

DIAGNOSTIKA A LIEČBA DEPRESIE PRI DIABETES MELLITUS

Ľubica Forgáčová

Psychiatrická klinika SZU, FNŠP Bratislava – Ružinov

Výskyt depresie pri diabetes mellitus sa intenzívne skúma už niekoľko desaťročí. Zvyšujúci sa záujem o túto problematiku dokumentuje veľký počet epidemiologických štúdií, ktoré poukazujú na skutočnosť, že spoločný výskyt uvedených porúch je nenáhodným javom, čo vyvoláva úvahy o ich možnom vzájomnom vzťahu. Depresia pri diabetes mellitus koreluje s nedostatočnou komplianciou pacientov, s hyperglykémiou, komplikáciami ochorenia a s nízkou kvalitou života. Depresia predstavuje nepriaznivý prognostický ukazovateľ – významne ovplyvňuje morbiditu, mortalitu aj funkčnú obnovu somatického ochorenia. Jej včasné rozpoznanie a adekvátna liečba sú mimoriadne dôležité. SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) vzhľadom na porovnateľný antidepresívny účinok s TCA a IMAO a na priaznivý efekt na viaceré chorobné parametre diabetu predstavujú v liečbe komorbidnej depresie lieky prvej línie

Kľúčové slová: depresia, diabetes mellitus, komorbidita, antidepresíva.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DEPRESSION IN DIABETES MELLITUS

The comorbidity of depression and diabetes mellitus is non-random phenomenon. A serious interest in this area is documented by a huge number of an epidemiological studies. Depression in diabetes mellitus is associated with noncompliance of patients, low quality of life, hyperglycaemia and other complications of the illness. Early recognition and the treatment of depression is very important since depression significantly influences morbidity and mortality of the primary illness. SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) are the first choice antidepressants in the treatment of comorbid depression. They positively affect all depressive symptoms and many pathological parameters of diabetes mellitus.

Key words: depression, diabetes mellitus, comorbidity, antidepressants.

Ambulantná terapia, 2008, roč. 6 (3): 158–162

Rizikové faktory a výskyt depresie pri diabetes mellitus

Klinici sú často konfrontovaní s prípadmi komorbidity depresie a telesných ochorení. Na ilustráciu možno uviesť niekoľko štatistických údajov: výskyt všetkých foriem depresie v populácii pacientov ambulantných lekárov špecialistov je 20–40%, výskyt závažnej veľkej depresie 4–8%. V ústavných podmienkach čísla dosahujú vyššie hodnoty: výskyt všetkých foriem depresie u hospitalizovaných pacientov je 25–50% a výskyt ťažkých foriem depresie 5–10% (1). Napriek vysokej pravdepodobnosti ich súčasného výskytu, ostáva depresia v mnohých prípadoch nerozpoznaná a teda neliečená. Úmrtnosť v dôsledku samovraždy u depresívnych pacientov, ktorí nie sú liečení, dosahuje 15% (2).

Depresia sa často vyskytuje pri somatických, obzvlášť pri neuroendokrinných ochoreniach. Na základe výsledkov dnes už klasickej, často v odbornej literatúre citovanej epidemiologickej štúdie Wybrowa a Hurowitz a zo 70. rokov minulého storočia možno konštatovať, že prevalencia depresie pri diabetes mellitus je približne 36%, pri hypothyroidizme 50%, pri Cushingovom syndróme 63% a pri hypertyroidizme 28% (3).

I keď depresia aj diabetes mellitus patria medzi ochorenia s vysokou celoživotnou prevalenciou na základe čoho možno očakávať, že v niektorom období života jedincov s jednou alebo druhou poruchou sa budú vyskytovať súčasne (celoživotná komorbidita), výsledky epidemiologických prieskumov poukazujú na podstatne častejší spoločný výskyt ako by sa dalo

očakávať len na základe náhody (1). Anderson et al. (2001) v rámci meta-analýzy vyhodnotili na základe údajov z dostupných databáz 42 epidemiologických štúdií (21% kontrolovaných, 30% nekontrolovaných, viac ako 20 000 jedincov), ktoré sa zaoberali rizikovými faktormi a prevalenciou depresie u dospelých jedincov s diabetom (4). Z výsledkov tejto kvalitnej metaanalýzy možno spomenúť tie najdôležitejšie: klinicky významné depresívne symptómy sa vyskytli u 31% pacientov s diabetom, častejšie u žien (v pomere 1:1,8), obraz ťažkej veľkej depresie (podľa prísnych diagnostických kritérií) sa vyskytol u 11% diabetikov. Princiálny poznatok vyplývajúci z výsledkov tejto metaanalýzy je fakt, že diabetes mellitus zdvojnásobuje riziko vzniku depresie (tabuľka 1).

Cieľom mnohých epidemiologických štúdií bolo skúmať okrem prevalencie depresie u pacientov s diabetom aj rizikové faktory, ktoré s depresiou viac alebo menej významne súvisia. Napríklad Edge a Zheng v rámci národnej epidemiologickej štúdie (NHIS), ktorá sa v roku 1999 uskutočnila v Spojených štátoch amerických, štatistickými metódami preukázali, že nižší vek, ženské pohlavie, príslušnosť k nižšej sociálnej vrstve a fajčenie predstavujú nezávislé rizikové faktory, ktoré významne súvisia s veľkou depresiou u pacientov s *diabetes mellitus* (5). V sú-

vislosti s uvedenými výsledkami sa ukázalo, že najvýznamnejšia súvislosť jestvuje medzi veľkou depresiou, obezitou a fajčením. Obezita pozitívne koreluje s narastajúcou prevalenciou *diabetes mellitus typ 2*. To znamená, že vzťah medzi depresiou a obezitou je obojsmerný. Komorbidita depresie a obezity zhoršuje priebeh diabetes mellitus a navyše, depresia zhoršuje adhérenciu s diabetickou diétou a liečbou a predikuje nízku komplianciu v diabetologických programoch (6, 7).

Ukazuje sa, že fajčenie súvisí so zvýšenou inzulinovou rezistenciou a predstavuje rizikový faktor pre makrovaskulárne komplikácie u pacientov s diabetom mellitus. Na druhej strane sa zistilo, že depresia zvyšuje náchylnosť k fajčeniu, čo dokumentujú viaceré longitudinálne štúdie, v ktorých sa potvrdilo, že v skupine depresívnych pacientov je podstatne viac fajčiarov ako v kontrolnej skupine (8).

Diagnostika depresie pri diabetes mellitus

Klasifikácia MKCH-10 (1992) poskytuje diagnostické vodítka, pomocou ktorých možno spoľahlivo identifikovať celé spektrum depresívnych stavov (9).

Diagnostická kategória **depresívna fáza, F 32** zahŕňa chorobné stavy, ktoré sa v minulosti označo-

Tabuľka 1. Výsledky metaanalýzy epidemiologických štúdií výskytu depresie pri DM.

Typ poruchy	% pacientov	Pomer Ž : M
Signifikantné depresívne symptómy	31 %	1,8 : 1,0
ťažká depresia	11 %	

Upravené podľa Anderson et al., 2001 (4).

vali „endogénna depresia“. Typické príznaky depresie sú depresívna nálada (môže mať rôzne odtiene – smútok, nevrlosť, mrzutosť, dráždivosť, skleslosť, úzkosť), zníženie energie a aktivity alebo agitovanosť, neschopnosť tešiť sa, strata záujmov a zvýšená unaviteľnosť. Medzi ďalšie obvyklé príznaky patrí zhoršené sústredenie a pozornosť, znížené sebavedomie a sebadôvera, pocity viny a bezcennosti, myšlienky o sebapoškodení a o samovražde, pesimistický pohľad do budúcnosti. Do obrazu depresie patria aj somatické príznaky: nechutenstvo, chudnutie, pokles libida, únava, algické a vegetatívne syndrómy, tinitus, pruritus, poruchy spánku, ktoré môžu byť v niektorých prípadoch najvýraznejšou manifestáciou klinicky významnej depresie. Depresia zapríčiňuje zlyhávanie vo všetkých sociálnych oblastiach pôsobenia človeka (bežné činnosti, zamestnanie, rodina, záľuby, medzilidské vzťahy), čím výrazne zhoršuje kvalitu života (tabuľka 2).

Podľa závažnosti (intenzity depresívnych príznakov) sa depresie delia na ľahké, stredne ťažké a ťažké formy. Obdobie, počas ktorého sú prítomné depresívne príznaky sa nazýva depresívna fáza (epizóda). Môže trvať niekoľko týždňov alebo mesiacov a môže sa v priebehu života viac krát opakovať (**rekurentná depresia, F 33**). Podľa priebehu sa depresie delia na akútne (netrvajú dlhšie ako pol roka), chronické (trvajú viac ako rok). Jestvuje forma depresie, ktorá sa objavuje pravidelne v priebehu zimných mesiacov (sezónna depresia).

Somatické príznaky depresie môžu imitovať organickú poruchu a maskovať tak psychické príznaky (tzv. atypická, maskovaná depresia). Často sa stávajú predmetom zbytočného vyšetrovania a zvyšujú náklady na zdravotnú starostlivosť. Neodhalená depresia pacienta zaťažuje, znižuje jeho kvalitu života a vystavuje ho ďalším nepriaznivým zdravotným

a sociálnym dopadom (1, 10). Naopak, v iných prípadoch sa u pacientov s depresiou môžu objaviť somatické príznaky, ktoré sú manifestáciou závažných telesných ochorení. Približne polovicu doby svojho trvania je depresia spojená s iným, často chronickým ochorením nádorovým, neurologickým, endokrinným, degeneratívnym, infekčným atď. (11).

Úskalia diagnostiky depresie:

- Mnoho príznakov depresie sa podobá príznakom somatického ochorenia
- Somatické príznaky pri depresii, ktorá nie je rozpoznaná sa stávajú predmetom zbytočného vyšetrovania
- Somatické príznaky môžu byť najvýraznejšou manifestáciou klinicky významnej depresie

Spoločné somatické príznaky depresie a diabetes mellitus sú: únava, chudnutie, nechutenstvo, psychomotorická retardácia, poruchy spánku, syndrómy bolesti, gastrointestinálne symptómy. Diagnostika depresie nemôže byť preto založená na prítomnosti/neprotomnosti týchto spoločných somatických príznakov. Podstatne väčšiu diagnostickú hodnotu majú psychopatologické príznaky, ktoré sú špecifickým vyjadrením psychickej nálady, po ktorých sa musí aktívne pátrať: dysforická (mrzutá) nálada, anhedónia (neschopnosť tešiť sa), autoakuzácie (pocity viny), redukcia záujmov, samovražedné myšlienky a tzv. Beckova triáda: beznádej, bezmocnosť a bezcennosť (3) (tabuľka 3).

V diagnostike okrem klinického vyšetrenia a diagnostických vodítok MKCH-10 možno použiť aj diagnostické škály, vhodná validizovaná škála je napríklad Hamiltonova škála pre depresiu (HAMD) a Beckova sebaodhadujúca škála depresie (BDI).

Prípady, pri ktorých sa depresívny stav rozvíja v súvislosti s negatívnymi životnými udalosťami (záťažami, stresormi) sa v nových klasifikáciách zaraďujú medzi **poruchy prispôsobenia – adaptačné poruchy, F 43.2** (krátkodobá a protrahovaná depresívna reakcia). V minulosti sa tieto prípady označovali termínom *reaktívna depresia*. Porucha prispôsobenia (adaptačná porucha) je emočná porucha, ktorá vzniká v období adaptácie na významnú životnú zmenu alebo v dôsledku stresujúcej životnej udalosti (napr. telesnej choroby). V klinickom obraze sa najčastejšie vyskytuje depresívna nálada, úzkosť, obavy, pocit bezmocnosti a neschopnosti vysporiadať sa s aktuálnou situáciou. V niektorých prípadoch sa môže objaviť agresivita a disocálne správanie (napr. excesívny konzum alkoholu, odmietanie spolupráce,

simulácia, agravácia) aj suicídne tendencie. V tejto súvislosti treba bližšie analyzovať stavy, pre ktoré sa v praxi zaužíval termín „nadstavba“. Termín má vyjadrovať skutočnosť, že na základe primárneho telesného ochorenia sa u jedinca rozvíja reakcia, ktorá odráža jeho postoje, úzkosť, strach pred chorobou (zákrokom), povahové vlastnosti a kompenzačné schopnosti, predchádzajúce skúsenosti, sklon k bagatelizácii, či naopak *k zveličovaniu príznakov*, atď. Je dôležité presnejšie sa orientovať v pestrej palete týchto „nadstavbových“ príznakov. Nie vždy ide len o reakciu na chorobu (adaptačnú poruchu). V niektorých prípadoch môže ísť o začiatkové štádiá inej závažnejšej duševnej poruchy (napríklad depresívnej epizódy), preto by sa závažnosť týchto prejavov mala starostlivo posudzovať.

Spoločné patofyziologické mechanizmy vzniku depresie a diabetes mellitus

Empirické štúdie dostatočne pádne potvrdzujú, že depresia sa štatisticky významne častejšie vyskytuje u pacientov s diabetom ako vo všeobecnej populácii (12). Spoločný výskyt uvedených dvoch porúch je nenáhodným javom, čo vyvoláva úvahy o ich možnom vzájomnom vzťahu.

Údaje z longitudinálnych populačných štúdií dokumentujú, že depresia predchádza vzniku diabetes mellitus typ 2, čo možno interpretovať tak, že depresia predstavuje rizikový faktor pre diabetes typu 2. V prípade diabetes mellitus typ 1 sa depresia objavuje až po prepuknutí choroby, v priemere do 5 rokov (13, 14).

Vzhľadom na fakt, že vyše 90% prípadov diabetes mellitus predstavuje typ 2 (*American Diabetes Association*, 1999), sa v súčasnosti zastáva názor, že platí inverzný vzťah medzi depresiou a diabetes mellitus – depresia nie je dôsledok, ale predstavuje riziko vzniku diabetes mellitus typ 2 (15, 16).

Odborná literatúra poskytuje viacero údajov o tom, že jestvuje priama súvislosť medzi závažnosťou depresie, výskytom komplikácií, hladinami hyperglykémie a vysokými hladinami glykolyzovaného hemoglobínu (HbA1c) u pacientov s diabetes mellitus typ 1 (17, 15). U pacientov s diabetes mellitus typ 2 sa preukázal významný vzťah medzi závažnosťou depresie a komplikáciami diabetu (18). Všetky skúmané parametre diabetes mellitus sa zlepšovali súbežne s ústupom depresívnej symptomatológie

Tabuľka 2. Príznaky depresívnej fázy (F 32).

Typické príznaky	Ďalšie obvyklé príznaky	Somatické príznaky
<ul style="list-style-type: none"> • depresívna skleslá nálada • zníženie energie a aktivity/agitovanosť • neschopnosť tešiť sa • strata záujmov • zvýšená unaviteľnosť 	<ul style="list-style-type: none"> • zhoršené sústredenie a pozornosť • znížené sebavedomie a sebadôvera • pocity viny a bezcennosti • myšlienky o sebapoškodení a o samovražde • pesimistický pohľad do budúcnosti • zlyhávanie v sociálnej oblasti a v práci 	<ul style="list-style-type: none"> • nechutenstvo, chudnutie • pokles libida • algické a vegetatívne syndrómy • tinitus, pruritus • poruchy spánku

Upravené podľa MKCH-10

Tabuľka 3. Diagnostika depresie pri diabetes mellitus (DM)

Spoločné príznaky depresie a DM	Príznaky špecifické pre depresiu
<ul style="list-style-type: none"> • únava • chudnutie, nechutenstvo, psychomotorická retardácia • poruchy spánku • syndrómy bolesti • gastrointestinálne symptómy. 	<ul style="list-style-type: none"> • dysforická (mrzutá) nálada • anhedónia (neschopnosť tešiť sa), autoakuzácie (pocity viny) • redukcia záujmov • samovražedné myšlienky • beznádej, bezmocnosť a bezcennosť

u pacientov s diabetes mellitus typ 1 aj 2 (17). Možno teda predpokladať, že depresia predstavuje riziko nelen pre vznik diabetu, ale aj pre rozvoj jeho ďalších komplikácií. Uvedený predpoklad sa opiera o niekoľko indícií, ktoré poukazujú na spoločné neurobiologické markery. V tomto smere sa zvažuje úloha katecholamínov, neuroendokrinné hypotalamo-hypofýzo-nadobličkovej osi (HPA) a najmä úloha sérotonínu a sérotonínových receptorov. Zvýšené hladiny kortizolu sa pozorujú rovnako u pacientov s diabetom alebo depresiou, podobne porucha glukózovej tolerancie a vznik inzulínovej rezistencie (15). V tejto súvislosti sa objavujú aj špekulatívne názory, podľa ktorých metabolické zmeny pri depresii vyvolávajú destabilizáciu preexistujúcej metabolickej nerovnováhy u jedincov rizikových z hľadiska rozvoja diabetes mellitus typ 2 (19). Abnormality sérotonínergickej neurotransmisie lokalizované v presynaptickej aj postsynaptickej oblasti predstavujú významnú (i keď nie jedinou) úlohu v patogenéze depresie (tzv. sérotonínová hypotéza depresie). Látky, ktoré majú sérotonínergický účinok (prekurzory sérotonínu, fenfluramín, inhibítory spätného vychytávania sérotonínu – SSRI) podmieňujú klinicky významné zlepšenie depresívnych príznakov. V tejto súvislosti sú známe výsledky z humánných štúdií: po 6 týždňovom podávaní niektorých SSRI (paroxetín, fluoxetín a sertralín) depresívnym pacientom s diabetom došlo k poklesu hladín glukózy, k poklesu hmotnosti, poklesu triglyceridov a cholesterolu v sére, k poklesu HbA1c a zlepšeniu kompliance (14, 16). Pozitívny efekt sérotonínergických látok na depresívnu náladu, ale aj na viaceré chorobné parametre diabetes mellitus poukazuje na možný etiologický vzťah.

Liečba komorbidnej depresie

Rozpoznanie komorbidnej depresie a liečba vhodnými antidepresívami je nevyhnutnou požiadavkou ak chceme dosiahnuť u pacienta optimálny výsledný stav.

Vplyv antidepresív na jednotlivé chorobné parametre diabetes mellitus sú súhrnne uvedené v tabuľke 4. Prvú generáciu antidepresív reprezentujú tricyklické antidepresíva (TCA – amitriptylín, nortriptylín, melipramín, klomipramín), ktoré v rôznej miere ovplyvňujú dopamínergickú, noradrenergickú a sérotonínergickú neurotransmisii. Inhibíciou spätného vychytávania zvyšujú koncentrácie dopamínu, noradrenalinu a sérotonínu v synaptických štrbinách CNS. Normalizácia hladín týchto biogénnych amínov spolu s adaptačnými zmenami príslušných receptorov vedie ku klinickému zlepšeniu depresívnych príznakov. Vzhľadom na známu, dobre zdokumentovanú skutočnosť, že agonisty dopamínu a noradrenalinu zvyšujú hladiny glukózy a potláčajú sekréciu inzulínu, TCA nie sú vhodné prípravky v liečbe komorbidnej depresie pri diabetes mellitus (15, 17). Nevýhodnosť TCA v tejto indikácii

Tabuľka 4. Antidepresíva a diabetes mellitus.

Skupina AD	TCA	IMAO	SSRI
<ul style="list-style-type: none"> • ovplyvnenie chorobných parametrov 	<ul style="list-style-type: none"> • potláčajú sekréciu inzulínu • zvyšujú hladiny glukózy • nárast hmotnosti • zvyšujú túžbu po uhľohydrátoch 	<ul style="list-style-type: none"> • prudký pokles hladiny glukózy • hypoglykemické epizódy • nárast hmotnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • pokles hladiny glukózy • pokles hmotnosti • pokles s. cholesterolu • pokles s. triglyceridov • zlepšenie kompliance
Užitočnosť	Nevhodné	Nevhodné	Výhodné

Tabuľka 5. SSRI v liečbe depresie pri diabetes mellitus.

Výhody	Nežiadúce účinky	Liekové interakcie
<ul style="list-style-type: none"> • Účinnosť ako TCA • Bezpečnosť • Priaznivý profil nežiaducich účinkov • Dobrá znášanlivosť • Nízky potenciál k liekovým interakciám • Pozitívny efekt na chorobné parametre diabetu 	<ul style="list-style-type: none"> • Sú závislé od veľkosti dávky • Dosahujú mierny stupeň prejavu • V priebehu liečby ustupujú • Najčastejšie nežiaduce účinky – nauzea a insomnie • Pri dlhodobom podávaní sexuálne dysfunkcie 	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetín, fluvoxamín – viac interakcií ako ostatné SSRI • Citalopram, escitalopram – nemajú klinicky významné interakcie

znásobujú aj ďalšie nežiadúce účinky, ktoré súvisia so významným anticholinergickým a antihistaminergickým efektom, zvyšovanie hmotnosti, prahunie po uhľohydrátoch, poruchy kognitívnych funkcií, hypotenzia a kardiovaskulárne účinky (20, 17).

Podobne aj ďalšia skupina antidepresív, inhibítory monoaminoxidázy (IMAO – phenelzín) nie sú vhodné v liečbe depresie pri diabetes mellitus. Podmieňujú prudký pokles hladiny glukózy a spolu s antidiabetikami môže tento nepriaznivý efekt vyústiť do hypoglykemických epizód (21, 22). Nárast hmotnosti a špeciálna diéta nutná pri užívaní IMAO môžu interferovať s diabetickou diétou a znižovať tak kompliance pacienta.

Selektívne inhibítory spätného vychytávania sérotonínu (SSRI – sertralín, paroxetín, fluoxetín, fluvoxamín, citalopram) vzhľadom na svoj priaznivý efekt na viaceré chorobné parametre diabetu – pokles hladín glukózy, pokles hmotnosti, pokles sérového cholesterolu a triglyceridov – a vzhľadom na porovnateľný antidepresívny účinok s TCA a IMAO predstavujú v liečbe komorbidnej depresie lieky prvej línie (23). Údaje z kontrolovaných štúdií (fluoxetín, sertralín, paroxetín, citalopram) sú zatiaľ limitované, ale sľubné. SSRI sú bezpečné, majú priaznivý profil nežiaducich účinkov, zlepšujú kognitívne funkcie a vo všeobecnosti sa dobre znášajú. Vyznačujú sa nízkym potenciálom k liekovým interakciám, čo v súvislosti s komorbidnými stavmi a nutnosťou polyfarmácie predstavuje veľmi významnú pozitívnu charakteristiku tejto skupiny liekov (tabuľka 5).

Z ďalších nových antidepresív treba spomenúť bupropion, venlafaxín a nefazodón, ktoré sú pre svoje priaznivé farmakologické vlastnosti z hľadiska komorbidných stavov taktiež výhodné – majú neutrálny účinok na telesnú hmotnosť aj na glukózový metabolizmus (17, 23).

Záver

Depresia pri telesných ochoreniach predstavuje nepriaznivý prognostický ukazovateľ. Zhoršuje terapeutickú odpoveď a priebeh telesného ochorenia, sťažuje uzdravovanie a rehabilitáciu, predlžuje hospitalizáciu, oslabuje schopnosť chorého jedinca postarať sa o svoje potreby, predstavuje riziko suicidálneho správania a v konečnom dôsledku zvyšuje náklady na liečbu a nároky na zdravotnú starostlivosť. Jej včasné rozpoznanie a adekvátna liečba sú mimoriadne dôležité.

Depresia u pacientov s diabetes mellitus predstavuje komplexný fenomén, ktorý je výsledkom zložitých interakcií medzi biologickými, genetickými a psychosociálnymi faktormi. Jestvuje hypotetický predpoklad, že depresia vzniká ako priamy dôsledok neurochemických zmien diabetes mellitus. Viac dôkazov však podporuje tzv. inverznú hypotézu, podľa ktorej depresia predstavuje riziko pre vznik diabetes mellitus typ 2 ako aj jeho komplikácií. Na spoločné etiopatogenetické mechanizmy do určitej miery poukazuje fakt, že intenzívna liečba depresie vedie k zlepšeniu chorobných prejavov diabetu (napríklad pokles hladín glukózy) a naopak, účinná liečba diabetu podmieňuje ústup depresívnej symptomatiky. Do akej miery liečba komorbidnej depresie bude znižovať morbiditu a mortalitu diabetes mellitus a do akej miery liečba ovplyvní nepriaznivé dôsledky depresie, sú zatiaľ otvorené otázky.



MUDr. Ľubica Forgáčová, PhD.
Psychiatrická klinika SZU
FNsP Bratislava-Ružinov
Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
e-mail: forgacova@nspr.sk

Literatúra

- Maier W, Falkai P. The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1999; 14 (suppl 2): 1–6.
- Lin EH, Katon W, Koerf M et al. Frustrating patients. physician and patient perspective among distressed high users of medical services. *J Gen Intern Med* 1991; 6 (3): 18–34.
- Boswell EB, Anfinson TJ, Nemeroff CHB. Depression associated with endocrine disorders. In: *Depression and Physical Illness*. Robertson MM, Katona CLE (eds). 1997 John Wiley & Sons Ltd: 255–292.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults With Diabetes. A meta-analysis. *Diabetes Care* 2001; 24 (6): 1069–1078.
- Egede LE, Zheng D. Independent Factors Associated With Major Depressive Disorder in a National Sample of Individuals With Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26 (1): 104–111.
- Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. depression and diabetes: impact of depression symptoms on adherence, function, and costs. *Arch. Internal Medicine* 2000; 160 (21): 3278–3285.
- McKellar JD, Humphreys K, Piette JD. Depression increases diabetes symptoms by complicating patient's self care adherence. *Diabetes Educator* 2004; 30 (3): 485–492.
- Katon WA, Von Korff M, Ciechanowski P, Russo J. et al. Behavioral and Clinical Factors Associated With Depression Among Individuals With Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27: 914–920.
- MKCH – 10. Mezinárodní klasifikace nemocí 10 revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. (Překl.z angl. orig.) Praha, Psychiatrické centrum 1992. 282 s. Zprávy č. 102.
- Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care* 2004; 27 (5): 1066–1070.
- Montano CB. Recognition and treatment of depression in a primary care. *Setting. J. Clin. Psychiatry* 1994; 55 (12): 18–34.
- Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 1993; 16: 1167–1178.
- Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of diabetes II type. A prospective population based study. *Diabetes Care* 1996; 19: 1097–1102.
- Talbot F, Nouwen A. A Review of the relationship Between Depression and Diabetes in Adults. Is there a link? *Diabetes Care* 2000; 23: 1556–1562.
- Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23 (7): 934 s.
- Rubin RR, Peyrot M. Was Willis right? Thoughts on the interaction of depression and diabetes. *Diabetes/Metabolism Res. Rev.* 2002; 18 (3): 173–175.
- Goodnick PJ. Use of Antidepressants in treatment of Comorbid Diabetes Mellitus and Depression as Well as in Diabetic Neuropathy. *Ann. Clin. Psychiatry* 2001; 13 (1): 31–41.
- De Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom. Med.* 2001; 63: 619–630.
- Zimmet P, Dowse G, Bennedett P: Hyperinsulinemia is a predictor of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Metab* 1991; 17: 101–108.
- Cole JO, Bodkin JA. Antidepressant drug side effects. *J.Clin.Psychiatry* 1990; 51 (1 suppl.): 21–26.
- Rabkin J, Quitkin F, Harrison W, et al. Adverse reactions to monoamine oxidase inhibitors: A comparative study. *J. Clinical. Psychopharmacol.* 1984; 4: 4270–4278.
- Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with emphasis on depression. *Current Diabetes Reports* 2003; 3 (1): 49–55.
- Rubin RR, Ciechanowski P, Egede LE, Lin EH, Lustman PJ. Recognizing and treating depression in patients with diabetes. *Current Diabetes Reports* 2004; 4 (2): 119–125.

POZNÁTE SVOJE RIZIKO?

Svetový deň srdca – 28. september 2008

tlačová správa

Bratislava 16. 9. 2008

Podľa odhadov bude do roku 2025 mať vyše 1,5 miliardy ľudí alebo každý tretí človek vo veku nad 25 rokov vysoký tlak krvi, čo je v celosvetovom meradle jeden z najväznejších individuálnych rizikových faktorov kardiovaskulárnych ochorení a najčastejšou príčinou úmrtia. Pretože očividné symptómy vysokého tlaku krvi neexistujú, jediným spôsobom ako ho môžeme zistiť je preventívne lekárske vyšetrenie. Tohtoročný Svetový deň srdca bol zameraný na podnietenie ľudí k tomu, aby „poznali svoje riziko.“

Kardiovaskulárne ochorenia a cieвне mozgové príhody si každoročne vyžadujú 17,5 milióna ľudských životov, čo je rovnaký počet úmrtí, ako spôsobujú HIV/AIDS, tuberkulóza, malária, diabetes mellitus, všetky formy rakoviny a chronické respiračné ochorenia spolu.²

Pod heslom **Poznajte svoje riziko?** už deviatykrát vo viac ako 100 krajinách členské organizácie Svetovej federácie srdca organizujú Svetový deň srdca. Počas tohto dňa sa po celom svete konajú rozličné akcie – zdravotné prehliadky, chodecké a bežecké podujatia, kondičné cvičenia, verejné diskusie, kultúrne vystúpenia, vedecké fóra, výstavy, koncerty a iné kultúrne a športové podujatia.

Kardiovaskulárnym ochoreniam a cievnym mozgovým príhodám možno lepšie predchádzať pravidelným telesným cvičením, nefajčením a zdravšou stravou s nízkym obsahom soli, tukov, bohatou na vlákniny, čerstvú zeleninu a ovocie. **Štúdie dokázali, že konzumácia ovocia a zeleniny zvýšená z menej ako tri na viac ako päť porcií denne súvisí so znížením výskytu ischemickej choroby srdca o 17%.³** Vysoký tlak krvi úzko súvisí najmä s nadmernou konzumáciou slaných jedál.

Vo všeobecnosti sa riziku kardiovaskulárnych ochorení, cievných mozgových príhod a vysokého tlaku krvi v porovnaní s citlivejšími zdravotnými témami nevenuje dostatok pozornosti a pochopenia. Výsledkom je sklon ľudí preceňovať počty úmrtí následkom vzácnějších a menej častých rizík a podceňovať úmrtia následkom častejších príčin, akými sú práve kardiovaskulárne ochorenia a cieвне mozgové príhody. Cieľom Svetového dňa srdca 2008 je napraviť túto nerovnováhu. Preto: „**Poznaj svoje riziko!**“

Oficiálny partner Svetovej federácie srdca – sanofi-aventis je spoločnosťou, ktorá má významný podiel v oblasti kardiovaskulárneho zdravia. Svojou účasťou na

O odborný program sa postarali (zľava doprava): prof. MUDr. Gabriel Kamenský, CSc., hlavný odborník MZSR pre kardiológiu, prof. MUDr. Ján Murín, CSc., Silvia Gašparovičová, prof. MUDr. Ján Slezák, CSc. Tlačovú konferenciu moderovala Ing. Beáta Kujanová.



projekte spolu so Svetovou federáciou srdca, Slovenskou kardiologickou spoločnosťou a Slovenskou ligou za prevenciu a liečbu kardiovaskulárnych ochorení Srdca Srdcu poukazuje na význam prevencie s cieľom odvrátiť hroziace zdravotné riziká.

¹AHA, *Journal Report* 04/10/2007

²WHO 2005 – Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment

³He I FJ, Nowson CA, et al. Increased Consumption of Fruit and Vegetables is related to a Reduced Risk of Coronary Heart Disease: Meta-analysis of Cohort Studies. *Journal of Human Hypertension* 2007; 21: 717–28.

Ing. Beáta Kujanová
sanofi-aventis Pharma Slovakia s.r.o.
Žilinská 7–9, 811 05 Bratislava
e-mail: beata.kujanova@sanofi-aventis.com