

Психічне здоров'я і серцево-судинні патології: особливості взаємозв'язку та ключові аспекти менеджменту хворих

У 2025 р. Європейське товариство кардіологів (ESC) розробило клінічну консенсусну заяву на основі сучасних даних щодо серцево-судинних захворювань (ССЗ) і психічного здоров'я. У документі надане роз'яснення про ступінь та масштаб впливу психічного здоров'я на ССЗ і навпаки, а також як запобігти або мінімізувати негативний ефект цього взаємозв'язку. У клінічній практиці при веденні пацієнтів із ССЗ психічне здоров'я часто залишається поза межами уваги лікарів. Суттєвий тягар супутніх ССЗ та психічних розладів потребує нового комплексного підходу до менеджменту таких хворих. Фахівцям у галузі ССЗ і психічного здоров'я необхідно розвивати співпрацю, щоб надавати практичні рекомендації та належну підтримку пацієнтам та особам, які за ними доглядають. Пропонуємо вам ознайомитися із ключовими положеннями цієї клінічної консенсусної заяви ESC.

ЗВ'ЯЗОК МІЖ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ І ПСИХІЧНОЮ СКЛАДОВИМИ ЗДОРОВ'Я

Психічне (ментальне) здоров'я – це стан психічного благополуччя, який дозволяє людям справлятися зі стресом, реалізовувати свої здібності, навчатися та працювати, а також робити внесок у життя суспільства. Психічний розлад – широке поняття, яке використовується для позначення психосоціальних проблем та інших психічних станів, пов'язаних із дистресом, порушенням когнітивних функцій, емоційної регуляції або поведінки та ризиком самоушкодження (WHO, 2013).

Психічні розлади та ССЗ характеризуються складним двоспрямованим зв'язком (NACDD, 2024):

1. Позитивні аспекти ментального здоров'я на індивідуальному та суспільному рівнях пов'язані з кращою роботою серцево-судинної (СС) системи, тоді як особи із психічними розладами частіше мають вищий ризик розвитку ССЗ.
2. Гострі або хронічні ССЗ чинять суттєвий негативний вплив на психічне здоров'я, погіршуючи перебіг наявних або провокуючи появу нових психічних розладів.
3. Коморбідні ССЗ та психічні розлади можуть взаємодіяти, погіршуючи психічне здоров'я і прогноз ССЗ.
4. Особи із психічними розладами часто мають соціальні та економічні труднощі, а також стикаються зі стигмою, стереотипами та упередженнями.
5. Особи із психічними розладами, особливо тяжкого ступеня, є вразливішою категорією хворих та рідше отримують належні діагностику й лікування порівняно із пацієнтами без проблем із ментальним здоров'ям.

Кардіологічна допомога є оптимальною, коли вона орієнтована на пацієнта та спрямована на поліпшення загального здоров'я, включно із серцево-судинною та психічною складовими. Такий систематичний підхід необхідно інтегрувати в повсякденну практику, оскільки більшість сучасних моделей надання медичної допомоги при ССЗ не розглядають психічне здоров'я як невід'ємний компонент. Окрім того, для забезпечення комплексної медичної

допомоги хворим на ССЗ необхідне створення мультидисциплінарної команди із залученням суміжних фахівців (психологів та/або психіатрів) за потреби для проведення належної оцінки ментального здоров'я, надання рекомендацій та підтримки пацієнтам та особам, що за ними доглядають (Bask, 2020).

Практичний підхід до поліпшення надання стандартної медичної допомоги при ССЗ, що має бути більш персоналізованою, полягає у підвищенні обізнаності про ментальне здоров'я осіб із ССЗ та доглядальників, а також покращенні профілактики ССЗ і ведення хворих на психічні розлади (рис. 1).

ВПЛИВ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НА РИЗИК РОЗВИТКУ ССЗ

Суб'єктивне благополуччя – комплексне поняття, яке відображає позитивні емоційний фон і ставлення людини до власного життя, особистості та стосунків з іншими, виражене у відчутті задоволеності життям і його сферами. Підтверджено, що суб'єктивне благополуччя пов'язане з високою виживаністю і низькою захворюваністю та смертністю. Зокрема, позитивні показники ментального здоров'я асоційовані зі зменшенням ймовірності розвитку ССЗ: стабільний емоційний стан – ішемічної хвороби серця (ІХС), а оптимізм – серцевої недостатності (CH) (Solanes et al., 2021; Kim et al., 2014).

Своєю чергою негативний емоційний стан спричиняє збільшення кількості СС-подій, навіть після контролю факторів ризику (Shimbo et al., 2024). Також із підвищеною ймовірністю ССЗ асоційовані негативні психосоціальні фактори, наприклад, соціальна ізоляція, фінансовий тиск та надмірне навантаження на роботі.

Психосоціальний стрес виникає, коли реакція людини на зазначені чинники перевищує її адаптивні можливості. Тривалі стійкі стресові умови можуть викликати загострення патофізіологічних змін у СС-системі. Відповідно, хронічний психологічний стрес пов'язаний із підвищеним ризиком ССЗ (Kivimäki et al., 2023; Dar et al., 2019). Пацієнти, які перенесли перший інфаркт міокарда (ІМ), повідомляли про вищу поширеність стресу (на роботі, вдома, через фінансові проблеми чи важливі життєві події) протягом 12 місяців до госпіталізації.



Рис. 1. Принципи ACTIVE для поліпшення психічного здоров'я при наданні медичної допомоги пацієнтам із ССЗ

Стрес здатний спровокувати виникнення СС-подій через (Peterson, 2020):

- зміни вегетативного балансу;
- зміну нейроендокринних осей;
- активацію запальних систем;
- шкідливі звички (куріння, вживання алкоголю).

Тому контроль психосоціального стресу та сприяння психічному благополуччю є важливими компонентами комплексної профілактики ССЗ.

Поширеність депресії оцінюється у 4,4% в загальній популяції (322 млн людей у світі), що створює значну проблему для громадського здоров'я. Як відомо, депресія є таким же потужним фактором СС-ризiku, як і традиційні соматичні чинники ризику (Ladwig et al., 2017; Krittanawong et al., 2023). За даними метааналізів, депресія підвищує ризик виникнення СН, вперше виниклої чи рецидивної фібриляції передсердь (ФП), шлуночкової тахікардії / фібриляції шлуночків та раптової серцевої смерті (РСС) (Wu et al., 2022; Cao et al., 2022).

Тривога і тривожні розлади, до яких належать генералізований тривожний, панічний, соціальний тривожний розлади, агорафобія, специфічна фобія, тривожний розлад, спричинений розлукою, селективний мутизм тощо, асоційовані з підвищеним ризиком розвитку ССЗ та/або СС-смертності. Панічний розлад та панічні атаки також корелюють із СС-подіями (Emdin et al., 2016; Smoller et al., 2007).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є важливим фактором СС-ризiku як із точки зору розвитку, так і прогресування. У ветеранів війни та військовослужбовців ПТСР пов'язаний із вищою ймовірністю ССЗ (включно з СН, ІМ та СС-смертністю): на 25-50% порівняно з тими, хто не має ПТСР (Jacquet-Smailovic et al., 2022). На додаток, ПТСР асоційований із підвищеним вмістом маркерів запалення і часто поєднується з неналежним харчуванням, нездоровим способом життя, ожирінням, порушенням сну, зниженням фізичної активності, недотриманням режиму приймання ліків, зловживанням психоактивними речовинами й алкоголем, курінням, що зумовлює погіршення стану СС-системи (Peruzzolo et al., 2022).

Таким чином, психічні захворювання, як-от депресія, тривожний розлад та ПТСР, корелюють із підвищеним ризиком виникнення ССЗ. Клініцисти мають бути поінформованими про зазначені кореляції та фактори ризику і приділяти їм належну увагу під час консультацій, скеровуючи осіб із групи ризику до відповідних фахівців за потреби. Скринінг на депресію, тривожність та ПТСР рекомендовано включати в оцінку ризику ССЗ.

ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ОСІБ ІЗ ССЗ

Вплив ССЗ на психічне здоров'я

Через двоспрямований зв'язок ССЗ і психічні розлади (як-от депресія, тривожний розлад та ПТСР) підвищують ризик розвитку одне одного. Наприклад, на тлі гострих СС-подій, таких як гострий коронарний синдром (ГКС) або аритмія, у поєднанні з загрозою смерті та безпорадністю, ймовірно виникнення сильних негативних емоційних реакцій. Особи із ССЗ можуть відчувати страх рецидиву, побоювання смерті, пов'язаний із роботою стрес, гнів, горе та занепокоєння щодо благополуччя членів сім'ї (Shao et al., 2020; Rosenstrom et al., 2022). Разом із погіршенням здоров'я та втратою незалежності це може призводити до підвищеного ризику розвитку психічних розладів у хворих на ССЗ.

Поширеність психічних захворювань в осіб із ССЗ значно варіює залежно від типу ССЗ, індивідуальних характеристик, життєвого контексту та інструментів оцінки. Тому вкрай важливо інформувати та навчати фахівців із ССЗ щодо СС-наслідків, пов'язаних з ментальним здоров'ям.

Поширеність та прогностичний вплив психічних розладів у хворих на ССЗ

Депресія

Депресія є одним із найпоширеніших психічних розладів в осіб із ССЗ. Глобальна захворюваність на депресію серед пацієнтів із ССЗ оцінюється у 18% (Rafiei et al., 2023). Вона частіше зустрічається серед жінок та літніх хворих, але здорові особи похилого віку із нормальним фізичним функціонуванням мають нижчий ризик розвитку депресії порівняно із молодими людьми. Депресія пов'язана із низкою негативних факторів способу життя, як-от куріння, вживання алкоголю, брак фізичної активності та нездорове харчування, а також з іншими чинниками СС-ризик, включно із цукровим діабетом (ЦД) та артеріальною гіпертензією (АГ). Ці потенційно модифіковані фактори ризику асоційовані з виникненням ІХС, ІМ, СН, інсульту та смертністю (Alosaimi et al., 2023; Yusuf et al., 2004).

Пацієнти, які страждають на ССЗ, можуть мати різні ознаки депресії – від тимчасового поганого настрою до клінічних станів, які є інвалідизувальними, рецидивними й тяжкими. В осіб із ССЗ, які відповідають критеріям великого депресивного розладу, відзначаються підвищений ризик розвитку подальших епізодів і значне погіршення якості життя. Отже, вони потребують цілеспрямованих зусиль для виявлення, точної діагностики та лікування (Lichtman et al., 2008).

Депресія є підтвердженням фактором ризику несприятливого прогнозу в осіб із ССЗ. Наприклад, при депресії після перенесеного ІМ прогноз передбачає на 22% вищу смертність від усіх причин та на 13% більшу кількість СС-епізодів (Meijer et al., 2013). Депресія пов'язана із підвищеним ризиком нефатальних СС-подій і смерті від усіх причин після ГКС. Також депресія є маркером поганого прогнозу в пацієнтів із СН, у котрих як симптоми депресії, так і депресивні розлади корелюють із частими госпіталізаціями, рецидивними СС-подіями та смертю (Sokoreli et al., 2016).

Окрім того, депресія у пацієнтів із ССЗ може негативно впливати на самоконтроль, включно із дотриманням режиму приймання ліків та модифікацією способу життя, та пов'язана з гіршими клінічними результатами (Tully et al., 2016; Shao et al., 2020).

Тривожний розлад

Поширеність тривожності серед хворих на ССЗ коливається від 28,9 до 32,9%. Найвищі показники частоти тривожного розладу зареєстровані в осіб із боєм у грудях та прискореним серцебиттям (19%). Тривожність зазвичай є більш частим явищем серед жінок порівняно із чоловіками (43 vs 29,5%) (Storer et al., 2023).

Вплив тривожного розладу на СС-наслідки залежить від часу: не спостерігається протягом перших двох місяців після гострого ІМ, але є значуще негативним щодо клінічних результатів у пацієнтів зі стабільною ІХС (Celano et al., 2015). Генералізований тривожний розлад, що виник у 5,5% хворих через три місяці після гострого ІМ, асоціювався зі зростанням удвічі ризику СС-подій та смерті від усіх причин протягом 10-річного періоду спостереження. Коморбідні тривога та депресія збільшують імовірність повторної госпіталізації та смерті в осіб із СН (Celano et al., 2018; Alhurani et al., 2015).

Цікаво, що тривожність, на відміну від депресії, може спонукати пацієнтів дотримуватися режиму приймання ліків. Однак тривожні розлади пов'язані з нездоровим способом життя та поганим дотриманням рекомендацій щодо модифікації способу життя (Cromhout et al., 2022).

Посттравматичний стресовий розлад

Поширеність ПТСР, що виникає внаслідок гострої СС-події, суттєво варіює та залежить від стану пацієнта, методів діагностики і демографічних характеристик. ПТСР, що розвинувся на тлі ССЗ, асоційований із численними несприятливими фізичними й емоційними наслідками, включно із посиленням загальної психопатології та підвищеним ризиком смерті.

Тяжкість симптомів ПТСР, як-от нав'язливі думки або образи, пов'язані з травматичною подією, нічні кошмари та флешбеки, виявлені через один місяць після першого ІМ, корелювали із прогнозом, що включав повторні серйозні СС-події / смерть від будь-яких причин через 42 місяці (Edmondson et al., 2011). Подібні дані були отримані в осіб із проявами ПТСР вище порогових значень через шість місяців після ІМ, в яких поширеність інших серйозних СС-подій протягом наступних пів року становила 42-50% порівняно із 26-32% у пацієнтів без ПТСР (Shemesh et al., 2001). На додаток, прогноз при ПТСР, що виникає на тлі ССЗ, передбачає нефатальні повторні госпіталізації через ССЗ після 1-4 років з моменту попереднього ІМ (von Kanel et al., 2011).

Дані щодо ПТСР та недотримання режиму лікування неоднозначні: одні вказують на позитивний зв'язок, інші – ні (Favaro et al., 2011; Sumner et al., 2015). Однак за більш вагомих доказів, ПТСР унаслідок ССЗ асоційований із низьким комплаєнсом та неналежною фізичною активністю.

Хронічний стрес

За даними систематичного огляду п'яти досліджень (n=533), хронічний стрес було виявлено у 58% осіб із ССЗ (Karami et al., 2023). Через один місяць після перенесеного ІМ стрес був значно вищим у жінок порівняно із чоловіками. Хронічний стрес асоційований із гіршим відновленням загальної якості життя та психічного стану серед пацієнтів після ІМ. Хворі на СН із підвищеним рівнем стресу можуть мати складнішу траєкторію захворювання, що характеризується зниженою якістю життя та більшою схильністю до побічних ефектів (Harris et al., 2021; Endrighi et al., 2016).

Хронічний стрес та самотність пов'язані з негативними наслідками у хворих на ССЗ і мають бути підставою для скерування до спеціаліста, якщо виявлені під час клінічного обстеження.

ОЦІНКА СТАНУ ПАЦІЄНТІВ

Депресія та тривожність можуть залишитися непоміченими під час рутинного догляду за пацієнтами із ССЗ та/або вважатися «нормальною» реакцією на індивідуальний клінічний/прогностичний тягар захворювання. Тож в ідеалі оцінка психічного здоров'я має регулярно проводитися у клінічній практиці при веденні осіб із ССЗ, з урахуванням локальних умов та можливостей.

Оцінка клінічного анамнезу може бути корисною для виявлення ознак психічних розладів. За наявності клінічної підозри рекомендоване проведення скринінгу за допомогою валідованих інструментів. Найпростішими методами для виявлення депресії та тривоги є опитувальник Whooley, анкета щодо здоров'я пацієнта (PHQ-2) та тест для оцінки генералізованого тривожного розладу (GAD-2). Також широко використовується госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS), зокрема в осіб із ССЗ у стаціонарних та амбулаторних умовах. Можна розглянути застосування таких інструментів, як опитувальник для оцінки тривожності при ССЗ (CAQ), шкала для оцінки депресії при ССЗ (CDS) та опитувальник для оцінки стресу при ССЗ (Smith et al., 2022; Moons et al., 2023).

Психічні розлади та виразність їхніх симптомів можуть змінюватися з часом і мати епізодичний характер. Тому фахівці, які займаються довгостроковим веденням осіб із ССЗ, повинні інтегрувати оцінку їхнього психічного благополуччя та його змін у рутинну практику.

Опитувальник щодо благополуччя ВООЗ-5 можна використовувати у клінічній практиці для оцінки симптомів, функціонування, самопочуття, прихованих проблем тощо, аналізуючи показники якості життя за повідомленнями пацієнтів. Окрім того, доступна низка спеціалізованих інструментів для оцінки якості життя за певних клінічних станів, як-от СН, ІХС, ФП, вроджені вади серця та легенева гіпертензія (Torpp et al., 2015). Також часто застосовуються

коротка форма неспецифічного опитувальника для визначення якості життя (SF-12/36) або європейський опитувальник для оцінки якості життя (EQ-5D).

Необхідне створення та залучення психокардіологічних команд для структурування менеджменту пацієнтів, що включає: скринінг, скерування до фахівця та лікування осіб із ССЗ і підозрюваними або встановленими психічними розладами. На додачу, комплексний підхід до ведення осіб із психічними порушеннями та ССЗ має включати неформальну оцінку благополуччя та підтримку осіб, що здійснюють догляд. Доглядальники відіграють важливу роль у підтриманні членів своїх родин, які страждають на ССЗ, упровадженні довгострокових змін способу життя та дотриманні режиму лікування.

АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ

У зв'язку із негативним впливом психічних порушень на дотримання режиму терапії та здорового способу життя, прогноз та витрати, хворих на ССЗ, в яких діагностовано психічні розлади, слід розглядати як потенційних кандидатів для проведення лікування. Згідно із даними ретроспективного когортного дослідження ($n=636955$), зменшення симптомів депресії на тлі психотерапії було пов'язане із нижчим ризиком виникнення ССЗ (Baou et al., 2023). З огляду на різну виразність психічних розладів, а отже, різні потреби щодо лікування, поетапний терапевтичний підхід є пріоритетним (Pedersen et al., 2023).

Наразі доступний широкий спектр стратегій психотерапії, що включають когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), психоосвіту, методи на основі усвідомленості (майндфулнес-техніки), програми з корекції способу життя, роботу із групами підтримки, а також психотерапевтичну допомогу через онлайн-платформи та мобільні застосунки із фокусом на керованих медитаціях, техніках для боротьби зі стресом, треках настрою тощо (Ski et al., 2024).

Переваги фізичних вправ для пацієнтів із ССЗ виходять за межі поліпшення фізичного здоров'я. Вони також значно покращують психологічне благополуччя, а саме заспокоюють тих, хто стурбований потенційними рецидивами або погіршенням перебігу хвороби, сприяють підвищенню настрою та зниженню стресу (Basso et al., 2017). Мережевий метааналіз (33 РКД, $n=7240$) продемонстрував, що у хворих на ІХС та депресію тренування у поєднанні з антидепресантами та психотерапією значно зменшили прояви депресії через вісім тижнів (Doyle et al., 2021). В осіб із СН, які займалися фізичними вправами, спостерігалася редукція симптомів депресії через 3 та 12 місяців (Ghosh et al., 2016).

Дієтичні втручання та стратегії харчування є перспективними як для зменшення СС-наслідків, так і для поліпшення психічного здоров'я в осіб із ССЗ. Середземноморська дієта, багата на фрукти, овочі, цільнозернові продукти та корисні жири, пов'язана із нижчими показниками депресії та когнітивної дисфункції у загальній популяції, але дані щодо пацієнтів із ССЗ ще продовжують вивчатися (Rudzinska et al., 2023; Visseren et al., 2021). На додаток, вживання добавок ейкозапентаєнової та докозагексаєнової кислот в осіб із СН ($n=108$) сприяло позитивним змінам щодо когнітивних порушень, симптомів депресії та соціального функціонування (Jiang et al., 2018). Однак поточних доказів щодо користі дієтичних втручань у цій когорті хворих бракує. Необхідно більше досліджень у цій сфері, щоб визначити ефективні дієтичні стратегії для поліпшення психічного здоров'я у даній популяції.

Відмова від тютюнокуріння асоційована зі значними перевагами для нормальної роботи СС-системи, особливо в осіб із психічними розладами. Однак розв'язання проблеми тютюнокуріння в цій групі хворих є складним завданням через взаємодію нікотинової залежності та психічних порушень. За наявними даними, утримання від куріння сигарет протягом року може значно знизити 10-річний ризик ССЗ у пацієнтів із тяжкими психічними розладами (ТПР) (Thorndike et al., 2016).

Також було показано, що когнітивна терапія у поєднанні з медикаментозним лікуванням покращує показники утримання від тютюнокуріння у дорослих, зокрема із психічними розладами (Denison et al., 2024).

Якість сну є невід’ємною частиною як серцево-судинного, так і психічного компонентів у пацієнтів із ССЗ. Погана якість та недостатня тривалість сну пов’язані з різними несприятливими СС-наслідками, що включають атеросклероз, АГ, порушення метаболізму глюкози, підвищення рівня маркерів запалення і смерть. Також вони асоційовані з більшою ймовірністю розвитку психічних розладів, таких як депресія та тривожність, що може ще більше ускладнити лікування ССЗ. Було показано, що дотримання правил гігієни сну та КПТ при безсонні покращують ментальне здоров’я (Shahrbabaki et al., 2021; Miller, Howarth, 2023).

Медикаментозне лікування

Фармакотерапія може знадобитися хворим на ССЗ, в яких діагностовано психічні розлади, особливо за тяжких симптомів депресії, тривожності або ПТСР. Для деяких осіб із ССЗ ймовірно корисною є комбінована терапія із застосуванням психологічних втручань та медикаментозного лікування. Ретельна оцінка ризиків і переваг, а також належна комунікація між клініцистом і хворим сприятимуть прийняттю правильних рішень.

Ефективність і безпека фармакотерапії

Відповідно до даних щодо ефективності лікування антидепресантами, систематичний огляд та метааналіз 10 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) за участю пацієнтів із ГКС виявили значне зниження ризику повторної госпіталізації, але без загального зменшення смертності від усіх причин та кількості повторних ІМ на тлі застосування антидепресантів. Своєю чергою в осіб із супутнім діагнозом депресії антидепресанти сприяли зниженню ризику рецидиву ІМ (Sweda, Siontis, 2020). Автори кокранівського огляду, присвяченого оцінці психотерапії та використання антидепресантів у дорослих з ІХС та коморбідною депресією, дійшли висновку, що фармакологічні втручання можуть мати значний ефект на симптоми депресії наприкінці лікування, тоді як вплив на смертність або СС-кінцеві точки є невизначеним (Tully et al., 2021).

Стосовно безпеки антидепресантів, нещодавній метааналіз даних досліджень із залученням хворих на депресію та СН як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах показав, що селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є безпечним варіантом лікування (Hedrick et al., 2020).

Проте варто зауважити, що існує значна потреба у проведенні масштабних та надійних РКД. Занепокоєння щодо безпеки ліків, побічних ефектів із боку СС-системи та взаємодії препаратів для лікування психіатричних розладів і ССЗ ускладнюють ведення таких пацієнтів та потребують детальнішого вивчення в майбутніх дослідженнях.

Використання препаратів певних груп при психічних розладах і ССЗ

При лікуванні депресії, тривожного розладу та ПТСР антидепресанти є препаратами першої лінії. Анксиолітики, седативні та снодійні засоби можуть використовуватися короткостроково як додаткові ліки. Залежно від тяжкості симптомів також застосовуються стабілізатори настрою та антипсихотики. На рисунку 2 представлений алгоритм фармакологічного лікування депресії, тривожного розладу та ПТСР при ССЗ.

Використання антидепресантів у пацієнтів із ССЗ потребує ретельного підбору ліків, корекції дозування та моніторингу через потенційні побічні ефекти та клінічно значущі медикаментозні взаємодії. Загалом нові антидепресанти вважаються безпечними та асоційовані з низькою частотою серйозних довгострокових несприятливих явищ в осіб із ССЗ (Hughes et al., 2022).

Однак на тлі використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (CІЗЗСН) та селективних інгібіторів зворотного захоплення норадреналіну (CІЗЗН) можуть виникати побічні ефекти із боку СС-системи, як-от ортостатична гіпотензія або АГ (Park et al., 2020). Через набір ваги, наприклад на тлі застосування міртазапіну, ризик розвитку ССЗ може підвищитися.

Подовження інтервалу QTc може збільшити ймовірність поліморфних шлуночкових аритмій при лікуванні деякими трициклічними антидепресантами (ТЦА), CІЗЗС та іншими антидепресантами і бупропіоном, хоча докази цього суперечливі (Ojero-Senard et al., 2017). Масштабне популяційне дослідження не виявило підвищеного ризику аритмій при застосуванні циталопраму (Coupland et al., 2016). Зокрема, мережевий метааналіз продемонстрував низький ризик шлуночкової аритмії та РСЗ серед пацієнтів, які приймають CІЗЗС, CІЗЗСН та особливо ТЦА (Prasitlumkum et al., 2021). Деякі антидепресанти (міртазапін, венлафаксин, тразодон)

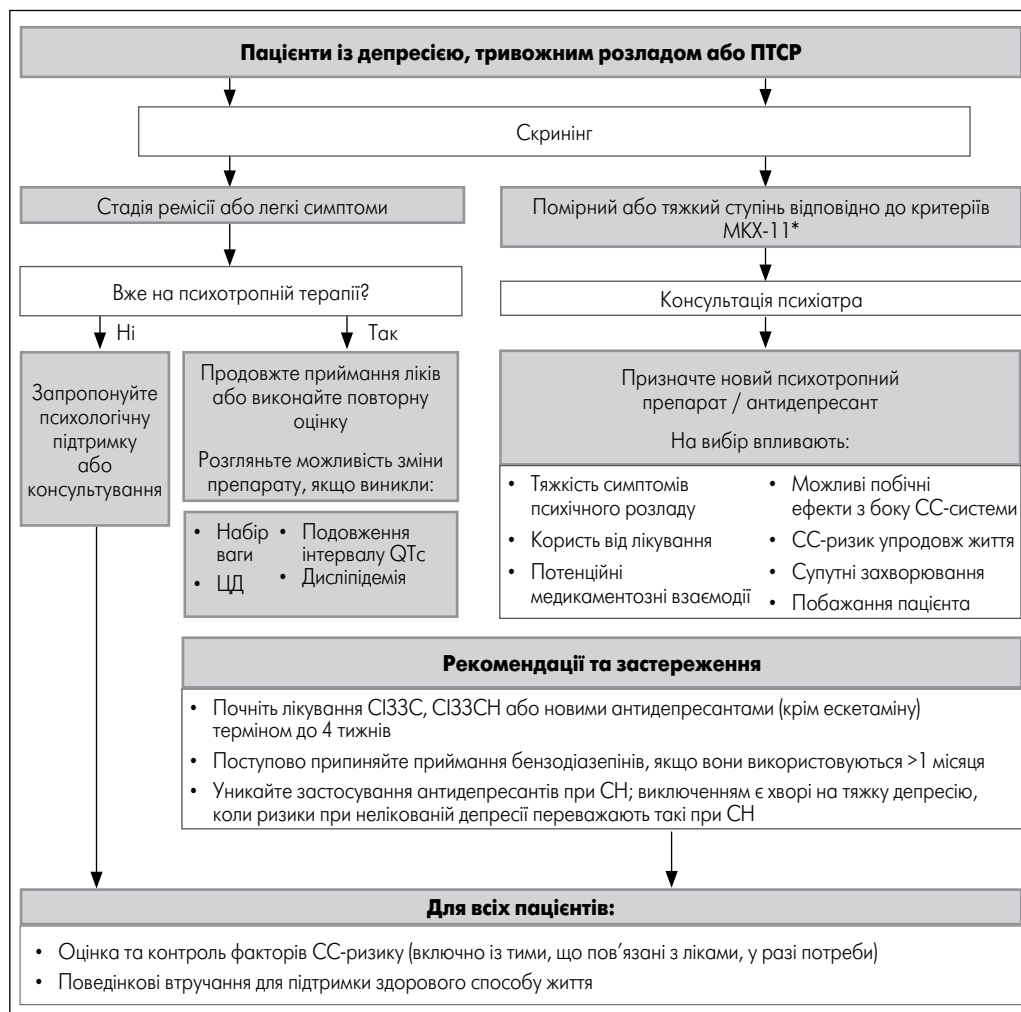


Рис. 2. Фармакологічне лікування ССЗ та депресії, тривожного розладу або ПТСР

Примітка: МКХ-11 – Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду.

не подовжували інтервал QTc у здорових добровольців. Окрім того, з використанням ТЦА пов'язане зменшення варіабельності серцевого ритму (Abbas et al., 2022; Alvares et al., 2016).

Важливо зауважити, що низка фармакокінетичних і фармакодинамічних взаємодій антидепресантів та препаратів для СС-системи можуть впливати на ефективність і безпеку лікування. Тому в особливих клінічних ситуаціях необхідний медикаментозний моніторинг, який полягає у вимірюванні та інтерпретації концентрацій препаратів у крові для оптимізації фармакотерапії.

Анкіолітики, седативні та снодійні засоби можуть використовуватися для лікування таких симптомів, як тривога й безсоння, які часто зустрічаються в осіб із ССЗ. Однак потенційні переваги необхідно зіставляти із ризиками, особливо за тривалого застосування ліків або приймання високих доз. У разі призначення терапії цими препаратами слід оцінювати можливість переходу на безпечнішу альтернативу – СІЗЗС для лікування тривожності або КПТ при безсонні.

Використання бензодіазепінів, особливо тривале або щоденне, пов'язане із підвищеним ризиком смерті від усіх причин. Також є певні дані, що препарати можуть збільшувати ймовірність СС-подій та смерті, особливо у літніх осіб (Weich et al., 2014; Liu et al., 2023).

Фармакологічне лікування психічних розладів залежно від ССЗ

Ішемічна хвороба серця. Фармакотерапія у пацієнтів з ІХС та психічними захворюваннями спрямована на зменшення проявів психічних розладів, модифікованих факторів СС-ризiku й поліпшення СС-результатів. Загалом для лікування гострого ІМ бажано уникати рутинного приймання бензодіазепінів та з обережністю додавати інші медикаменти, враховуючи потенційні взаємодії та побічні реакції (von Kanel et al., 2021). Курцям можна призначити бупропіон або вареніклін, оскільки вони є ефективними та безпечними для зменшення залежності від нікотину в короткостроковій перспективі (Benowitz et al., 2018). Якщо пацієнт із депресією приймає міртазапін, можна розглянути перехід на інші антидепресанти з меншою схильністю спричиняти набір ваги після консультації з психіатром (Galling et al., 2015).

Шлуночкові аритмії. В осіб зі шлуночковими аритміями необхідно оцінити зв'язок між аритміями та використанням антидепресантів. За наявності клінічної підозри бажано перейти на препарати, що асоційовані з меншою ймовірністю виникнення шлуночкових аритмій. Деякі антидепресанти мають здатність змінювати реполяризацію шлуночків. Так, циталопрам/есциталопрам, можливо, підвищують ризик подовження інтервалу QTc у дозах понад 20 мг порівняно із плацебо. ТЦА пов'язані з підвищеним ризиком подовження інтервалу QTc порівняно з новими антидепресантами.

Серцева недостатність. У хворих на СН ефективність антидепресантів та/або антипсихотиків вивчено недостатньо (Das et al., 2019). Тому перед початком лікування мультидисциплінарна психокардіологічна команда має виконати ретельну оцінку ризиків та переваг. Дійсно, попри те, що психічні розлади підвищують ризик несприятливих наслідків та смерті в осіб із СН, неконтрольоване використання антидепресантів може збільшити ймовірність побічних ефектів із боку СС-системи та медикаментозних взаємодій, особливо серед пацієнтів похилого віку або немічних хворих (He et al., 2020).

Якщо лікування антидепресантами при ССЗ є необхідним, слід брати до уваги такі важливі нюанси:

1. СІЗЗС вважаються безпечнішим за інші класом антидепресантів для використання при СН, оскільки пов'язані з нижчою частотою побічних ефектів із боку СС-системи (як-от менша ймовірність виникнення ортостатичної гіпотензії або тахікардії, незначний вплив

на внутрішньошлуночкову провідність) (Watson et al., 2009). Однак варто враховувати те, що СІЗС можуть спричиняти подовження інтервалу QTc і підвищувати ризик кровотечі в осіб похилого віку, які отримують антиагреганти або антикоагулянти, та посилювати секрецію шлункової кислоти (de Abajo et al., 2011).

2. Завдяки мінімальному інгібуванню ферментів СYP, сертралін, циталопрам та есциталопрам мають нижчий ризик медикаментозної взаємодії порівняно із флувоксаміном, флуоксетином та пароксетином.

3. Бета-блокатори, статини, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, блокатори рецепторів ангіотензину, ацетилсаліцилова кислота, антагоністи альдостеронових рецепторів та інгібітори натрій-залежного котранспортера глюкози 2-го типу (iNЗКТГ-2) не асоційовані з підвищеним ризиком депресії (Riemer et al., 2021).

4. Венлафаксин та дулоксетин доцільно застосовувати з обережністю особам із СН через недостатню кількість доказів, які до того ж є суперечливими (Colucci et al., 2008).

Діуретики пов'язані з вищим ризиком депресії в осіб із СН (Zhang et al., 2022). Призначення інгібіторів моноаміноксидази та ТЦА для лікування депресії при СН слід уникати, оскільки вони можуть спричинити погіршення перебігу СН, ортостатичну гіпотензію та шлуночкові аритмії (Terpy et al., 2016).

Менеджмент пацієнтів із ТПР

та серцево-судинним ризиком чи ССЗ

Підвищений СС-ризик у пацієнтів із ТПР

Етіологія ССЗ в осіб із ТПР є багатофакторною та включає генетичні/біологічні, специфічні для захворювання й терапії ефекти, фактори способу життя та відмінності в лікуванні, які взаємопов'язані (Polcwiartek et al., 2024).

При веденні пацієнтів із ТПР та ССЗ необхідно дотримуватися рекомендацій, наданих Європейською психіатричною асоціацією (ЕРА) за підтримки Європейської асоціації з вивчення діабету (ЕАСД) та Європейського товариства кардіологів (ESC) (De Hert et al., 2009). Основні моменти включають такі:

1. Психіатри та лікарі загальної практики мають проводити рутинний скринінг факторів СС-ризiku на всіх стадіях психічного розладу незалежно від віку, при цьому початкову оцінку слід виконувати під час першого візиту та перед призначенням антипсихотиків.

2. Усі хворі на ССЗ, які приймають антипсихотики, мають перебувати під активним наглядом щодо модифікованих факторів ризику на початку терапії, через 12 тижнів та надалі принаймні щорічно.

3. Пацієнтів із чинниками СС-ризiku необхідно контролювати на початку лікування та повторно оцінювати через 6 і 12 тижнів після старту приймання нового антипсихотика, а також періодично, залежно від наявності факторів ризику.

4. Після ініціації антипсихотичного лікування, що асоційоване із побічними ефектами з боку СС-системи (як-от подовження інтервалу QTc або тахікардія), рекомендовано виконувати електрокардіограму на початку терапії, через 1, 6 та 12 тижнів, а потім щорічно.

Вплив антипсихотиків на СС-ризик при ТПР

Доведено, що застосування антипсихотиків тривалої дії та антипсихотиків другого покоління чинить протективний ефект щодо смерті з усіх причин порівняно з відсутністю лікування. Найбільші переваги спостерігалися при використанні ін'єкційних антипсихотиків другого покоління із тривалою дією, клоzapіну, будь-яких ін'єкційних антипсихотиків тривалої дії та будь-яких антипсихотиків другого покоління (Correll et al., 2022).

За даними дослідження із медіаною спостереження ~4 роки, СС-смертність була значно нижчою серед пацієнтів із шизофренією, які отримували будь-яке лікування антипсихотиками, ніж у тих, хто ці препарати не приймав. Деякі антипсихотики (ін'єкційний оланзапін тривалої дії та пероральний флупентиксол) були пов'язані зі значним зниженням ризику смерті від ССЗ порівняно з відсутністю їх застосування. Своєю чергою клозапін знижував летальність від усіх причин на 61% та ризик СС-смерті на 45% порівняно із відсутністю терапії (Taipale et al., 2020).

Проте за певними даними, використання антипсихотиків корелює із підвищеним ризиком ІМ або інсульту в осіб із шизофренією та біполярним розладом порівняно із плацебо (Rotella et al., 2020).

Сприятливі результати щодо лікування антипсихотиками, можливо, пояснюються кращою прихильністю до терапії даними препаратами у пацієнтів із ТПР. Імовірно, це пов'язано зі зниженням ризику відміни приймання протидіабетичних, антигіпертензивних препаратів, статинів та β -блокаторів у хворих на шизофренію (Solmi et al., 2022).

Контроль модифікованих факторів серцево-судинного ризику в осіб із ТПР

Контроль модифікованих факторів СС-ризiku в пацієнтів із ТПР передбачає корекцію способу життя (здорове харчування, фізична активність, контроль маси тіла, відмова від куріння), навчання й підвищення обізнаності хворих, поведінкове консультування та підтримку з боку близьких.

Загалом пацієнтам із ТПР, які мають надмірну масу тіла або ожиріння, слід рекомендувати знизити вагу. Метформін наразі є препаратом першої лінії для лікування надмірної ваги, пов'язаної з прийманням антипсихотиків (Prasad et al., 2023). Відповідно до оновлених рекомендацій, доцільним є використання агоністів рецепторів глюкагоноподібного пептиду-1 та ІНЗКТГ-2

як альтернативи метформіну за супутніх ССЗ та захворювань нирок, незалежно від контролю глікемії (ESC, EASD, 2020). Однак досі немає даних, які б підтверджували доцільність їх використання за надмірної ваги на тлі застосування антипсихотиків та наявності ЦД (Cosentino et al., 2020).

Фармакотерапія при ТПР залежно від серцево-судинного ризику

Медикаментозне лікування осіб із ТПР передбачає застосування різних психотропних препаратів довгостроково, що значною мірою залежить від стадії захворювання та супутніх патологій. Пацієнтам із шизофренією, іншими психотичними та біполярним розладами призначають антипсихотики, іноді – в поєднанні

БАГАТОФАКТОРНА ЕтіОЛОгіЯ СС-РизикУ В ПАцієНтів із ТПР

Фактори, що підвищують СС-ризик при ТПР

- Нездоровий спосіб життя, ожиріння, дисліпідемія, ЦД
- Деякі психотропні препарати, що можуть посилювати чинники СС-ризiku (як-то ЦД, ожиріння, дисліпідемія)
- Менша ймовірність оцінки СС-ризiku
- Відсутність контролю міждисциплінарної команди
- Недостатнє отримання медичної допомоги на основі доказів / рекомендованої терапії при ССЗ, ЦД, ожирінні, дисліпідемії
- Погано контрольовані психічні захворювання

Фактори, що знижують СС-ризик при ТПР

- Лікування психотропними препаратами, що є дієвим при ТПР, покращує психічне здоров'я та прихильність до всіх видів терапії
- Оптимізація фармакотерапії та контроль метаболічних побічних ефектів
- Регулярна оцінка та контроль чинників СС-ризiku
- Взаємодія фахівців у галузі ССЗ, психічного здоров'я та лікарів первинної медичної допомоги
- Підвищення обізнаності пацієнтів та адекватна підтримка з боку медичних працівників

з антидепресантами, стабілізаторами настрою та часто – з анксіолітиками або седативними засобами. Те саме стосується тяжкої рекурентної депресії, коли антипсихотики додаються до антидепресантів.

Хоча медикаментозне лікування ТПР пов'язане зі зниженням ризику розвитку ССЗ порівняно з його відсутністю, раціональна фармакотерапія має важливе значення, оскільки приймання деяких препаратів все ж асоційоване з СС-ризиками.

Раціональна фармакотерапія для хворих на ТПР ґрунтується на багатофакторному підході, що включає:

- призначення монотерапії, коли це можливо;
- використання препаратів із меншою схильністю спричиняти ССЗ або посилювати СС-ризик;
- додавання ліків для запобігання факторам СС-ризiku;
- врахування потенційних медикаментозних взаємодій та моніторинг побічних ефектів із боку СС-системи у разі початку приймання нового препарату;
- забезпечення належного дотримання режиму лікування психіатричних розладів.

Лікування ССЗ в осіб із ТПР

Фармакотерапія при ССЗ і ТПР потребує належної комунікації та співпраці фахівців у галузі психічного здоров'я та ССЗ. Для поліпшення лікування та вторинної профілактики у таких хворих необхідно:

1. Підвищити обізнаність фахівців у галузі психічного здоров'я та лікарів первинної медичної допомоги щодо важливості контролю факторів СС-ризiku.
2. Сприяти дотриманню режиму приймання психотропних засобів; можуть бути корисними ін'єкційні препарати тривалої дії.
3. Зменшити кількість психотропних ліків, якщо це можливо.
4. Перейти на препарати, асоційовані з меншою ймовірністю виникнення метаболічного синдрому, після консультації з психіатром та оцінки ризику рецидиву.
5. Акцентувати на важливості модифікації способу життя та призначати препарати для профілактики ССЗ за потреби.

ВИСНОВКИ

Клінічна консенсусна заява ESC (2025) містить всебічний огляд доказів щодо взаємозв'язку психічного здоров'я та СС-системи з акцентом на необхідності інтеграції оцінки й контролю психічного здоров'я у рутинну практику при веденні пацієнтів із ССЗ. Зокрема, слід докласти соціальних та клінічних зусиль для боротьби зі стигматизацією психічних розладів у загальній популяції та системах охорони здоров'я, щоб поліпшити надання медичної допомоги хворим на ССЗ та психічні захворювання, включно із ТПР.

Підготувала Олена Коробка

*Оригінальний текст документа читайте на сайті
www.escardio.org*