



ТОМСКИЙ НИМЦ
НИИ КАРДИОЛОГИИ

А.Н. Репин, Е.В. Лебедева

**Депрессии у больных ИБС: отдаленные
результаты совместного наблюдения
междисциплинарной командой специалистов**



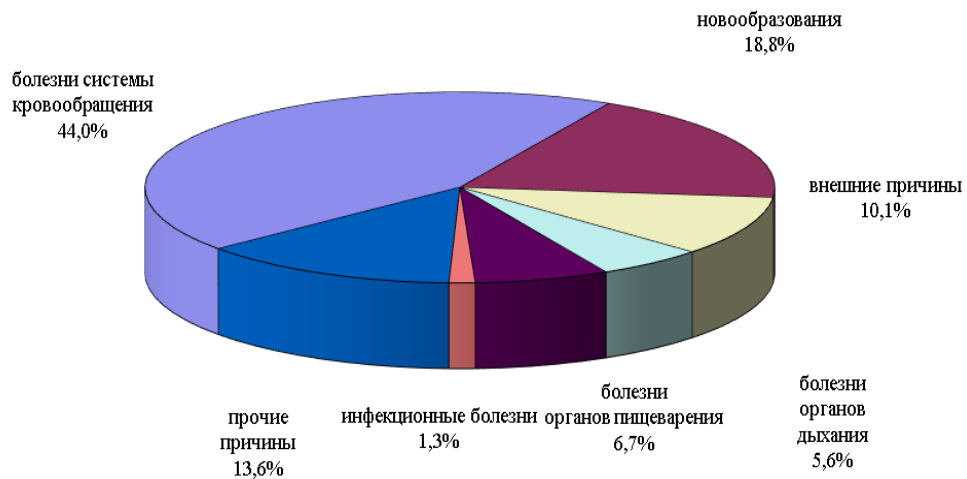
*Кемерово, 8 съезд кардиологов СФО,
11 октября 2019 г*

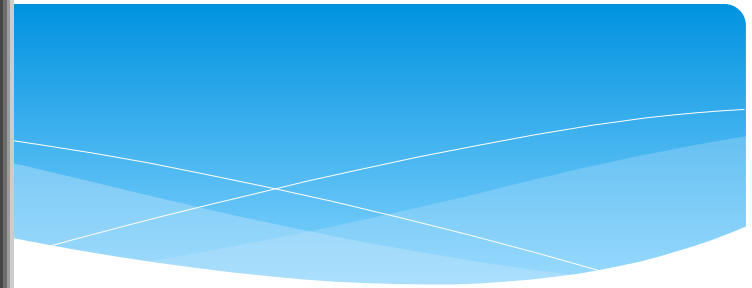
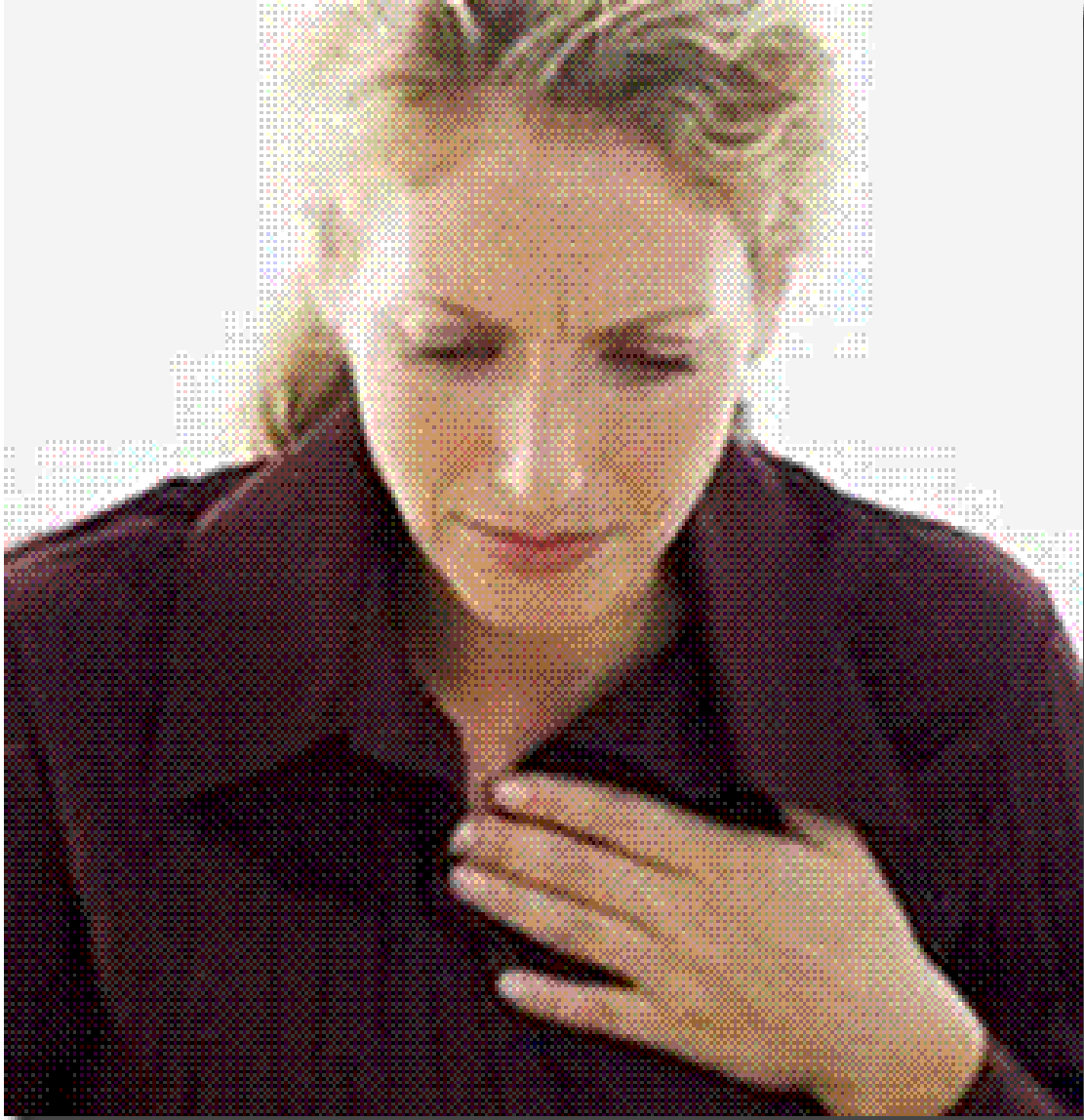
Информация о потенциальном конфликте интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта
интересов

ИБС – главная причина смертности населения во всем мире

2018



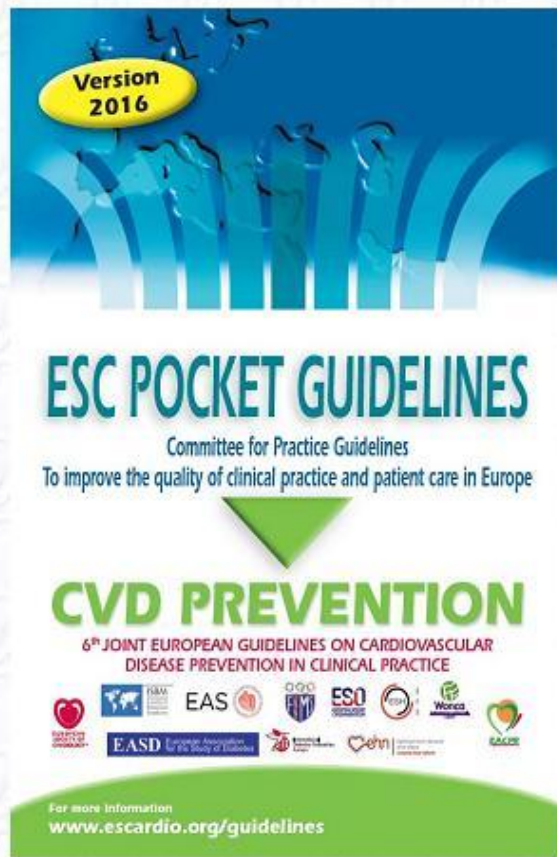
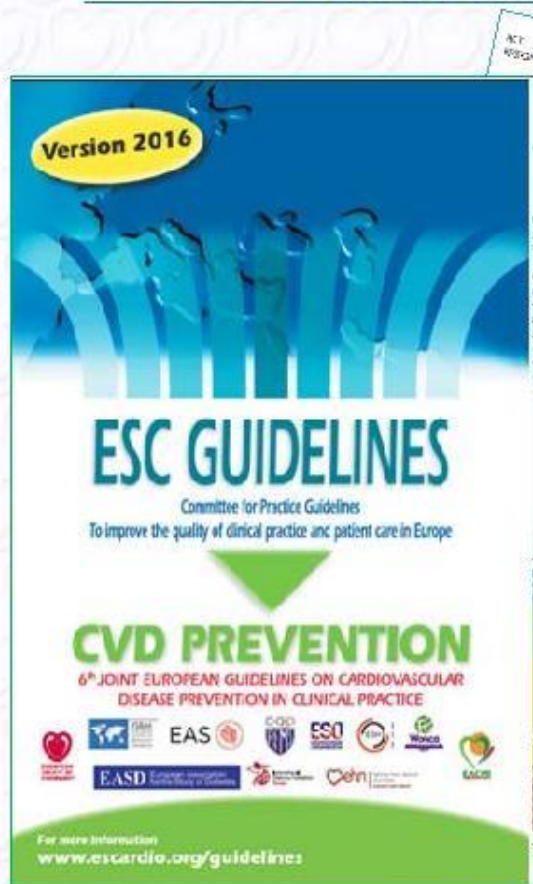


*«С удовольствием поговорим о неврозах и дистониях, но ЭКГ вначале все же посмотрим...»
В.И. Маколкин, 1984*

Депрессия и ИБС

- Аффективные расстройства коррелируют с трехкратным увеличением смертности от ИБС [Anda R., Williamson D., Jones D. et al., 1993; Everson S.A., Goldberg D.E., Kaplan G.A., 1996];
- Более тяжелым течением ИБС, инфаркта миокарда, особенно при коморбидности с тревогой [Семке В.Я., Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., 1999; Корнетов Н.А., Лебедева. Е.В., 2003].
- Ассоциация остается достоверной даже после учета факторов риска, а лечение антидепрессантами снижает риск развития ИБС [Whang, W., Kubzansky, L.D., Kawachi, I., et al. , 2009; Narayan, S.M. and Stein, 2009; Dryden J., 2009.].

European CVD Prevention in Clinical Practice (2016)



Full Text and other derivative products available at:
www.escardio.org/guidelines

www.escardio.org/guidelines



Рекомендации по коррекции психосоциальных факторов

Рекомендации	Класс ^a	Уровень ^b	Ссылки ^c
Пациентам с установленным ССЗ и психосоциальными симптомами рекомендованы комплексные поведенческие вмешательства, включающие обучение основам здорового образа жизни, физические тренировки и психологическое воздействие для коррекции психосоциальных факторов риска и преодоления болезни.	I	A	[242]
При развитии клинически значимых симптомов депрессии, тревоги или враждебности следует рассмотреть вопрос о проведении психотерапии, назначении медикаментов или их комбинации.	IIa	A	[243, 244]

Международные исследования



SADHART

Терапия Сертралином депрессивных пациентов с ИБС:

376 больных после инфаркта миокарда с депрессивными расстройствами, терапия сертралином 6 мес.

- * снижение кардиоваскулярного риска на 20%
- * отсутствие серьезных осложнений

Glassman A.N., JAMA, 2002

ENRICHD

Исследование влияния антидепрессантов на риск повторного инфаркта миокарда

У пациентов после инфаркта миокарда прием антидепрессантов - СИОЗС достоверно снижает риск повторного ИМ, общей смертности и смертности от повторного инфаркта миокарда, в сравнении с пациентами, не получавшими антидепрессанты

Taylor C. B., 2005.

МОДЕЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Юридическое основание:
договор о сотрудничестве

Способ: **коллаборативный
менеджмент ведения пациента**

Состав команды: научные
руководители, заведующий,
кардиологи, психиатры, врачи
других специальностей,
медицинские сестры.

**Междисциплинарная
команда**

**НИИК
Пациент**

Работа в команде – 10 лет вместе!



**Постовая медсестра
Тестирование пациента**



сердца

ФОТОБАНК ЛОРИ
lori.ru/67079

**Кардиолог-координатор
Анализ результатов**

Консультация психиатра

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Общеклиническое и лабораторное обследование, ЭхоКГ, ТШХ, ВЭМ с определением ТФН.**
- **Скрининг госпитальной шкалой тревоги и депрессии (HADS), шкалой самооценки депрессии Бека (BDI).**

Консультация психиатра с целью уточнения диагноза и выбора способа коррекции выявленных расстройств. Шкалы: MADRS, HARS, CGI, UCSU.

- **Для лечения депрессивных расстройств психиатром назначались антидепрессанты. Предпочтительной была монотерапия.**
- **Совместное ведение, проспективное наблюдение**

РЕЗУЛЬТАТЫ

N=1600

Тревога выявлялась в 49,6% случаев, а депрессия – в 41,6% (по шкале HADS).

У 75% пациентов, имеющих симптомы депрессии и тревоги по данным самоопросников, диагноз был подтвержден клинически.

«Большая депрессия» выявлена в 23% случаев

Всего психиатром было осмотрено 918 человек, в 57,3% случаев потребовалась антидепрессивная терапия.

БОЛЬНЫЕ ИБС с ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

- рефрактерность АГ (3 препарата и более)
- низкая эффективность терапии ИБС
- стенокардия значительно тяжелее ($38,1 \pm 7,1$ вт пр. $67,3 \pm 5,8$ вт, $p=0,01$)
- в два раза чаще переносили ИМ (44% пр. 24,4%; $p=0,002$)
- почти в два раза реже проводилось КШ (38,5% пр. 61,5%; $p=0,01$)
- в три раза реже проводилось ЧКВ (12,5% против 40,5%; $p=0,023$)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ КАРДИОЛОГА



В основе -
психотерапевтические принципы:
Принятие человека какой есть,
тепло,
эмпатия,
искренность

Основные этапы психосоциальной реабилитации пациентов после Инфаркта миокарда, операции

Временные

ДО – ПОСЛЕ (единая линия жизни)

Содержательные

1. Информирование
2. Работа над принятием факта заболевания
3. Помощь в осознании и расширении возможностей, **принятии ответственности за свои поступки, здоровье**
4. Обучение контролю над симптомами. Приближение к исходному уровню функционирования.
5. Планирование жизни.
6. Работа над личностным ростом.
7. Улучшение качества жизни.

Психологическое состояние пациента влияет на исходы терапии

Цели

- информирование пациента о сути вмешательства,
- **разделение ответственности за результат вмешательства,**
- **увеличение степени доверия врачу,**
- формирование настроения на позитивный исход вмешательства и его эффективность (в чем стало лучше!)
- **получение согласия!**

Условия

- отдельный кабинет
- **последовательность, согласованность в подходах**
- * (1. лечащий врач-кардиолог, 2. кардиохирург, 3. анестезиолог)
- помнить цели

Поведение врача, увеличивающее доверие пациента

1. поддерживать контакт глазами
2. подбадривающие покачивания головой
3. прикосновение к кисти руки или внутренней стороне локтевого сгиба
4. «замечать» пациента в коридоре улыбкой (замечать!) кивком головы или коротким вопросом о самочувствии
5. поощрять его поступки, направленные на управление самочувствием, любые позитивные изменения поведения
6. участие родственников

Информирование

или «Что необходимо знать каждому пациенту об ИБС / КШ»

- **Коронарные артерии**
- **Заболевания коронарных артерий (ИБС)**
- **Сигнальные симптомы**
- **Диагностика заболеваний коронарных артерий**
- **Как лечится ИБС (медикаментозная, КШ или ЧКВ)**
- **Коронарное шунтирование (КШ)**
- **Артерии и вены, применяемые для шунтирования**
- **Обезболивание**
- **Этапы кардиохирургического лечения**
- **Реабилитация**

Работа над принятием необходимости

- Как и другие люди, пациенты переживают жизненные события. Помимо этого они должны примириться с необходимостью и обоснованностью оперативного вмешательства, которое часто воспринимается ими как **крах жизни**
- Они изо всех сил стремятся восстановить свою жизнь, но это происходит не так быстро. Меняется **оценка собственной личности**
- Важно помочь им интегрировать прошлое, настоящее и будущее, чтобы достичь **чувства непрерывности и последовательности жизни**
- Надежда, **перспектива на будущее и жизненные планы**, чрезвычайно важны в этом процессе

Принятие ответственности за свое здоровье

Операция КШ, стентирование направлены на лечение заболеваний коронарных артерий и избавления пациента от болевого синдрома. Однако она **не может полностью избавить пациента от атеросклероза.**

Пол, возраст, наследственность-это предрасполагающие факторы, которые не поддаются изменениям, другие факторы – контролируемые
Объяснить факторы риска.

Согласие и «Заключение контракта!» (от пациента ожидается прекращение курения, полезные продукты в нужных количествах, двигательная активность, регулярный прием лекарств)

Мифы об инфаркте/ КШ

- * **«инфаркт – неконтролируемое смертельное заболевание»** (отказ от реабилитационных мероприятий, ожидание смерти)
- * **«третий инфаркт – смертельный»** (отказ от лечения, соблюдения диеты физической активности «все бесполезно, это приговор, время вышло»)
- * **«лекарства – яд, статины убивают печень»** (для лечения лучше использовать корицу, свеклу, чеснок, малину, травы, алкоголь и т.д.)
- * **30-50% смертности** от операций КШ
- * **«когда бросают курить, толстеют, кашляют, от этого швы плохо заживают»,** лучше продолжать курить
- * **«оперативное лечение ИБС приводит к инвалидности»** (избегание оперативного вмешательства или стремление к нему из рентных установок)
- * **«люди, страдающие ИБС, очень чувствительные, «все принимающие близко к сердцу»** (ощущение «благородного» заболевания у пациента с ожиданием заслуженного уважения со стороны близких, сослуживцев, начальства, врачей; чувства вины у родственников)

Когнитивно-поведенческая терапия

(РАБОТА с НЕГАТИВНЫМИ МЫСЛЯМИ!)

- * Фокусом терапии является обучение пациента контролировать свои симптомы, **корректировать ошибочный стиль мышления** и, таким образом, управлять своим расстройством.
- * Когнитивно-поведенческие подходы предполагают обучение методам самопомощи, **ведению дневников самонаблюдения**.
- * Основная задача – научить пациента **правильно и позитивно мыслить** в отношении его состояния!

Есть необходимость КШ

1.событие	2.мысль	3.чувство	4.действие	5.Оспорить негативную мысль	6.чувство	7.действие
Необходима операция	Я стану инвалидом	Страх беспомощности	Избегание решения, отказ, частые контакты с врачом	Действительно ли КШ делается, чтобы человек стал инвалидом? Нет, она делается для восстановления тока крови, исчезает боль, легче справляться с нагрузками, продолжительность жизни увеличивается	Спокойствие, доверие врачу	Принятие необходимости операции, согласие!

Туман

Да, мир несовершенен...

Да, мне тоже это не нравится...

Да, наверное, вы имеете право так думать...

Да, может быть вы правы...

Некоторые приемы, помогающие справиться с пессимистическим настроением пациента

*«Сократический диалог»:

такое построение вопросов (**второй контакт**), на которые пациент дает ожидаемый Вами ответ/действие:

- «В чем стало легче?», «Что Вы делаете для улучшения своего самочувствия?»
- «Стопроцентные гарантии дает только Бог. Вы можете попросить его об этом и верить в его поддержку»
- «У нас квалифицированные специалисты, современное оборудование. Пациенты находятся под круглосуточным наблюдением»

* Пациенты должны помнить, что врач не выпишет их из клиники до тех пор, пока не будет уверен в стабилизации состояния и в том, что дальнейшее выздоровление должно проходить в домашних условиях

«Заезженная пластинка» - способ добиваться своей цели, повторяя свои требования и настаивая на своих доводах



Вы решили остановиться на спокойном, но уверенном сообщении.

Тогда техника «заезженной пластинки» подойдет идеально.

Шаг 1. Коротко введите собеседника в контекст проблемы.

Например: «По результатам коронарографии у Вас сужения нескольких сосудов, **необходима операция шунтирования**».

Шаг 2. Сформулируйте основное послание в позитивной форме и коротко.

Правильно: «Я понимаю, что это неприятная информация и, при этом, **операция необходима**, уточните, что Вас беспокоит! Неправильно: ~~«Других выходов нет, лечение бесполезно»~~

Шаг 3. Выслушайте объяснения и возражения, соглашаясь с каждым из них в отдельности, добавляйте, наподобие заезженной пластинки, к каждому из них текст своего послания. Например: «Вы совершенно правы. Да, я понимаю, что Вы хотели бы обойтись без операции, **стентирование здесь могло бы помочь раньше, теперь все сосуды сможет открыть только шунтирование**»

«Да-да-да, я знаю, что Вас беспокоят осложнения, **мы можем их обсудить. Хочу, чтобы Вы знали: мы оперируем давно и успешно**»

Обучение контролю над симптомами. Приближение к исходному уровню функционирования



Вопросы для обсуждения с пациентом:

- Работа
- Домашние дела
- Физические тренировки
- Половая жизнь
- Управление машиной
- Когда следует снова посетить врача? И как часто?
- Нужно ли менять образ жизни?
- Что ждет в будущем?

Правила для пациентов (в будущем)



1. Вставать по утрам в привычное время.
2. Купаться или принимать душ по мере надобности.
3. Всегда переодеваться в другую одежду, не ходить днем по дому в ночных вещах.
4. Думать о себе как о здоровом и активном человеке (болеть, но не называть себя больным).
5. После периодов активности, после завтрака и обеда следует полежать и отдохнуть.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Установлено, что 2/3 пациентов, перенесших ИМ/КШ, не получают никаких рекомендаций по поводу возобновления сексуальной активности

Пациенты с неосложненным ИМ после использования реперфузионной терапии и при отсутствии кардиальных симптомов на фоне ФА средней интенсивности могут возобновить сексуальную активность через 3–4 недели после ИМ (согласно консенсусу Принстонской конференции, 2005, 2013). **(класс IIa, уровень B)**

В случае неосложненного ИМ и успешной реваскуляризации миокарда – существенно раньше (≥ 1 недели от сосудистого инцидента) **(класс IIa, уровень C)**

Ранее выполненные исследования показали, что в среднем больные возобновляют сексуальную активность через 9–16 недель после ИМnST.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ В КАРДИОЛОГИИ

ПРЕПАРАТЫ ПЕРВОГО РЯДА:

✓ СИОЗС:

флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин,
эсциталопрам

✓ Тразодон

✓ Агомелатин

#

ПРЕПАРАТЫ ВТОРОГО РЯДА:

✓ Миансерин

✓ Венлафаксин

Общая длительность приема антидепрессантов составила 3 (1-6) месяцев. У респондеров 5 (1-6) месяцев. У нонреспондеров 1 (1-1) месяц.

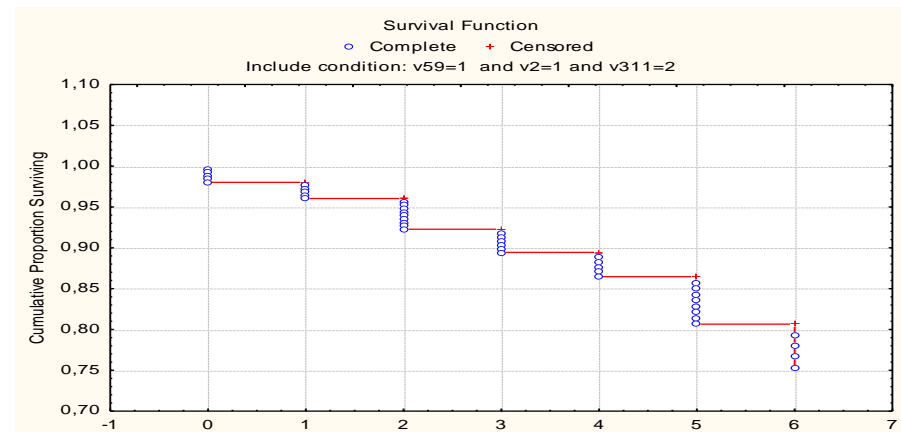
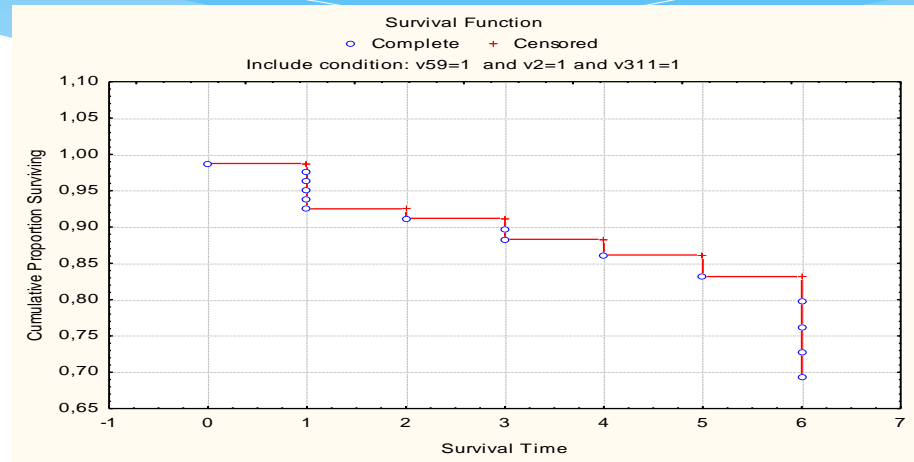
Клинические характеристики

Возраст начала ДР, Ме	48 (40-55), лет
Возраст текущего депрессивного эпизода, Ме	57 (52-63), лет
Длительность ДР, Ме в годах	10 (3,5-20) лет
Продолжительность текущего эпизода, Ме в месяцах	6 (3-12)
Количество депрессивных эпизодов, Ме, количество	1 (1-2)
Длительность дистимии, Ме в годах	10 (3-12)

Соответственно, сначала манифестировало депрессивное расстройство, а затем уже возникла ИБС (коронарный стаж, Ме/в годах - 5 (2-10)).

Результаты:

В группе пациентов с консервативной терапией ИБС (n=290) частота достижения первичной конечной точки (смерть от всех причин) значительно не отличаются в группах пациентов с ДР и без них (18,8% и 16,6%)

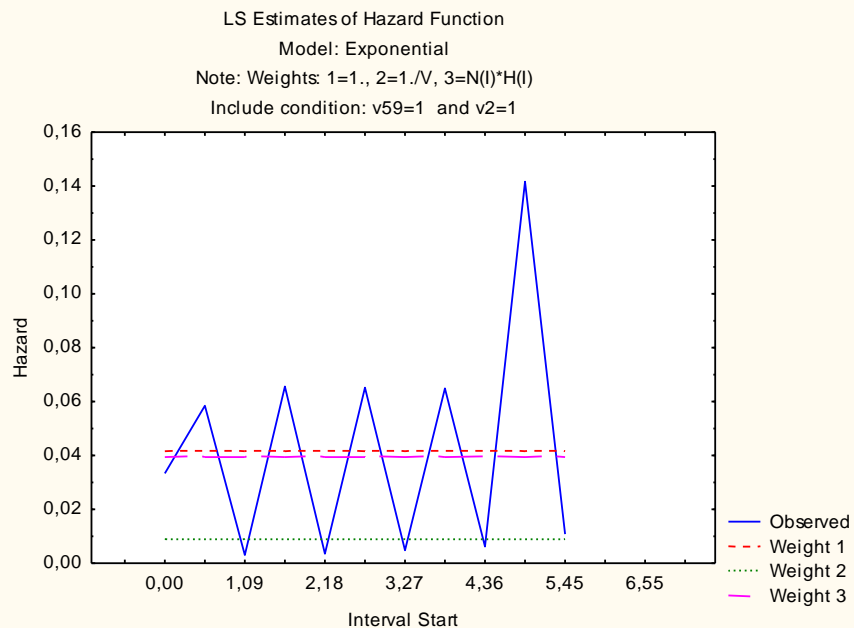


Лебедева Е.В., Счастный Е.Д., Симуткин Г.Г., Сергиенко Т.Н., Нонка Т.Г., Репин А.Н., Аксенов М.М., Перчаткина О.Э., Рахмазова Л.Д. Влияние различных видов аффективных расстройств на выживание больных хронической ИБС // *Суицидология*. 2017. Т. 8. № 3 (28). С. 84-93

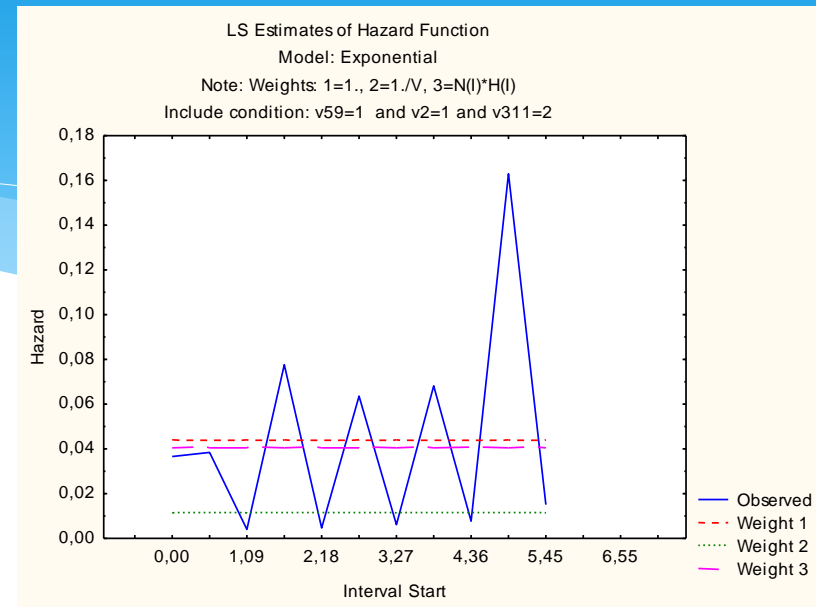
Результаты:

Группы различались по функции мгновенных рисков: больные ИБС с ДР имеют высокий риск смерти в течение первого года после выявления аффективной симптоматики, (т.е. в период течения депрессивного эпизода), а в группе без ДР он увеличивается со временем наблюдения, к 6-7 году ($p=0,0000$).

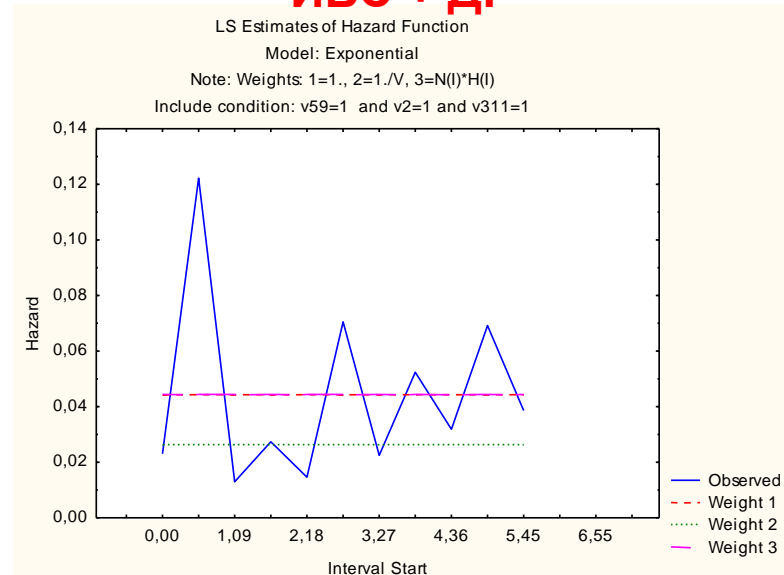
Все больные



ИБС

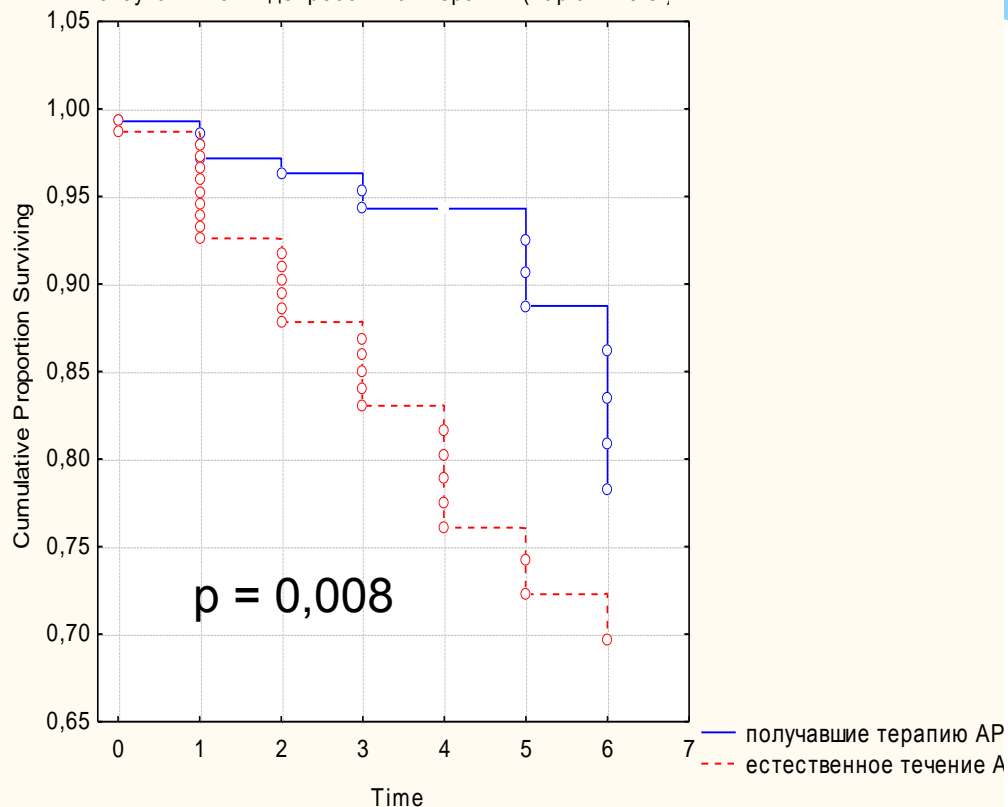


ИБС + ДР



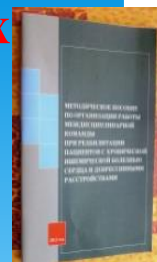
ФУНКЦИЯ ВЫЖИВАЕМОСТИ В ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ДР С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ ДР И ТЕРАПИИ

Функция выживания в зависимости от наличия/отсутствия антидепрессивной терапии (Kaplan-Meier)



- * В группе естественного течения АР летальных исходов **20,3%**.
- * В группе пациентов, получавших терапию ДР –летальных исходов **9,9% ($p=0,008$)**.

Работа междисциплинарной команды при реабилитации больных депрессивными расстройствами и ИБС: исследовательские, организационные и терапевтические вопросы



- * Внедрен инновационный способ работы междисциплинарной команды с больными с ИБС и депрессивными расстройствами**
- * Каждый 5-й пациент с ИБС страдает ДР и нуждается в грамотной беседе, вплоть до психотерапии, антидепрессивной терапии**
- * В группе пациентов с ИБС частота достижения первичной конечной точки (смерть от всех причин) значимо не отличается в группах пациентов с ДР и без них, составляет 18,8% и 16,6%**

Группы различались по функции мгновенных рисков: больные с депрессиями имеют высокий риск смерти в течение первого года, а в группе без ДР риск увеличивается к 6-7 году ($p=0,0000$)

КОНЕЧНЫЕ ЦЕЛИ РАБОТЫ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ

- предупреждение осложнений и повторных госпитализаций
- снижение смертности и инвалидизации
- увеличение продолжительности и качества жизни
- возвращение к исходному социальному статусу



Е.В. Лебедева, Т.Г. Нонка, А.Н. Репин, Е.В. Шишнев,
Е.Д. Счастнй, Г.Г. Симуткин, Л.А. Левчук

СОВРЕМЕННАЯ ПСИХОКАРДИОЛОГИЯ



СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ !

