

О.О. Хаустова, О.В. Бушинська, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно
ДІАГНОСТИКА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ
У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Значна кількість пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями мають поєднані психічні розлади, найбільш поширеними з яких є депресія, тривога, легкі когнітивні порушення. Вони суттєво знижують соціальну адаптацію, якість життя, тому необхідним є врахування їх ролі у хронізації соматичних захворювань. Раннє виявлення та лікування розладів психіки є перспективним для попередження багатьох соматичних захворювань та навіть зниження ризику розвитку деменції у пізньому віці. Значна поширеність та низька частота виявлення афективних порушень, недостатня терапія поєднаних хворобливих станів помітно знижують ефективність надання медичної допомоги, утруднюють її організацію та сприяють росту незадоволення населення якістю медичної допомоги. Поширення практики діагностики та терапії психічних розладів у закладах первинної медичної мережі – загальна тенденція розвитку медичної допомоги у різних країнах світу.

Авторами проведено дослідження пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями з використанням госпітальної шкали депресії та тривоги HADS. Виявлено, що серед пацієнтів первинної мережі депресія є більш значущим психопатологічним феноменом порівняно з тривогою незалежно від віку та статі. Було виявлено підвищення тривоги у чоловіків після 55 років, а у жінок вищий рівень тривоги спостерігався до 55 років. Прояви психопатологічного феномена депресії у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями є більш диференційованими за віком та статтю. Групу субклінічної депресії становили чоловіки віком старше 55 років та жінки до 55 років. У групі жінок старшого віку автори верифікували клінічно виражену депресію. Жінки з хронічними неінфекційними захворюваннями виявилися більш вразливими щодо проявів обох психопатологічних феноменів – тривоги і депресії. Своєчасне виявлення афективних розладів дозволить планувати оптимальні методи терапевтичної інтервенції для запобігання їх подальшому поглибленню, що підвищить якість лікування пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями в цілому.

Ключові слова: депресія, тривога, хронічні неінфекційні захворювання, госпітальна шкала тривоги і депресії HADS, первинна медична допомога.

Актуальність проблеми надання психіатричної допомоги в первинній медичній мережі пацієнтам з не-психотичними психічними розладами невпинно зростає в останні роки, оскільки за даними статистики велика кількість пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями мають супутні психічні розлади, найпоширенішими з яких є депресія, тривога, легкі когнітивні порушення [1–10]. Значне зростання депресивних порушень істотно впливає на рівень соціальної адаптації, якість життя людей і вимагає врахування їх ролі у хронізації соматичних захворювань. Безперечною є їхня роль у формуванні психосоматичних та нервово-психічних розладів прикордонного рівня, які потрапляють у поле зору лікарів загальної практики. Якщо цей розлад зберігається у хворих протягом року (а такі хворі становлять 11 % дорослого населення), воно більш обмежує можливості фізичного, соціального і професійного функціонування, а також більш тривалого стаціонарного лікування, ніж лише за наявності соматичного захворювання. За даними деяких авторів, у 2009 році 20–30 % хворих, які перебували під спостереженням у загальній медичній практиці, мали ті чи інші тривожно-депресивні розлади (ТДР) [11].

Проте цей відсоток невпинно зростає, і вже в 2012 році становив від 50 до 80 % осіб, які зверталися в систему первинної ланки медичної допомоги зі скаргами соматичного характеру [12, 13]. Такі пацієнти лікуються у кого завгодно, але тільки не у психіатра або психотерапевта. Раннє виявлення і лікування емоційних розладів є перспективним для попередження багатьох соматичних захворювань і навіть зниження ризику розвитку деменції в пізньому віці.

Лікарі-інтерністи виявляють психічні розлади у 36,9–60,1 % пацієнтів, у той час як при психіатричному огляді психічні розлади встановлюються у 53,2–89,2 % пацієнтів. Серед осіб із невиявленими психічними розладами переважали хворі з більш високим соціальним статусом, високим рівнем освіти та менш вираженими симптомами тривоги та депресії. Значна поширеність і низька частота виявлення, а також зумовлена цим недостатня терапія поєднаних соматичних і тривожно-депресивних розладів помітно знижують ефективність надання медичної допомоги, ускладнюють її організацію та сприяють зростанню незадоволеності населенням якістю медичної допомоги. Психічні роз-

лади у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями зустрічаються часто. Наприклад, за даними епідеміологічного дослідження Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 60 країнах світу депресію виявлено у 9,3–23 % пацієнтів за наявності хронічних соматичних захворювань, що достовірно вище, ніж за відсутності останніх. При цьому депресія більшою мірою погіршувала стан здоров'я, ніж власне соматична патологія, і пов'язана з гіршим прогнозом соматичного захворювання (National Institute for Health & Clinical Excellence, 2010) з точки зору інвалідності, більш високим рівнем потреби в медичній допомозі та зниженням якості життя. З іншого боку, наявність хронічного соматичного захворювання сприймається особою як безперервний стрес, що призводить до депресивного розладу (American Psychiatric Association, 2010). Поєднання депресії, тривоги і соматичного захворювання підвищувало ризик непрацездатності в 2,5–3 рази порівняно з кожним станом окремо. За наявності даної коморбідності формується патологічне коло з двобічними зв'язками, що впливає не тільки на працездатність пацієнтів, а і на тривалість та клінічний перебіг соматичного захворювання, прихильність хворого до лікування і навіть рівень смертності.

За даними статистики 46 % пацієнтів, що мають тривожно-депресивні розлади, лікуються у лікарів загальної практики, 46 % – амбулаторно у психіатрів і лише 8 % перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричних клініках.

За даними дослідження ВООЗ в Україні депресія переважує серед жінок, рівень депресивних розладів значно збільшується з віком. Серед респондентів старше 50 років депресивні розлади становлять 13,2 % для чоловіків і 25,9 % для жінок. Ситуація ускладнюється ще й тим, що особи з психічними розладами рідко звертаються за медичною допомогою. Для афективних розладів протягом життя рівень звернень становив 16,6 %, і лише 25 % людей, що випробували суїцидальні наміри, говорили про це з фахівцями. Україна є лідером серед європейських країн за кількістю депресій [7]. Саме наявністю недиагностованих депресій пояснюється значна частина наявних та прихованих самогубств. Від 30 % до майже 70 % із тих, хто пішов з життя внаслідок «смерті у побуті», зверталися за допомогою зі скаргами на соматичний стан до лікаря-інтерніста за 1–12 місяців до смерті [8].

Пацієнти з соматичними симптомами при депресивному або тривожному розладі частіше відвідують лікаря, ніж хворі з органічними захворюваннями. Органічна природа соматичних симптомів після трирічного спостереження знаходить підтвердження не частіше, ніж у 16 % випадків, але близько 80 % таких пацієнтів при первинному відвідуванні висловлюють виключно соматичні скарги [14]. Європейське дослідження Товариства з вивчення депресій (DEPRES II) продемонструвало, що 2 із 3 найбільш часто діагностованих ознак депресії в первинній медичній практиці були соматичними: зниження енергії, вітальна втома, млявість спостерігалася у 73 % пацієнтів, порушення сну – 63 %. При первинному зверненні у 65 % цих хворих були складнощі з диференціальною діагностикою афективного розладу і соматичного захворювання [15–17].

До основних причин низької діагностики у даній категорії хворих слід віднести схильність до психологізації в поясненні виникнення порушень неспсихотичного рівня, недостатня поінформованість населення та лікарів загальної практики щодо психічних розладів, побоювання пацієнтів психіатричних стигм, переважання зацікавленості у соматичному здоров'ї з витісненням значення психічного благополуччя, зниження соціальної активності та приписування психічним порушенням статусу «проявів старіння».

Поширення практики діагностики та терапії неспсихотичних психічних розладів в установах первинної медичної мережі – загальна тенденція розвитку медичної допомоги в різних країнах світу.

Оцінка психічного стану пацієнта і діагноз часто залежать від того, які зміни визначив лікар. Для об'єктивізації та стандартизації оцінки психічного статусу використовуються різноманітні шкали, тести та опитувальники. Застосування поширених міжнародних шкал, опитувальників дозволяє оптимізувати діагностику, лікувальну тактику та оцінку динаміки психічного стану пацієнта поряд із сучасними інструментальними і лабораторними методами дослідження. Проте слід ще раз наголосити, що шкали, тести та самоопитувальники – це лише інструмент доповнення і об'єктивізації самопочуття пацієнта поряд з іншими методами дослідження, в тому випадку, коли діагноз вже встановлено, або це привід звернутися до потрібного спеціаліста при тривалих соматичних і емоційних проблемах [18]. Коморбідність соматичної та психічної патології потребує спільних зусиль психіатрів і лікарів-інтерністів, а терапевтична тактика залежить від того, яка патологія на даному етапі є провідною [19]. Відповідно до статті 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» питання встановлення діагнозу психічного захворювання належать виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Отже, оцінка вищевказаних симптомів лікарем-психіатром дозволяє встановити діагноз депресивного розладу.

Метою даного дослідження була діагностика афективних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на етапі первинної медичної допомоги.

Матеріали та методи дослідження

За умови отримання інформованої згоди авторами було обстежено 115 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарня №2 ст. Київ-Пасажирський за «Уніфікованою картою обстеження пацієнта з хронічними неінфекційними захворюваннями», до якої входить Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS.

Шкалу розробили A.S. Zigmond і R.P. Snaith ще в 1983 році для виявлення та оцінки тяжкості депресії та тривоги в умовах загальносоматичної мережі. Перевагами даної шкали є простота застосування і обробки (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає труднощів у пацієнта). Вона має високу валідність щодо двох психопатологічних феноменів – тривоги і депресії.

Шкала складається з 14 тверджень, які обслуговують 2 підшкали: підшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1,

3, 5, 7, 9, 11, 13; підшкала D – «депресія»: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14. Кожному твердженню відповідають 4 варіанта відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність ознаки) до 3 (максимальна її вираженість).

Як і у всіх випадках застосування суб'єктивних шкал, для досягнення валідних результатів необхідно забезпечити самостійне заповнення шкали пацієнтом (без обговорення варіантів відповіді з родичами, знайомими, сусідами по палаті). У разі необхідності слід надати пацієнту відокремлене місце, а для забезпечення спонтанності відповіді бажано встановити пацієнту чіткі часові рамки для заповнення шкали (близько 20–30 хвилин). За цей час шкала має бути заповнена повністю. Якщо пацієнт пропустив окремі пункти або перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин), рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланка. При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкालі (T і D), при цьому виділяються 3 групи значень: 0–7 балів – норма; 8–10 балів – субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Результати та їх обговорення

Із 115 пацієнтів, що були обстежені за «Уніфікованою картою обстеження пацієнта з хронічними неінфекційними захворюваннями», у 62 хворих виявлено психосоматичні розлади: 7 (11,3 %) осіб – чоловіки до 55 років, 18 (29,0 %) – старше 55 років; 16 (25,8 %) – жінки до 55 років, 21 (33,9 %) – після 55 років. Контрольну групу склали 53 пацієнта тієї самої лікарні, група репрезентативна за статтю і віком з основною: 6 (12,5 %) – чоловіки до 55 років, 15 (27,8 %) – після 55 років; 14 (26,3 %) – жінки до 55 років, 18 (33,4 %) – після 55 років. Супутня соматична патологія включала: захворювання серцево-судинної системи – у 58 % пацієнтів, захворювання дихальної системи – у 15 %, шлунково-кишкового тракту – у 37 %, сечостатевої системи – у 19 % (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією

Патологія	Поширеність	
	абс.	%
Серцево-судинної системи	63	58,0
Шлунково-кишкової системи	35	37,0
Дихальної системи	23	15,0
Сечостатевої системи	14	19,0

За госпітальною шкалою HADS у чоловіків віком до 55 років рівень субклінічної тривоги та депресії становив 28,6 % випадків, клінічно вираженої тривоги та депресії не спостерігалось; після 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 44,4 %, депресії – 22,2 %; клінічно вираженої тривоги не спостерігалось, а депресія відмічалась у 16,7 % пацієнтів. У жінок віком до 55 років: рівень субклінічної тривоги становив 40,1 %, депресії – 33,3 %; клінічно виражена тривога спостерігалась у 33,3 %, депресія – у 40,1 % осіб; після 55 років субклінічна тривога та депресія спостерігались у 14,3 %; клінічно виражена тривога – у 14,3 %, депресія – у 57,1 % (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл пацієнтів за вираженістю депресії та тривоги

Показник	Чоловіки		Жінки	
	до 55 років	після 55 років	до 55 років	після 55 років
Субклінічна тривога	28,6 %	44,4 %	40,1 %	14,3 %
Субклінічна депресія	28,6 %	22,2 %	33,3 %	14,3 %
Клінічна тривога	–	–	33,3 %	14,3 %
Клінічна депресія	–	22,2 %	40,1 %	57,1 %

Отже, проведені дослідження з використанням госпітальної шкали депресії і тривоги HADS виявило, що серед пацієнтів первинної мережі депресія є більш вираженим психопатологічним феноменом порівняно з тривогою незалежно від віку і статі. Водночас відмічено підвищення тривоги у чоловіків після 55 років, в той час як у жінок вищий рівень тривоги спостерігається в більш молодому році (до 55 років). За даними авторів, феномен тривоги сягав субклінічного рівня (8,5 бала) лише в групі жінок до 55 років (рис. 1).

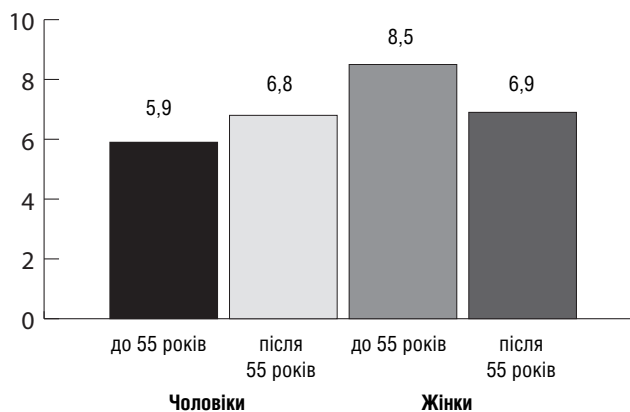


Рис. 1. Показники тривоги за шкалою HADS

Прояви психопатологічного феномена депресії у пацієнтів із хронічними неінфекційними захворюваннями є більш диференційованими за віком і статтю. В групу субклінічної депресії увійшли чоловіки старше 55 років (7,4 бала) та жінки до 55 років (9,3 бала). В групі жінок більш старшого віку автори верифікували клінічно виражену депресію (10,3 бала) (рис. 2).

Отже, жінки з хронічними неінфекційними захворюваннями виявилися більш уразливим контингентом

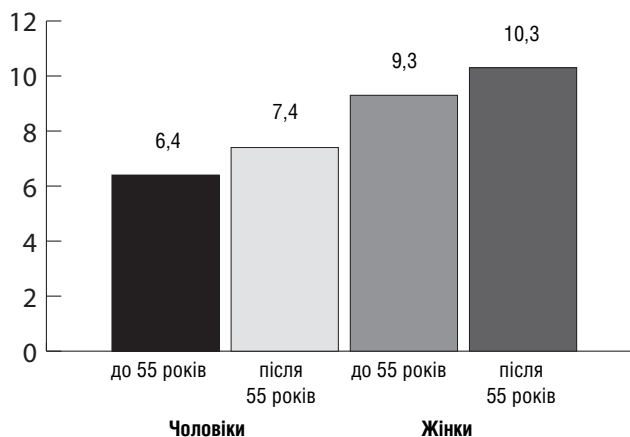


Рис. 2. Показники депресії за шкалою HADS

щодо проявів обох психопатологічних феноменів – тривоги і депресії. Причому в клінічній бесіді чоловіки наголошували на негативному впливі соматичної хвороби на фізичний стан в цілому і на виробничі досягнення. Водночас жінки більше переймалися власною неспроможністю щодо ведення домогосподарства, піклування за дітьми та іншими родичами, а вже потім вказували на виробничі проблеми. Таке сприйняття пацієнтами себе в мікро- та мезосоціумі певним чином сприяло визначеному розподілу серед обстежених феноменів тривоги і депресії.

Висновки

Таким чином, своєчасне виявлення афективних розладів за допомогою госпітальної шкали тривоги і депресії HADS дозволить планувати оптимальні методи терапевтичної інтервенції для запобігання подальшому поглибленню тривожно-депресивних порушень, що, в свою чергу, буде мати соціальну, медичну та економічну ефективність.

Список використаної літератури

1. Пінчук І.Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / Пінчук І.Я., Чайковська В.В., Стаднюк Л.А. та ін. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
2. Пінчук І.Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи. Монографія. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.
3. Краснов В.Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией. – М.: Московский НИИ психиатрии Минздрава РФ, 2008.
4. Нулевая версия проекта Глобального плана действий по охране психического здоровья 2013–2020, версия от 27 августа 2012.

5. Пінчук І.Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / Пінчук І.Я., Чайковська В.В., Стаднюк Л.А. та ін. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
6. Пінчук І.Я. Геронтопсихіатрична допомога: сучасні підходи. Монографія. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2011. – 244 с.
7. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. Інформаційно-аналітичний огляд за 2008–2012 рр. – К., 2013. – 202 с.
8. Хаустова О.О. Самоубства та побутова смертність в Україні: підсумки 2012 року // Укр. вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 4 (77). – С. 12–18.
9. Смулевич А.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А.Б. Смулевич, А.В. Андрищенко, Д.В. Романов // Псих. расстройства в общей медицине. – 2010. – №2. – С. 23–42.
10. Смулевич А.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты проблемы пограничных психических и психосоматических расстройств в общей медицине (обзор литературы) / А.Б. Смулевич, А.В. Андрищенко, Д.В. Романов // Псих. расстройства в общей медицине. – 2010. – №2. – С. 23–42.
11. Марута Н.А. Депрессии в общей медицинской практике (справочное пособие для врачей первичной медико-санитарной сети) / Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур. – К., 2009. – 30 с.
12. Чабан О.С. Депрессия / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.О. Жабенко – К., 2011. – 120 с.
13. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств. Доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных. – К.: ЧП ВМБ, 2009. – 216 с.
14. Katon W.J., Lin E.H.B., Von Korff M. et al. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 363. – P. 2611–2620.
15. Christensen H. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: a systematic review / Pallister E., Smale S., Hickie I.B. et al. // J. Prim. Prev. – 2010. – Vol. 31 (3). – P. 139–170.
16. Munoz R.F. Major depression can be prevented / R.F. Munoz, W.R. Beardslee, Y. Leykin // Am. Psychol. – 2012. – Vol. 67 (4). – P. 285–295.
17. Munoz R.F. Prevention of major depression / Cuijpers P., Smit F., Barrera A.Z. et al. // Annu. Rev. Clin. Psychol. – 2010. – Vol. 6. – P. 181–212.
18. Чабан О.С. Депресія: розуміння, лікування сьогодні та завтра / О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Міжнар. психіатр., психотерапеути. та психоаналіз. журн. – 2012. – Т. 6, №2 (18). – С. 20–26.
19. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. – 297 с.

ДИАГНОСТИКА АФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Е.А. Хаустова, Е.В. Бушинская, О.В. Прохорова, С.Г. Сахно

Большое количество пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями страдают сопутствующими психическими расстройствами, наиболее распространенными из которых являются депрессия, тревога, легкие когнитивные расстройства. Они существенно снижают социальную адаптацию, качество жизни, поэтому требует учета их роли в хронизации соматических заболеваний. Раннее выявление и лечение расстройств психики является перспективным для предупреждения многих соматических заболеваний и даже снижения риска развития деменции в позднем возрасте. Широкая распространенность и низкая частота выявления аффективных нарушений, недостаточная терапия сочетанных болезненных состояний заметно снижают эффективность оказания медицинской помощи, затрудняют ее организацию и способствуют росту недовольства населения качеством медицинской помощи. Распространение практики диагностики и терапии психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети – общая тенденция развития медицинской помощи в различных странах мира.

Авторами проведено исследование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями с использованием госпитальной шкалы депрессии и тревоги HADS. Было обнаружено, что среди пациентов первичной сети депрессия является более значимым психопатологическим феноменом по сравнению с тревогой независимо от возраста и пола. Было отмечено повышение тревоги у мужчин после 55 лет, а у женщин наибольший уровень тревоги наблюдался до 55 лет. Проявления психопатологического феномена депрессии у пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями являются более дифференцированными по возрасту и полу. Группу субклинической депрессии составили мужчины после 55 лет и женщины до 55 лет. В группе женщин более старшего возраста мы верифицировали клинически выраженную депрессию. Женщины с хроническими неинфекционными заболеваниями оказались более уязвимыми в отношении проявлений обоих психопатологических феноменов: тревоги и депрессии. Своевременное выявление аффективных расстройств позволит планировать оптимальные методы терапевтической интервенции для предотвращения их дальнейшего углубления, что повысит качество лечения пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями в целом.

Ключевые слова: депрессия, тревога, хронические неинфекционные заболевания, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS, первичная медицинская помощь.

AFFECTIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-COMMUNICABLE DISEASES O. Khaustova, O. Bushinska, O. Prokhorova, S. Sahn

A large number of patients with chronic non-communicable diseases suffer psychiatric comorbidity, the most common of which are depression, anxiety, mild cognitive disorders. They significantly reduce social inclusion, quality of life, and therefore requires consideration of their role in chronic somatic diseases. Early detection and treatment of mental disorders is promising for the prevention of many systemic diseases and even reduce the risk of dementia in later life. High prevalence and low incidence of affective disorders, inadequate therapy concomitant disease states significantly reduce the effectiveness of care, impede its organization and contribute to the growth public discontent quality of care. Spread practice of diagnosis and treatment of mental disorders in primary care network – the general trend of development of health care in different countries.

We conducted a study of patients with chronic non-communicable diseases using the hospital anxiety and depression scale HADS. We found that among patients primary network depression is more important psychopathological phenomenon compared with anxiety, regardless of age and gender. There was an increase of anxiety in men after 55 years, and for women a greater level of anxiety was observed up to 55 years. Psychopathological manifestations of the phenomenon of depression in patients with chronic non-communicable diseases are more differentiated by age and sex. Subclinical depression group were men after age 55 and women to 55 years. In the group of older women, we verified clinically severe depression. Women with chronic non-communicable diseases were more vulnerable to manifestations of both psychopathological phenomena: anxiety and depression. Timely detection of affective disorders will allow best practices to plan therapeutic intervention to prevent their further development will improve the quality of treatment of patients with chronic non-communicable diseases in general.

Key words: depression, anxiety, chronic non-communicable diseases, hospital anxiety and depression scale HADS, primary health care.