УДК: 616-072.85

Роль сімейного лікаря у діагностиці депресії у пацієнтів із серцевою недостатністю. Огляд і власні дані

О.І. Катеренчук
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

У статті викладено сучасні методи діагностики депресії у пацієнтів із серцевою недостатністю шляхом використання діагностичних шкал. Розглянуто опитувальники PHQ-9, HARS, MARDS, Цунга та Бека, способи їхнього використання у практиці сімейного лікаря, основні аспекти оцінювання отриманих результатів, роль у визначенні необхідності медикаментозного лікування. Оприлюднено попередні дані власного дослідження з оцінювання поширеності та вираженості депресивного розладу у пацієнтів з ішемічною хворобою серця та серцевою недостатністю.
***Ключові слова**: серцева недостатність, депресивний розлад, діагностичні шкали.*

Україна посідає перше місце в Європі за показниками поширеності та смертності від серцево-судинних хвороб, найбільш питому вагу серед яких складає ішемічна хвороба серця (ІХС). Зазвичай перебіг ІХС супроводжується приєднанням синдрому серцевої недостатності (СН) у вигляді асимптомної дисфункції лівого шлуночка або ж – клінічно маніфестної СН. Тактика з надання допомоги таким хворим потребує діагностики та корекції наявних та потенційно несприятливих прогностичних факторів. Протягом останнього десятиліття велика увага приділяється депресивним розладам у пацієнтів з ІХС та СН. Як відомо, наявність депресії супроводжується низькою схильністю до призначеного лікування, є незалежним фактором ризику виникнення гострих серцево-судинних подій, зменшення тривалості життя та погіршення його якості. Варто зауважити, що виникнення депресії при СН часто зумовлюється патофізіологічними механізмами, пов'язаними з активацією нейрогормональних систем унаслідок дисфункції серця [1]. Незважаючи на велику кількість даних щодо поширеності і прогностичної ролі депресії серед пацієнтів, що були госпіталізовані з приводу гострої СН, значно менше відомо стосовно поширеності депресії серед пацієнтів в амбулаторних умовах. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, близько 80% пацієнтів з депресією звертаються до лікарів загальної практики, однак лише 20% з них призначається необхідна медикаментозна терапія. Однією з причин зазначеної проблеми є неспецифічність симптомів депресії (наприклад втомлюваність, утруднення дихання, зниження апетиту, розлади сну), що часто сприймаються лікарем виключно як симптоми серцево-судинного захворювання. Використання легких та водночас достовірних методів з виявлення депресії у пацієнтів з СН є важливою складовою роботи сімейного лікаря, що дозволить вчасно виявляти даний стан та призначати відповідне лікування [2].

Мета дослідження: здійснення аналізу сучасних методів діагностики депресивного розладу у пацієнтів із СН, що можуть використовуватись у щоденній практиці сімейного лікаря.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналіз проведено шляхом вивчення медичних публікацій, представлених у друкованих та електронних джерелах інформації (електронні бази даних PubMed, Medscape, Medline) за останні 10 років.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На сьогоднішній день розроблено низку опитувальників для виявлення депресивних розладів, що можуть ефективно використовуватись на амбулаторному етапі.

Найзручнішим для використання у популяції кардіологічних хворих є опитувальник PHQ (The Patient Health Questionnaire), що представлений у 2 варіантах. Протягом останніх років зазначений опитувальник активно використовувався у дослідженнях із залученням пацієнтів з СН [2–6].

PHQ-2 містить лише 2 запитання, які можна поставити усно. Якщо отримано відповідь «так» хоча б на одне з них, рекомендується надалі користуватись опитувальником PHQ-9, що містить 9 запитань. PHQ-9 – це легкий у використанні, зручний та діагностично точний інструмент для виявлення депресії. PHQ-9 має достатню чутливість та специфічність. Більшість пацієнтів здатні самостійно заповнити опитувальник без сторонньої допомоги протягом 5 хв, відзначаючи на бланку потрібну відповідь. Пацієнту слід дати відповідь на наявність та частоту виникнення симптомів депресії протягом попередніх 2 тиж. Чим частіше спостерігався той чи інший симптом, тим вищою є бальна оцінка. Легкий ступінь депресії діагностується у разі сумарної бальної оцінки у 5–9 балів, помірний – у 10–14 балів, тяжкий – у 15–19 балів, вкрай тяжкий – понад 20 балів. Ця методика дозволяє встановити діагноз депресії, оцінити її тяжкість, визначити необхідність у медикаментозному лікуванні та здійснювати контроль за перебігом захворювання в динаміці. Для пацієнтів з незначними симптомами (до 14 балів) рекомендовано повторне тестування протягом наступних візитів до сімейного лікаря. У пацієнтів з високою сумарною оцінкою (понад 14 балів) спершу лікар або медсестра повинні переглянути відповіді на запитання разом з пацієнтом, а надалі, за необхідності, – направити пацієнта на консультацію до вузького фахівця. Водночас, ставиться під сумнів доцільність запитання № 9, що характеризує суїцидальні думки, оскільки характеризується низькою чутливістю. Не виключено, що протягом наступних років більш широкого розповсюдження набере модифікований PHQ-8.

Найвідомішою серед усіх діагностичних шкал з виявлення депресії є шкала депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression, HRDS), що була створена ще у 1959 році. HRDS дозволяє клінічно оцінити ступінь вираженості депресії і її динаміку в процесі специфічного лікування [7]. На сьогодні існує декілька варіантів шкали, що відрізняються кількістю запитань (від 17 до 24). На загальнолікарському

прийомі цілком достатньо користуватись скороченою версією з 17 запитань. Варто відзначити, що на відміну від PHQ-9, який пацієнт заповнює самостійно, опитувальник HARS призначений для заповнення лікарем. Кожен пункт оцінюється у балах: мінімальна оцінка – 0, максимальна – 4, при цьому не для всіх пунктів можливі максимальні оцінки. В опитувальнику HRDS ураховуються: порушення настрою, почуття вини, суїцидальні наміри, розлади сну, загальносоматичні симптоми, симптоми з боку травного тракту, симптоми з боку сечостатевої системи, стан працездатності, загальмованість, ажитація, почуття тривоги, соматична тривога, іпохондрія, втрата маси тіла, особисте ставлення до хвороби. Оцінка результатів: 0–7 – норма, 8–13 – легкий депресивний розлад, 14–18 – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості, 19–22 – депресивний розлад важкого ступеня, більше 23 – депресивний розлад вкрай важкого ступеня тяжкості.

Шкала Монтгомері–Асберга (Montgomery–Asberg Depression Rating Scale, MADRS) була розроблена у 1979 році британськими та шведськими дослідниками у якості доповнення до шкали Гамільтона (HRDS) з метою більш чутливого аналізу динаміки змін депресивних симптомів на фоні лікування антидепресантами. Опитувальник складається з 10 запитань, кожне з яких оцінюється у балах від 0 до 6. Загальна оцінка коливається від 0 до 60. Опитувальник містить запитання, що характеризують настрій, відчуття внутрішньої напруженості, порушення сну, зниження апетиту, труднощі з концентрацією уваги, млявість, песимістичні та суїцидальні думки. Заповнення анкети здійснює лікар (бажано психіатр) на підставі оцінки наявності і вираженості симптомів у пацієнта. Зазвичай тривалість обстеження займає до 30–60 хв. Шкала активно і ефективно використовувалась у дослідженні із залученням амбулаторних пацієнтів з СН і артеріальною гіпертензією [7].

Варто відзначити, що існує і модифікація зазначеного опитувальника, MADRS-S, розроблена для заповнення пацієнтом. MADRS-S містить дев'ять запитань, із загальним рахунком балів в межах від 0 до 54. Обидві версії (MADRS та MADRS-S) можуть використовуватись сімейним лікарем. Зазвичай на заповнення MADRS-S та підрахунок балів достатньо 10–30 хв.

Опитувальник Бека для оцінювання депресії (Beck Depression Inventory) містить 19 груп запитань і 4 твердження, що дозволяють оцінити 21 категорію симптомів депресії. З моменту створення шкали у 1961 році та протягом декількох десятиліть анкета заповнювалась лікарем (зазвичай психіатром), однак уже з 90-х років XX століття частіше стало використовуватись заповнення анкети самим пацієнтом. Відповіді на запитання з опитувальника Бека потребують більше часу, аніж PHQ-9, HARS та MADRS-S. За шкалою Бека діагноз депресії встановлюють у разі загальної кількості балів понад 19. У разі результату менше 10 балів можна говорити про відсутність депресивного розладу. Результат від 10 до 19 балів свідчить про легкий ступінь вираженості депресії ситуативного чи невротичного генезу. Шкала Бека протягом останніх років застосувалась у низці досліджень, що вивчали депресивно-тривожні розлади при СН [8–12].

Опитувальник Цунга для самооцінки депресії (Zung Self-Rating Depression Scale) – тест для самооцінки депресії, що був розроблений в Університеті Дюка психіатром Уїльямом Цунгом. Застосування зазначеного методу дозволило оцінювати вплив депресії на довготривалий прогноз при СН [8, 13]. Тест дозволяє оцінити наявність депресивних розладів та їхню вираженість. В опитувальнику міститься 20 тверджень: десять позитивно сформульованих і десять – негативно. Кожне твердження оцінюється у балах від 1 до 4 («ніколи», «іноді», «часто», «постійно»). Заповнення шкали Цунга та інтерпретація зазвичай потребують більше часу, тож є незручними у загальній практиці.

У цілому ж будь-який з наведених вище методів може забезпечити корисну первинну оцінку в амбулаторних умовах та визначитись з подальшою тактикою.

У дослідженні, що виконується на базі кафедри сімейної медицини і терапії Української медичної стоматологічної академії, у якості діагностичної процедури використовують опитувальники PHQ-9, HARS та MARDS. Дослідження виконується у популяції хворих із СН ішемічної етіології. На сьогодні проведено обстеження 165 пацієнтів.

Згідно з попередніми результатами слід відзначити:

1. Використання опитувальників PHQ-9, HARS та MARDS є зручним та легким у виконанні методом діагностики депресії серед пацієнтів кардіологічного профілю.
2. Середній час заповнення анкет складає: PHQ-9 – 5 хв, HARS – 10 хв та MARDS – 12 хв.
3. Наявність депресивних симптомів виявлено в цілому у 24–32% пацієнтів.
4. Поширеність депресії істотно не відрізняється в групах пацієнтів зі збереженою та зниженою фракцією викиду.
5. Поширеність депресії значно зростає у групах пацієнтів з вищим функціональним класом IXC та СН за NYHA.
6. Призначення медикаментозної терапії з метою корекції депресивних порушень було здійснено 18% від загальної кількості обстежених хворих.
7. Для 2 пацієнтів виявлена необхідність направлення до психіатра у зв'язку з вираженими проявами депресії.
8. Використання опитувальників PHQ-9, HARS та MARDS у процесі лікування дозволяло оцінити ефективність призначеної медикаментозної терапії та визначитись з подальшою стратегією.

ВИСНОВКИ

Протягом останнього десятиліття депресивний розлад визнано в якості негативного прогностичного фактора перебігу серцевої недостатності, що потребує своєчасної корекції та лікування. У даному контексті сімейний лікар відіграє важливу роль, оскільки діагностика депресії та її лікування у переважній більшості випадків може здійснюватись сімейним лікарем без направлення до вузького фахівця. Зручними методами діагностики депресії є заповнення анкет PHQ-9, HARS, MARDS, опитувальників Цунга та Бека. Проведення тестування дозволяє діагностувати депресивний розлад та розпочати своєчасні лікувальні заходи (при легких формах – амбулаторне лікування, при тяжких – направлення до вузького спеціаліста). Загалом 90–95% пацієнтів з цією патологію можуть спостерігатись та успішно лікуватись у сімейного лікаря.

Роль семейного врача в диагностике депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью. Обзор и собственные данные

А.И. Катеренчук

В статье изложены современные методы диагностики депрессии у пациентов с сердечной недостаточностью путем использования диагностических шкал. Рассмотрены опросники PHQ-9, HARS, MARDS, Цунга и Бека, способы их использования в практике семейного врача, основные аспекты оценки полученных результатов, роль в определении необходимости медикаментозного лечения. Обнародованы предварительные данные собственного исследования по оценке распространенности и выраженности депрессивного расстройства у пациентов с ишемической болезнью сердца и сердечной недостаточностью.

Ключевые слова: *сердечная недостаточность, депрессивное расстройство, диагностическе шкалы.*

The Role of the Family Doctor in the Diagnosis of Depression in Patients with Heart Failure. Review and Own Data

O.I. Katerenchuk

The article describes investigations that help to diagnose depression by using diagnostic scales in the population of heart failure patients. Questionnaires PHQ-9, HARS and MARDS, Tsung and Beck surveys were analyzed in the way how they could be used in the family doctor practice, how the family doctor should interpret obtained results and how these methods should help in making decision to prescribe specific medical treatment. Preliminary data of the own research aimed to study the prevalence and severity of depressive disorder in patients with ischemic heart disease and heart failure are also published.

Key words: *heart failure, depressive disorder, diagnostic surveys.*

Сведения об авторе

Катеренчук Александр Иванович – Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», 36000, г. Полтава, ул. Шевченко, 23; тел.: (098) 715-68-00

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Szyguia-Jurkiewicz B, Duszanska A, Polonski L. Is depression a problem in patients with chronic heart failure? Pol Arch Med Wewn. 2008 Jan-Feb;118(1–2):52–6.
2. Kawada T. Risk assessment of depression by questionnaire for patients with heart failure. Int J Cardiol. 2013 Sep 20;168(1):549.
3. Muller-Tasch T, Peters-Klimm F, Schellberg D, Holzapfel N, Barth A, Junger J, Szecsenyi J, Herzog W. Depression is a major determinant of quality of life in patients with chronic systolic heart failure in general practice. J Card Fail. 2007 Dec;13(10):818–24.
4. Tully PJ, Selkow T, Bengel J, Rafanelli C. A dynamic view of comorbid depression and generalized anxiety disorder symptom change in chronic heart failure: the discrete effects of cognitive behavioral therapy, exercise, and psychotropic medication. Disabil Rehabil. 2014 Jul 1:1–8.
5. Gelbrich G, Stork S, Kreis-Kemmer S, Faller H, Prettin C, Heuschmann PU, Ertl G, Angermann CE. Effects of structured heart failure disease management on mortality and morbidity depend on patients' mood: results from the Interdisciplinary Network for Heart Failure Study. Eur J Heart Fail. 2014 Oct;16(10): 1133–41.
6. Hammash MH, Hall LA, Lennie TA, Heo S, Chung ML, Lee KS, Moser DK. Psychometrics of the PHQ-9 as a measure of depressive symptoms in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2013 Oct;12(5):446–53.
7. Serafini G, Pompili M, Innamorati M, Iacorossi G, Cuomo I, Della Vista M, Lester D, De Biase L, Girardi P, Tatarelli R. The impact of anxiety, depression, and suicidality on quality of life and functional status of patients with congestive heart failure and hypertension: an observational cross-sectional study. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(6).
8. Parissis JT, Nikolaou M, Farmakis D, Paraskevaidis IA, Bistola V, Venetsanou K, Katsaras D, Filippatos G, Kremastinos DT. Self-assessment of health status is associated with inflammatory activation and predicts long-term outcomes in chronic heart failure. Eur J Heart Fail. 2009 Feb; 11(2): 163–9.
9. Heo S, Moser DK, Pressler SJ, Dunbar SB, Dekker RL, Lennie TA. Depressive symptoms and the relationship of inflammation to physical signs and symptoms in heart failure patients. Am J Crit Care. 2014 Sep; 23(5): 404–13.
10. Fan X, Meng Z. The mutual association between depressive symptoms and dyspnea in Chinese patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014 Mar 19. Online publication.
11. Heo S, Moser DK, Pressler SJ, Dunbar SB, Mudd-Martin G, Lennie TA. Psychometric Properties of the Symptom Status Questionnaire-Heart Failure. J Cardiovasc Nurs. 2014 Mar 3. Online publication.
12. Dekker RL, Lennie TA, Doering LV, Chung ML, Wu JR, Moser DK. Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2014 Apr;13(2):168–76.
13. Andriopoulos P, Lotti-Lykousa M, Pappa E, Papadopoulos AA, Niakas D.J Depression, quality of life and primary care: a cross-sectional study. Epidemiol Glob Health. 2013 Dec;3(4):245–52.

Статья поступила в редакцию 04.02.2015