

diagnózu depresivní fáze provádí lékař na základě přítomnosti příznaků uvedených v kritériích Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) (5). V případě středně těžké nebo těžké deprese je vhodné vyšetření psychiatrem, zvláště při přítomnosti suicidálních tendencí, psychotických příznaků či rezistence na léčbu. Diagnostika deprese u KVO může být obtížnější vzhledem k tomu, že somatické příznaky mohou být součástí základního onemocnění, ale také příznaky deprese. Nicméně již přítomnost některých depresivních příznaků, jejichž počet a intenzita nedosahuje na stanovení diagnózy depresivní porucha, negativně ovlivňují prognózu základního onemocnění a měla by být zvažována intervence

Společná etiologie

Deprese a kardiovaskulární choroby mají významnou epidemiologickou souvislost (6). Přítomnost depresivní symptomatiky je stejně silný prediktor rozvoje kardiovaskulární poruchy jako například obezita nebo kouření (7). Přesný mechanismus spojení obou chorob se zatím nepodařilo jednoznačně prokázat, ovšem existuje několik teorií. U obou poruch má významný vliv stres jako takový. Ke zvýšenému výskytu jak deprese, tak kardiovaskulárních potíží vedou tragické události, např. přírodní katastrofy (8–9). Jako klíčová se jeví role hypothalamo-hypofýzo-adrenergní osy. Pacienti trpící depresí jsou vystaveni dlouhodobému stresu, který vede k aktivaci dráhy, což má řadu negativních důsledků, včetně možného rozvoje hypertenze, hypertrofie levé komory, koronární vazokonstrikce, endotelální dysfunkce, aktivace krevních destiček, produkce prozánětlivých cytokinů, zvýšeného riziko komorových arytmií a infarktu myokardu (10). V současné době patří mezi intenzivně zkoumané teorie zánětu. Imunitní systém je složitý mechanismus, který brání organismus před inzulty, které by mohly znamenat poškození organismu. Zánět se projevuje jak na lokální úrovni, chronicky známé jsou tzv. Celsovy znaky – rubor, calor, dolor, tumor a funcio laesa, tak ovlivňuje celkové fungování organismu. V případě deprese je nejvíce pozornosti věnováno cytokinům, klíčovými se zajišťují interleukin-6, tumor necrosis factor, interleukin-1 β a skupina interferonů (11). Stejně tak je vliv zánětu nezpochybnitelným faktorem rozvoje kardiovaskulárních chorob (12). Dále je u obou poruch zvažován významný vliv oxidativního stresu (13–14).

Nesmíme ale opomenout ani významnou roli neblahého chování a životního stylu pacientů trpících depresí. U pacientů s depresí se častěji vyskytuje rizikové chování jako užívání drog, zneužívání sedativ a anxiolytik (15), také jsou častěji kuřáci (16). Dalším významným rizikovým faktorem, který je spjatý jak s depresí, tak s kardiovaskulárními poruchami je obezita. Ačkoliv se nepodařilo prokázat jednoduchou souvislost mezi těmito poruchami, vzhledem k vysoké epidemiologické četnosti ji lze očekávat. Jistě se na tom budou podílet sociodemografické a psychosociální proměnné (17). Mezi depresivní příznaky se řadí ztráta vůle a energie. Depresivní pacienti obvykle tráví podstatnou část dne ležením v posteli, jejich fyzická aktivita je nízká.

Na druhou stranu má i stanovení dg. kardiovaskulární poruchy neblahý vliv na duševní zdraví pacientů. Dle přehledového článku Thombsa et al. (18) byla deprese odhalena u 19,8 % pacientů po prodě-

laném akutním infarktu myokardu. Co je důležité zmínit, že depresivní příznaky přetrvávaly měsíce po propuštění z nemocnice.

Dopad deprese na léčbu kardiovaskulárních chorob

Přítomnost deprese významně negativně ovlivňuje úspěšnost léčby kardiovaskulárních chorob. Ziegelstein et al. (19) se zabývali pacienty po prodělaném akutním infarktu myokardu. Zjistili, že pacienti s komorbidní depresí mají menší tendenci dodržovat doporučená dietní omezení (strava s nízkým obsahem tuku), méně se věnují pravidelnému fyzickému cvičení a jsou méně úspěšní ve snižování míry stresu. Jedním z nejvýznamnějších negativních faktorů je nedostatečná adherence. Pacienti s depresí mají obecně špatnou adherenci k léčbě. Ve studii Kamarádové et al. (20) přibližně 30 % pacientů připustilo vysazování medikace. K hodnocení adherence je možno použít např. dotazník DAI-10 (Drug Attitude Inventory). V případě pochyb je v dnešní době možno stanovení plazmatických hladin farmak. To platí i v případě komorbidní deprese a kardiovaskulární poruchy. Gehi et al. (21) zkoumali data 940 pacientů trpících ischemickou chorobou srdeční. Zjistili, že 204 probandů (22 %) splňovalo kritéria pro depresivní poruchu a 28 (14 %) z nich přiznalo, že neužívá medikaci dle rady lékaře. Ve skupině nedeprativních pacientů toto přiznalo jen 40 (5 %) pacientů.

Možnosti léčby deprese

K léčbě deprese je možno použít farmakologické a non-farmakologické přístupy. Mírnější formy je možné zvládat pomocí kognitivně behaviorální terapie (KBT). Základním přístupem je úprava, minimalizace depresivních příznaků pomocí úpravy depresivních myšlenek a následně i jádrových schémat daného pacienta. U depresivních pacientů se myšlenky točí kolem pocitů vlastního selhání, nedostatečnosti, nadměrné sebekritiky apod. Cílem terapie tyto myšlenky identifikovat a pomocí cíleného dotazování upravit, najít pravdivější tvrzení. Zvláštní důraz je kladen na plánování času. Neopomenutelnou součástí je také edukace pacienta a jeho blízkých (22). Stále je možné setkat se s postojem, že příznaky deprese jsou jen projevy lenosti pacienta. Okolí se mylně domnívá, že zvýšení tlaku na pacienta (věty typu „když se budeš víc snažit, tak to určitě zvládneš“) povede ke zvýšení výkonnosti pacienta, což je pochopitelně nesmysl. Důležité je také zmínit pozitivní vliv fyzického cvičení. Okřídlené „ve zdravém těle zdravý duch“ se ukazuje být platné i z pohledu moderní vědy. Cochranovská recenze prokázala, že mírné aerobní cvičení (30 minut pětikrát týdně) má v léčbě deprese srovnatelnou účinnost k KBT (23).

Z non-farmakologických metod je potřeba ještě zmínit elektrokonvulzivní terapii. Tato je stále hojně používána nejen v České republice, ale i v dalších vyspělých zemích. Její použití je vyhrazeno pro těžké formy deprese. Přítomnost kardiovaskulárního onemocnění není absolutní kontraindikací k provedení tohoto výkonu a je vždy potřeba zvážit poměr riziko/benefit u daného konkrétního pacienta. Kontraindikace tedy nevycházejí z léčebné metody jako takové, ale z provedení celkové anestezie. Každý pacient tedy musí absolvovat předanestetické vyšet-