявляются в виде разнообразной соматовегетативной симптоматики. Что бы не пропустить такое состояние и его пагубное воздействие на основное заболевание, терапевту необходимо умело находить скрытую депрессию.

Соматовегетативную симптоматику депрессивного состояния образуют: (кардиалгии, головные боли, невралгии), нередко имитирующие серьезную патологию; снижение или увеличение аппетита и, соответственно, потерю или прибавку в весе, расстройства сна, вегетативные пароксизмы.

Основные признаки депрессии у больного: пониженное настроение, отсутствие интересов или чувства удовлетворения, повышенную утомляемость.

Дополнительные признаки депрессии: снижение способности к концентрации внимания, заниженную самооценку и неуверенность в себе, чувство вины, самоуничтожение, мрачное пессимистическое видение будущего, суицидальные мысли или действия, нарушения сна (чаще ранние пробуждения), аппетита

Состояния, при которых требуется применение медикаментозных методов лечения депрессии.

В практике врача-терапевта и кардиолога часто встречаются пароксизмальные состояния, сопровождающиеся тревогой, страхом смерти, кардиалгией, сердцебиением, чувством нехватки воздуха, другими психическими и соматическими проявлениями. Такие пациенты нередко госпитализируются в кардиологические отделения стационаров с ошибочным диагнозом «стенокардия напряжения».

Прежде всего необходимо четко установить, имеется ли у больного заболевание внутренних органов с тенденцией к пароксизмальным проявлениям (например, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия, феохромоцитома, бронхиальная астма и др.) или речь идет о приступах паники с разнообразными соматическими симптомами, связанными с повышенной активностью вегетативной нервной системы. При исключении органической патологии следует думать, что у больного имеется расстройство психического характера, проявляющееся в виде панических приступов, которое требует «подключения» к терапии антидепрессанта. Такие приступы изредка протекают изолированно, тогда они рассматриваются в рамках панического расстройства. Значительно чаще они возникают на фоне депрессии, сочетаются с различными фобиями — выраженными и устойчивыми или немотивированными страхами, например боязнью открытых (агорафобия) или закрытых (клаустрофобия) пространств, страхом социальных ситуаций, публичных выступлений (социофобия).

При нарушении сна у «кардиологического» больного применение антидепрессанта не просто желательно, а необходимо. Сон — это важнейшая составляющая

жизнедеятельности человека, играющая немаловажную роль в кардиологии. А. И. Бардер в ходе специальных исследований выявил группу заболеваний, включающую стенокардию, инфаркты миокарда, артериальную гипертензию, инсульты и некоторые другие заболевания, достоверно связанные с расстройствами сна. При отсутствии здорового сна у больного с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы формируется порочный круг, способный вывести основное заболевание на уровень декомпенсации или привести к летальному исходу. По данным Mittlmen и соавт., 20% случаев инфаркта миокарда и 15% случаев внезапной смерти приходится на период сна (между полночью и 6 часами утра). Ночные сердечные катастрофы отличаются наиболее частыми осложнениями и влекут за собой более высокий риск инвалидизации и смерти. Порочный круг замыкается частыми ночными приступами стенокардии. В работах О. Масаттур и соавт. продемонстрировано, что эмоциональное напряжение у пациентов с ишемической болезнью сердца заметно нарастает в вечерние и ночные часы из-за боязни повторения ангинозного приступа и смерти во время сна.

Кроме того, по данным Hung и соавт., у 5-9% населения работоспособного возраста встречается полное прекращение дыхания во сне продолжительностью 10 секунд и более — обструктивное сонное апноэ. Эти приступы играют определенную роль в развитии инфаркта миокарда и внезапной смерти при ИБС, поскольку возникающая при этом гипоксемия способна провоцировать ишемию миокарда. Убедительные доказательства этого были получены исследователями Стэнфордской группы. Стенокардия и изменения сегмента QT совпадают по времени с периодами тяжелого обструктивного сонного апноэ, сопровождавшимися эпизодами десатурации крови. Все это неблагоприятно влияет на процесс реабилитации пациентов с инфарктом миокарда.

Резюмируя данный раздел работы, хочу отметить, что основными показаниями для назначения антидепрессивной терапии будут являться: панические атаки, скрытые депрессивные расстройства и расстройства сна.

Эффективность и особенности применения антидепрессантов в кардиологической практике.

Наиболее важными условиями применения антидепрессантов в кардиологической практике являются их переносимость, отсутствие побочных эффектов, безопасность при возможной передозировке, удобство использования, минимальная поведенческая девиация и минимальный риск нежелательных взаимодействий с другими препаратами.

В настоящий момент для антидепрессантов, применяемых в кардиологической практике, предложена классификация, основанная на степени риска развития побочных эффектов и нежелательного взаимодействия.

Для кардиологических больных этот **риск минимален** при использовании СИОЗС, а также обратимых ингибиторов МАО типа А и селективных стимуляторов обратного захвата серотонина. **Средний уровень риска** обуславливают ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (СИОЗСН), селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина, атипичные антидепрессанты, ТЦА в дозах до 100 мг/сут. **Высокий уровень риска** может быть вызван применением ТЦА в дозах более 100 мг/сут. Некоторые антидепрессанты (ниаламид) исключены из практики фармакотерапии из-за высокой кардиотоксичности.

Для лечения депрессии у больных кардиологического профиля препаратами первой линии являются СИОЗС. При сравнении данной группы препаратов с препаратами среднего риска, а именно ТЦА в дозах до 100 мг/сут, врач-терапевт увидит одинаковую эффективность, но лучшую переносимость и надёжность СИОЗС. При передозировке, СИОЗС демонстрируют высокую безопасность, что делает их препаратами выбора для больных с явлениями энцефалопатии (именно с таким пациентом зачастую встречается врач-терапевт и кардиолог).

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина обладают адренергическими свойствами и способны ингибировать агрегацию тромбоцитов, данное свойство оказывается весьма полезным для пациента с ИБС. Данная группа препаратов, так же не влияет: на эффективность антиангинальной и антигипертензивной терапии; на сократимость и проводимость сердечной мышцы.

У больного, перенесшего острый инфаркт миокарда (по данным исследований Mohapatra Р. К. с соавт.) СИОЗС достоверно уменьшают риск: повторного инфаркта миокарда; общей смертности и смертности от повторного ИМ в сравнении с не получавшими СИОЗС пациентами. СИОЗС могут клинически значимо взаимодействовать с некоторыми препаратами, используемыми в кардиологической практике.

Особенностью применения СИОЗС в кардиологии можно считать возможное повышение концентрации в крови β -адреноблокаторов (метопролол, пропранолол), антагонистов кальция, антиаритмических препаратов группы IC, ингибиторов АПФ, антиконвульсантов, антигистаминных средств, кодеина и варфарина. Происходит это за счет ингибирования селективными ингибиторами обратного захвата серотонина изоферментов цитохрома Р-450 в печени.

Из группы СИОЗС для использования в кардиологической практике наиболее изучен «Сертралин». Отмечено позитивное влияние сертралина на когнитивный статус (когнитивные расстройства — наиболее частое сопутствующее расстройство

при ССЗ и депрессии): память, ориентацию в пространстве, обучаемость, счет и др. Это позволяет рассматривать его как препарат выбора для лечения «сосудистой» депрессии с нарушением когнитивных функций. Кроме того, прием сертралина у пациентов с ССЗ и сопутствующей депрессией оправдан и с экономической точки зрения: доказано, что такое лечение в течение 6 мес после ИМ сокращает прямые затраты на 10—15%, несмотря на дополнительные затраты на приобретение этого препарата. На основании опроса врачей США было установлено, что именно сертралин назначается ими чаще всего при диагностировании депрессии у кардиологических больных.

Подводя итог вышесказанного необходимо отметить, что группа селективных ингибиторов обратного захвата серотонина предпочтительна для назначения кардиологическим больным при симптомах депрессивного состояния за счёт благоприятного кардиологического профиля и минимального риска развития осложнений.

Принципы терапии депрессии у больного кардиологического стационара.

Для рациональной терапии депрессии необходимо выделить принципы, по которым: депрессивное состояние возможно выявить; обосновать назначение психотропного лекарственного средства; подобрать дозировку препарата; оценить влияние дополненной терапии на состояние больного.

1. Выявление депрессивного состояния на основании выделения основных (снижение настроения и т.д) и дополнительных (нарушения сна, аппетита и т.д) его признаков.
2. Готовность вести больного комплексно, без привлечения психиатра, необходимо исключить суицидальные мысли, которые могут активно не высказываться больными, однако при расспросе они обнаруживаются в активной или пассивной форме (например, «лучше бы попасть под машину и отмучиться»); бредовые идеи (чаще вины, ипохондрические или обвинения), галлюцинации; указания на наличие психического заболевания в прошлом.
3. Обоснование назначения антидепрессанта наличием у больного депрессивного состояния, тревоги, кардиофобии без признаков тяжелого психического нарушения (описанного во втором принципе).

4. Рационально оценить безопасность терапии, назначить препарат из группы СИОЗС начиная с минимальной терапевтической дозировки. Для современных антидепрессантов дозы, как правило, фиксированы и различаются в зависимости от вида препарата.
5. Иметь в виду что эффект антидепрессивной терапии проявляется не сразу, а в течение 1-3 недель от начала лечения.
6. Готовность осуществлять своевременный контроль за основным заболеванием.
7. Если к четвертой неделе лечения эффект от проводимой терапии отсутствует, в первую очередь необходимо убедиться, что достигнута терапевтическая доза. Только в этом случае можно считать, что препарат неэффективен и, следовательно, должен быть заменен на другой (в данном случае необходима консультация психиатра).
8. Лечение депрессии должно осуществляться длительно, от 4-6 месяцев до нескольких лет, в зависимости от особенностей течения заболевания; ранняя отмена препарата даже на фоне клинического благополучия может привести к рецидиву болезни. Доза препарата при этом должна сохраняться на прежнем уровне и только в случае необходимости (побочные действия) может быть уменьшена, но не более чем на 25-30%.

Агомелатин – будущий препарат выбора лечения депрессивных состояний в кардиологии.

Агомелатин воздействует на самый обсуждаемый механизм порочного круга у кардиологического пациента – нарушение сна. С точки зрения механизма действия депрессия ассоциируется с изменением суточного ритма выделения мелатонина. При депрессии мелатонина выделяется меньше, а повышение уровня циркулирующего мелатонина в организме коррелирует с эффективным лечением определенными антидепрессантами. Само по себе назначение мелатонина неэффективно при большой депрессии, хотя может улучшить сон, поэтому именно воздействие на мелатонинергические механизмы в целом является терапевтической

стратегией при депрессии. Агомелатин (известный как дериват мелатонина S20098) оказался самым многообещающим препаратом в этом профиле. Агомелатин синхронизировал циркадианные циклы у животных и добровольцев, блокировал рецепторы 5-HT_{2C} в ЦНС (играют ведущую роль в контроле настроения, качества сна и в ответе на стресс), и его антидепрессивное действие поддерживалось активацией рецепторов MT₁ и/или MT₂ (также участвуют в контроле настроения) в гиппокампе, прилежащем ядре (nucleus accumbens) и фронтальной коре головного мозга. Особенно эффективным он оказался при назначении в вечернее время. В клинических испытаниях агомелатин в дозах от 5 до 800 мг хорошо переносился и не ассоциировался со значительными побочными эффектами (наблюдались только легкая седация и головная боль). При лечении большой депрессии было выявлено, что доза 25 мг является самой эффективной.

Сердечно-сосудистые и гастроинтестинальные осложнения, сексуальная дисфункция, чрезмерная седация и увеличение массы тела могут иногда спровоцировать раннюю отмену лечения некоторыми антидепрессантами. Отсутствие сердечно-сосудистых и гастроинтестинальных осложнений, нейтральность по отношению к массе тела, сексуальной функции — отличительные черты агомелатина.

В настоящее время все больший интерес вызывают последние результаты исследований по лечению агомелатином больных с ССЗ и сопутствующей депрессией. При накоплении достаточного положительного опыта этот препарат может занять достойное место в практике лечения депрессии у больных с ССЗ.

Заключение

Подводя итог вышесказанному хотелось бы отметить, что депрессия зачастую не только провоцирует сердечно-сосудистые заболевания, но и осложняет их течение. Лечение депрессии у кардиологического больного - залог благоприятного прогноза и приверженности терапии. Врач-терапевт способен вовремя выявить скрытое депрессивное состояние и самостоятельно его лечить, соблюдая принципы антидепрессивной терапии. Для лечения депрессий у кардиологических больных препаратами первого ряда являются ингибиторы обратного захвата серотонина. Сочетание сердечно-сосудистых заболеваний с депрессией является актуальной проблемой, для решения которой разрабатываются новые препараты и схемы лечения.

Список литературы

1. Mohapatra P. K. et al. Effectiveness of sertraline in treatment of depression in a consecutive sample of patients with acute myocardial infarction: six month prospective
2. Краснов В. Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания. Практик. врач 2002; 2: 31—2. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Нью-Йорк; 2001.
3. Конончук Н. В. О психологическом смысле суицидов. Психол. журн. 1989; 5: 95—102.
4. Васюк Ю. А., Довженко Т. В., Школьник Е. Л., Ющук Е. Н. Депрессия и хроническая сердечная недостаточность при сердечно-сосудистых заболеваниях. М.: Анахарсис; 2006.
5. Васюк Ю. А., Довженко Т. В., Школьник Е. Л., Ющук Е. Н. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии. 2-е изд. М.: Анахарсис; 2009.
6. Нонка Т.Г., Лебедева Е.В., & Репин А.Н. (2021). Особенности variability ритма сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца в сочетании с депрессивными расстройствами. влияние агомелатина на variability ритма сердца. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний, 10 (1), 40-49.
7. Скибицкий Виталий Викентьевич, Гинтер Юлия Евгеньевна, Фендрикова Александра Вадимовна, Сиротенко Дмитрий Владимирович Комбинированная антигипертензивная и психокорректирующая терапия у больных артериальной гипертензией с тревожно-депрессивными расстройствами: есть ли преимущества? // Системные гипертензии. 2021. №1.