

# Depresia u pacientov so srdcovým zlyhávaním - často prehliadaná?

P. Nôtová

## Súhrn:

Depresia je závažné ochorenie, vyskytuje sa u viac ako 10 % obyvateľstva. Výskyt depresie u pacientov so srdcovým zlyhávaním je výrazne vyšší (13 %–78 %). Napriek tomu depresia nebýva dostatočne diagnostikovaná a liečená. Pokúsili sme sa upozorniť na niektoré aspekty komplikovaného vzťahu depresie a srdcového zlyhávania (na spoločné patofyziologické mechanizmy). Sformulovali sme základné odporúčania pre prax.

## Kľúčové slová:

depresia – srdcové zlyhávanie – patofyziologické mechanizmy

## Summary:

Depression is a serious disease affecting more than 10 % of population. However, the prevalence of depression in heart failure patients is significantly higher (13 % – 78 %). In spite of that, it is often insufficiently diagnosed and treated. The purpose of the author is to bring attention to some of the aspects of the complex relationship between depression and heart failure (common pathophysiological mechanisms). The article provides basic recommendations for practice.

## Key words:

depression – heart failure – pathophysiological mechanisms

## ÚVOD

Depresia je závažné psychické ochorenie, ktoré sa vyskytuje u 5–10 % obyvateľstva, ženy sú ohrozené 2-krát častejšie ako muži [1]. Na Slovensku v roku 2003 ukončili štúdiu EPID, ktorá dokumentuje 6-mesačnú prevalenciu depresie v 13 %, aktuálna depresia bola prítomná u 23 % všeobecnej populácie [2]. V ostatných rokoch sa publikovalo viacero štúdií, ktoré analyzovali vzťahy medzi depresiou a srdcovým zlyhávaním [3, 4]. Výskyt depresie u pacientov so srdcovým zlyhávaním (SZ) sa pohybuje medzi 13 %–42 % u ambulantných pacientov a od 13–78 % u hospitalizovaných pacientov [5]. Príčinou takého širokého rozpätia sú pomerne malé počty sledovaných pacientov a rozdielne metódy použité na detekovanie prítomnosti a stupňa depresie.

## SYMPTÓMY DEPRESIE

K symptómom depresie patria [6]:

- ▶ depresívna nálada
- ▶ strata záujmov

- ▶ neschopnosť prežívať radosť (anhedónia)
- ▶ apatia a strata energie, únavnosť
- ▶ pocity viny, znížené sebahodnotenie
- ▶ suicidálne úvahy a myslenie
- ▶ zmeny apetítu (následne významný úbytok alebo prírastok hmotnosti)
- ▶ zmeny psychomotoriky (agitovanosť alebo inhibícia)
- ▶ porucha koncentrácie, zmeny v myslení, sťažené rozhodovanie
- ▶ poruchy spánku (insomnia alebo hypersomnia)

Medzi psychickými poruchami sa depresia vyskytuje najčastejšie, napriek tomu je veľmi často prehliadaná, nerozpoznaná a následkom toho aj neliečená. Odhaduje sa, že vo všeobecnej populácii asi 50 % depresívnych prípadov nie je diagnostikovaných (rozpoznaných), z diagnostikovaných je polovina bez liečby. Z toho vyplýva, že iba 25 % zo všetkých depresívnych pacientov má adekvátnu liečbu.

Depresiu treba rozlíšiť od smútku. Smútok, smutná nálada sa v živote každého človeka občasne vyskytuje. Je často reakciou na nejakú stratu, sklamanie, neúspech. Dôležité je, aký význam tejto strate pripisuje samotný človek trpiaci smútkom. Okolie však smútok obvykle chápe, je zrozumiteľný. Naopak depresia je pre okolie často nepochopiteľná, nezrozumiteľná.

## PRÍČINY PREHLIADANIA DEPRESIE

Všeobecné príčiny prehliadania depresie môžu byť rôzne. Depresívni ľudia na nás pôsobia „depresívne“, snažíme sa im vyhnúť „depresia je infekčnejšia ako chrípka!“. Často si sťažujú predovšetkým na telesné prejavy, symptómy. Zvýšený je výskyt ostatných pridružených chorôb (polymorbidita). Pacienti nie sú ochotní priznať si psychické poruchy (obava zo stigmatizácie, spoločenská neakceptácia, prehľujúci sa pokles sebavedomia, pocity osobného zlyhania). Určitý podiel môže

mať i faktor „subjektívnosti“ depresívnych symptómov (v porovnaní s inými „technicky“ verifikovanými zdravotnými problémami). Napokon je všeobecne známe, že depresívni pacienti horšie spolupracujú.

Rozpoznanie (detekcia) depresie u somatických pacientov býva ešte problematickejšia. Príčiny „poddiagnostikovania“ môžu byť rôzne, u pacientov so srdcovým zlyhávaním je to predovšetkým všeobecne rozšírený názor, že pacient s takým závažným ochorením „má právo“ byť depresívny, že depresia je „normálna reakcia“ na vznik takého závažného ochorenia, akým SZ je. Významnú úlohu má i prekryvanie niektorých symptómov depresie a srdcového zlyhávania. Ide predovšetkým o tieto symptómy:

- ▶ apatia
- ▶ únava
- ▶ anergia
- ▶ poruchy spánku
- ▶ zmeny apetítu a následne hmotnosti

### RIZIKOVÉ FAKTORY

Všeobecne sa akceptuje, že depresia vzniká na podklade interakcie stresu a genetických faktorov. Medzi rizikové faktory rozvoja depresie možno zahrnúť:

- ▶ dedičnosť
- ▶ stres
- ▶ závislosti (alkohol, drogy, lieky)
- ▶ závažné somatické ochorenia (kardiovaskulárne, onkologické)
- ▶ hormonálne zmeny
- ▶ nedostatok sociálnej podpory (ľudia, ktorí žijú sami)
- ▶ výskyt závažných životných udalostí
- ▶ D typ osobnosti

### D TYP OSOBNOSTI

Koncept D typu osobnosti [7, 8] zdôrazňuje tendenciu potláčať prejavovanie emócií, je prítomná sociálna izolácia, prevažujú negatívne emócie a zvýšený je i výskyt depresívnych symptómov. D typ osobnosti (distressed personality) charakterizuje negatívna afektivita (NA) a tendencia inhibovať vyjadrenie týchto emócií v sociálnych situáciách (SI). D typ osobnosti je asociovaný so zvýšenou emocionálnou záťažou, zníženou kvalitou života, zvýšenou kardiálnou mortalitou a morbiditou. Považuje sa za nezávislý rizikový faktor rozvoja kardiovaskulárnych ochorení. Vedie k zvýšenej náchylnosti pacienta na emocionálne a sociálne ťažkosti. D typ

## Klinické štúdie s akútnym koronárnym syndrómom: aký manažment ponúkajú? Zaostreň na fondaparinux.

Ján Murín, Bratislava

Dnešné odporúčania, vychádzajúce z medicíny založenej na dôkazoch, hovoria pri akútnych koronárných syndrómoch nasledovne:

(a) STEMI (infarkt myokardu) – reperúzna liečba (mechanická a/alebo chemická), aspirín a klopidogrel znižujú významne koronárnu mortalitu, kým použitie nefrakcionovaného heparínu je síce dosť časté, ale mortalitu neovplyvňuje. Nízkomolekulárny heparín (Enoxaparín) redukuje v tomto prípade len výskyt reinfarktov, nie však mortalitu, a zvyšuje riziko krvácania.

(b) Non-STEMI (akútne koronárne syndrómy) – aspirín, klopidogrel, nefrakcionovaný aj nízkomolekulárny heparín – redukovávajú výskyt prípadov infarktov myokardu. Aj invazívna liečebná stratégia u vysokorizikových osôb znižuje výskyt reinfarktov.

Ako zaujímavá látka sa dnes javí fondaparinux. Pôsobí antikoagulačne/antitromboticky tým, že sa viaže s antitrombínom X a blokuje zrážanie. Je lacný (syntetizuje sa), nie je alergogénny (výhodné). V projekte MICHELANGELO sa hodnotila jeho klinická užitočnosť:

(a) išlo o projekt akútneho koronárneho syndrómu. Zahrnul porovnanie liečby fondaparinuxom (10 000 pacientov) s liečbou enoxaparínom (10 000 pacientov). Sledoval sa výskyt kardiovaskulárnej mortality – prípadov infarktu myokardu – prípadov refraktérnej ischémie myokardu a bezpečnosť liečby.

Výsledky:

1) Na deviaty deň liečby bol výskyt príhod podobný v oboch liečebných ramenách, ale výskyt krvácania (všetkých typov, aj vážnych a veľkých, t. j. s potrebou intervencie) bol asi o 50 % nižší v ramene liečby fondaparinuxom (relatívne riziko 0,53, ťažké krvácanie s RR 0,54, fatálne krvácanie s RR 0,35 a podobne i malé krvácanie s RR 0,35). Podobný výsledok pretrvával i na 80., 90. a 180. deň od liečby akútneho koronárneho syndrómu, pričom sa preukázal aj pokles mortality v ramene liečby fondaparinuxom. V období 180 dňa od začiatku liečby bolo možné preukázať aj nižší výskyt hemoragických cievnych mozgových príhod v ramene fondaparinuxovej liečby. V inej štúdii (OASIS-5) bol výrazne lepší účinok fondaparinuxu u pacientov s renálnou insuficienciou oproti liečbe enoxaparínom, a takými rizikovými pacientmi (t. j. aj s renálnou insuficienciou) sú dnes často naši starší pacienti.

(b) Projekt liečby akútneho infarktu myokardu pomocou antitrombotickej liečby:

1) Obdobie predtrombolytické – pokles mortality a reinfarktov, vzostup hemoragických príhod.

2) Obdobie potrombolytické – nie je benefit nefrakcionovaného heparínu (pri pridaní k liečbe streptokinázou i tkanivovým aktivátorom plazminogénu, ako ukázali štúdie ISIS-3, GISSI-2, GUSTO). Fondaparinuxová liečba verus nefrakcionovaný heparín – pokles kardiovaskulárnej mortality a výskytu reinfarktov do mesiaca o 14 % (RR 0,86), po pol roku pretrváva (RR 0,88), pokles hemorágií o 23 % (RR: 0,77), všetko v prospech liečby fondaparinuxom.

Fondaparinux teda významne znižuje mortalitu a výskyt reinfarktov pri STEMI infarktoch, pričom nezvyšuje výskyt krvácania (štúdie OASIS 5 a 6). Pri primárnej angioplastike nepreukázal prídavný benefit.

osobnosti zahŕňa nasledovné osobnostné charakteristiky:

- ▶ NA (negatívna afektivita): depresívna symptomatika, chronická tenzia, hostilita, pesimizmus, iritabilita.
- ▶ SI (sociálna inhibícia): nedostatok sociálnej podpory, absencia pozitívnych emócií, znížené sebahodnotenie, životná nespokojnosť a inhibícia negatívnych emócií.

Na diagnostikovanie D typu osobnosti sa používa škála DS14. Je to sebahodnotiaci škála, pozostávajúca zo 14 položiek, ktoré sýtia subškály NA a SI. Cut off pre každú subškálu je skóre 10 [9, 10].

### MECHANIZMY PÔSOENIA

Depresia a srdcové zlyhávanie majú spoločné patofyziologické korene, uvažuje sa o viacerých možných mechanizmoch pôsobenia. Podieľa sa na nich kombinácia biologických a behaviorálnych faktorov. Miera aktivácie každého z nich je závislá od individuálnej vulnerability jedinca [3, 11]. Hypotetické fyziologické mechanizmy zahŕňajú: zvýšenú sympatoadrenálnu aktiváciu a pokles vagového tonusu, ktorý môže provokovať hemodynamické abnormality a predisponovať na poruchy rytmu a náhlu smrť. Významnú úlohu zohráva aj zápalový proces.

Depresia pri srdcovom zlyhávaní je asociovaná s kratším prežívaním, s častejšími rehospitalizáciami, s horšou kvalitou života a výkonnosťou a zvýšenou mortalitou [3, 4]. Depresia výrazne zhoršuje efekt rehabilitácie a komplikuje spoluprácu a kompliance [12, 13]. U depresívnych pacientov so SZ je častejší: výskyt fajčenia, vyšší konzum alkoholu, nedodržiavanie odporúčaní týkajúcich sa pitného režimu a diéty, nízka motivácia na pohybovú aktivitu a účasť na rehabilitácii [14].

Považujeme za dôležité zdôrazniť vhodnosť skoršej diagnostiky depresie, priebežný

monitoring intenzity symptómov a liečbu depresie (psychoterapia v kombinácii s farmakoterapiou) nielen z hľadiska duševného zdravia a kvality života, ale najmä z hľadiska kardiálnej mortality [15].

Na diagnostiku prítomnosti a intenzity depresívnych symptómov sa používajú rôzne psychodiagnostické metódy (SCL, CES-D, HAMD, GDS, ZSDS, BDI). Najčastejšie sa používa Beckov dotazník depresie (BDI II), ktorý je štandardizovaný a validizovaný aj na Slovensku [16]. Je to 21-položkový sebahodnotiaci dotazník, ktorý diferencuje medzi neprítomnou, miernou, strednou a silnou depresiou. Za cut off sa považuje skóre BDI  $\geq$  10. U pacientov so srdcovým zlyhávaním sa najčastejšie používa práve tento dotazník, pretože je krátky, jednoduchý, dobre administrovateľný, pre pacienta zrozumiteľný a klinicky aplikovateľný. Je vhodný aj ako nástroj na nadviazanie kontaktu a naštartovanie komunikácie s pacientom.

Terapia depresie sa odvíja od intenzity depresívnej symptomatiky, pri miernej depresii sa odporúča psychoterapia (podporná, edukačná, kognitívno-behaviorálna, racionálno-emotívna), pri stredne ťažkej je najúčinnější kombinácia psychoterapie a farmakoterapie, ťažké formy depresie vyžadujú jednoznačne farmakologickú liečbu podporenú psychoterapiou. Farmakoterapia patrí do kompetencie psychiatra.

### ZÁVERY PRE PRAX

1. Uvažujte o možnosti prítomnosti depresie u pacientov so srdcovým zlyhávaním.
2. Nepodceňujte depresívnu symptomatiku.
3. Využite dostupné psychodiagnostické metódy.
4. Diagnostikujte stupeň depresie.
5. Liečte pacienta a depresiu (farmakologicky – psychoterapeuticky).
6. Konzultujte s psychiatrom.
7. Monitorujte pacienta a depresiu.

### Literatúra

1. Tylee A. Major depressive disorder (MDD) from the patients perspective. Overcoming barriers to appropriate care. *Int J Psychiat Clin Pract* 2001; 5(Suppl 1): S37-S42.
2. Heretik A, Heretik A jr, Novotný V et al. EPID-Epidemiológia depresie na Slovensku. *Nové Zámky: Psychoprof* 2003.
3. Faris R, Purcell H, Henein MY et al. Clinical depression is common and significantly associated with reduced survival in patients with non-ischemic heart failure. *The European Journal of Heart Failure* 2002; 4: 541-545.
4. Haworth JE, Moniz-Cook E, Clark AL et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in a sample of chronic heart failure patients with left ventricular systolic dysfunction. *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 803-808.
5. Gottlieb SS, Khata M, Friedmann E et al. The Influence of Age, Gender, and Race on the Prevalence of Depression in Heart Failure Patients. *J Am Coll Cardiol* 2004, 43(9): 1542-1549.
6. Hóschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Tigis 2004.
7. Denollet J. Type D Personality and Vulnerability to Chronic Disease, Impaired Quality of Life and depressive Symptoms. *Psychosom Med* 2002; 24: 101.
8. Denollet J, Pedersen S. Type D Personality, Cardiac Events and Impaired Quality of Life: a review. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 2003; 10(4): 241-248.
9. Denollet J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 89-97.
10. Ďurka R. *Osobnosť Typu D*. *Psychológia Zdravia - Rok 1*. Bratislava: Mauro 2006: 86-92.
11. Kitzlerová E. Spoločné patofyziologické mechanizmy depresie a kardiovaskulárnych ochorení. *Čes Slov Psychiatr* 2004; 100(6): 360-367.
12. Leventhal MJ, Riegel B, Carlson B et al. Negotiating compliance in heart failure: remaining issues and questions. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2005; 4(4): 298-307.
13. Wall MHL, Jaarsma T, Veldhuisen DJ. Non-compliance in patients with heart failure; how can we manage it? *Eur J Heart Fail* 2005; 7: 5-17.
14. Wall MHL, Jaarsma T, Moser D et al. Compliance in heart failure patients: the importance of knowledge and beliefs. *Eur Heart J* 2006; 27: 434-440.
15. Nafava P, Goncalves E, Wimmer S et al. Depression predicts mortality in heart failure. *Eur Heart J* 2006; 27(Abstrat Suppl): 410.
16. Beck AT et al. Assessment of depression: The depression inventory. In: Pichot P, Olivier-Martin R. *Psychological measurements in psychopharmacology*. Basel: Karger 1974: 151-169.

#### PhDr. Pavla Nótová, CSc.

Oddelenie zlyhávania a transplantácie srdca

Národný ústav srdcových a cievnych chorôb, a.s. Bratislava