

КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С КАРДИОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, СОЧЕТАЮЩИМИСЯ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ, И ТЕРАПИЯ СЕРТРАЛИНОМ¹

И. А. Былим, В. П. Горлова, Г. М. Щетинина, Т. В. Кундухова, И. Н. Гончарова

ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»

Вопросы взаимосвязи аффективных нарушений и заболеваний сердца сегодня являются предметом пристального внимания специалистов [3, 7, 10]. В лечении депрессии у пожилых пациентов и стариков, среди которых велика доля лиц с сердечно-сосудистой патологией [5], эти вопросы приобретают важнейшее значение. Наш опыт лечения пожилых больных в условиях дневного стационара психиатрической больницы может оказаться полезным для улучшения качества терапии данной категории пациентов и в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля.

Прежде врачи вне психиатрической клиники неохотно прибегали к медикаментозной терапии депрессии, во многом потому, что передозировка трициклических антидепрессантов (ТЦА) могла привести к развитию нежелательных эффектов. Хотя новые препараты могут успешно применяться в непсихиатрических стационарах и при соблюдении определенных организационных правил амбулаторно [4], пациенты с депрессией и сегодня часто не получают адекватной фармакотерапии в связи с опасениями «непрофильных» врачей.

Современные антидепрессанты обладают рядом преимуществ перед ТЦА, в том числе, более низким риском кардиотоксичности. Пожилые пациенты особенно чувствительны к холинолитическим эффектам таких ТЦА, как амитриптилин, и часто не переносят ингибиторы МАО вследствие развития ортостатической гипотонии. Кроме того, обусловленный соматическим заболеванием прием нескольких препаратов увеличивает риск нежелательных лекарственных интеракций. Среди современных антидепрессантов одними из наиболее исследованных препаратов с точки зрения влияния на функцию сердца являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), в частности сертралин, который отличается безопасностью

и хорошей переносимостью у кардиологических больных [6, 9]. Среди СИОЗС, сертралин также имеет один из самых низких рисков с точки зрения сочетаемости с другими препаратами, что выгодно отличает его [8].

Распространенность неврологической патологии у возрастных пациентов также является особенностью данной категории больных, требующей внимательного подхода к подбору антидепрессанта. Если для первичных депрессий пожилого возраста возможно применение небольших доз ТЦА, то оправданность их применения при деменциях, особенно дегенеративного типа, является сомнительной ввиду того, что в основе патогенеза последних ведущее значение придается развитию грубого холинергического дефекта. Поэтому выбор за современными антидепрессантами, такими как СИОЗС [1].

Мы рассмотрели 9 случаев кратковременного (до 6 нед.) назначения сертралина (серената, табл. по 50 мг) пожилым пациентам (6 жен. и 3 муж.; средний возраст 68 ± 2 года) в дневном психиатрическом стационаре с целью терапии депрессивного эпизода легкой или умеренной степени тяжести. Терапия антидепрессантами, помимо купирования депрессии, преследует также цели, направленные на улучшение качества жизни пациента. Во-первых – уменьшить страдания больного, так как несмотря на то, что максимальный эффект антидепрессантов чаще наблюдается через несколько недель, улучшение сна, снижение тревоги и беспокойства может наступить раньше. Во-вторых – сдвиги в состоянии после назначения антидепрессанта могут дать больному уверенность в том, что его заболевание излечимо. Обычно большинство больных относятся к лечению положительно. В-третьих – улучшить функциональный статус больного, повысить его жизненную активность [2].

При отборе данных пациентов мы обращали особое внимание на анамнез. У всех 9 больных были выявлены ишемическая болезнь сердца, атероскле-

¹ Работа проводится при поддержке фирмы Торрент Фармасьютикалс ЛТД (Индия).

Характеристики субъективных жалоб 9 пациентов в области сердца

Описание жалобы	Число пациентов
неопределенное чувство в области сердца	4
жжение	2
распирание	0
неприятные сердцебиения, толчки	2
пульсации	0
сдавливание	2
покалывание	4
чувство тяжести	5
боли в области сердца, отдающие в руку или плечо	2
иные описания	0

ротический кардиосклероз, гипертоническая болезнь II степени. Психопатологически состояние соответствовало критериям органического расстройства личности сосудистого генеза. Стандартизованный опрос пациентов показал, что все 9 имеют те или иные жалобы на работу сердца (табл. 1).

Чаще всего пациенты описывали свои жалобы как «чувство тяжести» в области сердца, «покалывание» и «неопределенное чувство». При этом, как правило, каждый пациент использовал не менее 2-х характеристик для описания ощущений от сердца. Давность их появления (со слов пациентов) варьировала от 0,5 до 5 лет (в среднем 2,3 год.). Более половины пациентов (5 из 9) связывали неприятные ощущения в области сердца с «нервами». При этом все 9 пациентов отмечали связь неприятных ощущений со стороны сердца с чувством страха. Такая связь хорошо известна в клинике. Таким образом, данные пациенты отличались высокой соматизированностью депрессии. Не исключено, что длительность жалоб на деятельность сердца может быть как-то связана с продолжительностью и течением аффективного расстройства.

Согласно данным электрокардиографии, у всех пациентов (далее им присвоены номера от 1 до 9) наблюдались, в том числе, следующие нарушения работы сердца: №1 – диффузное нарушение процессов реполяризации; №2 – выраженное нарушение процессов реполяризации боковой области левого желудочка; №3 – диффузное нарушение процессов реполяризации; №4 – неполная блокада передневерхней ножки пучка Гиса; №5 – диффузное нарушение процессов реполяризации, полная блокада правой ножки пучка Гиса; №6 – диффузное нарушение процессов реполяризации; №7 – нарушение процессов реполяризации заднедиафрагмальной и верхушечной областей левого желудочка; №8 – нарушение процессов реполяризации заднедиафрагмальной и верхушечной областей левого желудочка; №9 – нарушение процессов реполяризации заднедиафрагмальной и верхушечной областей левого желудочка. То есть субъективные жалобы пациентов имели объективную почву.

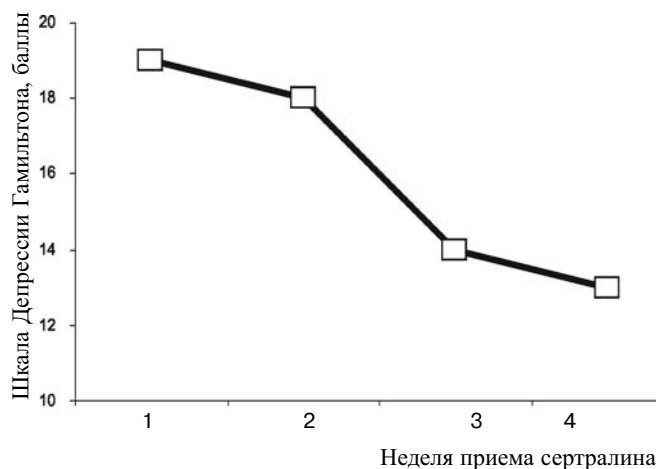
При этом выраженность кардиологических жалоб и тяжесть сердечно-сосудистой патологии не были прямо связаны. В этой связи, динамика субъективных ощущений со стороны сердца, на наш взгляд, малоинформативна для оценки редукции соматических проявлений депрессии у пожилых пациентов при лечении. Поэтому в течение 4 недель еженедельно, в одно и то же время, у пациентов снимали электрокардиограмму – для объективизации функции сердца во время терапии сертралином.

Сертралин (Серената, табл. по 50 мг) в 1-ю неделю терапии назначался в дозе 50 мг, ежедневно, однократно. Через неделю суточная доза увеличивалась до 100 мг, 3-я и 4-я неделя – 200 мг. Других психотропных препаратов пациенты не получали – проводилась монотерапия. Длительность наблюдения составила 31 день. В случае появления каких-либо нежелательных эффектов или субъективных жалоб препарат отменялся независимо от оценки тяжести нежелательных эффектов. В связи с этим, у 3 пациентов из 9 препарат был отменен преждевременно в первые две недели лечения. У 1-го пациента – из-за возникновения тошноты сертралин отменили на 13-й день; у 2-го – из-за усиления тревоги, также на 13-й день; и еще у одного пациента препарат был отменен на 3-й день также из-за усиления тревоги.

В целом, у пациентов наблюдалась выраженная редукция депрессии, особенно заметная после 2-х недель лечения. На рисунке представлена обобщенная динамика выраженности депрессии в группе наблюдения, где сумма баллов по шкале депрессии Гамильтона представлена медианами значений среди 6 пациентов (без учета исключенных пациентов).

Таким образом, сертралин в описываемых нами условиях применения показал ожидаемую эффективность.

Заслуживающим внимания является динамика функции сердца пациентов, оцениваемая по электрокардиограмме. У 6 пациентов, которые продолжали



Динамика выраженности депрессии (суммарный балл по шкале депрессии Гамильтона) в наблюдаемой группе пациентов при монотерапии сертралином

прием сертралина в течение всего периода наблюдения, отмечено улучшение показателей работы сердца по сравнению с периодом до лечения. Позитивная динамика была индивидуальной, но, в качестве типичных признаков улучшений можно отметить, например, увеличение амплитуды зубца Т на ЭКГ. Таким образом, на фоне лечения сертралином в нашем наблюдении у пациентов происходило улучшение процессов реполяризации по сравнению с исходным периодом. Возможно, что такое улучшение связано с редукцией депрессии и, соответственно, улучшением вегетативной регуляции.

Несмотря на рекомендации производителей сертралина не использовать какой-либо особый режим дозирования у пожилых, возможно, что постепенное наращивание дозы будет оправданным для этой

категории пациентов. На наш взгляд, сертралин оказывает определенное активирующее действие у пожилых, что может выражаться, в том числе, в усилении тревоги на начальных этапах терапии. Поэтому оптимальным вариантом для пожилых пациентов может быть краткосрочное (5–7 дней) назначение бензодиазепинов с момента начала терапии сертралином. Следует также тщательно индивидуализировать суточную дозу сертралина (диапазон 50–200 мг).

Таким образом, на фоне приема сертралина (Серената, табл. по 50 мг) улучшаются показатели работы сердца при лечении пожилых пациентов с депрессией и сердечно-сосудистой патологией. Это может быть связано с улучшением вегетативной регуляции при редукции депрессии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.
2. Краснов В.Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты // Депрессии и коморбидные расстройства. М.: НЦПЗ РАМН, 1997. С. 80–97.
3. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания // Практикующий врач. 2002. № 2.
4. Краснов В.Н. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники. Ярославль: Ярославский печатный двор; М.: ДСМ, 2006. 36 с.
5. Ariyo A.A., Naan M., Tangen C.M. et al. Depressive symptoms and risks of coronary heart disease and mortality in elderly Americans. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group // Circulation. 2000. Vol. 102. P. 1773–1779.
6. Doogan D.P., Caillard V. Sertraline: a new antidepressant // J. Clin. Psychiatry. 1988. Vol. 49, Suppl. P. 46–51.
7. Glassman A.H. Depression and cardiovascular comorbidity // Dialogues Clin. Neurosci. 2007. Vol. 9, N 1. P. 9–17.
8. Glick I.D., Suppes T., DeBattista C. et al. Psychopharmacologic treatment strategies for depression, bipolar disorder, and schizophrenia // Ann. Intern. Med. 2001. Vol. 134. P. 47–60.
9. Joynt K.E., O'Connor C.M. Lessons from SADHART, ENRICHED, and other trials // Psychosom. Med. 2005. Vol. 67, Suppl. 1. P. S63–66.
10. Strike P.C., Magid K., Whitehead D.L. et al. Pathophysiological processes underlying emotional triggering of acute cardiac events // PNAS. 2006. Vol. 103, N 11. P. 4327.

Ключевые слова: депрессия, сертралин (сертралек).

Key words: depression, sertraline (Sertralec).

Былим Игорь Анатольевич – Главный врач ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1», главный психиатр Краснодарского края. e-mail: skkpb@stv.runnet.ru

Кундухова Татьяна Всеволодовна – зам. главного врача по медицинской части ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1». e-mail: skkpb@stv.runnet.ru

Щетинина Галина Михайловна – зам. главного врача по медицинской части ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1». e-mail: skkpb@stv.runnet.ru

Горлова Виктория Петровна – заведующая соматопсихиатрическим отделением ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1». e-mail: skkpb@stv.runnet.ru

Гончарова Инна Николаевна – заведующая отделением функциональной диагностики ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1». e-mail: skkpb@stv.runnet.ru