

УДК 616.89-008.454+616.24

DOI: 10.21802/2304-7437-2019-5(57)-85-89

РИЗИК РОЗВИТКУ ДЕПРЕСІЇ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ОБСТРУКТИВНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ ЛЕГЕНЬ

І. М. Поясник, В. А. Гриб, І. І. Тітов

*Івано-Франківський національний медичний університет; кафедра неврології та нейрохірургії; кафедра анестезіології та інтенсивної терапії; 76018, м. Івано-Франківськ, Галицька, 2;
e-mail: sof.3425@gmail.com*

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

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

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, в той час коли остання є провідною причиною інвалідності в усьому світі, викликає значну захворюваність і смертність, а також підвищує ризик регоспіталізації та пов'язана з більш тривалим перебуванням у стаціонарі. Враховуючи, що ХОЗЛ належать провідні позиції серед причин інвалідності і смертності у всьому світі, ідентифікація факторів 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 Е. Ребесса і співавтори встановили, що депресивні симптоми нерідко виникають у пацієнтів з ХОЗЛ і частіше трапляються на тлі ХОЗЛ, ніж при інших поширених хронічних

захворюваннях, у тому числі й ішемічній хворобі серця, інсульті, гіпертонічній хворобі, діабеті, артриті або раці [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]. Зі сторони пацієнта – 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 вищесказане, виникає необхідність у прицільному обстеженні пацієнтів з ХОЗЛ на наявність депресії.

Матеріал та методи дослідження

У клінічне дослідження було включено 120 пацієнтів з ХОЗЛ II-IV стадії: чоловіки становили 95 осіб (79,2%), жінки – 25 осіб (20,8%).

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 помірних когнітивних порушень, показник нижче від 23 балів 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 легкої депресії розглядається як відносно стійка індивідуальна якість особистості, що характеризує ступінь занепокоєння, турботи, емоційного напруження внаслідок дії стресових факторів. Реактивна тривожність – це стан, що розвивається за конкретною стресовою ситуацією. Якщо осо-

бистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, то стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем вираженості. Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснювалась так: 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].

Статистична обробка одержаних даних проводилась із застосуванням пакету 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 $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

У пацієнтів з ХОЗЛ II стадії когнітивні розлади (КР) 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 легких когнітивних розладів. Загальний бал у пацієнтів з ХОЗЛ IV стадії – за шкалою MMSE зменшився до 23 (23;24) ($p < 0,001$), та відповідав помірним когнітивним розладам.

Загальний бал за шкалою депресії Гамільтона у пацієнтів з ХОЗЛ II стадії склав 7 (6; 7) балів ($p < 0,001$), і являв собою нижню межу легкої депресії, достовірно відрізнявся від групи контролю за рахунок наступних субтестів – «активність», ($p < 0,001$), «ажитація», ($p < 0,001$), «соматична тривога», ($p < 0,05$), «ШКТ-симптоми», ($p < 0,05$).

У пацієнтів із ХОЗЛ III стадії вираження депресії відповідала легкій – 12 (11; 12) балів ($p < 0,001$) за рахунок наступних субтестів – «рання інсомнія», ($p < 0,001$), «активність», ($p < 0,001$), «заторможеність», ($p < 0,001$), «ажитація», ($p < 0,001$), «соматична тривога», ($p < 0,001$), «загальна соматична тривога», ($p < 0,001$), «генітальні симптоми», ($p < 0,001$), «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», ($p < 0,001$), «заторможеність», ($p < 0,001$), «ажитація», ($p < 0,001$), «психічна тривога», ($p < 0,05$), «соматична тривога», ($p < 0,001$), «загальна соматична тривога», ($p < 0,001$), «генітальні симптоми», ($p < 0,001$), «іпохондрія», ($p < 0,001$). У пацієнтів із ХОЗЛ IV стадії виявлено обернений сильний кореляційний зв'язок між тяжкістю депресивних розладів за шкалою Гамільтона та ступенем вираження КР 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. Бал за даною шкалою у пацієнтів з ХОЗЛ III стадії склав: 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 даний показник у хворих з ХОЗЛ IV стадії – особистісна – 42 (41, 5; 43) балів ($p < 0,001$), реактивна – 38 (37; 39) балів ($p < 0,001$).

Висновки

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 вираження КР 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, як-от функція легень. Частина хворих на ХОЗЛ має транзиторні порушення настрою під час загострень, і на відміну від депресії, яка, швидше за все, вимагає лікування антидепресантами або застосування іншої специфічної орієнтованої терапії. Такі прояви зникають спонтанно при покращенні фізичного стану.

Література

1. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия / И.В. Дамулин, В. В. Захаров: Методические рекомендации. – М., 2014. – 20 с.
2. Міщенко Т.С., Шестопалова Л.Ф. Клінічні шкали і психодіагностичні тести у діагностиці судинних захворювань головного мозку: Метод. рекомендації. –Х. : ВПОЛ, 2018. – 36 с.
3. Островський М.М. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ / М.М. Островський, П.Р. Герич // Укр. пульмонолог. журнал. – 2011. – N 4. – С. 19–24.
4. Распутіна Л.В. Коморбідність неспецифічних захворювань органів дихання та серцево-судинної системи в практиці лікаря / Л.В. Распутіна // Укр. пульмонолог. журнал. – 2015. – N 4. – С. 25–27.
5. Фещенко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень та супутня депресія – важлива медико-соціальна проблема /Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №3. Додаток. С. 56–58.
6. Фещенко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких: можно ли предотвратить проблему? / Ю.И. Фещенко, Л.А. Яшина, Н.Г. Горovenko [и др.] // Здоров'я України. – 2016. – N11–12. – С. 17–19.
7. Фещенко Ю.И. Хроническое обструктивное заболевание легких – актуальная медико-социальная проблема / Ю.И. Фещенко // Укр. пульмонолог. журнал. – 2016. – N 2. – С. 6.

8. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А.Г. Чучалин // Пульмонология. – 2014. – №2. – С. 5–14.
9. Яшина Л.А. Современные принципы лечения ХОЗЛ : базисно, плано-во, длительно [Текст] / Л.А. Яшина // Здоров'я України. – 2012. – №19. – С. 12–13.
10. Annino D.M. 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. – 2010. – Vol. 32. – P. 962–969.
11. Ipatov A.V., Drozdova I.V., Khanyukova I.Ya. Invalidnist: pervynna, skryta, prognozovana (Disability: initial, invisible, predictable). Dnepropetrovsk, 2012. 386 p.
12. Fabbri L.M. From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? / L. M. Fabbri, K. F. Rabe // Lancet. 2015. – Vol. 370. – P. 797–799.
13. Globalinitiative for chronic obstructive pulmonary disease revised 2011 / GOLD executive committee, GOLD science committee. – 2017. – 90 p.

Стаття надійшла до редакційної колегії 17.02.2019 р.

*Рекомендовано до друку д.м.н., професором **Василюком С.М.**, д.м.н., професором **Нідзельським М.Я.** (м. Полтава)*

THE RISK OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

I. M. Poiansk, V. A. Gryb, I. I. Titov

Ivano-Frankivsk National Medical University; department of Neurology and Neurosurgery; department of Anesthesiology and Intensive Care; 76018, Ivano-Frankivsk, Galyts'ka Str., 2; e-mail: sof.3425@gmail.com

A clinical and psychopathological examination of 120 COPD patients undergoing in-patient treatment was conducted on the basis of the Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital. The aim of the work was to detect the prevalence and adequacy of diagnosis of systemic effects and concomitant diseases in patients with COPD. The article deals with the issue of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). The results of clinical and psychopathological examination of 120 patients with stage II-IV COPD with the help of Hamilton's depression scale and Spilberger-Hanin anxiety scale are presented. Based on the analysis of the results of the study, anxiety and depression disorders were observed in patients with COPD: in patients with COPD II-III stage - severe mild depression was diagnosed, and in patients with COPD IV stage - moderate severity. In addition, the study suggests the need for appropriate medical or psychotherapeutic treatment.

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