

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

И. А. Былим, В. П. Горлова,  
Г. М. Щетина, 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 amitриптилин, и часто не переносят ингибиторы MAO вследствие развития ортостатической гипотонии. Кроме того, обусловленный соматическим заболеванием прием нескольких препаратов увеличивает риск нежелательных лекарственных взаимодействий. 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  $68 \pm 2$  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, атеросклеротический 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.

## 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

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.

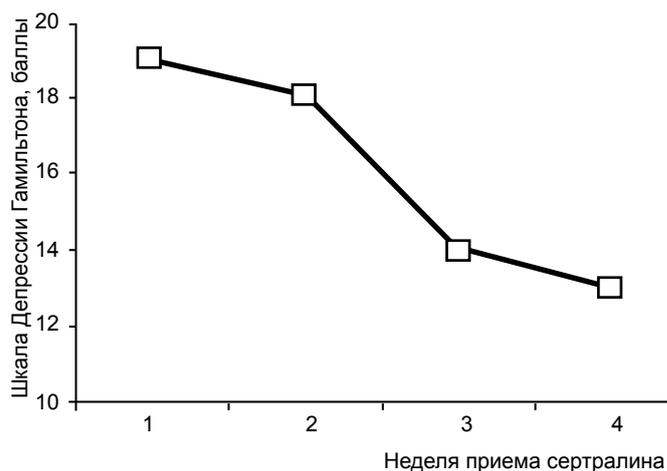
Согласно данным электрокардиографии, у всех пациентов (далее им присвоены номера от 1 до 9) наблюдались, в том числе, следующие нарушения работы сердца: №1 - диффузное нарушение процессов реполяризации; №2 - выраженное нарушение процессов реполяризации боковой области левого желудочка; №3 - диффузное 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 редукиции 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 редукиция 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.



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

Заслуживающим внимания является динамика функции сердца пациентов, оцениваемая по электрокардиограмме. У 6 пациентов, которые продолжали 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 редукицией 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. 47-50.
9. Joynt K.E., O'Connor C.M. Lessons from SADHART, ENRICH, 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

#### **Былим Игорь Анатольевич**

Главный врач ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»,  
главный психиатр Краснодарского края.

**Кундухова Татьяна Всеволодовна** - зам. главного врача по медицинской части  
ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»

**Щетинина Галина Михайловна** - зам. главного врача по медицинской части  
ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»

**Горлова Виктория Петровна** - заведующая соматопсихиатрическим отделением  
ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»

**Гончарова Инна Николаевна** - заведующая отделением функциональной диагностики  
ГУЗ «Ставропольская краевая клиническая психиатрическая больница № 1»