

FRYSKA, Zuzanna, KUCIŃSKI, Jakub, KULIK, Kacper, MATUSZ, Krystian, BURCZYK, Rafał, GÓRNA, Natalie, MAZUREK, Ewelina & WOLEJKO, Adam. Co-occurrence of depression and chronic diseases. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;13(4):226-233. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.13.04.026>  
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/42430>  
<https://zenodo.org/record/7675796>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu).  
© The Authors 2023;  
This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 05.02.2023. Revised: 22.02.2023. Accepted: 25.02.2023.

## Co-occurrence of depression and chronic diseases

Zuzanna Fryska

Uniwersytecki Szpital Kliniczny in Poznań, Poznan University of Medical Sciences

<https://orcid.org/0000-0002-8055-2897>

Jakub Kuciński

Centralny Szpital Kliniczny in Warsaw, Medical University of Warsaw

<https://orcid.org/0000-0002-1331-8339>

Kacper Kulik

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego SPZOZ in Lublin

<https://orcid.org/0000-0003-3829-5740>

Krystian Matusz

Zakład Anatomii Prawidłowej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego in Poznań

<https://orcid.org/0000-0003-2668-1556>

Rafał Burczyk

Nicolaus Copernicus University in Toruń, Collegium Medicum in Bydgoszcz

<https://orcid.org/0000-0002-1650-1534>

Natalie Górna

Klinika Ortodoncji i Dysfunkcji Narządu Żucia, Poznan University of Medical Sciences

<https://orcid.org/0000-0001-8588-3241>

Ewelina Mazurek

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej in Lubartów

<https://orcid.org/0000-0002-5687-313X>

Adam Wołejko

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo Leczniczym in Poznań

<https://orcid.org/0000-0002-1815-8370>

Keywords: depression, chronic disease, coexistence, public health

Abstract

INTRODUCTION

Depression is a common and serious mood disorder mainly manifested by sadness, anhedonia, lack of hope and interest in activities once enjoyed. According to WHO depression is a leading cause of disability and inability to work worldwide. Chronic disease is every condition lasting more than 1 year and requiring medical attention. The aim of this article is to show challenges of depression and chronic diseases coexistence.

DISCUSSION

Depression might be a factor causing difficulties in diagnosing chronic diseases as patients are less likely to cooperate. On the other it might lead to worse compliance and higher risk of chronic diseases' development. Studies show depression coexisting with chronic illnesses is a valid problem for public health and aggravates the course and effects of treatment of those conditions. Treating an underlying disease is as important as treating depression itself as it might lead to reduction in symptoms of depression. Moreover doctors should choose drugs having regard to depression as well as lingering conditions.

## SUMMARY

Depression still seems to be diminished and ignored in patients with chronic illnesses even though it is proved to have a destructive influence on the health of patients. It is of high importance to raise an awareness of doctors on that subject and its scale. There are plenty of treatment methods for depression in case of chronic diseases co-occurrence which gives hope for improving a quality of life of patients and achieving better effects of therapy of an underlying disease.

### 1. Wstęp

Depresję określamy jako utratę radości z życia, spadek odczuwania przyjemności, umiejętności cieszenia się z wydarzeń, które do tej pory wywoływały poczucie szczęścia, a także ograniczenie aktywności życiowej, utratę dotychczasowych zainteresowań, trudności w podejmowaniu codziennych czynności i działań, aż do skrajnego zaniechania tych czynności. Według WHO depresja stanowi główną przyczynę niesprawności i niemożności podejmowania pracy na świecie. W 2021 roku była czwartą najczęstszą chorobą na świecie. Jest ona również jedną z głównych przyczyn samobójstw. Według ekspertów szacuje się, że do 2030 roku depresja stanie się najczęściej diagnozowaną chorobą w społeczeństwie [1]. Wśród przyczyn depresji wyróżniamy: przyczyny biologiczne (czynniki genetyczne, stan zdrowia somatycznego, choroby przewlekłe, uzależnienia), psychologiczne (trudne sytuacje życiowe) oraz społeczno-kulturowe (relacje z innymi ludźmi, sytuacja zawodowa). Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczenia z rozpoznaniem (głównym lub współlistniejącym) depresji udzielono około 631,6 tys. osobom. W populacji pacjentów pod względem płci dominujące były kobiety (73%), a pod względem wieku osoby mające 55–64 lata (24%). Liczba zwolnień z powodu ciężkiej depresji wyniosła 300 tys. w 2018 r. i pozostawała na podobnym poziomie w latach 2013–2018. Powyższe dane jednoznacznie wskazują, jak wielkie wyzwanie stanowi depresja w kontekście zdrowia publicznego [2]. W związku z procesem starzenia się społeczeństwa, choroby przewlekłe zdają się być jednym z istotniejszych czynników rozwoju depresji, która z kolei nie pozostaje bez wpływu na ich przebieg. W niniejszej pracy pragniemy zatem poświęcić szczególną uwagę pacjentom cierpiącym równocześnie z powodu chorób przewlekłych oraz depresji. Badania wykazały, że depresja ma negatywny wpływ na wyniki leczenia choroby podstawowej i udowodniły, iż nawet stosując właściwą dla danej jednostki chorobowej terapię, jednak bez jednoczesnego leczenia depresji, maleje prawdopodobieństwo uzyskania celu terapeutycznego [3]. Depresja to choroba, która dotyka znacznej liczby chorych przewlekłe pacjentów, dlatego tak ważne jest jej rozpoznanie [4, 5]. Należy podkreślić, że depresję można skutecznie leczyć, a tym samym zwiększyć szansę na uzyskanie pożądaných efektów terapii choroby podstawowej oraz polepszenie komfortu życia pacjenta [6].

### 2. Metodologia

Dokonano przeglądu literatury dostępnej w bazie *National Library of Medicine* pod adresem <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> oraz Google Scholar. Artykuły wyszukiwano przez zastosowanie słów kluczowych „objawy”, „depresja”, „choroby przewlekłe”, „choroby układu sercowo-naczyniowego”, „cukrzyca”, „nowotwory”, „nadciśnienie tętnicze”, „choroby reumatyczne” i „choroby tarczycy”. Przeanalizowano 61 prac badawczych i metaanaliz. Z przeglądu wyodrębniono najważniejsze cechy charakterystyczne, objawy, przebieg oraz sposoby leczenia dotyczące depresji w przebiegu chorób przewlekłych. Dane pochodzące z wyżej wymienionych badań wykorzystano do sformułowania wniosków.

### 3. Dyskusja

#### 3.1. Rozpoznanie

Zgodnie z obowiązującą klasyfikacją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 Revision) rozpoznanie depresji stawia się na podstawie wywiadu i badania klinicznego [7, 8]. Pacjenci często nie wspominają o pewnych symptomach, dlatego bardzo ważne jest bezpośrednie zapytanie ich o obecność przygnębienia, spadku aktywności czy też zainteresowania otoczeniem. Wg klasyfikacji do najważniejszych objawów zespołu depresyjnego należą: obniżenie nastroju, anhedonia (utrata zdolności do przeżywania przyjemności), obniżenie napędu, objawy somatyczne (np. zaburzenia snu), objawy lęku. Często obserwuje się również osłabienie koncentracji, poczucie winy i niskiej wartości, pesymistyczne widzenie przyszłości, zmniejszony apetyt, myśli i czyny samobójcze [7, 9]. Istotny jest czas trwania objawów — jeśli utrzymują się powyżej dwóch tygodni należy rozpoznać epizod depresyjny, który, w zależności od nasilenia objawów, może być łagodny, umiarkowany lub ciężki. Zgodnie z interpretacją autorów klasyfikacji ICD-10 epizod depresyjny obejmuje obecne w psychiatrii europejskiej pojęcie depresji endogennej, występującej w przebiegu chorób afektywnych, natomiast w amerykańskiej klasyfikacji DSM-IV (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of*

*Mental Disorders*) pojęcie to wpisuje się w obraz tak zwanej dużej depresji (ang. *major depression*) [7, 8, 10]. Postawienie wstępnego rozpoznania ułatwia w codziennej praktyce lekarskiej zadanie dwóch pytań z Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta-2 (ang. *Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2*):

— Czy w ciągu ostatniego miesiąca często był Pan/ /Pani przygnębiony/a, w depresyjnym nastroju lub pozbawiony/a nadziei?

— Czy w ciągu ostatniego miesiąca często odczuwał/a Pan/Pani spadek zainteresowania lub przyjemności w działaniu?

Uzyskanie dwóch odpowiedzi twierdzących pozwala wstępnie rozpoznać stan depresji (czułość 96%, swoistość 57%) [11].

### 3.2. Choroby przewlekłe

Definicje chorób przewlekłych są różne i zależnie od źródeł zalicza się do nich nawet 150 chorób. Wg WHO choroby przewlekłe nie są przekazywane z pokolenia na pokolenie, charakteryzuje je długotrwałość i na ogół powolny rozwój [12]. Najczęstszym schorzeniem przewlekłym doświadczanym przez dorosłych jest wielochorobowość, czyli współistnienie wielu przewlekłych chorób lub stanów [13].

Do czterech głównych typów zaliczamy: przewlekłe choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory, przewlekłe choroby układu oddechowego, cukrzyca [14]. Jako elementy wspólne chorób przewlekłych wskazuje się:

- złożoną przyczynowość,
- długi okres rozwoju, podczas którego mogą nie występować objawy,
- przedłużający się przebieg choroby, mogący prowadzić do innych komplikacji zdrowotnych,
- powiązane upośledzenie czynnościowe lub niepełnosprawność [15].

Do objawów i współobjawów, które postępują w czasie, zalicza się wahania masy i temperatury ciała, ból, problemy jelitowo-żołądkowe, duszności, problemy skórne, oraz objawy mniej swoiste m.in zmęczenie czy zaburzenia depresyjne [16, 17].

### 3.3 Objawy depresji u pacjentów chorych przewlekłe

Depresja może być powodem trudności w rozpoznaniu chorób przewlekłych w związku z brakiem współpracy pacjenta. Odczuwając brak siły bądź chęci do życia pacjenci mogą nie zgłaszać zaburzeń somatycznych lub zrzucać obecność objawów na karb depresji. Podobny mechanizm może działać w drugą stronę. Początkowe objawy depresji mogą być uznawane za nowy objaw bądź progresję aktualnej choroby i opóźnić zgłoszenie się do lekarza, a w konsekwencji diagnostykę i włączenie leczenia. Współistnienie przewlekłych chorób oraz depresji stanowi narastający problem starzejących się społeczeństw. Niepełnosprawność i słaby stan zdrowia mogą prowadzić do zaburzeń adaptacyjnych z przewagą depresji lub mogą wywołać cięższe epizody depresji niż te występujące w przeszłości. [18] Niepełnosprawność może dotknąć ludzi w każdym wieku. U osób starszych często jest spowodowana progresją chorób neurologicznych np. choroba Alzheimera czy Parkinsona. Natomiast u młodszych niepełnosprawność wynika najczęściej z wypadków, choć nie można zapominać o chorobach nieuleczalnych typu dystrofia mięśniowa Duchenne'a, stwardnienie rozsiane lub stwardnienie zanikowe boczne. U części osób starszych w trakcie epizodu depresyjnego pojawia się demencja, która mimo że jest odwracalna, to może się utrzymywać po remisji depresji, a nawet u 40% chorych może prowadzić do nieodwracalnej formy demencji w ciągu 3 lat. [19] Skupienie się na zaburzeniach poznawczych i brak poszerzenia postępowania diagnostycznego może spowodować niewykrycie depresji jako ich przyczyny. Powszechne choroby, które mogą współistnieć z depresją to niewydolność serca, niedoczynność tarczycy, nowotwór złośliwy, choroba Parkinsona czy niedożywienie. Ponadto, wiele leków, które często zażywają osoby przewlekłe chore, może być odpowiedzialnych za wywoływanie objawów depresyjnych. Należą do nich np. beta-blokery, leki antyhistaminowe czy NLPZ. [20] W trakcie diagnostyki depresji należy pamiętać o wyżej wymienionych lekach, ponieważ są one stosowane przez wielu pacjentów. W przypadku wystąpienia objawów depresyjnych przed włączeniem leczenia przeciwdepresyjnego należy w miarę możliwości odstawić leki o takim profilu działań niepożądanych lub można spróbować rotacji leków na inne o mniejszym potencjale obniżającym nastrój. Jak donosi *Bair M.J. i inni* u pacjentów z depresją obecność przewlekłego bólu zgłasza 15-100% (średnio 65%), a u pacjentów leczonych przewlekłe w poradniach leczenia bólu depresja współwystępowała u 1,5-100% (średnio 52%) pacjentów. Ból może powodować ograniczenie sprawności fizycznej oraz znacznie obniżyć jakość życia, dlatego tak ważne jest jego skuteczne leczenie. Ból występuje w wielu chorobach, jednakże najczęstszą przyczyną silnego bólu przewlekłego są choroby nowotworowe. Opanowanie przewlekłych doznań bólowych ogranicza wpływ choroby na pacjenta oraz powoduje zmniejszenie nasilenia się objawów depresyjnych. [21] Badania w krajach rozwiniętych pokazują, że około 20-30% populacji odczuwa przewlekły ból. [22] Wielochorobowość jest definiowana jako jednoczesne występowanie u pacjenta dwóch lub więcej chorób. [23] Wielochorobowość może prowadzić do depresji poprzez pogłębianie się objawów, wystąpienie niepełnosprawności, obniżającą się jakość życia, ból czy przekonania na temat choroby i

mechanizmy adaptacyjne. [24, 25] Z drugiej strony, depresja może prowadzić do gorszego stosowania się do zaleceń lekarskich i zwiększać ryzyko zapadania i rozwoju chorób przewlekłych. [26]

### 3.4. Wpływ depresji na rokowanie u chorych przewlekle

Badania jasno pokazują, że depresja współwystępująca z chorobami przewlekłymi, pogarszając jakość życia pacjentów, obniżając sprawność fizyczną oraz zwiększając częstość korzystania z opieki zdrowotnej, wywiera istotny wpływ na rokowanie u pacjentów [27-31]. W dużym badaniu World Health Survey (WHO) wykazano, że współwystępowanie przewlekłych schorzeń fizycznych (takich jak dusznica bolesna, astma, cukrzyca i zapalenie stawów) oraz depresji jest powszechne, a osoby z chorobami przewlekłymi są istotnie statystycznie bardziej narażone na depresję niż osoby bez niej. Ponadto wykazano, że depresja współistniejąca z innymi chorobami przewlekłymi powodowała znacznie istotniejsze pogorszenie stanu zdrowia niż jedna lub więcej chorób przewlekłych; efekt ten okazał się znacznie wyraźniejszy w przypadku depresji współistniejącej z cukrzycą [27]. Wyniki te znajdują potwierdzenie w innych badaniach, jak choćby przeprowadzonych wśród chorych na choroby układu sercowo-naczyniowego (które stanowią wiodącą przyczynę zgonów w krajach rozwiniętych). Wykazano w nich, że depresja często współistnieje z nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca i/lub z cukrzycą, stanowi istotny czynnik ryzyka sercowo-naczyniowego oraz współistniejąc z chorobami układu sercowo-naczyniowego istotnie pogarsza wyniki ich leczenia. Ponadto, badania te wykazały też, że współistnienie depresji z chorobą układu sercowo-naczyniowego często nie zostaje prawidłowo rozpoznawane, co dodatkowo może wpływać negatywnie na wyniki leczenia oraz rokowanie [31, 32]. W przypadku chorób układu oddechowego wyniki badań również nie są zaskakujące. Badania wielu autorów wykazują, że objawy depresji są częste u chorych z astmą oraz przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). Ponadto, depresja u starszych pacjentów z astmą i POChP wiąże się z istotnie częstszą ponowną hospitalizacją, odpowiednio 30- i 90-dniową. Występowanie depresji u tychże pacjentów istotnie pogarsza także wyniki leczenia [28, 33, 34]. Wpływ depresji u przewlekle chorych zbadano również u chorych onkologicznych. W meta-analizie badającej korelację pomiędzy śmiertelnością a depresją u tychże pacjentów wykazano, że zdiagnozowanie depresji oraz większa eskalacja objawów depresyjnych u pacjentów wiązała się z większą śmiertelnością [35]. Inni liczni autorzy wykazują poza tym, że u osób z chorobą nowotworową depresja i inne współistniejące choroby psychiczne są odpowiedzialne za pogorszenie jakości życia, gorsze przestrzeganie zaleceń lekarskich oraz wydłużenie hospitalizacji [36-39]. Również u pacjentów cierpiących na choroby reumatyczne często współwystępuje depresja i niejednokrotnie pozostaje ona u nich niezdiagnozowana [40, 41]. Wykazano, że u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, które jest jedną z najczęstszych chorób reumatycznych, współistniejąca depresja ma istotny wpływ na wiele aspektów, w tym zwiększenie aktywności choroby, wzrost częstości powikłań związanych z zapaleniem stawów, zmniejszenie szans na remisję choroby, zwiększenie poziomu bólu, pogorszenie jakości życia oraz wzrost śmiertelności [41]. Warto dodać, że bez leczenia depresja ma tendencję do przybierania przewlekłego przebiegu oraz nawrotów, z czasem wiążąc się z narastającą niepełnosprawnością [30, 42]. Pomimo tych danych, depresja, podobnie jak inne zaburzenia psychiczne, często nie jest uważana za dorównującą innym przewlekłym schorzeniom fizycznym pod względem wpływu na ogólny stan zdrowia [43, 44]. Powyższe dane wskazują na pilną potrzebę zajęcia się depresją jako jednym z priorytetów zdrowia publicznego w celu zmniejszenia obciążenia chorobami i niepełnosprawności oraz poprawy ogólnego stanu zdrowia populacji [27].

### 3.5 Leczenie farmakologiczne depresji u pacjentów przewlekle chorych

Zaburzenia depresyjne jako częste schorzenia towarzyszące przewlekłym chorobom somatycznym mogą istotnie pogarszać przebieg choroby przewlekłej oraz przyczyniać się do większej umieralności; w związku z tym niezwykle istotne jest skuteczne leczenie zarówno choroby podstawowej, jak i zaburzeń depresyjnych. Leki przeciwdepresyjne powinny być dobierane na podstawie czynników takich jak: wskazania i przeciwwskazania do leku w danej chorobie somatycznej, ryzyko interakcji z innymi lekami przyjmowanymi przez chorego, akceptowalne działania uboczne [45]. Innym ważnym aspektem jest ocena ciężkości epizodu depresyjnego; w przypadku łagodnego epizodu podobną skuteczność terapeutyczną osiągają psychoterapia oraz farmakoterapia, za to, jeśli epizod ma charakter umiarkowany lub ciężki, preferowana jest farmakoterapia. Antydepresanty ze wszystkich grup skutkują odpowiedzią na leczenie w przedziale 50-75%, co jest wynikiem dużo lepszym od placebo. Efekt przeciwdepresyjny przyjmowanego leku pojawia się zazwyczaj po 2-4 tygodniach terapii w odpowiednio wysokiej dawce. W przeprowadzonych analizach najlepszymi lekami pod względem zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa są sertralina i escitalopram, należące do selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (ang. *selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) [46]. Ze względu na swój profil działań niepożądanych są uważane za najbezpieczniejsze, a najczęstszymi działaniami ubocznymi są biegunka, bóle brzucha, nudności, wczesne uczucie sytości po jedzeniu, wzrost masy ciała, spadek libido; często objawy są najbardziej nasilone na początku terapii, z czasem zmniejszając nasilenie [47]. Jednak należy mieć na uwadze, że w przypadku przewlekłego przyjmowania leków przeciwkrzepliwych np. z powodu migotania przedsionków, równoczesne stosowanie leków z grupy SSRI może zwiększać ryzyko krwawienia. Należy się również wystrzeżać łączenia ich z tramadolem i tryptanami ze względu na możliwość wystąpienia zespołu

serotonergicznego. Występuje również ryzyko wydłużenia odstępu QT, szczególnie przy łączeniu citalopramu lub escitalopramu z lekami, których skutkiem ubocznym jest wydłużenie odstępu QT [48]. Innymi lekami stosowanymi w leczeniu depresji są trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (ang. *tricyclic antidepressants*, TCA), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (ang. *serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors*, SNRI), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy (ang. *norepinephrine-dopamine reuptake inhibitors*, NDRI), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny (ang. *norepinephrine reuptake inhibitor*, NRI), inhibitory monoaminooksygenazy (ang. *monoamine oxidase inhibitors*, MAOI) [46].

Do najczęściej występujących chorób przewlekłych należy choroba niedokrwienna serca. Planując terapię depresji w przebiegu tej jednostki chorobowej należy mieć na uwadze działanie niepożądane leków – w przeszłości powszechnie stosowane TCA obecnie straciły na znaczeniu ze względu na predysponowanie do hipotonii ortostaticznej, zaburzeń rytmu serca, wpływ na przewodnictwo w mięśniu sercowym, ujawniające się w EKG pod postacią wydłużenia odstępu PR, wydłużenia odstępu QT, spłaszczenie załamek T, obniżenie odcinka ST, tachykardię. Dodatkowo, TCA mogą prowadzić do wystąpienia bloków przedsionkowo-komorowych II i III stopnia, jeśli w przeszłości występowały zaburzenia przewodnictwa. Obecnie ta grupa leków została zastąpiona przez SSRI. Ich wpływ na układ sercowo-naczyniowy jest znacząco mniejszy niż TCA. Ujawnić się on może pod postacią zmniejszenia częstości pracy serca, w przeciwieństwie do TCA nie powodują zmian w EKG (poza citalopramem i escitalopramem, które wydłużają odstęp QT) oraz nie prowadzą do hipotonii ortostaticznej i nie mają działania proarytmicznego. Co bardzo istotne w przypadku choroby niedokrwiennej serca, SSRI wykazują właściwości antyagregacyjne, co może mieć dodatkowy korzystny wpływ na leczenie choroby podstawowej. W trakcie terapii SSRI należy mieć na uwadze interakcje lekowe szczególnie z beta-blokerami i blokerami kanałów wapniowych, wynikające z wpływu na cytochrom CYP2D6. Innymi lekami, które mogą być zastosowane do leczenia epizodu depresyjnego, są moklobemid (może powodować wzrost ciśnienia tętniczego), mianseryna, tianeptyna (brak wpływu na ciśnienie tętnicze, pracę mięśnia sercowego oraz przewodnictwo), mirtazapina (może wpływać negatywnie na lipidogram), milnacipram (niewielki wzrost ciśnienia tętniczego oraz tętna), wenlafaksyna (wzrost ciśnienia tętniczego) [49].

Innym schorzeniem, któremu depresja towarzyszy nawet w jednej piątej przypadków, jest niewydolność serca [50]. Do leczenia jej nie powinny być stosowane TCA ze względu na swój efekt kardiotoksyczny [51]. W terapii niewydolności serca zostały przebadane sertralina [52], paroksetyna [53] oraz citalopram [54]. Z badań wynika, że setralina oraz paroksetyna mogą być bezpiecznie stosowane, a w przypadku citalopramu należy uważać na wydłużenie odstępu QT [50].

Depresja jest częstym powikłaniem obserwowanym u pacjentów po udarze mózgu, które może dotyczyć od 20 do 56% chorych. Zwiększa ona śmiertelność oraz pogarsza jakość życia w tej grupie pacjentów, dlatego ważne jest, aby była leczona. Głównymi lekami stosowanymi w tym przypadku są SSRI (najkorzystniejsze są citalopram i escitalopram), które oddziaływać mogą w sposób plejotropowy na mózg chorego po udarze – wykazują działanie neuroprotektoryjne i stymulację neurogenezy; dodatkowo poprawiają regulację przepływu krwi dzięki zwiększeniu stężenia monoamin, przez co ograniczają obszar martwych neuronów w ognisku udaru. Innymi lekami o dużej skuteczności są SNRI – wenlafaksyna, duloksetyna, milnacipran, NDRI – bupropion, MAOI – selegilina, izokarboksazyd, fenelzyna [55].

Depresja w przebiegu cukrzycy stanowi duży problem terapeutyczny ze względu na gorsze stosowanie się do zaleceń lekarskich dotyczących zmian w stylu życia, stosowania diety cukrzycowej, aktywności fizycznej oraz zdrowotny ze względu na zwiększenie ryzyka zgonu; dlatego niezbędne jest skuteczne leczenie współistniejącej depresji. W leczeniu objawów depresji skuteczne są zarówno psychoterapia (terapia poznawczo-behawioralna), jak i farmakoterapia – wykazano skuteczność leków z różnych grup (TCA, SSRI, NDRI, SNRI), z tym że wśród tych grup znajdują się też takie leki, które utrudniają kontrolę stężenia glukozy we krwi. Należy do nich nortryptylina (wzrost stężenia glukozy we krwi), fluoksetyna i bupropion (spadek stężenia glukozy), mirtazapina (zwiększa apetyt, pośrednio utrudniając kontrolę glikemii); natomiast lekiem nie wpływającym na stężenie glukozy we krwi jest paroksetyna [56, 57].

Depresja u chorych z przewlekłą chorobą nerek końcowego stadium, a co za tym idzie - dializowanych, występuje u jednego na trzech chorych. Jest ona często ciężka do zdiagnozowania ze względu na niespecyficzne objawy, które mogą przypominać objawy mocznicy. Chorzy z zaburzeniami depresyjnymi są mniej skłonni do przestrzegania reżimu płynowego, diety, terminów zabiegów dializy, które są niezbędne do prawidłowej kontroli choroby. Wszystkie te zaniechania prowadzą do częstszych hospitalizacji, a także większej śmiertelności pacjentów, u których depresja współwystępuje z przewlekłą chorobą nerek, dlatego niezbędne jest jej leczenie. Polega ono na połączeniu psychoterapii z farmakoterapią, ponieważ takie połączenie daje lepszy efekt terapeutyczny niż sama terapia lekami. W praktyce klinicznej chorzy ci są rzadko leczeni farmakologicznie. Spowodowane jest to głównie obawą klinicystów o wystąpienie działań niepożądanych leków, spotęgowanych upośledzoną funkcją nerek oraz o zmniejszoną eliminację metabolitów. Innym

problemem są dializy, które mogą zmniejszyć stężenie leku do wartości, które nie są skuteczne terapeutycznie. Dlatego należy dobrać leki, które metabolizowane są w wątrobie i wydalane z żółcią (stanowią one większość) oraz takie, które silnie wiążą się z albuminami osocza i są w małym stopniu usuwane podczas dializy (desipramina, nortriptylina, amitriptylina, citalopram, fluoksetyna, wenlafaksyna, trazodon i mirtazapina) [58]. Zwiększony okres półtrwania leku (zmniejszony klirens) występuje przy przyjęciu m.in. wenlafaksyny, milnacipranu, reboksetyny, bupropionu, tianeptyny, selegiliny i niezbędne jest zmniejszenie dawki. W pierwszym rzucie leczenia powinny być stosowane SSRI [59].

Terapię lekami przeciwdepresyjnymi zaczyna się zazwyczaj od małej, stopniowo zwiększanej dawki leku do czasu, kiedy osiągnięta zostanie minimalna dawka terapeutyczna. Taki sposób postępowania zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych danej substancji. Należy zaznaczyć, że w zależności od grupy leków dawkowanie się różni. W przypadku TCA należy podchodzić z dużą ostrożnością do zwiększania dawki i przydatne może być monitorowanie stężenia leku we krwi. Podobnie jest w przypadku bupropionu. Działanie wenlafaksyny również zależy ściśle od podanej dawki, w przeciwieństwie do duloksetyny i milnacipranu. Reakcja na leczenie lekami z grupy SSRI nie jest wyraźnie zależna od zastosowanej dawki [60]. Odstawianie leków przeciwdepresyjnych po terapii zakończonej sukcesem również powinno być przeprowadzane z ostrożnością. Należy stopniowo zmniejszać dawki lub częstość przyjmowania leku w celu uniknięcia objawów „odstawienych”, które mogą być mylone z chorobą somatyczną lub nawrotem zaburzeń psychicznych [61].

#### 4. Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że współwystępowanie depresji wraz z powszechnie spotykanymi w codziennej praktyce lekarskiej chorobami przewlekłymi stanowi istotny problem oraz swoiste wyzwanie dla zdrowia publicznego [1, 2]. Destrukcyjny wpływ depresji na stan zdrowia i rokowanie u pacjentów przewlekle chorych został udowodniony przez licznych autorów; pomimo tego, depresja zdaje się być nadal lekceważona i pomijana w rozpoznaniach u tychże osób, a diagnostyki nie ułatwia mała swoistość objawów tej choroby. Istotne jest zatem zwiększenie świadomości lekarzy praktyków w zakresie skali tego problemu [27, 31, 43, 44]. Możliwości leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego depresji u pacjentów przewlekle chorych są różnorodne i dość łatwo dostępne; wzbudza to nadzieję nie tylko na polepszenie jakości życia chorych, ale także na osiągnięcie bardziej zadowalających skutków terapii choroby podstawowej [45-47].

#### Deklaracje

Ten artykuł nie otrzymał żadnej konkretnej dotacji od żadnej agencji finansującej w sektorze publicznym, komercyjnym lub non-profit. Autorzy nie zgłaszają żadnych konfliktów interesów.

#### References

1. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie; Światowy Dzień Walki z Depresją 2021; <https://www.gov.pl/web/wsse-krakow/swiatowy-dzien-walki-z-depresja-2021#> (dostęp: 2022.12.18)
2. Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Departament Analiz i Innowacji; NFZ o zdrowiu, depresja Warszawa; 2020 ISBN: 978-83-944034-9-2 (dostęp: 2022.12.18)
3. Stafford L, Berk M, Reddy P, Jackson HJ. Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease. *J Psychosom Res.* 2007;62(4):401-10.
4. Mosivich SA, Boone RT, Reicheberg A, Bansilal S, Shaffer J, Dahlman K, Harvey PD, Farkouh ME, Nowe spojrzenie na związek między chorobami układu sercowo-naczyniowego a depresją. *Folia Cardiologica Excerpta* 2008;6-7(3):296-308.
5. Pająk A, Jankowski P, Kotseva K, Heidrich J, de Smedt D, De Bacquer D. Depression, anxiety, and risk factor control in patients after hospitalization for coronary heart disease: the EUROASPIRE III Study. *Eur J Prev Cardiol.* 2013;20(2):331-40.
6. Pietrzyk E, Gorczyca-Michta I, Michta K, Nowakowska M, Wożakowska-Kapłon B. Depresja u chorych po pomostowaniu aortalno-wieńowym; *Psychiatr Pol.* 2014 Sep-Oct;48(5):987-96
7. ICD-10, Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja dziesiąta. Kraków-Warszawa 1997
8. Pełka-Wysiecka J, Samochowiec J; Depression-differentiated pharm/acootherapy indeed, *Psychiatria* 2014;11(3):141-147
9. Murawiec S. Rozpoznawanie i leczenie depresji w praktyce lekarza POZ aspekty praktyczne; *Centrum Terapii Dialog*; 2017;5
10. Wciórka J. (red.). DSM IV-TR, Kryteria diagnostyczne według DSM IVTR. Wrocław 2008.
11. Whooley M, Avins A, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J. Gen. Intern. Med.*,1997;12:439-445.
12. Bernell S, Howard SW. Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease? *Front Public Health* 2016;4:159

13. Weiss CO, Boyd CM, Yu Q, Wolff JL, Leff B. Patterns of Prevalent Major Chronic Disease Among Older Adults in the United States. *JAMA*. 2007;298(10):1158–62.
14. Noncommunicable disease <https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases> (dostęp: 2022.12.18)
15. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities, The King's Fund, 2012
16. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(4):364–70.
17. Swain MG. Fatigue in chronic disease. *Clin Sci*. 2000;99(1):1–8
18. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *The Lancet*, 2005;365(9475):1961–1970.
19. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with “reversible dementia”: a controlled study. *Am J Psychiatry* 1993;150:1693–99
20. Rakel RE. Depression. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 1999;26(2):211–224.
21. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and Pain Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*, 2003;163(20):2433.
22. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 2006;10:287– 333.
23. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 2012;380(9836):37–43
24. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol. Psychiatry*, 2003;54:216-226.
25. Ziarko M, Mojs E, Piasecki B, Samborski W. The Mediating Role of Dysfunctional Coping in the Relationship between Beliefs about the Disease and the Level of Depression in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Scientific World J*. 2014, 6.
26. Alexopoulos G.S, Raue PJ, Sirey JA, Arean PA. Developing an intervention for depressed, chronically medically ill elders: a model from COPD. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*, 2008;23:447-453.
27. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys, *Lancet*, 2007;370:851–858.
28. Connolly MJ, Yohannesb AM. The impact of depression in older patients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma, *Maturitas*, 2016 Oct;92:9-14
29. Hyman S, Chisolm D, Kessler R, Patel V, Whiteford H. Mental Disorders. In: Jamison DT, Mosley WH, Bobadilla JL, Measham AR, eds. *Disease control priorities in developing countries*, 2nd edn. New York: Oxford University Press; 2006.
30. Solomon DA, Keller MB, Leon AC, et al. Multiple recurrences of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2000;157:229–233.
31. Zhang Y, Chen Y, Ma L. Depression and cardiovascular disease in elderly: Current understanding, *J Clin Neurosci*, 2018 Jan;47:1-5
32. Catalina-Romero C, Calvo-Bonacho E. Depression and cardiovascular disease: time for clinical trials. *Atherosclerosis*, 2017;257:250–252.
33. Lavoie KL, Bacon SL, Barone S, Cartier A, Ditto B, Labrecque M. What’s worse for asthma control and quality of life: depressive disorders, anxiety disorders, or both, *Chest*, 2006;130:1039–1047
34. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldestin R, Kunik ME, Yohannes AM, Hanania NA, Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs *Chest*, 2008;134:43-56.
35. Pinquart M, Duberstein PR. Depression and cancer mortality: a meta-analysis, *Psychol Med*. 2010 Nov; 40(11): 1797–1810.
36. Ostuzzi G, Matcham F, Dauchy S, Barbui C, Hotopf M. Antidepressants for the treatment of depression in people with cancer, *Cochrane Database Syst Rev*, 2015 Jun 1;2015(6):CD011006
37. Arrieta O, Angulo LP, Núñez-Valencia C, Dorantes- Gallareta Y, Macedo EO, Martínez- López D, Alvarado S, Corona-Cruz JF, Oñate-Ocaña LF. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Annals of Surgical Oncology* 2013;20(6):1941–1948.
38. Colleoni M, Mandala M, Peruzzotti G, Robertson C, Bredart A, Goldhirsch A. Depression and degree of acceptance of adjuvant cytotoxic drugs. *Lancet* 2000;356 (9238):1326–1327
39. Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E, Gastó C. Psychiatric morbidity and impact on hospital length of stay among hematologic cancer patients receiving stem- cell transplantation. *Journal of Clinical Oncology* 2002;20(7):1907–1917.
40. Zartaloudi A, Koutelekos I, Polikandrioti M, Stefanidou S, Koukoularis D, Kyritsi E, Anxiety and depression in primary care patients suffering of rheumatoid diseases, *Psychiatriki*, 2020;31(2):140-150
41. Fakra E, Marotte H, Rheumatoid arthritis and depression, *Joint Bone Spine*, 2021;88(5)

42. Andrews G. Should depression be managed as a chronic disease? *BMJ* 2001;322 419–421.
43. Wang JJ. Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan. *J Nurs Res* 2001;9:1–12.
44. Herrman H, Patrick DL, Diehr P, Martin ML, Fleck M, Simon GE, Buesching DP. Longitudinal investigation of depression outcomes in primary care in six countries: the LIDO study. Functional status, health service use and treatment of people with depressive symptoms. *Psychol Med* 2002;32:889–902.
45. Dudek D, Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria* 2007;4(1):17-24
46. Samochowiec J, Dudek D, Kucharska-Mazur J, Murawiec S, Rymaszewska J, Cubala WJ, Heitzman J, Szulc A, Bała M, Gałeczki P. Leczenie farmakologiczne epizodu depresji i zaburzeń depresyjnych nawracających – wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych. *Psychiatr. Pol.* 2021; 55(2):235–259
47. Krawczyk P. Depresja w praktyce lekarza POZ – diagnostyka i farmakoterapia. *Pediatr Med Rodz* 2014;10(2):174–189
48. Stahl SM. Podstawy psychofarmakologii. Poradnik lekarza praktyka. Via Medica, Gdańsk, 2010.
49. Dudek D. Zaburzenia depresyjne i jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwioną serca poddanych zabiegom przezskórnej angioplastyki wieńcowej, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2005:132
50. Imiela T, Buda A. Znaczenie chorób towarzyszących i zespołu kruchości u chorych w podeszłym wieku z niewydolnością serca. *Postępy Nauk Medycznych*, 2015, t. XXVIII, nr 11B, str. 26-31
51. O'Connor C.M., Jiang W., Kuchibhatla M, Mehta RH, Clary GL, Cuffe MS, Christopher EJ, Alexander JD, Califf RM, Krishnan RR, Antidepressant use, depression, and survival in patients with heart failure. *Arch. Intern. Med.*, 2008;168: 2232–2237.
52. O'Connor CM, Jiang W, Kuchibhatla M, Silva SG, Cuffe MS, Callwood DD, Zakhary B, Gattis Stough W, Arias RM, Rivelli SK, Krishnan R, Safety and efficacy of sertraline for depression in patients with heart failure: results of the SADHART-CHF (Sertraline Against Depression and Heart Disease in Chronic Heart Failure) trial. *J Am Coll Cardiol* 2010;56: 692-699.
53. Gottlieb SS, Kop WJ, Thomas SA, Katzen S, Vesely MR, Greenberg N, Marshall J, Cines M, Minshall S, A double-blind placebo-controlled pilot study of controlled-release paroxetine on depression and quality of life in chronic heart failure. *Am Heart J*, 2007;153:868-873.
54. Fraguas R, da Silva Telles RM, Alves TC, Andrei AM, Rays J, Iosifescu DV, Wajngarten M, A double-blind, placebo controlled treatment trial of citalopram for major depressive disorder in older patients with heart failure: the relevance of the placebo effect and psychological symptoms. *Contemp. Clin. Trials*, 2009;30:205–211.
55. Frank D, Gruenbaum BF, Zlotnik A, Semyonov M, Frenkel A, Boyko M, Pathophysiology and Current Drug Treatments for Post-Stroke Depression: A Review, *202Int. J. Mol. Sci*, 2;23:1511
56. de Groot M, Kushnick M, Doyle T, Merrill J, McGlynn M, Shubrook J, Schwartz F. Depression Among Adults With Diabetes: Prevalence, Impact, and Treatment Options. *Diabetes Spectr.* 2010;23(1);15-18.
57. Rybakowski J, Jaracz J, Nowakowska E. (red.) Inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny. *Postępy farmakoterapii — nowe leki przeciwdepresyjne*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, 2003:76–86.
58. Gołębiowski T, Augustyniak-Bartosik H, Weyde W, Klinger M, Zespoły geriatryczne u chorych na przewlekłą chorobą nerek, *Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej*, 2016;70: 581-589.
59. Nagler EV, Webster AC, Vanholder R, Zoccali C, Antidepressants for depression in stage 3-5 chronic kidney disease: a systematic review of pharmacokinetics, efficacy and safety with recommendations by European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrol Dial Transplant.* 2012 Oct;27(10):3736-45.
60. Solvason HB, Battista C, Dawkowanie leków przeciwdepresyjnych w aktywnej fazie leczenia depresji w przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych, *Psychiatria po Dyplomie*, 2009;6(6):61-69.
61. Heitzman J, Solak M, Zespół odstawienia po lekach antydepresyjnych - problem dla lekarza i pacjenta, *Psychiatria Polska*;2007;5:601-613.