

Depresja — niedoceniany czynnik ryzyka

prof. dr hab. n. med. Piotr Dylewicz

Katedra Rehabilitacji Kardiologicznej, Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego, Poznań



W ostatnich latach w środowisku medycznym zajmującym się wtórną prewencją w odniesieniu do pacjentów z leczoną interwencyjnie i chirurgicznie chorobą niedokrwinną serca, zwraca się coraz większą uwagę na aspekty psychologiczne.

Należy tu przypomnieć skromną pracę opublikowaną w „Kardiologii Polskiej” w 1995 r. [1] dotyczącą pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych, co prawda zastawkowych, w której wykazano, że jakość życia osób po zabiegu jest istotnie gorsza niż przed operacją, czyli paradoksalnie leczenie zwiększa niepełnosprawność. Artykuł ten wywołał wtedy dyskusję, m.in. z udziałem naszego wieloletniego Redaktora Naczelnego prof. Leszka Ceremużyńskiego. Jak pamiętam, za taki stan winiono wówczas system socjalny i dążenie niektórych chorych do uzyskania renty inwalidzkiej. Zwracano jednak także uwagę na zbyt mały zasięg rehabilitacji.

Dzisiaj, kilkanaście lat później, na sprawę tę musimy spojrzeć inaczej. Od przełomu wieków wzrasta systematycznie liczba chorych, nie tylko kardiologicznych, wykazujących w prostych testach diagnostycznych, takich jak skala Becka, kryteria depresji. Leczenie i rehabilitacja takich pacjentów stwarzają coraz większe problemy.

Dwaj wybitni znawcy problemów wtórnej prewencji choroby niedokrwiennej serca, Lavie i Mliani i wsp. [2] w opublikowanym w ubiegłym roku artykule stwierdzili, że rola psychologicznych czynników ryzyka jest wyraźnie niedowartościowana, podczas gdy od dawna istnieją dowody na ważny wpływ różnych psychosocjalnych stresorów na tzw. recovery u chorych kardiologicznych. Jednym z istotnych wniosków powyższego opracowania, bliskich oczywiście sercu autora niniejszego komentarza, jest stwierdzenie, że pozytywną rolę w zwalczaniu tego zjawiska może odgrywać poprawa wydolności fizycznej pacjentów w trakcie procesu rehabilitacji. Z kolei wiadomo, że efekty innych działań w tym zakresie, np. farmakoterapii lekami antydepresyjnymi i interwencji psychologicznych, są niezadowolające [3]. Zaskakujące na tym tle jest doniesienie o pozytywnym antydepresyjnym wpływie statyn [4].

Dostęp do rehabilitacji dla pacjentów po zabiegu pomostowania aortalno-wieńcowego (CABG) systematycznie się poprawia na całym świecie. W naszym kraju niestety, jak wynika z raportu Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK opracowanego dla programu Polkard, nie przechodzi jej ponad połowa chorych. W wielu krajach, np. w Stanach Zjednoczonych, głównym elementem decydującym o nieodbyciu rehabilitacji jest brak skierowania od lekarza [5]. W obecnym systemie finansowania świadczeń w formie opłat za wykonanie konkret-

nej procedury, w tym przypadku zabiegu operacyjnego, lekarz prowadzący nie jest motywowany, aby zadbać o dalszą właściwą i wszechstronną rekonwalescencję chorego.

W komentowanej pracy [6], pochodzącej z wybitnego ośrodka rehabilitacyjnego o ogromnej tradycji, stwierdzono, że nie zawsze stosowane metody doprowadziły do zlikwidowania problemu depresji. Wyraźnie widać jednak, że chorzy z incydentalną depresją, która ustąpiła po zakończeniu rehabilitacji, mieli lepsze rokowanie, w tym mniejszą liczbę rehospitalizacji. Z kolei, w przeciwieństwie do cytowanego na wstępie artykułu [1], w ubiegłym roku ukazało się małe doniesienie, w którym napisano, że CABG może istotnie zmniejszyć liczbę chorych (szczególnie mężczyzn), u których przed zabiegiem stwierdzano wykładniki depresji. Należy jednak zaznaczyć, że badania wykonano w kraju o odmiennej niż europejska tradycji kulturowej [7].

Autorzy komentowanej pracy [6] analizowali jedynie grupę, która przeszła rehabilitację i, jak się okazało, miała względnie dobre rokowanie. Dlatego też mimo sporej, jak na możliwości publikacji dotyczących efektów stacjonarnej rehabilitacji, liczby badanych, nie uzyskali statystycznych dowodów potwierdzających niekorzystny wpływ depresji na tzw. twarde punkty końcowe. Można jednak sądzić, że w grupie pacjentów, którzy nie odbyli rehabilitacji, wyniki byłyby bardziej znaczące.

Ciekawym wyzwaniem dla środowiska rehabilitacji kardiologicznej powinna być próba analizy, jakie czynniki decydują o skuteczności lub nieskuteczności metod zwalczania depresji oraz czy i w jakim kierunku należy zrewidować formy rehabilitacji. Może Autorzy pracy pokuszą się o taką analizę na podstawie zgromadzonego materiału?

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

- Hirnl T, Namięta K, Łoboz-Grudzień K et al. Jakość życia po wszczępieniu sztucznej zastawki aortalnej w obserwacji odległej. *Kardiol Pol*, 1995; 43: 482-488.
- Lavie CJ, Mliani RV, O'Keefe JH, Lavie TJ. Impact of exercise training on psychological risk factors. *Prog Cardiovasc Dis*, 2011; 53: 464-470.
- Carney RM, Freedland KE, Veith RC, Jaffe AS. Can treating depression reduce mortality after an acute myocardial infarction? *Psychosomatic Med*, 1999; 61: 666-675.
- Stafford L, Berk M. The use of statins after a cardiac intervention is associated with reduced risk of subsequent depression: proof of concept for the inflammatory and oxidative hypotheses of depression. *J Clin Psychiatry*, 2011; 72: 1229-1235.
- Pasquali SK, Alexander KP, Lytle BL et al. Testing an intervention to increase cardiac rehabilitation enrollment after coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol*, 2001; 88 (A6): 1415.
- Foss-Nieradko B, Stepnowska M, Piotrowicz R. Effect of the dynamics of depression symptoms on outcomes after coronary artery bypass grafting. *Kardiol Pol*, 2012; 70: 591-597.
- Nemati MH, Astaneh B. The impact of coronary artery bypass graft surgery on depression and anxiety. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)*, 2011; 12: 385-386.