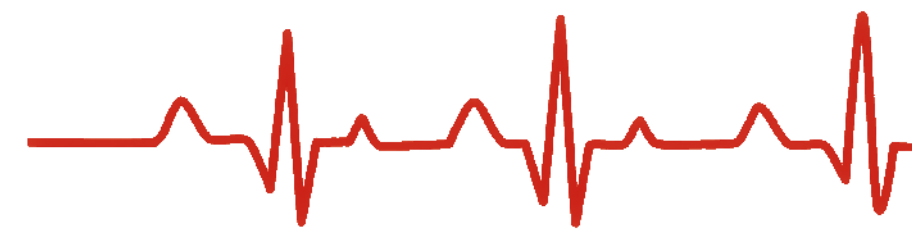


FARMAKOTERAPIA

Od propranololu do wenlafaksyny, czyli pacjent lękowy w gabinecie kardiologicznym



Umiejętne stosowanie leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi może zmniejszyć częstość występowania poważnych incydentów kardiologicznych.

Lęk to zjawisko fizjologiczne, nasz sprzymierzeniec. Pomaga adaptować się do wszystkich zmian w naszym otoczeniu, pokonywać przeszkody. Problem zaczyna się wtedy, kiedy jest patologiczny, bo wówczas nie napędza, tylko hamuje. Ważne jest, żeby odróżnić lęk od strachu, który ma sprecyzowane źródło, wynika z konkretnego zagrożenia. Przyczyna lęku jest trudna lub niemożliwa do sprecyzowania, zagrożenie pochodzi z „wnętrza człowieka” – wyjaśnia lek. Marta Żurek, specjalista psychiatrii.

Rozpoznanie lęku uogólnionego

Pacjent z lękiem uogólnionym (generalized anxiety disorder – GAD) nie powie wprost, że odczuwa lęk. Nie skupi się na sobie, tylko będzie opowiadał o problemach córki, poskarży się, że coś go uciska, jest zmęczony, nie może spać. Jeśli zapytamy go wprost o lęk, to przyzna, że notorycznie go ma, odczuwa też lęk przed samym lękiem, co oczywiście daje efekt kuli śnieżnej – wyjaśnia ekspertka. Dla osoby z GAD charakterystyczne są: ciągle zamartwianie się, pesymizm polegający na przewidywaniu najgorszych scenariuszy, szereg dolegliwości ze strony organizmu, takich jak zmęczenie, drażliwość, skłonność do gniewu, ucisk w gardle i klatce piersiowej, ból mięśni i głowy, zaburzenia snu, kołatanie serca.

Zgodnie z zaleceniami, aby rozpoznać GAD, zaburzenia muszą się utrzymywać przynajmniej 6 miesięcy. *– Uważam, że 6 miesięcy życia w lęku to za długo. Warto rozpocząć leczenie wcześniej, dlatego że długotrwałe lęki płynnie przejdą w epizod depresji albo zaburzenia depresyjno-lękowe, a te leczy się dłużej i trudniej. Współwystępowanie GAD z innymi chorobami psychicznymi sięga 80 proc. – mówi lek. Marta Żurek.*



U stabilnych kardiologicznie pacjentów pomocna może być terapia poznawczo-behawioralna, jednak po ciężkich incydentach wieńcowych oraz świeżym zawałe serca pierwszym wyborem zawsze będzie farmakoterapia

Propranolol – liczne działania niepożądane

U stabilnych kardiologicznie pacjentów pomocna może być terapia poznawczo-behawioralna, jednak po ciężkich incydentach wieńcowych oraz świeżym zawałe serca pierwszym wyborem zawsze będzie farmakoterapia.

Jakie leki przeciwlękowe można zalecić pacjentom kardiologicznym?

Propranolol to przedstawiciel β -adrenolityków. W psychiatrii wykorzystywany jest głównie do opanowania stresu sytuacyjnego i lęku uogólnionego, szczególnie typu somatycznego, a także w akatazjach wywołanych lekami psychotropowymi, w zespole stresu pourazowego (post-traumatic stress disorder – PTSD), zachowaniach przemocowych. Dawka propranololu stosowana w leczeniu GAD to 40–120 mg/dobę.

– Liczba wskazań do tego leku wymienionych w charakterystyce produktu leczniczego jest imponująca, gdy typowe leki psychiatryczne mają 3–4 wskazania. Wady propranololu to przede wszystkim liczne objawy niepożądane i bardzo krótki czas działania – stąd konieczność przyjmowania go 3 razy na dobę. Propranolol może wywoływać bradykardię, hipotonię, zawroty głowy, sedację, przyrost masy ciała, hipoglikemię lub hiperglikemię, skurcz oskrzeli – wylicza specjalista.

Korzystne dla serca SSRI i SNRI

Lekami pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń lękowych są inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (selective serotonin reuptake inhibitor – SSRI) oraz inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor – SNRI). Mogą być one przyjmowane o dowolnej porze, niezależnie od posiłku, raz na dobę. Objawy niepożądane, jeśli się pojawiają, są przemijające. Ponieważ leki te nie powodują uzależnienia, mogą być stosowane przewlekle. SSRI wykazują korzystne działanie w obrębie układu sercowo-naczyniowego: hamują czynność płytek krwi, stabilizują funkcję śródbłonka, działają przeciwpalnie. Można je bezpiecznie łączyć z lekami kardiologicznymi.

Citalopram to SSRI wskazany w leczeniu lęku u ludzi starszych. W badaniach udowodniono, że jest on dla nich bezpieczny, zwłaszcza w dawce 20 mg/dobę. Wpływa na wyciszenie chorego, dlatego u pacjentów lękowych z pobudzeniem psychomotorycznym będzie lekiem pierwszego rzutu.



lek. Marta Żurek: Uważam, że 6 miesięcy życia w lęku to za długo. Warto rozpocząć leczenie wcześniej, dlatego że długotrwałe lęki płynnie przejdą w epizod depresji albo zaburzenia depresyjno-lękowe, a te leczy się dłużej i trudniej

– O escitalopramie mówimy, że jest lekiem dla młodych mężczyzn. To dlatego, że spośród SSRI najrzadziej powoduje zaburzenia potencji. Stosujemy go w zaburzeniach lękowych z napadami lęku panicznego. Wykazuje szybszy efekt działania niż pozostałe SSRI. Wraz z citalopramem daje najmniej interakcji spośród SSRI na poziomie cytochromów CYP2D6 oraz CYP3A4 – wyjaśnia lek. Marta Żurek.

Sertralina należy do grupy SNRI. W badaniach klinicznych udowodniono, że jest bezpieczna dla układu sercowo-naczyniowego. Została bardzo dobrze przebadana między innymi u pacjentów ze świeżym zawałem serca. Nie wchodzi w interakcje z β -adrenolitykami i digoksyną, ale już w przypadku statyn trzeba zachować ostrożność, bo możliwy jest wzrost HMG-CoA. W badaniach jednoczesne stosowanie sertraliny w dawce 200 mg/dobę oraz warfaryny powodowało niewielkie, ale istotne statystycznie wydłużenie czasu protrombinowego, co w rzadkich przypadkach może zmniejszać wartość INR.

Dawką terapeutyczną wenlafaksyny (z grupy SNRI) w GAD jest 150–225 mg/dobę. Działa ona silniej w zaburzeniach lękowych niż SSRI. Jest zalecana chorym, u których SSRI nie działają albo którzy mają liczne somatyzacje, w tym dolegliwości bólowe. Wenlafaksyna zmniejsza zmienność częstości akcji serca u osób z zaburzeniami depresyjnymi, prawdopodobnie w wyniku hamowania wychwytu zwrotnego noradrenaliny. Wywołuje mniej krwawień w połączeniu z lekami przeciwkrzepliwymi i przeciwplytkowymi. Może powodować wzrost ciśnienia tętniczego, ale – jak pokazały badania – w dużych dawkach (powyżej 225 mg/dobę). Im większa dawka, tym wahania ciśnienia mogą być większe.



Fot. Depositphotos



Badania kliniczne nie potwierdziły wpływu leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych na wzrost ryzyka wystąpienia myśli i czynów samobójczych w grupie chorych w wieku 25–65 lat, a u pacjentów powyżej 65 lat wręcz wykazały zmniejszenie skłonności samobójczych w przypadku ich stosowania

Stosowanie leków psychiatrycznych u pacjentów kardiologicznych

Przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych i przeciwplytkowych nie jest przeciwwskazaniem do włączenia SSRI, SNRI czy pregabaliny.

Po 7 dniach terapii przeciwlękowej należy ocenić działania niepożądane. Jeżeli pacjent jest w stanie je zaakceptować, leczenie powinno być kontynuowane. Skuteczności leku nie ocenia się przed upływem 4 tygodni. Leki zaczynają działać między 4. a 6. tygodniem. Trzeba o tym powiedzieć pacjentowi, by wiedział, że nie ma tabletki-cud. Stosowanie leków przeciwdepresyjnych u pacjentów z dławicą piersiową lub po przebytych zawałach serca może zmniejszyć częstość występowania incydentów kardiologicznych.

Prospektywne badanie kohortowe z 2005 r. przeprowadzone na grupie ponad tysiąca chorych ze stabilną chorobą wieńcową wykazało większe o 31 proc. ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych u osób nieleczonych lekami przeciwdepresyjnymi w przypadku depresji i zaburzeń lękowych.

Czego obawiają się lekarze?

Po tych lekach po pewnym czasie może wystąpić efekt nasycenia (zjawisko *poop-out*). Wtedy należy zwiększyć dawkę, ewentualnie zmienić SSRI na SNRI.

Lekarze boją się zespołu serotoninowego (pobudzenie, hipertermia, drżenie mięśniowe, drgawki kloniczne mięśni), czyli przedawkowania hormonu. Dochodzi do niego niezwykle rzadko. Obawy wzbudza wspomniany w ulotkach leków przeciwdepresyjnych i przeciwlękowych wzrost ryzyka wystąpienia myśli i czynów samobójczych. Rzeczywiście, takie przypadki były opisywane wśród pacjentów do 24. roku życia. Badania kliniczne nie potwierdziły takiego wpływu w grupie chorych w wieku 25–65 lat, a u pacjentów powyżej 65 lat wręcz wykazały zmniejszenie skłonności samobójczych w przypadku stosowania tych leków.

Pregabalina, benzodiazepiny

Pregabalina jest dość nowym lekiem, głównie przeciwpadaczkowym, ale także o potencjale przeciwlękowym. Podaje się ją chorym z zaburzeniami lękowymi, bez objawów depresyjnych. Charakte-

ryzuje ją szybkie działanie – efekty są odczuwane w ciągu tygodnia. Dobrze działa w połączeniu z SSRI i SNRI. Jej wadą jest powodowanie wzrostu masy ciała. Ponadto u ludzi starszych bardzo dużo jest zaburzeń równowagi i zawrotów głowy. Dlatego najlepiej, jeśli jest stosowana na noc. Należy też uczulić rodzinę chorego, że może się pojawić takie działanie niepożądane. Pregabalina wywołuje objawy zespołu abstynencyjnego i uzależnienia. Benzodiazepiny działają błyskawicznie, ale lista działań niepożądanych jest długa i obejmuje uzależnienie. Nie zaleca się ich do długotrwałego stosowania. Alprazolam podaje się chorym w ostrej fazie zawału serca, czyli w trakcie pobytu w szpitalu. Nie należy wypisywać tego leku pacjentowi do stosowania w domu. Zespół odstawienny po benzodiazepinie bywa dużo gorszy niż zespoły odstawienne poalkoholowe.

Tekst jest opracowaniem wykładu wygłoszonego podczas XXVI Międzynarodowego Kongresu Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Katowice, 22–24 września 2022 r.).