

ДЕПРЕССИВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Н. Багишева¹, кандидат медицинских наук,
Т. Удалова¹, кандидат педагогических наук,
А. Мордык¹, доктор медицинских наук, профессор,
А. Кононенко²

¹Омская государственная медицинская академия

²ГКБ №1 им. А.Н. Кабанова, Омск

E-mail: ppi100@rambler.ru

Течение хронической обструктивной болезни легких сопровождается прогрессированием гипоксии с поражением центральной нервной системы, в связи с чем у пациентов, особенно пожилого возраста, возникают разной степени депрессивные тенденции с необходимостью психологической или медицинской помощи.

Ключевые слова: хроническая обструктивная болезнь легких, гипотимия, депрессия.

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – широко распространенное заболевание, составляющее до 25% в разных возрастных группах, в том числе и среди трудоспособного населения [3, 13]. Это заболевание, которое, исходя из определения, можно предупредить и лечить, тем не менее обуславливает высокий уровень инвалидизации и смертности [1, 2, 5, 8, 9]. Прогрессирование ХОБЛ сопровождается появлением гипоксии, в том числе центральной нервной системы (ЦНС), а также развитием или прогрессированием энцефалопатии и других психосоматических нарушений, связанных с гипоксией. В совокупности с низкой приверженностью лечению у таких пациентов возможно возникновение тревожно-депрессивных расстройств, требующих немедикаментозной и медикаментозной коррекции [6, 7, 10–12].

Целью исследования был анализ распространенности и выраженности депрессивных расстройств у пациентов обоего пола с ХОБЛ в разных возрастных группах.

Исследование проводилось на базе пульмонологических кабинетов ГКБ №1 и Городской поликлиники №2 Омска. В нем участвовали 195 пациентов с ХОБЛ (139 мужчин и 56 женщин). Средний возраст обследованных составил $60,9 \pm 12,1$ года, причем для мужчин он составлял $61,1 \pm 12,4$ года, для женщин – $60,8 \pm 11,2$ года.

Данные о распределении включенных в исследование пациентов по возрасту и полу представлены в табл. 1.

Исследование проводилось с помощью методики дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга (тест адаптирован в отделении наркологии НИИ им. Бехтерева Т.И. Балашовой). Шкала Зунга для самооценки депрессии была опубликована в 1965 г. в Великобритании и в последующем получила международное признание (переведена на 30 языков). Опросник В. Зунга [4] разработан для дифференциальной диагностики депрессивных состояний и состояний, близких к депрессии, для скрининг-диагностики при массовых исследованиях и в целях предварительной доврачебной

диагностики. Исследование по валидации выполнено с участием пациентов с депрессией (как в амбулаторных условиях, так и в стационаре), страдающих психическими или органическими заболеваниями. Внешняя валидность шкалы подтверждена клиническими данными и результатами факторного анализа. Установлена сравнительная валидность со шкалами Гамильтона, Бека, анкетой Любина для оценки депрессивного статуса и ММРІ. Инструмент разработан на основе диагностических критериев депрессии и результатов анализа клинических опросов пациентов с депрессией с целью уточнения формулировок вопросов в пунктах шкалы. Чувствительность шкалы подтверждена сравнением результатов тестирования пациентов с депрессивным и недепрессивным состоянием до и после терапии, а также групп пациентов, различающихся по полу, возрасту, расовой принадлежности, уровню образования, социальному и материальному положению. Результаты оценивали по 7 факторам, содержащим группы симптомов, отражающих чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность. Полное тестирование с обработкой занимает 20–30 мин. Испытуемый отмечает ответы на бланке. Оценка тяжести депрессии проводится на основе самооценки пациента. При обработке результатов рассчитывают уровень депрессии (УД) по формуле:

$$\text{УД} = [(\sum_{\text{пр}} + \sum_{\text{обр}}) / 80] * 100,$$

где $\sum_{\text{пр}}$ – сумма зачеркнутых цифр к «прямым» высказываниям, $\sum_{\text{обр}}$ – сумма цифр «обратных».

В результате получаем УД, который колеблется от 20 до 80 баллов.

Нормативные данные, полученные при разработке опросника (200 здоровых испытуемых), указывают, что средняя величина индекса снижения настроения составляет $40,3 \pm 6,0$ балла.

Уровень УД ≤ 50 баллов отражает состояние без депрессии (отсутствие во время исследования пониженного настроения). При УД в пределах >50 , но <59 баллов делают вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического генеза (незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения). При показателе УД от 60 до 69 баллов определяется субдепрессивное состояние или маскированная депрессия (значительное снижение настроения). При УД >70 баллов диагностируется истинное депрессивное состояние (глубокое снижение настроения).

Статистическая обработка материала проведена с помощью методов вариационной статистики на основе анали-

Таблица 1
Распределение пациентов с ХОБЛ по полу и возрасту; n (%)

| Возраст, годы | Мужчины | Женщины | χ^2 ; p |
|---------------|-----------|-----------|--------------|
| 25–34 | 4 (2,9) | 1 (1,8) | 1,25; 0,26 |
| 35–44 | 11 (7,9) | 4 (7,1) | 2,2; 0,13 |
| 45–54 | 20 (14,4) | 10 (17,9) | 2,3; 0,13 |
| 55–64 | 54 (38,9) | 22 (39,3) | 9,1; 0,002 |
| 65–74 | 28 (20,1) | 12 (21,4) | 4,4; 0,04 |
| 75–84 | 19 (13,7) | 7 (12,5) | 3,8; 0,05 |
| ≥ 85 | 3 (2,2) | – | – |

за абсолютных и относительных величин с использованием пакета прикладных программ Statistica 6. Проверка гипотезы нормального распределения значений в группах проводилась по асимметрии в программе Statistica 6. Количественные данные представлены в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее арифметическое, σ – стандартное отклонение. Для сравнения показателей в группах использованы критерии Манна–Уитни (U), Стьюдента (t) и хи-квадрат (χ^2). Статистическая значимость

результатов выражалась в виде $p=0,000$, результаты считали значимыми при $p < 0,05$.

Подсчет среднего арифметического в целом по группе пациентов с ХОБЛ составил $58,3 \pm 13,9$, что соответствует легкой депрессии ситуативного или невротического генеза (незначительное, но отчетливо выраженное снижение настроения). Если сравнивать полученные результаты с нормативными данными, полученными в выборке стандартизации при разработке данного опросника у здоровых, социально адаптированных людей ($40,3 \pm 6,0$), то можно сделать вывод о повышенном уровне депрессивных тенденций в обследуемой выборке.

Показатели по шкале Зунга в зависимости от пола и возраста обследованных представлены в табл. 2.

Анализируя табл. 2, можно констатировать повышенный уровень субдепрессивных тенденций во всех возрастных группах пациентов, за исключением самых молодых женщин в возрасте 25–44 лет, у которых эмоциональное состояние нормальное. Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза в среднем отмечена у мужчин 25–74 лет и у женщин 45–54 лет. У мужчин 75–84 лет и у женщин старше 55 лет установлено значительное снижение настроения вплоть до маскированной депрессии, а у мужчин старше 85 лет – истинное депрессивное состояние. Высокие показатели стандартного отклонения в большинстве подгрупп свидетельствуют о необходимости анализа распределения пациентов по уровням выраженности депрессивных тенденций (табл. 3).

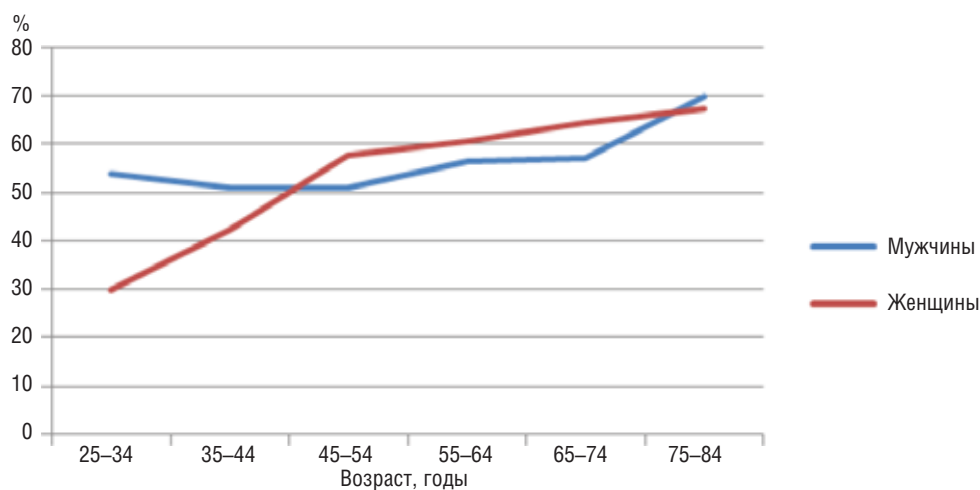
Полученные результаты позволяют утверждать, что оптимальный эмоциональный фон был только у 27,7% обследованных (30,2 мужчин и 21,4% женщин), т.е. у 2/3 больных ХОБЛ имеются проблемы в эмоциональном статусе. У 22,6% пациентов (в том числе у 24,5% мужчин и 17,9% женщин) отмечалась легкая депрессия ситуативного или невротического генеза. У значительного числа пациентов (всего у 30,8%; в том числе у 25,2% мужчин и 44,7% женщин) констатировано субдепрессивное состояние или маскированная депрессия. Такие люди теряют обычную работоспособность и находятся в состоянии хронической усталости, им присущи плохой ночной сон и чрезмерная сонливость в дневное время, резкое ухудшение памяти, сложности в концентрации на определенном виде занятий. Причем данный симптом может быть начальной стадией углубляющейся эндогенной депрессии. Истинное депрессивное состояние отмечено у 19,0% опрошенных, в том числе у 20,1% мужчин и 16,1% женщин. Данная категория пациентов характеризуется пониженным

Таблица 2
Степень выраженности депрессии у пациентов с ХОБЛ в зависимости от пола и возраста ($M \pm \sigma$); баллы

| Возраст, годы | Мужчины | Женщины | Критерий Манна–Уитни; p |
|-------------------|-----------|-----------|-------------------------|
| 25–34 | 53,8±15,9 | 3,0 | 2,3; 0,02 |
| 35–44 | 51,0±19,0 | 42,5±13,5 | 1,4; 0,14 |
| 45–54 | 51,0±10,5 | 57,6±9,1 | 1,2; 0,21 |
| 55–64 | 56,4±11,3 | 60,6±11,6 | 1,17; 0,24 |
| 65–74 | 57,0±15,7 | 64,3±8,6 | 1,9; 0,04 |
| 75–84 | 69,7±11,5 | 67,1±18,6 | 0,25; 0,79 |
| 85 и более | 71,7±6,9 | – | – |
| В целом по группе | 58,6±14,0 | 53,7±13,3 | – |

Таблица 3
Распределение пациентов с ХОБЛ по наличию и выраженности депрессии; n (%)

| Показатель | Все больные | Мужчины | Женщины | χ^2 ; p |
|---|-------------|-----------|-----------|--------------|
| Состояние без депрессии | 54 (27,67) | 42 (30,2) | 12 (21,4) | 11,7; 0,0007 |
| Легкая депрессия ситуативного или невротического генеза | 44 (22,6) | 34 (24,5) | 10 (17,9) | 9,0; 0,003 |
| Субдепрессивное состояние или маскированная депрессия | 0 (30,8) | 35 (25,2) | 25 (44,6) | 1,1; 0,29 |
| Истинное депрессивное состояние | 37 (19,0) | 28 (20,1) | 9 (16,1) | 1,6; 0,2 |
| Всего | 195 (100) | 139 (100) | 56 (100) | 24,0; 0,001 |



Зависимость выраженности депрессивных расстройств от возраста пациентов

настроением (гипотимией), торможением интеллектуальной и моторной деятельности, снижением витальных побуждений, пессимистическими оценками себя и своего положения в окружающей действительности, соматоневрологическими расстройствами. Таким образом, практически половина пациентов с ХОБЛ (в общей сложности 49,7%) нуждаются в специальных медицинских и психологических мероприятиях по коррекции депрессивных тенденций.

Кроме того, мы подсчитали коэффициент корреляции, который показал (см. рисунок) наличие связи между показателями депрессивных тенденций и возрастом пациентов ($r=0,38$; $p<0,001$). Таким образом, чем старше пациент с ХОБЛ, тем больше вероятность развития у него депрессивных тенденций.

Литература

1. Василькова Т.Н., Рыбина Ю.А. Коморбидная кардиореспираторная патология и поведенческие факторы риска: новый взгляд на старую проблему // Бюл. сиб. медицины. – 2013; 12 (1): 118–21.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С., Губжокова О.М. Коморбидность при хронической обструктивной болезни легких: роль хронического системного воспаления и клинико-фармакологические ниши рофлумиласта. Ч. I // Лечащий врач. – 2013; 9: 20–4.
3. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких. (2011) / М.: Атмосфера, 2012; 80 с.
4. Диагностика здоровья. Психологический практикум. Под ред. Г.С. Никифорова / СПб: Речь, 2007; 950с.
5. Макарова М.А., Авдеев С.Н., Чучалин А.Г. Гипоксемия как потенциальный фактор развития эндотелиальной дисфункции и артериальной ригидности у больных хронической обструктивной болезнью легких // Пульмонология. – 2013; 3: 36–40.
6. Мартыненко Т.И., Параева О.С., Дронов С.В. «Язык одышки» как инструмент первичной дифференциации легочной и сердечной патологии // Пробл. клин. медицины. – 2013; 1: 86–95.
7. Мирихулава Н.Г., Военбранд К.Л., Швайка А.В. Зависимость качества жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких от спектра базисной терапии // Пульмонология. – 2013; 4: 56–9.
8. Мордык А.В., Иванова О.Г, Сулим Д.А. и др. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующая инфекционная патология // Лечащий врач. – 2014; 10: 14–6.
9. Мордык А.В. и др. Отдельные аспекты взаимовлияния туберкулеза и ХОБЛ. XIV Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Сб. тр. / М., 2014; с. 373.
10. Перцева Т.А., Гашинова Е.Ю., Губа Ю.В. Психологические расстройства у пациентов с синдромом бронхиальной обструкции // Пульмонология. – 2013; 2: 81–4.
11. Попова А.Н., Трибунцева Л.В., Будневский А.В. Качество жизни и коррекция диссомнических нарушений у больных ХОБЛ пожилого возраста // Медицина и качество жизни. – 2013; 1: 36–7.
12. Овчаренко С.И. и др. Типология расстройств личности и реагирования на заболевание при хронической обструктивной болезни легких // Пульмонология. – 2013; 2: 74–80.
13. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease / updated 2013 [Electronic resource]. – 2013. – Access mode: www.goldcopd.org

DEPRESSIVE TENDENCIES IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

N. Bagisheva¹, Candidate of Medical Sciences; **T. Udalova**¹, Candidate of Pedagogical Sciences; Professor **A. Mordyk**¹, MD; **A. Kononenko**²

¹Omsk State Medical Academy

²A.N. Kabanov City Clinical Hospital One, Omsk

Chronic obstructive pulmonary disease is accompanied by progressive hypoxia and central nervous system involvement; therefore, varying depressive tendencies occur in patients, in the elderly in particular, who need psychological or medical care

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, hypothyria, depression.