

І. М. Поясник

ДЕПРЕСИВНИЙ СИНДРОМ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

И. М. Поясник

ДЕПРЕССИВНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

I. M. Poyasnyk

DEPRESSIVE SYNDROME IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

На базі Обласного фтизіопульмонологічного центру м. Івано-Франківська проведено клініко-психопатологічне обстеження 120 пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОЗЛ), які перебували на стаціонарному лікуванні. Метою роботи було виявлення поширеності та адекватності діагностики системних ефектів і супутньої патології у пацієнтів з ХОЗЛ. У статті розглядається питання депресії у хворих з ХОЗЛ. Наведено результати клініко-психопатологічного обстеження хворих з ХОЗЛ II—IV стадії за допомогою шкали депресії Гамільтона та шкали тривожності Спілбергера — Ханіна. На підставі аналізу результатів дослідження в обстежуваних виявлено тривожно-депресивні розлади: у хворих з ХОЗЛ II—III стадії діагностовано депресію легкої ступені тяжкості, у хворих з ХОЗЛ IV стадії — середньої тяжкості. Крім того, проведено дослідження вказує на необхідність призначення відповідного медикаментозного або психотерапевтичного лікування.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, депресія, когнітивні розлади.

На базе Областного фтизіопульмонологічного центра г. Івано-Франківська проведено клініко-психопатологічне обстеження 120 пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень (ХОБЛ), знайдених на стаціонарному лікуванні. Целью работы было выявление распространенности и адекватности диагностики системных эффектов и сопутствующей патологии у пациентов с ХОБЛ. В статье рассматривается вопрос депрессии у больных с ХОБЛ. Приведены результаты клинико-психопатологического обследования больных с ХОБЛ II—IV стадии с помощью шкалы депрессии Гамильтона и шкалы тревожности Спилбергера — Ханина. На основании анализа результатов исследования у обследованных выявлены тревожно-депрессивные расстройства: у пациентов с ХОБЛ II—III стадии диагностирована депрессия легкой степени тяжести, у больных с ХОБЛ IV стадии — средней тяжести. Кроме того, проведенное исследование указывает на необходимость назначения соответствующего медикаментозного или психотерапевтического лечения.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, депрессия, когнитивные расстройства.

The clinical-psychopathological examination of 120 patients with chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) who were hospitalized on the basis of Ivano-Frankivsk Regional pulmonology center was conducted. The aim of the study was to identify the prevalence and diagnosis adequacy of comorbidity in patients with COPD. In the article the question of depression for patients with the COPD is examined. The results of clinical-psychopathological examination of patients with COPD stage II—IV using the scale of Hamilton depression and the scale anxiety of Spielberger — Hanin. The analysis of the survey results revealed anxiety-depressive disorder in patients with COPD stage II—III diagnosed with mild depression severity, and in patients with COPD stage IV — moderate. In addition, our study indicates the need to receive the appropriate medical or psychotherapeutic treatment.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, depression, cognitive disorders.

На сьогодні актуальним питанням є депресія, коморбідна хронічному обструктивному захворюванню легень (ХОЗЛ). Незважаючи на те що ця проблема поширена серед пацієнтів з ХОЗЛ, діагностиці та лікуванню депресії приділяється найменше уваги, тоді як остання є провідною причиною інвалідності в усьому світі, обумовлює значну захворюваність і смертність, а також підвищує ризик регоспіталізації та пов'язана з тривалим перебуванням у стаціонарі. Враховуючи, що ХОЗЛ належать провідні позиції серед причин інвалідності і смертності в усьому світі, ідентифікація чинників ризику розвитку депресії у таких хворих може відігравати істотну роль у профілактиці й лікуванні цього супутнього стану, а також дасть змогу покращити щоденний догляд за пацієнтами [1, 2].

За даними опитування 18 588 осіб E. Rebecca і співавторів встановили, що депресивні симптоми нерідко виникають у пацієнтів з ХОЗЛ і частіше спостерігаються на тлі ХОЗЛ, ніж при інших поширених хронічних захворюваннях, у тому числі ішемічній хворобі серця, інсульті, гіпертонічній хворобі, діабеті, артриті або раку [6, 11].

Існують певні об'єктивні та суб'єктивні перешкоди для успішної діагностики й лікування депресії у пацієнтів з ХОЗЛ як з боку хворого, так і з боку лікаря та системи охорони здоров'я загалом [3, 7, 10]. З боку пацієнта —

це відсутність знань про депресію, переконаність у тому, що депресія є особистим і сімейним питанням і її не слід обговорювати з лікарями; проживання в сільській місцевості, де відсутні фахівці з психіатрії; небажання повідомляти про симптоми депресії; маскування ознак розладу настрою фізичними симптомами. Бар'єри з боку лікаря — відсутність уніфікованого підходу до діагностики депресії і тривоги у пацієнтів з ХОЗЛ; неефективне використання скринінгових інструментів; відсутність досвіду проведення психологічної (психіатричної) експертизи; короткі періоди часу для відвідувань; відсутність ретельного спостереження; брак часу для освітньої роботи з пацієнтами щодо їх захворювання; відсутність можливості уважно стежити за прихильністю до терапії та її наслідками [4, 5]. Бар'єри з боку системи охорони здоров'я — це відсутність електронних реєстрів захворювань; поганий зв'язок між первинною ланкою медичної допомоги та системою охорони психічного здоров'я; акцент на продуктивності лікаря, а не на часі, проведеному з пацієнтом; відсутність адекватного страхування для лікування психічних розладів [12, 13].

З огляду на все вищесказане, виникає необхідність у прицільному обстеженні пацієнтів з ХОЗЛ на наявність депресії.

У клінічне дослідження були включені 120 пацієнтів з ХОЗЛ II—IV стадії: чоловіків — 95 (79,2 %), жінок — 25 (20,8 %) (табл. 1).

Таблиця 1
Розподіл пацієнтів з ХОЗЛ II—IV стадії та контрольної групи за віком та статтю, ($M \pm t, \%$)

Показники	ХОЗЛ II (n = 60)	ХОЗЛ III (n = 40)	ХОЗЛ IV (n = 20)	Контроль (n = 25)
Вік, роки	53,38 ± 5,1	55,8 ± 5,5	58,65 ± 8,09	54,36 ± 3,12
Стать: чоловіки жінки	40 (66,7 %) 20 (33,3 %)	36 (90 %) 4 (10 %)	19 (95 %) 1 (5 %)	15 (60 %) 10 (40 %)

Шкала MMSE (Mini Mental State Examination) призначена для скороченого дослідження психічного статусу хворого й оцінки таких характеристик, як орієнтування, сприйняття, увага, пам'ять, рахункові операції, основні рухові й перцептивно-гностичні функції, дозволяє діагностувати наявність та ступінь дементного процесу (максимальна кількість балів за шкалою — 30, показник від 28 до 30 балів свідчить про відсутність порушень когнітивних функцій, від 24 до 27 балів — про наявність легких когнітивних порушень, показник 23 бали й нижче є свідченням дементних порушень) [8].

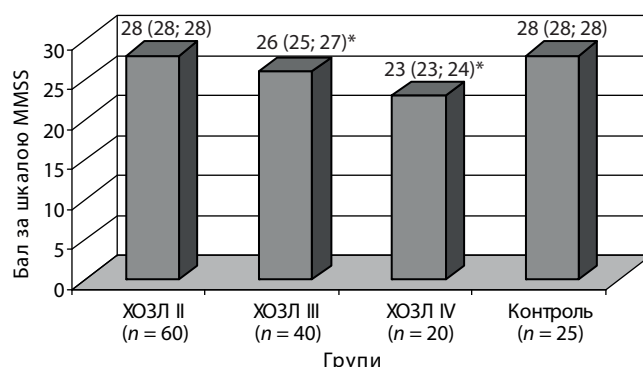
Тривожно-депресивні розлади досліджувались за допомогою шкали депресії Гамільтона та шкали тривожності Спілбергера — Ханіна. Шкала тривожності Спілбергера — Ханіна призначена для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність при легкій депресії розглядається як відносно стійка індивідуальна властивість особистості, що характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційного напруження внаслідок дії стресових чинників. Реактивна тривожність — це стан, що розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості. Оцінку рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснювали таким чином: до 30 балів — низький рівень тривожності; 31—45 балів — середній; понад 45 балів — високий рівень тривожності. Для виявлення депресії використовували шкалу Гамільтона, яка передбачає підрахунок загальної кількості балів за 21 пунктом. Сума балів від 7 до 16 відповідає легкій депресії, від 17 до 27 — депресії середньої тяжкості, понад 27 балів — тяжка депресія [9].

Статистичне оброблення одержаних даних проводили із застосуванням пакета прикладних програм Statistica 12.0. Для оцінки статистичної значущості різниці показників між групами застосовували непараметричний критерій Колмогорова — Смірнова для порівняння двох незалежних змінних, проводили кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Гамма. Вірогідними вважали зміни показників за умови $p < 0,05$.

У пацієнтів з ХОЗЛ II стадії когнітивні розлади були відсутніми: загальний бал за шкалою MMSE становив 28 (27; 28) балів ($p > 0,1$); пацієнти з ХОЗЛ III стадії відрізнялися від групи контролю — 26 (25; 27) балів ($p < 0,001$), що свідчило про наявність помірних когнітивних розладів. Загальний бал у пацієнтів з ХОЗЛ IV стадії за шкалою MMSE складав 23 (23; 24) бали ($p < 0,001$), та відповідав початковим проявам деменції (рис. 1).

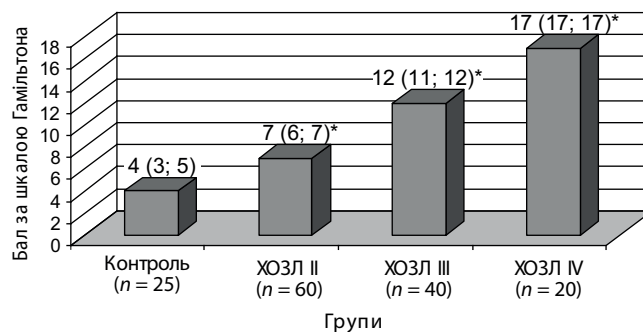
Загальний бал за шкалою депресії Гамільтона (рис. 2) у пацієнтів з ХОЗЛ II стадії склав 7 (6; 7) балів ($p < 0,001$),

і становив нижню межу легкої депресії, достовірно відрізнявся від групи контролю за рахунок таких субтестів — «активність», «ажитація» ($p < 0,001$); «соматична тривога», «ШКТ-симптоми» ($p < 0,05$).



Примітка. Різниця між групами дослідження та групою здорових осіб достовірна: * — $p < 0,001$

Рис. 1. Порівняння балів (медіана) за шкалою MMSE у пацієнтів з різними ступенями ХОЗЛ та в осіб контрольної групи



Примітка: * — $p < 0,001$ достовірність різниці між групами дослідження та групою здорових осіб

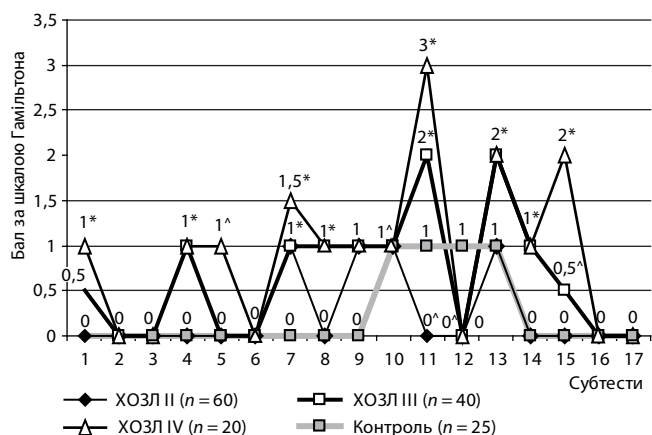
Рис. 2. Показники балів (медіана) за шкалою депресії Гамільтона у хворих з ХОЗЛ II—IV стадій порівняно з контрольною групою

У пацієнтів з ХОЗЛ III стадії вираженість депресії відповідала легкій — 12 (11; 12) балів ($p < 0,001$) за рахунок таких субтестів — «рання інсомнія», «активність», «загальмованість», «ажитація», «соматична тривога», «загальна соматична тривога», «генітальні симптоми», «іпохондрія» ($p < 0,05$).

Загальний бал у пацієнтів з ХОЗЛ IV стадії склав 17 (17; 17) ($p < 0,001$), що відповідало нижній межі депресії середньої тяжкості. Зміни відбулись за рахунок субтестів — «депресивні настрої», «рання інсомнія», «середня інсомнія» ($p < 0,05$); «активність», «загальмованість», «ажитація» ($p < 0,001$); «психічна тривога» ($p < 0,05$); «соматична тривога», «загальна соматична тривога», «генітальні симптоми», «іпохондрія» ($p < 0,001$) (рис. 3).

В пацієнтів з ХОЗЛ IV стадії виявлено обернений сильний кореляційний зв'язок між тяжкістю депресивних розладів за шкалою Гамільтона та ступенем вираженості когнітивних розладів за шкалою MMSE ($r = -0,8$; $p < 0,05$).

Рівень особистісної тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна у пацієнтів з ХОЗЛ II стадії склав 29 (29; 30) балів ($p < 0,001$), реактивної — 25 (24; 25) балів ($p < 0,001$), що відповідало низькому ступеню тривожності;

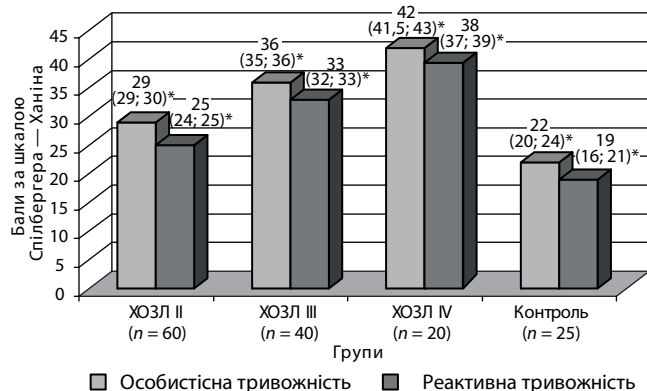


Примітка. Різниця між групами дослідження та групою здорових осіб достовірна: * — $p < 0,001$; ^ — $p < 0,05$

Рис. 3. Характеристика психічного стану у пацієнтів з ХОЗЛ II—IV стадій та в осіб контрольної групи за шкалою депресії Гамільтона

Субтести: 1 — депресивні настрої, 2 — відчуття вини, 3 — суїцидальні настрої, 4 — рання інсомнія, 5 — середня інсомнія, 6 — пізня інсомнія, 7 — активність, 8 — загальмованість, 9 — ажитація, 10 — психічна тривога, 11 — соматична тривога, 12 — ШКТ-симптоми, 13 — загальна соматична тривога, 14 — генітальні симптоми, 15 — іпохондрія, 16 — втрата ваги, 17 — критика

у пацієнтів з ХОЗЛ III стадії: особистісна — 36 (35; 36) ($p < 0,001$), реактивна — 33 (32; 33) ($p < 0,001$) та відповідав середньому ступеню тривожності. Верхній межі середнього ступеня тривожності відповідав і цей показник у хворих з ХОЗЛ IV стадії: особистісна — 42 (41,5; 43) бали ($p < 0,001$), реактивна — 38 (37; 39) балів ($p < 0,001$) (рис. 4).



Примітка: * — $p < 0,001$ достовірність різниці між групами дослідження та групою здорових осіб

Рис. 4. Порівняння балів (медіана) за шкалою тривожності Спілбергера — Ханіна у пацієнтів з ХОЗЛ II—IV стадій та в осіб контрольної групи

Дані нашого дослідження засвідчили, що у пацієнтів з ХОЗЛ вже на ранніх стадіях починають формуватися тривожно-депресивні розлади та виявлено обернений кореляційний зв'язок між ступенем вираженості когнітивних розладів і ступенем тяжкості депресії. Найімовірніше, депресія при ХОЗЛ пов'язана зі зниженою толерантністю

до фізичного навантаження, виконанням фізичних функцій та повсякденною активністю і є більш вагомим предиктором функціональної здатності у пацієнтів з ХОЗЛ, ніж фізіологічні маркери, такі як функція легень. Частина хворих на ХОЗЛ має транзиторні порушення настрою під час загострень і, на відміну від депресії, яка, швидше за все, потребує лікування антидепресантами або застосування іншої специфічної настрої-орієнтованої терапії, такі прояви зникають спонтанно при покращанні фізичного стану.

Список літератури

1. Фещенко, Ю. І. Хронічне обструктивне захворювання легень та супутня депресія — важлива медико-соціальна проблема / Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк // Український пульмонологічний журнал. — 2013. — № 3. Додаток. — С. 56—58.
2. Чучалин, А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 5—14
3. Яшина, Л. А. Современные принципы лечения ХОЗЛ: базисно, планоно, длительно / Л. А. Яшина // Здоров'я України. — 2008. — № 19. — С. 12—13
4. Хроническое обструктивное заболевание легких: можно ли предотвратить проблему? / Ю. И Фещенко, Л. А. Яшина, Н. Г. Горюченко [и др.] // Там само. — 2006. — № 11—12. — С. 17—19.
5. Островський, М. М. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ / М. М. Островський, П. Р. Герич // Український пульмонологічний журнал. — 2011. — № 4. — С. 19—24.
6. Распутіна, Л. В. Коморбідність неспецифічних захворювань органів дихання та серцево-судинної системи в практиці лікаря / Л. В. Распутіна // Там само. — С. 25—27.
7. Фещенко, Ю. І. Хроническое обструктивное заболевание легких — актуальная медико-социальная проблема / Ю. И. Фещенко // Там само. — 2011. — № 2. — С. 6.
8. Дамулин И. В. Дисциркуляторная энцефалопатия : метод. рекомендации / И. В. Дамулин, В. В. Захаров. — М., 2000. — 20 с.
9. Міщенко Т. С. Клінічні шкали і психодіагностичні тести у діагностиці судинних захворювань головного мозку : метод. рекомендації / Т. С. Міщенко, Л. Ф. Шестопалова. — Х.: ВІПОЛ, 2008. — 36 с.
10. Fabbri, L. M. From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? / L. M. Fabbri, K. F. Rabe // Lancet. — 2007. — Vol. 370. — P. 797—799.
11. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension, and cardiovascular disease in chronic obstructive pulmonary disease / [D. M. Mannino, D. Thorn, A. Swensen, F. Holguin] // Eur. Respir. J. — 2008. — Vol. 32. — P. 962—969.
12. Інвалідність: первинна, скрита, прогнозована : монографія / автори-упорядники : А. В. Іпатов, І. В. Дроздова, І. Я. Ханюкова [та ін.] ; Український державний науково-дослідний ін-т медико-соціальних проблем інвалідності, Дніпропетровський національний ун-т імені Олеся Гончара. — Дн. : Пороги, 2012. — 385 с.
13. Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease revised 2011 / GOLD executive committee, GOLD science committee. — 2011. — 90 p.

Надійшла до редакції 20.10.2014 р.

ПОЯСНИК Ірина Миронівна, лікар-невролог відділення професійної патології Обласного фтизіопульмонологічного центру, м. Івано-Франківськ; e-mail: ipoiasnik@mail.ru
POYASNYK Iryna Myronivna, Neurologist of Department of Occupational Pathology of Ivano-Frankivsk Regional pulmonological Center, Ivano-Frankivsk; e-mail: ipoiasnik@mail.ru