

**КОМОРБІДНІ ТРИВОЖНІ ТА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

В.Л. Савицький, О.М. Ткаленко, С.В. Латишенко, А.С. Косянчук

Українська військово-медична академія

Національний військово-медичний клінічний центр „ГВКГ”

Резюме. *Проведено комплексний аналіз частоти тривожних і депресивних проявів у військовослужбовців хворих на артеріальну гіпертензію, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та ХОЗЛ. Визначено, що депресивні та/або тривожні прояви виявлені у 41,3% хворих на виразкову хворобу та у 46,8% з артеріальною гіпертензією, що достовірно частіше в порівнянні з практично здоровими – 14,6% ($p < 0,05$). Отриманні дані обґрунтовують необхідність підвищення поінформованості лікарів щодо діагностики і корекції цих розладів та активного залучення військовослужбовців до процесу лікування.*

Ключові слова: *тривога, депресія, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, артеріальна гіпертензія, діагностика, лікування.*

Вступ. Проблема виявлення та лікування тривоги та депресії є актуальною не лише для психіатрії, але й загалом для медицини. За останні 40 років у більшості країн простежується неухильне зростання тривожно-депресивних розладів. Відомо, що частота виникнення цих розладів, у хворих із соматичною патологією у кілька разів вище, ніж в популяції в цілому. Так, на депресивні та тривожні розлади в популяції страждає 8% та 6% відсотків відповідно, то у соматичних хворих ці цифри сягають 20% та 15% [2, 4, 6].

Результати досліджень показують, що лікарі-інтерністи проявляють значну зацікавленість щодо розпізнавання і терапії тривоги та депресій. Певна річ, розширенню функцій лікарів загальномедичної практики щодо діагностики та лікування даних розладів повинно передувати удосконалення нормативно-правової бази, створення й апробація найбільш прийнятних форм організації допомоги хворим на депресії в умовах первинної медичної мережі [1, 3, 5]. Наказом МОЗ України від 25.12.2014 №1003 р. затверджено „Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) „Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія””. Питання адаптації та його використання в роботі військових медичних закладів також потребує дослідження.

Щодо військовослужбовців, то наукові дослідження засвідчили зростання частоти виявлення психопатологічних проявів, що обумовлено специфічними впливами численних факторів службового та соціального стресу, високими емоційними і фізичними навантаженнями. Водночас дані літератури свідчать про обмежену кількість досліджень щодо поширеності тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців з артеріальною гіпертензією (АГ), виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК), ХОЗЛ що й обумовило актуальність даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Мета дослідження: оптимізація надання допомоги хворим із тривожно-депресивними розладами шляхом комплексного вивчення їх поширеності, структури, впливу на перебіг соматичного захворювання.

Матеріали та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети методом випадкової вибірки було проведено аналіз частоти виявлення і клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних розладів у пацієнтів загальнономедичної практики. Для цього методом випадкової вибірки було проведено ретроспективний аналіз 250 історій хвороб військовослужбовців, які проходили лікування в денному стаціонарі клініки амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ” у 2012–2015 рр. з приводу АГ, ВХДПК та ХОЗЛ. В досліджувану групу ввійшли особи віком від 21 до 49 років, середній вік – $32,5 \pm 2,9$ р.

Для дослідження впливу соматичної патології на частоту виникнення тривожних і депресивних проявів, методом випадкової вибірки було проведено скринінг депресії з використанням стандартизованого опитувальника „Опитувальника здоров’я пацієнта” PHQ-2 (Patient Health Questionnaire). Він включає два питання:

1. Чи часто у Вас був знижений настрій, туга або почуття безнадійності упродовж останнього місяця?

2. Чи часто Ви помічали відсутність інтересу або задоволення від речей, які зазвичай Вас цікавили або приносили Вам задоволення, упродовж останнього місяця?

При позитивній відповіді хоча б на одне питання подальше обстеження проводили шляхом анонімного медико-соціологічного анкетування з використанням Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)).

В результаті анкетного опитування було сформовано три групи хворих: 60 військовослужбовців з АГ (І група), 60 військовослужбовців з ВХДПК (ІІ група) та у 40 військовослужбовців з ХОЗЛ (ІІІ група). Всі хворі проходили лікування у денному стаціонарі клініки амбулаторної допомоги Національного військово-медичного клінічного центру „ГВКГ” у 2015 рр. Групу порівняння

склали 60 практично здорових військовослужбовців, які за віком та статтю не відрізнялись від основної групи (рандомізована контрольна група) (IV група).

За результатами дослідження сформована комп'ютерна база даних, статистична обробка якої проводилась з використанням програми Microsoft Excel 2010 та стандартного статистичного пакету STATISTICA 6,0, із розрахунком відносних (P), середніх (M) величин, їх середніх похибок (m), критерію Стьюдента (t), рівня вірогідності (p).

Результати досліджень та їх обговорення. За результатами дослідження встановлено, що лише у 1,8% групи ризику лікарем у діагнозі була зазначена афективна патологія (астено-депресивний синдром), що не відповідає популяційним показникам (8–10%) та поширенню тривожно-депресивних розладів в контингентах соматичних хворих де ці показники вищі в 2-3 рази. При цьому в жодній медичній карті не було анкети скринінгу депресії PHQ-2. Що свідчить про дуже низький рівень виявлення депресії в загальномедичній мережі та не дотримання вимог наказу МОЗ України від 25.12.2014 р. №1003.

За результатами анкетного опитування з використанням шкали HADS депресивні та/або тривожні прояви виявлені у 41,3% хворих на ВХДПК, та у 46,8% з АГ, що достовірно частіше в порівнянні з практично здоровими – 14,6% (p<0,05) (табл. 1).

Таблиця 1

Частота виявлення тривожно-депресивних проявів у військовослужбовців за результатами анкетного опитування за шкалою HADS, %

Наявність тривоги та депресії за шкалою HADS	I група (n=60)	II група (n=60)	III група (n=40)	IV група (n=60)
	%	%	%	%
Тривога	38,7*	19,2	17,1	13,3
Депресія	21,6	39,4^	7,3	6,3
Поєднання тривожних та депресивних проявів	13,5*	17,3^	5,8	5,0
Всього з тривожними та депресивними розладами	46,8	41,3	18,6	14,6

Примітка. * – вірогідність різниці у порівнянні з IV групою, p< 0,05.

^ – вірогідність різниці у порівнянні з IV групою, p< 0,05.

Визначено, що частота виявлення тривожних розладів у хворих з ВХДПК суттєво не відрізнялась в порівнянні з групою практично здорових. При цьому, частота депресії була вірогідно вищою і склала 39,4% у хворих на ВХДПК, у порівнянні з практично здоровими – 7,3%. Визначені і певні відмінності – у хворих на АГ переважали тривога, а у хворих на ВХДПК – депресія. При цьому частота афективних розладів у хворих на ХОЗЛ (18,6%), в порівнянні з практично здоровими, достовірно не відрізнялась (p>0,05) (табл. 1).

Нами проведено дослідження частоти виявлення тривожних і депресивних проявів у хворих на ВХДПК в стадії загострення і ремісії в порівнянні з контрольною групою практично здорових. Серед обстежених пацієнтів в стадії загострення ВХДПК психічні порушення виявлені у 41,3%, а в фазі ремісії у 25,8%. Таким чином, проведені дослідження показали, що в процесі лікування рівень тривоги та депресії достовірно знижується ($p < 0,05$), проте навіть в період ремісії частота виявлення афективних розладів у хворих з ВХДПК була вірогідно вищою в порівнянні з практично здоровими (табл. 2).

Таблиця 2

**Частота виявлення тривожно-депресивних проявів у
військовослужбовців за результатами анкетного опитування за шкалою
HADS, %**

Наявність тривоги та депресії за шкалою HADS	В стадії загострення ВХДПК (n=60)	В стадії ремісії ВХДПК (n=60)	Практично здорові (n=60)
	%	%	
Субклінічна тривога	16,0	12,2	10
Клінічно виражена тривога	3,2	2,3	3,3
Субклінічна та клінічно виражена тривога	19,2	14,5	13,3
Субклінічна депресія	31,0*	19,3*	8,3
Клінічно виражена депресія	8,4	5,2	0,0
Субклінічна та клінічно виражена депресія	39,4*	24,5*	8,3
Поєднання тривожних та депресивних проявів	17,3*	13,2*	5,0

Примітка. * – вірогідність різниці у порівнянні з групою практично здорових, $p < 0,05$.

Вплив симптомів тривоги і депресії на клінічні прояви і перебіг ВХДПК ми оцінювали, розділивши пацієнтів з ВХДПК на 4 групи: пацієнти без психічних порушень; із симптомами тривоги; із симптомами депресії; пацієнти із поєднанням тривоги та депресії (табл. 3).

Важкість больового синдрому, диспепсії і особливості перебігу ВХДПК вивчали в кожній з цих груп. У стадії загострення важкий больовий синдром статистично переважав у хворих з симптомами тривоги – 27,7% ($p < 0,05$).

Важка диспепсія в стадії загострення ВХДПК частіше виявлялася у пацієнтів з депресією – 13,6% ($p < 0,05$); помірною диспепсією у пацієнтів тривожного – 77,7% ($p < 0,05$) (табл. 4).

Таблиця 3

Розподіл пацієнтів з ВХДПК в стадії загострення в залежності від важкості больового синдрому та наявності психічних розладів, %

Больовий синдром	Без психічних порушень	Поєднання тривоги та депресії	Із симптомами депресії	Із симптомами тривоги
	%	%	%	%
Легкий	11,7	5,4	18,1	0
Помірний	73,4	75,7	61,9	70,6
Важкий	4,8	18,9	23,8	27,7*

Примітка. * – вірогідність різниці, $p < 0,05$.

Таблиця 4

Розподіл пацієнтів з ВХДПК в стадії загострення в залежності від важкості диспепсичного синдрому та наявності психічних розладів, %

Диспепсичний синдром	Без психічних порушень	Поєднання тривоги та депресії	Із симптомами депресії	Із симптомами тривоги
	%	%	%	%
Легкий	50,1	35,2	42,9	11,8
Помірний	45,8	62,1	47,6	77,7*
Важкий	4,5	2,7	13,6*	5,5

Примітка. * – вірогідність різниці, $p < 0,05$.

Виявлено зв'язок між характером перебігу ВХДПК і психічною сферою пацієнтів (табл. 5).

Таблиця 5

Розподіл пацієнтів в залежності від особливостей перебігу ВХДПК і наявності психічних порушень, %

Перебіг	Поєднання тривоги та депресії	Без психічних порушень
	%	%
Важкий	55,3	42,5
Легкий	19,7	80,3*
Вперше виявлена	25,5	74,5*

Примітка. * – вірогідність різниці, $p < 0,05$.

При важкому перебігу, для якого характерно багаторазове загострення виразки протягом року, афективні розлади спостерігалися більш ніж у 50% випадків. Отже симптоми тривоги і депресії асоціюються з більш важким перебігом ВХДПК (табл. 5).

В клінічних дослідженнях доведено, що депресія може мати важливе значення, як у розвитку, так і в прогресуванні соматичної патології [6]. Афективні порушення впливають на вираженість клінічних проявів і затримують наступ клінічної ремісії. У тривожних пацієнтів превалює больовий синдром і диспепсичний симптомокомплекс, що на нашу думку

обумовлено підвищенням симпатичним тонусом. Отримані нами результати обґрунтовують необхідність запровадження скринінгового підходу щодо виявлення афективних розладів у військовослужбовців при проведенні медичних оглядів.

Висновки

1. Встановлено, що лише у 1,8% групи ризику у діагнозі була зазначена афективна патологія, що не відповідає популяційним показникам (8–10%) та поширенню тривожно-депресивних розладів в соматичних хворих. Що свідчить про дуже низький рівень виявлення депресії в загальномедичній мережі.

2. Депресивні та/або тривожні прояви виявлені у 41,3% військовослужбовців, які хворіють на ВХДПК, та у 46,8%, які хворіють на АГ, що достовірно частіше в порівнянні з практично здоровими – 14,6% ($p < 0,05$).

3. За результатами дослідження з використанням шкали HADS депресивні та/або тривожні розлади виявлені у 41,3% хворих в стадії загострення ВХДПК, а в фазі ремісії у 25,8%. Отже, в процесі лікування рівень тривоги та депресії достовірно знижується ($p < 0,05$).

4. Визначений нами високий рівень розповсюдженості депресії у хворих на АГ та ВХДПК, обґрунтовує необхідність підвищення поінформованості практичних лікарів щодо діагностики та лікування депресії і тривоги.

Література

1. Гольдберг Д. Обучение врачей навыкам в сфере психического здоровья. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА/ПТД. Модуль IV / Д. Гольдберг, Л. Гаск, Н. Сарториус; под общ. ред. Н. А. Корнетова; пер. с английского. – К.: Сфера, 2012. – 34 с.

2. Депресія в практиці гастроентеролога // Здоров'я України. – 2010. – № 11. – 12. – С. 3–4.

3. Коморбидная соматическая патология у военнослужащих с невротическими расстройствами / Е. С. Курасов, А. А. Марченко, А. А. Краснов // Военно–медицинский журнал. – 2012. №4. – С. 29–34.

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 25.12.2014 р. №1003 „Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (УКПМД) „Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія”.

http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050613_271.html.

5. Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illness / W.J. Katon, E. H. B. Lin, M. Von Korff // N. Engl. J. Med. – 2010. – №363. – P. 2611–2620.

6. NICE. The treatment and management of depression in adults (updated edition). National Clinical Practice Guideline 90. London : British Psychological society The Royal College of Psychiatrists. – 2010. – 705p.

Резюме. *Проведен комплексный анализ частоты тревожных и депрессивных проявлений у военнослужащих больных артериальной гипертензией, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и ХОБЛ. Определено, что депрессивные и/или тревожные проявления обнаружены в 41,3% больных язвенной болезнью и в 46,8% с артериальной гипертензией, что достоверно чаще по сравнению с практически здоровыми – 14,6% ($p < 0,05$). Полученные данные обосновывают необходимость повышения осведомленности врачей по диагностике и коррекции этих расстройств и активного привлечения военнослужащих к процессу лечения.*

Ключевые слова: *тревога, депрессия, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, артериальная гипертензия, диагностика, лечение.*

Summary. *A comprehensive analysis of the frequency of anxious and depressive manifestations in military patients with arterial hypertension, duodenal ulcer and chronic obstructive pulmonary disease. Determined that the depressed and/or anxious expression detected in 41,3% of patients with peptic ulcer disease and in 46,8% with hypertension that significantly more compared to almost healthy – 14,6% ($p < 0.05$). The obtained data substantiate the need to raise awareness of physicians about diagnosis and correction of these disorders and the active involvement of military personnel in the treatment process.*

Key words: *anxiety, depression, duodenal peptic ulcer, hypertension, diagnosis, treatment.*