

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.895.4-083-085

*А.К. Напреенко, Н. Латчман***КОМОРБИДНАЯ ДЕПРЕССИЯ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА В СЕТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомльца, Украина

Ключевые слова: депрессия, первичная медицинская помощь, коморбидность, геронтология

Известно, что депрессия гораздо чаще встречается у пожилых соматически больных пациентов, чем у здоровых лиц этого же возраста [2]. Целью этой статьи является предоставление новой информации и рекомендаций по проблемам диагностики, лечения и профилактики депрессии у пожилых людей с соматической патологией.

Согласно данным международного исследования, проведенного ВОЗ, 25% всех пациентов первичной сети медицинской помощи страдают какими-либо психическими расстройствами, главным образом депрессивными и тревожными и, по крайней мере, у 10% всех пользователей первичной медицинской сети имеет место большая депрессия [12].

Большая депрессия является ведущей причиной инвалидности по психическим расстройствам в целом и занимает четвертое место среди десяти наиболее тяжелых заболеваний. Если прогнозы ВОЗ верны, то к 2020 году депрессия займет второе место после ишемической болезни сердца среди инвалидизирующих факторов.

Депрессия может возникнуть в любом возрастном периоде, хотя ее вероятность наиболее высока в среднем возрасте, она встречается чаще у женщин, чем у мужчин [1]. В исследовании 2000 г. было обнаружено, что частота депрессивных эпизодов составила у мужчин 1,9% и у женщин 3,2% от всех случаев заболеваний, а также сделано предположение, что в течение следующих 12 месяцев 5,8% мужчин и 9,5% женщин переживут депрессивные эпизоды [12].

Около 20% случаев депрессии протекают хронически, без ремиссий, особенно при отсутствии адекватного лечения [10]. Наиболее трагическим последствием депрессивных расстройств является суицид. Около 15-20% пациентов с депрессиями заканчивают жизнь самоубийством [4].

Исследования показывают, что 8-20% пожилых людей в целом и 37% пожилых пациентов первичной медицинской сети страдают депрессией. Согласно последним данным, среди всех пожилых людей старше 65 лет депрессия обнаруживается в 12-15% случаев [2, 8].

Депрессия чаще встречается среди пожилых людей с соматическими инвалидизирующими заболеваниями [6]. Соматические расстройства не только сопровождают такие психические расстройства как депрессия, но могут также служить предикторами возникновения и развития депрессии. В одном весьма методологически корректном исследовании, проведенном в США, было показано, что 79% пациентов с какими-либо заболеваниями имели коморбидную патологию. Иными словами, лишь у 21% психически больных можно наблюдать психическую патологию «в чистом виде». Сходные данные были получены и в исследованиях, проведенных в других странах.

Почти у половины пациентов тревожные и депрессивные расстройства наблюдаются одновременно. Основной причиной того, что проблемами психического здоровья (по крайней мере депрессией у пожилых) в сети первичной медицинской помощи пренебрегают, можно считать следующее: системы здравоохранения в большинстве стран не рассматривают психические расстройства в качестве приоритетной проблемы, поэтому работники здравоохранения не получают необходимой подготовки для диагностики психических расстройств у пациентов. Например, 90% депрессивных расстройств у больных в Китае остаются не только не пролеченными, но и не диагностированными [3]. Особенно часто депрессия остается нераспознанной у пожилых, хотя в этом возрасте она протекает тяжелее; известно также, что уровень смертности среди депрессивных лиц пожилого возраста

выше, чем в общей популяции. Низкий уровень помощи при депрессиях у этого контингента пациентов обусловлен также «терапевтическим пессимизмом» медицинского персонала [6].

Психосоциальные стрессоры способствуют развитию депрессивных синдромов средней тяжести и, возможно, даже большой депрессии в позднем возрасте. Ограничение подвижности, снижение слуха и зрения, утрата работы и социальной активности, стремления к развлечениям и отдыху, финансовые ограничения, жизнь в условиях бедности, потеря супруга и сепарация от детей – вот наиболее частые психосоциальные стрессогенные факторы позднего периода жизни. Предполагается, что наличие социальной поддержки может быть одним из предикторов выздоровления даже в случаях тяжелой депрессии старческого возраста.

Трудности диагностики депрессии в пожилом возрасте связаны нередко с тем, что пациенты не предъявляют характерных жалоб. Поэтому врачи должны ориентироваться на иные признаки, которые могут косвенно свидетельствовать о наличии депрессивных расстройств. Часто вместо жалоб на депрессию пожилые люди сообщают о различных неспецифических болях. Было показано, что лицам с недиагностированной депрессией приписывают почти в два раза больше медикаментов, чем недепрессивным пациентам [9].

Наиболее частыми симптомами у лиц пожилого возраста с соматическими заболеваниями (с депрессией или без нее) являются: 1) расстройства сна; 2) боли; 3) нарушения аппетита; 4) потеря веса; 5) утомляемость; 6) тревога; 7) настойчивые мысли о смерти. Депрессия может быть маскированной симптомами соматических расстройств или ипохондрии – это затрудняет отграничение депрессии от сопутствующих заболеваний. Расстройства сна, например, могут быть следствием слабого контроля боли, переживаний за исход соматического заболевания или же быть симптомом депрессии. С другой стороны, соматические симптомы могут быть «истинным проявлением» соматического заболевания, и сами по себе они мало показательны для диагностики депрессии [12].

Депрессия также обостряет ощущение боли. К примеру, депрессивные больные с остеоартритом часто не ощущают облегчения от нестероидных противовоспалительных средств, настаивая на более интенсивном лечении и манипуляциях. В целом все те пациенты, которые слишком часто посещают специалистов первич-

ной медицинской сети, должны быть обследованы для исключения депрессии.

Депрессию в пожилом возрасте необходимо рассматривать как мультифакторную проблему, обусловленную различными составляющими, например, физиологическими возрастными изменениями, заболеваниями, инвалидностью, утратой материальных ресурсов и изменениями стиля жизни (так, социально-экономические перемены также могут способствовать развитию депрессии в пожилом возрасте). Среди пожилых лиц с соматической патологией депрессия встречается в 10 раз чаще, чем в общей популяции лиц старческого возраста. Хотя в большинстве случаев биологические связи между депрессией и соматическим заболеванием остаются неясными, можно утверждать, что с возрастом нейробиологические изменения в органах и системах включаются в патогенез депрессии. С возрастом наблюдается уменьшение концентрации норадреналина, допамина и серотонина в мозговых структурах, а также повышение уровня моноаминоксидазы [9].

Обсуждая связи между депрессией и соматической патологией, необходимо выделить по крайней мере две стороны проблемы. Во-первых, приводит ли депрессия к развитию соматического заболевания? Сосудистые и сердечно-сосудистые заболевания – тому хороший пример. Известно, что 18-25% пациентов с патологией коронарной артерии страдают депрессией; частота депрессий резко возрастает после инфаркта миокарда. Депрессия нередко развивается после инсультов и при других сосудистых заболеваниях головного мозга (сосудистой деменции).

Во-вторых, может ли депрессия приводить к сосудистым кризам? Согласно данным эпидемиологических исследований она участвует в развитии инфаркта миокарда. Одно из объяснений этого состоит в том, что депрессивные пациенты не следуют здоровому образу жизни; с другой стороны, у них, вероятно, существует предрасположенность к повышенной агрегации клеток крови.

Механизм, вследствие которого депрессия может повышать риск смерти из-за инфаркта миокарда, до сих пор остается не вполне ясным. Было обнаружено повышение уровня смертности у депрессивных пациентов с желудочковыми аритмиями – таким образом, можно предполагать, что, влияя на симпатическую-парасимпатическую регуляцию сердечного ритма, депрессия повышает риск летального исхода.

Около 50% больных паркинсонизмом, от 15 до 20% пациентов с болезнью Альцгеймера, сосудистой деменцией и другими деменциями имеют признаки депрессии [12].

В целом проблемы выявления депрессии у соматически больных в Украине схожи с таковыми в других странах, однако, существуют и некоторые нерешенные вопросы, специфичные для украинского контекста. Например, низкий уровень подготовки семейных врачей и медицинского персонала в отношении диагностики и лечения депрессии, невостребованность и недостаточность консультативной поддержки интернистов со стороны психиатров в сети первичной медицинской помощи.

При обследовании нами 80 терапевтических пациентов (18 мужчин и 62 женщины, средний возраст $53,7 \pm 8,3$ года), обратившихся за помощью в городскую поликлинику №2 г.Киева, мы обнаружили, что частота депрессивных расстройств в выборке составляет 17,5%. При этом никто из пациентов с депрессивными расстройствами ранее на приеме у психиатра не был, и при обследовании не предъявлял жалоб на снижение настроения, тревогу или иные характерные для депрессии симптомы. Большая часть (78,6%) пожилых больных с депрессией в нашей выборке имели хроническую и относительно стабильную ранее невыявленную депрессивную симптоматику, хотя консультировались с терапевтом на протяжении не менее 3 лет. Эта симптоматика в большинстве случаев была представлена расстройствами субпсихического регистра (дистимии, сосудистые, маскированные депрессии). За период предыдущего клинического наблюдения этим пациентам ни разу не была рекомендована консультация психиатра или лечение антидепрессивными средствами. Таким образом, можно предположить, что депрессия у них не была выявлена или – при ее своевременной диагностике — отсутствовали условия для проведения полноценной медикаментозной терапии (недостаток необходимых средств, опыта лечения, времени для детальной консультации и т.п.).

Одним из наиболее важных препятствий для оказания качественной помощи пациентам с депрессивными расстройствами в сети первичной медицинской помощи является их стигматизация в связи с обращением к психиатру. Другая существенная проблема для пожилых, особенно в отдаленных городских и сельских районах — это относительно малая доступность психиатрической помощи из-за ее чрезмерной цент-

рализации. Дискуссионным также остается вопрос о выборе медикаментозных средств для амбулаторного лечения депрессии у пожилых людей, поскольку селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, наиболее показанные в этом случае, являются доступными не всем пациентам из-за их дороговизны. При назначении трициклических антидепрессантов приходится учитывать характер их побочных действий и особенности взаимодействия с другими терапевтическими средствами.

Среди обследованных нами больных с депрессией преобладали лица пенсионного возраста, с низким уровнем дохода и недостаточной социальной поддержкой. Учитывая представленные выше данные о роли психосоциальных стрессовых факторов в формировании депрессии у лиц пожилого возраста, можно прийти к заключению, что перспективным направлением развития системы терапевтической помощи этому контингенту лиц в условиях поликлиники является консультативная помощь психолога (социального работника) и реализация программ групповой психотерапии, в особенности групп встреч.

Депрессивные расстройства распространены во всех странах и различных культурах, среди богатых и среди бедных. Несмотря на наличие многих трудностей, будущее системы оказания помощи лицам с психическими расстройствами в первичной сети медицинской помощи в Украине не должно казаться слишком мрачным. Многого должно быть сделано на организационном и образовательном уровнях, и результаты не замедлят сказаться. В соответствии с рекомендациями ВОЗ по улучшению психиатрической помощи в первичной медицинской сети нами разработаны следующие предложения:

1. Лечение в первичной сети медицинской помощи.

Своевременная диагностика и лечение депрессивных расстройств в поликлиниках обеспечивает быстрый доступ большого числа пациентов с депрессиями к системе медицинской помощи. Это сокращает затраты на необязательные обследования, неадекватное и неспецифическое лечение. Однако, это возможно лишь при условии необходимой профессиональной подготовки интернистов в области психического здоровья.

2. Обеспечение доступности психотропных средств.

Основные психотропные препараты должны быть постоянно доступны на всех уровнях ме-

дицинской помощи. Эти препараты редуцируют симптомы, улучшают работоспособность, сокращают длительность течения расстройств, предотвращают их обострение и социальную дезадаптацию больных. Медикаментозное лечение является предпочтительным, особенно в ситуациях, когда психосоциальная поддержка и квалифицированная специализированная помощь не доступны.

3. Предоставление социальной помощи.

Помощь депрессивным больным в сообществе может быть более эффективной, чем лечение в медицинском учреждении. Экономически выгоднее лечить пациента с психическими расстройствами амбулаторно. Такое лечение может быть как более своевременным, так и менее стигматизирующим. На смену крупным психиатрическим стационарам должны прийти небольшие амбулаторные учреждения, имеющие поддержку психиатрических отделений многопрофильных больниц.

4. Обучение населения.

В Украине должны предприниматься меры по преодолению предвзятого отношения к лицам с проблемами психического (психосоматического) здоровья и к психиатрической службе, по распространению информации о биологических, психологических и социальных причинах психических расстройств среди населения и успехах современной медицины в облегчении страданий психически больных и их семей. Это могло бы привести к уменьшению стигматизации и дискриминации лиц с психическими расстройствами, а также повышению обращаемости в психиатрическую службу.

5. Вовлечение общества, семей и пациентов.

Общественность, семьи и пациенты должны участвовать в принятии решений относительно политики здравоохранения. Политика здравоохранения должна стать более чувствительной в отношении возрастных, половых, культуральных и социальных особенностей больных, в особенности пациентов с психическими расстройствами и их семей.

6. Развитие национальной политики, программ и законодательства.

Развитие национальной политики, программ и законодательства в области здравоохранения

является необходимой основой для перспективного развития здравоохранения. Для Украины первоочередной задачей является увеличение ассигнований на развитие психиатрической помощи, создание системы медицинского страхования для лиц с психическими расстройствами, которая бы обеспечила большую доступность медицинской помощи. Эти меры предусмотрены Законом Украины «О психиатрической помощи» (2000 г.).

7. Развитие человеческих ресурсов.

Для Украины актуально как увеличение количества специалистов в области психиатрии, так и улучшение качества их подготовки. Эти специалисты должны обеспечивать необходимую поддержку в реализации программ в первичной сети медицинской помощи. Особое внимание необходимо уделить обучению семейных врачей, поскольку их роль в системе первичной медицинской помощи особенно велика. Насущной проблемой является развитие системы мультидисциплинарных бригад, включающих представителей медицинских и немедицинских профессий, в том числе психиатров, клинических психологов, психиатрических медицинских сестер, социальных работников и трудотерапевтов, помогающих реабилитации и возвращению пациента в общество.

8. Связи с другими областями.

В улучшении психического здоровья населения должны участвовать различные немедицинские сферы, в том числе образование, социальное обеспечение, юстиция, культура, негосударственные организации.

9. Мониторинг психического здоровья.

Мониторинг психического здоровья населения должен осуществляться с помощью информационных средств, которые предоставляют показатели заболеваемости и качества оказания помощи.

10. Обеспечение исследований.

Для лучшего понимания и развития более эффективной помощи необходимо проводить больше исследований биологических и психосоциальных аспектов депрессий. Такие разработки должны быть интеркультуральными, чтобы выявить различия между сообществами и лучше изучить причины, особенности течения и исход депрессивных расстройств.

О.К. Напрєєнко, Н. Латчман

КОМОРБІДНА ДЕПРЕСІЯ У ОСІБ ПІЗНЬОГО ВІКУ В МЕРЕЖІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Україна

В даній статті аналізується розповсюдженість, клінічні прояви, причини, соціальні аспекти та наслідки коморбідної депресії у пізньому віці. Обговорюються перспективи поліпшення допомоги геронтологічним хворим з депресивними розладами у первинній ланці медичної мережі в Україні. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 32-36)

A.K. Napryeuenko, N. Lutchnun

COMORBID GERIATRIC DEPRESSION IN THE PRIMARY CARE SETTING

National medical university by him (it) O.O. Bogomolza, Ukraine

In this article the prevalence, clinical presentations, causes, social aspects and outcome of comorbid geriatric depression are analysed. Some suggestions concerning the improvement of the present Ukrainian primary health care system for elderly patients with depressive disorders are also discussed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 32-36)

Литература

1. Кутько І.І., Напрєєнко О.К., Козідубова В.М. Афективні розлади // Психіатрія / Під ред. проф. О.К. Напрєєнка. - К.: Здоров'я, 2001. - С. 353 - 372.
2. Напрєєнко О.К. Депресія та тривога // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я / Під наук. ред. проф. І.П. Смірної. - К., 1999. - С. 135 - 142.
3. Gan Y.F., Yang Y.Y., Xu L. A preliminary study of the diagnosis and treatment of depressive episodes in primary care // Chinese Mental Health Journal. - 1998. - N12. - P. 15 - 16.
4. Goodwin F.K., Jamison K.R. Suicide, in manic-depressive illness. - New York: Oxford University Press, 1990. - 268 p.
5. Katon W., Robinson P. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression // Archives of General Psychiatry. - 1999. - Vol. 56. - P. 1109 - 1115.
6. Katona C., Livingston G. Impact of screening old people with physical illness for depression // Lancet. - 2000. - Vol. 356. - P. 91.
7. Kessler L., McConagle K.A. Results from national comorbidity survey // Archives of General Psychiatry. - 1994. - Vol. 51. - P. 8 - 19.
8. Newman S.C., Bland R.C., Orn H.T. The prevalence of mental disorders in the elderly // Canadian Journal of Psychiatry. - 1998. - Vol. 43. - P. 910 - 914.
9. Schulberg H.C., Katon W. Treating major depression in primary care // Archives of General Psychiatry. - 1998. - Vol. 55. - P. 1121 - 1127.
10. Thornicroft G., Sartorius N. The course and outcome of depression in different cultures // Psychological Medicine. - 1993. - N23. - P. 1023 - 1032.
11. Ustun T.B., Sartorius N. Mental illness in general health care: an international study. - Chichester: John Wiley & Sons, WHO, 1995. - 150 p.
12. World Health Report. 2001. WHO. - Geneva, 2001. - 178 p.

Поступила в редакцію 18.06.2002г.