

Szanowni Państwo,

Stan psychiczny ma istotny wpływ nie tylko na jakość życia, ale również warunkuje śmiertelność. Szczególne znaczenie w tym przedmiocie przypisuje się depresji lub objawom depresyjnym. Dane z piśmiennictwa wskazują, że depresja lub objawy depresyjne występują u ok. 30–55% chorych. Wpływ depresji na rokowanie udowodniono w setkach prac, ale stopień tego wpływu bywa zróżnicowany. Oczywiście zależy to m.in. od zastosowanych kryteriów rozpoznania i charakterystyki klinicznej badanej grupy. Autorzy poniżej zaprezentowanej pracy zajęli się pacjentami po operacjach kardiologicznych (CABG). Jest to istotna w omawianym kontekście grupa chorych, ponieważ poprawa jakości życia w niektórych przypadkach bywa jedynym wskazaniem do zabiegu, a objawy depresyjne na pewno ten wskaźnik pogarszają. W piśmiennictwie depresję czy też objawy depresyjne ocenia się zwykle jednorazowo: w okresie okołoperacyjnym bądź w różnym czasie po operacji. Uzyskiwane wyniki są różne. Autorzy omawianej pracy próbują znaleźć przyczynę tej różnorodności.

Ryszard Piotrowicz

Dynamika objawów depresyjnych u pacjentów po pomostowaniu tętnic wieńcowych w dwuletniej obserwacji

Dynamics of depression in patients undergoing coronary artery bypass grafting during 2-year follow-up

Bogna Foss-Nieradko, Monika Stepnowska

Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej, Instytut Kardiologii, Warszawa-Anin

WSTĘP

Depresja często współistnieje z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Roczna zapadalność na tę chorobę wśród pacjentów kardiologicznych wynosi 9,3% [1]. W populacji pacjentów po pomostowaniu tętnic wieńcowych (CABG) duża depresja występuje u ok. 20%, a objawy depresyjne u 32–43% osób [2]. Depresja jest uważana za czynnik pogarszający zarówno rokowanie, jak i jakość życia pacjentów po CABG. Connerney i wsp. [3] stwierdzili, że pacjenci z objawami depresyjnymi w okresie pooperacyjnym charakteryzują się 2,3-krotnie większym ryzykiem wystąpienia incydentów sercowych w rocznej obserwacji w porównaniu z osobami bez depresji. Natomiast Mallik i wsp. [4] wykazali, że występowanie objawów depresyjnych we wczesnym okresie pooperacyjnym jest silnym czynnikiem powodującym zły stan fizyczny pacjentów w okresie 6 miesięcy po zabiegu, nawet po uwzględnieniu takich czynników, jak przebyty zawał, objawy niewydolności serca przy przyjęciu, cukrzyca czy obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory.

Jednak autorzy badań nad depresją u pacjentów po CABG najczęściej ograniczali się do oceny tego zjawiska in-

cydentalnie, tylko w okresie przed- [5–12] lub pooperacyjnym [3, 4, 13–15]. Nieliczne prace dotyczyły oceny dynamiki depresji [16–18], szczególnie w obserwacji długoterminowej [19–22]. Celem niniejszej pracy była ocena dynamiki objawów depresyjnych występujących u pacjentów w ciągu 2 lat od operacji CABG.

METODY

Pacjenci

Rekrutacja do badania objęła 230 pacjentów po operacji CABG hospitalizowanych w Klinice Rehabilitacji IK w latach 2003–2005. Kryteria włączenia obejmowały: wiek > 18 lat; przebytą operację CABG w ciągu 2 tygodni poprzedzających włączenie do badania. Kryteria wyłączenia to: równoczesna operacja zastawkowa; brak świadomej zgody na udział w programie.

Protokół badania

Pacjenci spełniający kryteria włączenia po podpisaniu świadomej zgody byli poddawani ocenie wstępnej (0M), a następnie kontrolowani w okresie 3 miesięcy (3M) i 2 lat (24M)

Adres do korespondencji:

lek. Bogna Foss-Nieradko, Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04–628 Warszawa, e-mail: bfn@ikard.pl

Copyright © Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

od zabiegu. Podczas każdej z wizyt wykonywano badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz ocenę nasilenia objawów depresyjnych według Kwestionariusza Depresji Becka (BDI). Uzyskanie w BDI > 10 pkt uznawano za równoznaczne z obecnością objawów depresyjnych.

Zakładano włączenie do badania jednakowej liczby pacjentów zarówno z objawami, jak i bez objawów depresyjnych ocenianych na wstępie. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Kardiologii.

Analiza statystyczna

W celu porównania badanych grup stosowano test *t*-Studenta dla grup niepowiązanych i test U Manna-Whitney'a. Wartość $p < 0,05$ uważano za statystycznie istotną.

WYNIKI

Ponieważ protokół badania uwzględniał porównywalny udział pacjentów zarówno z objawami depresyjnymi w punkcie wyjścia, jak i bez nich, początkowo włączano kolejnych chorych wyrażających świadomą zgodę na udział w próbie. Jednak po wyczerpaniu „puli osób” bez objawów depresyjnych, kwalifikowano jedynie pacjentów z objawami depresyjnymi.

Z 230 pacjentów zgodę na różnych etapach badania wycofało 60 osób [po ocenie wstępnej (0M) — 41 osób, po wizycie po 3 miesiącach (3M) — 19 osób]. Do ostatecznej oceny zakwalifikowano 170 osób. Na podstawie wyników Kwestionariusza Depresji Becka uzyskiwanych przez pacjentów podczas oceny wstępnej (0M) badaną populację podzielono na 2 grupy: grupa I obejmowała osoby bez objawów depresji (BDI ≤ 10), natomiast grupa II — osoby z objawami depresyjnymi (BDI > 10).

Charakterystyka kliniczna badanej populacji

Badana populacja obejmowała 17 kobiet i 153 mężczyzn w wieku 63 ± 10 lat. Charakterystykę kliniczną obu grup przedstawiono w tabeli 1. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupami, chociaż zwraca uwagę fakt, że osoby, u których we wczesnym okresie pooperacyjnym występowały objawy depresyjne (grupa II), częściej paliły tytoń, przeżyły w przeszłości zawał serca i zabiegi rewaskularyzacyjne (PCI).

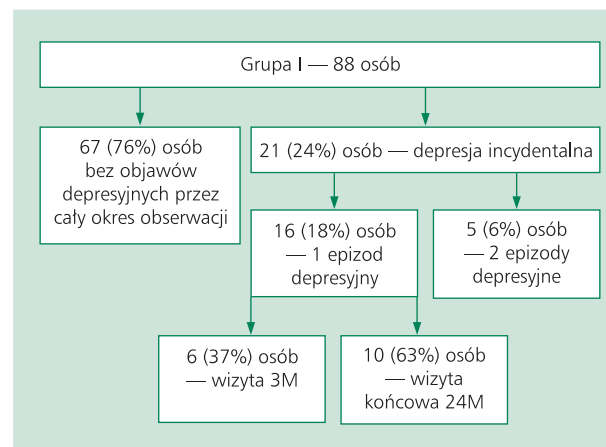
W obu badanych grupach oceniano nasilenie objawów depresyjnych przy użyciu BDI podczas kolejnych wizyt kontrolnych (3M i 24M). Za incydent depresyjny uznano wartość w BDI > 10 podczas przynajmniej jednego etapu obserwacji, natomiast depresję przewlekłą rozpoznawano, gdy BDI > 10 stwierdzano podczas oceny wstępnej i obu wizyt kontrolnych. Występowanie objawów depresyjnych nie było w badanych grupach zjawiskiem stałym, ale miało swoją dynamikę.

W grupie I (pierwotnie bez objawów depresyjnych) incydenty depresyjne pojawiły się u 21 (24%) pacjentów, z czego 1 epizod depresyjny wystąpił u 16 (18%) osób, natomiast

Tabela 1. Charakterystyka kliniczna badanych grup

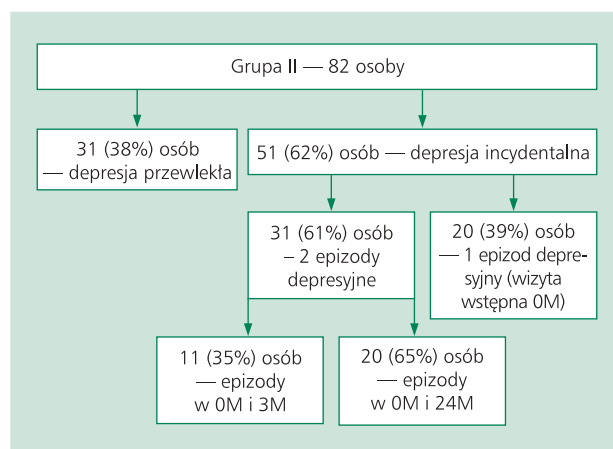
	Grupa I (n = 88)	Grupa II (n = 82)	P
Wiek	64±9	63 ± 10	NS
Płeć żeńska	8%	12%	NS
BMI	27 ± 3	28 ± 4	NS
Palenie tytoniu	31%	40%	NS
Nadciśnienie tętnicze	72%	74%	NS
Hiperlipidemia	90%	91%	NS
Cukrzyca	24%	28%	NS
Przeżyty zawał	52%	65%	NS
Miażdżycza obwodowa	17%	19%	NS
Poprzednia rewaskularyzacja	15%	23%	NS
Klasa wg NYHA	2 ± 0,4	2 ± 0,5	NS
Frakcja wyrzutowa	53 ± 11	52 ± 12	NS
Leki:			
β-adrenolityki	100%	100%	NS
ACEI	93%	95%	NS
Statyny	96%	97%	NS
ASA	100%	100%	NS

Grupa I — wyjściowo bez objawów depresyjnych; grupa II — wyjściowo z objawami depresyjnymi w 0M; BMI — wskaźnik masy ciała; ACEI — inhibitory konwertazy angiotensyny; ASA — kwas acetylosalicylowy



Rycina 1. Dynamika objawów depresyjnych w grupie I (pierwotnie bez objawów depresyjnych)

u 5 (6%) stwierdzono objawy depresyjne podczas obu wizyt kontrolnych. Zwraca uwagę fakt, że spośród 16 osób, u których wystąpił 1 epizod depresyjny, u 10 (63%) pojawił się on na końcu obserwacji (ryc. 1). W grupie II, z objawami depresyjnymi na początku obserwacji, incydenty depresyjne stwierdzono u 51 (62%) osób, natomiast u 31 (38%) chorych objawy miały charakter przewlekły. Spośród 51 pacjentów z epizodami depresyjnymi u 20 (39%) wystąpiły one tyl-



Rycina 2. Dynamika objawów depresyjnych w grupie II (z objawami depresyjnymi na początku obserwacji)

ko we wczesnym okresie pooperacyjnym (0M), u 31 (61%) osób stwierdzono 2 epizody depresyjne, z czego u 11/31 (35%) w okresie 0M i 3M oraz u 20/31 (65%) osób w okresie 0M i 24M (ryc. 2).

DYSKUSJA

Dynamika depresji u pacjentów z objawami depresyjnymi na początku obserwacji

W niniejszej pracy stwierdzono, że większość osób z obecnością objawów depresyjnych we wczesnym okresie po operacji CABG również ma depresję (przewlekłą bądź incydentalną) podczas dalszej obserwacji [62/82 (76%)]. Jest to zgodne z opiniami innych autorów, którzy uważają, że depresja okołoperacyjna (choć w piśmiennictwie głównie przedoperacyjna) predysponuje do depresji w dalszej obserwacji [18, 20, 22–25]. Timberlake i wsp. [22] stwierdzili, że spośród 37% chorych po CABG z objawami depresyjnymi na początku obserwacji 44% nadal miało podwyższony istotnie wynik skali Becka po 8 tygodniach, a 42% po 12 miesiącach od zabiegu. Podobnie McKhann i wsp. [20] ujawnili, że spośród 27% chorych z depresją w okresie okołoperacyjnym połowa nadal prezentowała zaburzenia nastroju miesiąc i rok po zabiegu. W jedynej pracy oceniającej dynamikę depresji w polskiej populacji w krótkiej, 3-miesięcznej obserwacji, Rymaszewska i wsp. [18] stwierdzili podwyższony wynik BDI utrzymujący się na poziomie 26–32%.

W piśmiennictwie nie ma doniesień oceniających możliwość nawrotu depresji po okresie remisji w długoterminowej obserwacji. W badanej przez autorów grupie u 20/82 (24%) pacjentów zaobserwowano przejściową poprawę po 3 miesiącach od zabiegu, a następnie ponowne wystąpienie incydentów depresyjnych po 2 latach. Osoby prezentujące taką dynamikę objawów depresyjnych wymagają uwagi, gdyż według Lee i wsp. [26] pojawienie się depresji w odległej,

5-letniej obserwacji stanowi niezależny czynnik złej jakości życia pacjentów ocenianej w tym samym okresie.

U 31/82 (38%) osób z objawami depresyjnymi w ocenie wstępnej stwierdzono przewlekłe utrzymywanie się depresji. Wydaje się, że osoby te są szczególnie zagrożone wystąpieniem incydentów sercowych. Blumenthal i wsp. [21] udowodnili, że pacjenci z przewlekłą depresją, utrzymującą się 6 miesięcy po CABG, charakteryzują się ponad 2-krotnie większym ryzykiem zgonu w 12-letniej obserwacji w porównaniu z osobami bez depresji. Dodatkowo Goyal i wsp. [17] w krótkiej, 6-miesięcznej obserwacji ustalili, że utrzymywanie się objawów depresyjnych przez 2 miesiące po zabiegu skutkuje pogorszeniem jakości życia chorych.

Obserwowano również grupę chorych [20/82 (24%)], u których objawy depresyjne występowały tylko we wczesnym okresie pooperacyjnym. Wydaje się, że u tych osób zaburzenia nastroju były związane z samym zabiegiem operacyjnym i miały charakter reaktywny. W innych doniesieniach, np. Murphy i wsp. [16], którzy oceniali dynamikę depresji w krótszej, bo 6-miesięcznej obserwacji, występowanie depresji tylko w okresie okołoperacyjnym, w przeciwieństwie do wyników uzyskanych przez autorów niniejszej pracy, było najczęstsze (72%). Taka dynamika objawów depresyjnych, szczególnie o niewielkim nasileniu, jest o tyle ważna, że pacjenci z tej grupy nie są obciążeni ryzykiem niekorzystnych zdarzeń sercowych [21]. Jednak osoby z objawami depresyjnymi we wczesnym okresie pooperacyjnym charakteryzują się istotnie gorszą jakością życia w dalszej obserwacji [4].

Dynamika depresji u pacjentów bez pierwotnie występujących objawów depresyjnych

Należy też zwrócić uwagę na grupę pacjentów bez stwierdzanych na wstępie objawów depresyjnych. Oczywiście większość osób [67/88 (76%)] nie prezentuje zaburzeń nastroju przez cały okres obserwacji, jednak u pozostałych [21/88 (24%)] stwierdza się przynajmniej 1 epizod depresyjny w ciągu 2 lat po operacji. Co ciekawe, u 15/88 (17%) chorych depresja incydentalna występuje nawet 24 miesiące po zabiegu. Podobnie niektórzy autorzy [20, 22] zauważają (choć rzadziej niż w badanej przez autorów grupie) pojawianie się objawów depresyjnych u 9–13% pacjentów pierwotnie bez depresji. Osoby te są obarczone ryzykiem wystąpienia incydentów sercowych i pogorszenia jakości życia [21, 26]. Dlatego warto oceniać występowanie objawów depresyjnych na każdym etapie kontaktu z pacjentem po operacji CABG, nawet w obserwacji odległej.

WNIOSKI

1. W 2-letniej obserwacji chorych po operacji CABG stwierdza się dynamikę objawów depresyjnych. Występuje ona u większości pacjentów z obserwowanymi we wczesnym

- okresie pooperacyjnym objawami depresyjnymi i u ok. 1/4 osób bez pierwotnie występującej depresji.
- Ze względu na złożoną dynamikę objawów depresyjnych ocena ewentualnego wpływu depresji na rokowanie i jakość życia jedynie na podstawie badania wykonanego na początku obserwacji może okazać się niewiarygodna.

Konflikt interesów: nie zgłoszono

Piśmiennictwo

- Lichtman JH, Bigger JT, Blumenthal JA. Depression and Coronary Heart Disease. Recommendations for Screening, Referral, and Treatment. A Science Advisory From the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research. *Circulation*, 2008; 118: 1768–1775.
- Hawkes AL, Nowak M, Bidstrup B, Speare R. Outcomes of coronary artery bypass graft. *Vasc Health Risk Manag*, 2006; 2: 477–484.
- Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet*, 2001; 358: 1766–1771.
- Mallik S, Krumholz HM, Lin ZQ. Patients with depressive symptoms lower health status benefits after coronary artery bypass surgery. *Circulation*, 2005; 111: 271–277.
- Karlsson I, Berlin E, Pettersson G, Larsson PA. Predictors of chest pain after coronary artery bypass grafting. *Scand Cardiovasc J*, 1999; 33: 289–294.
- Oxlad M, Stubberfield J. Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosomatic Res*, 2006; 61: 775–781.
- Tully PJ, Bake RA, Knight JL. Anxiety and depression as risk factors for mortality after coronary artery bypass surgery. *J Psychosomatic Res*, 2008; 64: 285–290.
- Burg MM, Benedetto MC, Soufer R. Depressive symptoms and mortality two years after coronary artery bypass surgery in men. *Psychosomatic Med*, 2003; 65: 508–510.
- Baker RA. Preoperative depression and mortality in CABG, preliminary findings. *ANZ J Surg*, 2001; 7: 139–142.
- Perski A, Feleke E, Anderson G, Samad BA. Emotional distress before coronary grafting limits the benefits of surgery. *Am Heart J*, 1998; 36: 510–517.
- Xiong G, Jiang W, Clare R. Prognosis of patients taking selective serotonin reuptake inhibitors before coronary artery bypass grafting. *Am J Cardiol*, 2006; 98: 42–47.
- Scheier MF, Matthews KA, Owens JF. Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass surgery. *Arch Inter Med*, 1999; 158: 829–835.
- Peterson JC, Charlson ME, Williams-Russo P. New postoperative depressive symptoms and long-term cardiac outcomes after coronary artery bypass surgery. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2002; 10: 192–198.
- Wellenius GA, Mukamal KJ, Kulshreshtha A. Depressive symptoms and the risk of atherosclerotic progression among patients with coronary artery bypass grafts. *Circulation*, 2008; 117: 2313–2319.
- Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y. Minor depression as a cardiac risk factor after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics*, 2006; 47: 289–295.
- Murphy BM, Elliott PC, Higgins RO. Anxiety and depression after coronary artery bypass surgery: most get better, some get worse. *Eur J Cardiovasc Preven Rehab*, 2008; 15: 434–440.
- Goyal TM, Idler EL. Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms. *Psychosomatic Med*, 2005; 67: 759–765.
- Rymaszewska J, Kiejnia A, Hadryś T. Depression and anxiety in coronary artery bypass grafting patients. *Eur Psychiatry*, 2003; 18: 155–160.
- Borowicz L, Royall R, Grega M. Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery. *Psychosomatics*, 2002; 43: 464–471.
- McKhann GM, Borowicz LM, Goldsborough MA. Depression and cognitive decline after coronary artery bypass grafting. *Lancet*, 1997; 349: 1282–1284.
- Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA. Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *Lancet*, 2003; 362: 604–609.
- Timberlake N, Klinger L, Smith P. Incidence and patterns of depression following coronary artery bypass graft surgery. *J Psychosom Res*, 1997; 43: 197–207.
- Saur CD, Granger BB, Muhlbaier LH. Depressive symptoms and outcome of coronary artery bypass grafting. *Am J Crit Care*, 2001; 10: 4–10.
- Burg MM, Benedetto MC, Rosenberg R, Soufer R. Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery. *Psychosomatic Med*, 2003; 65: 111–118.
- Pirraglia PA, Peterson JC, Williams-Russo P. Depressive symptomatology in coronary artery bypass graft surgery patients. *Inter J Geriatr Psychiatry*, 1999; 14: 668–680.
- Lee GA. Determinants of quality of five years after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*, 2009; 38: 91–99.