

Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, О.В. Поточняк

ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ТА СУПУТНЯ ДЕПРЕСІЯ — ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України»

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є однією із глобальних проблем охорони здоров'я. Це захворювання поширене в усьому світі. Щонайменше 9–10% населення страждають на ХОЗЛ, і протягом найближчих десятиліть прогнозується зростання захворюваності на ХОЗЛ в результаті збереження впливу факторів ризику і старіння популяції. ХОЗЛ розвивається внаслідок взаємодії генетичних чинників і впливу таких факторів, як куріння, вік, респіраторні інфекції в ранньому дитячому віці, професійні шкідливості, забруднення повітря всередині приміщень у результаті спалювання біоорганічного палива для приготування їжі й обігрівання в погано провітрюваних житлових приміщеннях, високий рівень забруднення міського повітря, бідність. Поширеність ХОЗЛ у наш час майже однакова як серед жінок, так і серед чоловіків, а дані деяких досліджень дозволили припустити, що жінки навіть більш чутливі до дії тютюнового диму, ніж чоловіки.

Слід зазначити, що на сьогодні ХОЗЛ визнано не тільки обструктивною патологією легень, а й системним захворюванням. Системне запалення відіграє важливу роль у прогресуванні ХОЗЛ та хворобливості. При ХОЗЛ доведено підвищення вмісту в крові таких біомаркерів запалення, як С-реактивний протеїн, інтерлейкін 8 (IL 8), фактор некрозу пухлини (TNF). Прискорення зниження функції легень при ХОЗЛ асоціюється з підвищенням рівня IL 6 у мокротинні, кількості нейтрофілів та фібриногену в плазмі крові.

Циркуючі у крові запальні медіатори можуть зумовлювати втрату м'язової маси й кахексію, а також провокувати розвиток або посилювати перебіг супутніх захворювань. Водночас інші автори дотримуються думки про те, що легеневі прояви ХОЗЛ є однією з ознак системного запалення із залученням до патологічного процесу інших органів і систем.

З часом такі симптоми ХОЗЛ, як утруднене дихання, кашель, задишка при фізичних навантаженнях, прогресують і призводять до функціональних порушень, пригніченого настрою пацієнтів, високих показників інвалідності, смертності, а також значних економічних і соціальних збитків. Причиною цього є насамперед недостатня увага до питань профілактики, несвоєчасна діагностика та відсутність адекватної терапії. Сучасна концепція розглядає ХОЗЛ як захворювання, яке можливо попередити й лікувати.

Використання багатовимірних інструментів, таких як індекс BODE (індекс маси тіла, ступінь бронхіальної обструкції, задишки й толерантність до фізичного навантаження), дозволяє простежити багатоаспектний характер ХОЗЛ. Анкети визначення якості життя та опитувальник для оцінки хронічних захворювань дихальної системи також забезпечують глобальний опис хвороби і можуть бути корисними для формування кращого уявлення про комплексний характер ХОЗЛ.

В основному міжнародному керівництві GOLD з діагностики та лікування ХОЗЛ зазначено, що для визначення ступеня тяжкості захворювання, впливу на стан здоров'я пацієнта й ризику майбутніх несприятливих подій (загострення захворювання, госпіталізації або смерті) необхідним є встановлення наявності супутньої патології, що в підсумку дозволить най-

більш ефективно управляти терапією.

ХОЗЛ найчастіше супроводжується серцево-судинними захворюваннями, метаболічним синдромом, дисфункцією скелетних м'язів, остеопорозом, анемією, діабетом, синдромом обструктивного апное-гіпнопе сну, раком легень, депресією, що суттєво погіршує його прогноз. Супутня патологія при ХОЗЛ виникає при різних ступенях тяжкості захворювання і вимагає спеціального лікування.

На сьогодні актуальним питанням є депресія, коморбідна 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, викликає значну захворюваність і смертність, а також підвищує ризик регоспіталізації та пов'язана з більш тривалим перебуванням у стаціонарі. Ураховуючи, 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.

Депресія при ХОЗЛ асоціюється з такими чинниками, як молодий вік, жіноча стать, куріння, низький об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁), кашель, більш високі бали за SGRQ (тобто більш низька якість життя, пов'язана зі здоров'ям), серцево-судинні захворювання в анамнезі. Багатовимірний аналіз показав, що ступінь обмеження швидкості повітряного потоку був значно слабшим предиктором депресії, ніж такі фактори, як стан здоров'я, стать, наявність кардіоваскулярної патології, поточний статус куріння. 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.

Таким чином, пацієнти з ХОЗЛ обмежені у своїй соціальній активності і через фізичні вади не можуть брати участь у багатьох громадських заходах. Діяльність у повсякденному житті може бути значно порушена внаслідок хронічного психологічного стресу, соматичного болю, частих госпіталізацій, а також залежності від лікарського й сестринського персоналу. Усе це призводить до формування «хибного кола»: пригнічений настрій пацієнта знижує зусилля, необхідні для того, щоб упоратися з хронічним захворюванням, посилює психосоціальні згубні наслідки хвороби, а фізичні симптоми стають дедалі нестерпнішими.

Тривалий час вважалося, що депресія — це загальний емоційний розлад у пацієнтів з ХОЗЛ на тлі виникнення значних фізичних порушень унаслідок задишки і продуктивного кашлю. У цій статті термін «депресія» застосовується для визначення значних депресивних розладів, а не тимчасово пригніченого настрою.

На сьогодні стандарти діагностики депресії засновані на критеріях, викладених у двох основних системах кодування,

— міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), яку використовують у нашій країні, та діагностичному і статистичному керівництві з психічних розладів (DSM-IV-TR). У МКХ-10 депресію визначено як депресивний епізод легкого, середнього або важкого (з або без психотичних симптомів) ступеня, для якого в типових випадках характерними є знижений настрій, зменшення енергійності й активності.

N. Naranjo і співавт. виконали великий і всебічний аналіз взаємозв'язку ХОЗЛ і депресії, основна ідея якого полягала в тому, що в одного з чотирьох пацієнтів з ХОЗЛ можуть бути наявні клінічно значущі ознаки депресії. Zhang і співавт. показали, що серед хворих на ХОЗЛ спостерігається більш висока поширеність депресивних симптомів порівняно із здоровим населенням. А за даними опитування 18 588 осіб E. Rebecca і співавт. встановили, що депресивні симптоми нерідко виникають у пацієнтів з ХОЗЛ і частіше зустрічаються на тлі ХОЗЛ, ніж при інших поширених хронічних захворюваннях, у тому числі ішемічній хворобі серця, інсульті, гіпертонічній хворобі, діабеті, артриті або раку.

Американська національна фундація сну (2005) відвітувала, що 18% дорослого населення віком від 18 до 64 років мали встановлений діагноз депресії. Однак поширеність депресивних симптомів серед пацієнтів з ХОЗЛ, за даними літератури, значно варіює.

На підставі даних спостережних досліджень, присвячених вивченню зв'язку між ХОЗЛ і депресією, повідомлено про значний спектр її поширеності у хворих на ХОЗЛ — від 7 % (при ОФВ₁ <80 %) до 79,1 % у осіб із хронічною дихальною недостатністю. Це може бути викликано відмінностями у визначенні хвороби і критеріях включення в дослідження.

При стабільному ХОЗЛ поширеність депресії досягає від 10 до 42 %. У пацієнтів, які нещодавно видужали після загострення ХОЗЛ поширеність депресії також висока і коливається від 19,4 до 50 %. Встановлено, що зі збільшенням ступеня тяжкості ХОЗЛ збільшується частота виявлення симптомів депресії. Yon Ju Ryu і співавт. повідомляють, що частота депресії в осіб із легким ступенем захворювання становила 23 %, із помірним — 54 %, із тяжким — 72 %, із дуже тяжким — 71 %.

Механізм виникнення депресії у пацієнтів з ХОЗЛ невідомий і, ймовірно, є багатофакторним.

Депресія може передувати розвитку ХОЗЛ, і в такому випадку найбільш вірогідним є вплив генетичних чинників.

Більш поширеною є «реактивна» депресія, яка, найімовірніше, пов'язана з погіршенням стану здоров'я внаслідок ефектів старіння, куріння і впливу гіпоксемії на функції мозку. Дослідників у цій галузі може спантеличити той факт, що такі симптоми, як втома, порушення сну, втрата апетиту є спільними для депресії та ХОЗЛ. Однак слід пам'ятати і про інші, більш «психологічні» аспекти депресії, такі як почуття провини, відчуття безнадійності й нікчемності.

Існує чіткий зв'язок між симптомами депресії і курінням, проте причини цієї асоціації не дуже добре зрозумілі. У МКХ 10 куріння, як і депресія, належить до класу психічних розладів та розладів поведінки і є хворобою залежності. Хронічне куріння навіть можна розглядати як зовнішній прояв депресивних симптомів. У курців із ХОЗЛ симптоми депресії виникають частіше порівняно з хворими на ХОЗЛ, які кинули палити.

Всесвітня організація охорони здоров'я/Міжнародне товариство з вивчення медико-біологічних аспектів дослідження алкоголізму проаналізували зв'язок між статусом куріння й

досвідом депресивного епізоду протягом життя у 1849 чоловіків і жінок і виявили, що 23,7 % нинішніх курців упродовж життя мали діагноз депресії порівняно з 6,2 % тих, хто ніколи не палив.

Ризик у колишніх курців посідає проміжне положення — 14,6 %. А результати одного фінського дослідження показали, що ризик розвитку депресії у курців в 2,24 раза вищий, ніж у осіб, які не палять. Деякі дані свідчать про те, що курці рідше завершують реабілітаційні програми, порівняно з тими, хто не палить. Вважається, що пригнічений настрій побічно призводить до розвитку ХОЗЛ, оскільки порушення емоційного стану зменшує шанси кинути палити.

З огляду на все вищесказане виникає необхідність у прицільному обстеженні пацієнтів з ХОЗЛ на наявність депресії. Варто зазначити, що керівництво з надання первинної медичної допомоги США рекомендує проводити рутинний скринінг з проблем психічного здоров'я серед дорослого населення.

Як добре перевірені інструменти для скринінгу депресії застосовують різноманітні опитувальники, шкали оцінки й самооцінки депресії, які прості у використанні в рутинній клінічній практиці. Усі пацієнти, відібрані за допомогою скринінгових інструментів, потребують клінічного обстеження, перш ніж діагноз депресії буде встановлено.

В ініціативі GOLD зазначено, що кожен новий випадок виявлення ХОЗЛ потребує докладного аналізу історії хвороби, включаючи «оцінку почуття депресії або занепокоєння». Під час збору анамнезу слід оцінювати вплив хвороби на життя пацієнта.

Обов'язковим є встановлення обмежень фізичної активності, виконання сімейних рутинних обов'язків, а також відчуття депресії або збудження.

Крім скринінгових інструментів, застосовують психометричні шкали для оцінки депресії — клінічні тестові методики для виявлення основних типів психопатологічних розладів, які корисні у визначенні тяжкості стану пацієнта та чутливі до його динаміки і призначені, як правило, для заповнення фахівцем, в ідеалі — лікарем-психотерапевтом.

C. Tetikurt і співавт. повідомляють, що цитологічне дослідження мокротиння та бронхоальвеолярного лаважу може бути діагностичним інструментом для виявлення у пацієнтів з ХОЗЛ супутньої психіатричної патології, зокрема депресії, адже результати цих досліджень відображають ступінь ураження легеневої паренхіми, яке є провідним механізмом розвитку задишки та фізичної неспроможності таких хворих.

Слід зазначити, що в більшості пацієнтів з ХОЗЛ і депресією наявні значні порушення сну, який характеризується зниженою ефективністю та значними змінами архітекtonіки за результатами полісомнографії.

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. 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. 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.

Розуміння цих бар'єрів допоможе їх подолати й покращити якість надання допомоги пацієнтам з депресією та супутніми хронічними захворюваннями. Адже тільки половині хворих з депресією встановлюють точний діагноз на етапі первинної медичної допомоги, і тільки одна третина осіб, у яких було діагностовано депресію, отримують відповідне медикаментозне або психотерапевтичне лікування. В останні роки у США застосування так званої моделі спільної допомоги (Collaborative Care Model in COPD) пов'язане з помітним покращенням якості надання допомоги пацієнтам з депресією в первинній медичній ланці, зокрема збільшенням прихильності до терапії антидепресантами. Останнє є дуже важливим, адже, як повідомляють Yohannes і співавт., хворі неохоче приймають додатково ще один препарат разом із базовою терапією ХОЗЛ.

Отже, для більш ефективної діагностики та лікування супутньої ХОЗЛ депресії не тільки лікарі, а й система охорони здоров'я загалом мають розглядати ХОЗЛ та депресію як єдине ціле.

У зв'язку з незворотною природою ХОЗЛ метою терапії у таких пацієнтів є невилікувати, а зменшити симптоми, запобігти чи сповільнити прогресування захворювання, підвищити функціонування і покращити якість життя.

Слід також урахувати, що частина хворих на ХОЗЛ мають транзиторні порушення настрою під час загострень, і на відміну від депресії, яка, швидше за все, вимагає лікування антидепресантами або застосування іншої специфічної настрої орієнтованої терапії, такі прояви зникають спонтанно при покращенні фізичного стану.

Лікування депресії у пацієнта з ХОЗЛ необхідно проводити відповідно до стандартних рекомендацій, оскільки немає даних про те, що депресію слід лікувати інакше за наявності ХОЗЛ і навпаки.

Специфічна терапія депресії включає легеневу реабілітацію, яка має істотний і клінічно виражений ефект, психотерапію, зокрема когнітивну поведінкову терапію та фармакотерапію. Нарешті, якщо депресія викликана системним запаленням, то лікування запалення в легенях або системна протизапальна терапія також можуть бути ефективними.

У наш час основним засобом вибору для лікування депресії є антидепресанти, ефективність застосування яких підтверджено даними численних рандомізованих, плацебо контрольованих досліджень, зокрема найбільше інформації отримано

щодо терапії депресії трициклічними антидепресантами (ТЦА) та селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС).

Так, дані Кокранівського систематичного огляду використання антидепресантів у пацієнтів із соматичними захворюваннями, до якого увійшли три трайли, що включали пацієнтів з ХОЗЛ, свідчать, що ТЦА і СІЗЗС були більш ефективними, ніж плацебо.

Терапію СІЗЗС часто необхідно поєднувати з прийомом снодійних засобів, оскільки ця група препаратів впливає на частоту пробуджень на початку лікування. Однак слід пам'ятати, що снодійні засоби, які просто скорочують час до початку сну і зменшують кількість нічних пробуджень, не лікують депресію, а до того ж здатні підвищувати опір у дихальних шляхах і знижувати респіраторний драйв, що негативно позначається на обміні газів у пацієнтів з ХОЗЛ.

ТЦА, які є антагоністами Н1-гістамінових рецепторів, покращують сон уже на початковому етапі лікування, що може бути дуже важливим для пацієнтів з ХОЗЛ та депресією, які виснажені безсонням. Це дає змогу підвищити прихильність до терапії, але ТЦА мають значну кількість побічних ефектів. Так, прийом ТЦА є найбільш частою причиною суїциду через отруєння при самостійному застосуванні ліків, а кардіотоксичність зумовлює призначення терапевтично недостатніх доз і передчасне припинення лікування, тоді як використання СІЗЗС дозволяє забезпечити достатню тривалість терапії адекватними дозами препарату.

З'являється все більше доказів того, що порушення циркадної функції може бути головним фактором нейропсихічних розладів.

Методи лікування, які спрямовані на нормалізацію останньої, можуть сприяти як покращенню настрою, так і поліпшенню когнітивних функцій.

Мелітор — це антидепресант нового покоління, представник класу мелатонінергічних антидепресантів (синтетичний аналог гормону мелатоніну). Препарат є агоністом мелатонінових МТ1 і МТ2 рецепторів і 5HT_{2c} антагоністом серотонінових рецепторів, завдяки чому він забезпечує виражений антидепресивний ефект, у першу чергу за рахунок відновлення порушених циркадних ритмів, які істотно порушені у пацієнтів з депресією, та чинить анксиолітичну дію за відсутності вищезазначених побічних ефектів ТЦА і СІЗЗС.

Застосування мелітору в доповнення до базової терапії ХОЗЛ за наявності супутньої депресії дає змогу досягти позитивної дії наміки захворювання у цієї категорії пацієнтів.

Таким чином, розробка нових ефективних методів лікування й нових антидепресивних препаратів з використанням переваг та урахуванням недоліків застосування антидепресантів у минулому може стати ефективним доповненням до рекомендованої базисної терапії ХОЗЛ за наявності супутньої депресії.