



О.С. Чабан, О.О. Хаустова,
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Психосоматична коморбідність і якість життя у пацієнтів похилого віку

На сучасному етапі розвитку медичної науки і клінічної практики стан здоров'я є головним показником якості життя людини в цілому. Передовсім під здоров'ям нації розуміється кінцевий результат політики держави, що дає можливість громадянам ставитися до свого здоров'я як до непересічної самоцінності, як до основи продовження здорового роду, збереження і вдосконалення трудового потенціалу, як до розвитку генофонду, творчих і духовних першоджерел людини.

За даними звіту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), оприлюдненого до Міжнародного дня людей похилого віку (1 жовтня 2015 р.), очікується, що до 2050 р. кількість осіб старше 60 років збільшиться вдвічі, а це у свою чергу потребує кардинальних соціальних змін. В Україні, як і у світі в цілому, також спостерігається старіння населення: питома частка населення старше 60 років сягає понад 20% (таблиця) [1].

Відповідно до шкали демографічного старіння Ж. Боже-Гарнье та Е. Россета Україну можна віднести до країн, які перебувають на етапі «демографічної старості» [2]. У більшості пострадянських країн незмінно знижується рівень народжуваності, тривалість життя не росте, смертність в літньому віці практично не зменшується [3]. До 2040 р. у країнах Європейського Союзу 28% населення також буде представлено людьми у віці 65 років і більше. Навіть Китай, Бразилія та Індія стрімко наближуються до позначки в 20% населення літнього віку від загальної популяції (рис. 1).

У міру підвищення середнього віку населення (що відноситься до категорії літніх і старих) все більша кількість людей буде страждати від хронічних захворювань (соматичних і психічних) та інвалідності внаслідок онкологічних захворювань, серцево-судинної патології, переломів, недоумства і т.п. Крім цього, зростає число осіб буде під впливом одночасно кількох патологічних станів. Найявністю декількох хвороб у кожного пацієнта та їх прогресивність значною мірою залежить від генетичної предрисповищеності, а зовнішніми патогенетичними факторами є насамперед періодичні гострі чи хронічні стреси. З віком у людей збільшується частота «нормальних» (Дільман В.М., 1987) головних неінфекційних хвороб, а саме:

- зниження толерантності до вуглеводів (супроводжується гіперглікемією, гіперінсулінемією та інсулінорезистентністю);
- ожиріння (сполучається з підвищенням порога чутливості вентро-медіального центру гіпоталамуса до глюкози й інсуліну, а також гіперінсулінемією);
- атеросклероз (супроводжується гіперхолестеринемією, гіпертригліцеридемією та гіперінсулінемією);
- гіперадаптоз з одночасним підвищенням активності симпатико-адреналової і гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової систем;
- гіпертонічна хвороба;
- метаболічна імунодепресія (пов'язана з нагромадженням у клітинних мембранах холестерину, дією кортикостероїдів і гіперхолестеринемією);

Таблиця. Відносна чисельність населення України у віці понад 60 років (2008-2013 рр.)

Рік	2008	2009	2010	2011	2012	2013
% популяції понад 60 років	19,94	19,97	20,11	20,38	20,76	21,20

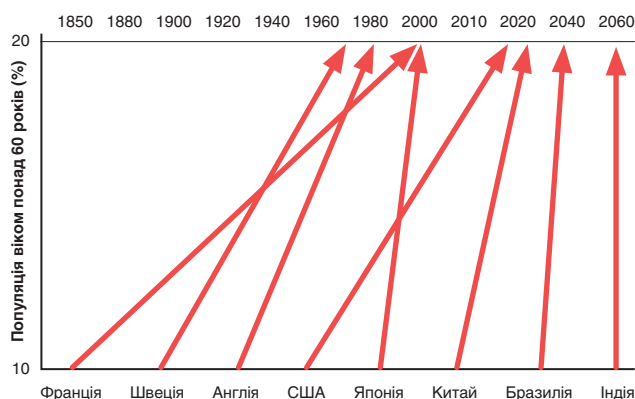


Рис. 1. Період, потрібний або очікуваний, для зростання відсотка населення у віці 60 років і старше з 10% до 20% [4]

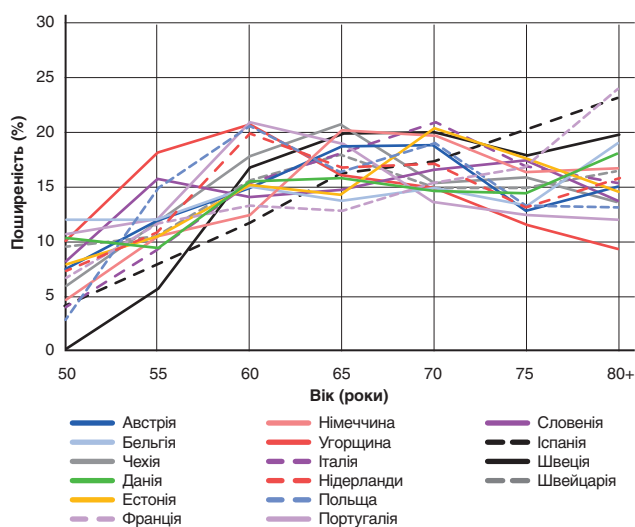


Рис. 2. Поширеність мультиморбідності серед людей у віці 50 років і старше (2010-2011 рр.) [4]

- аутоімунні порушення (зниження функції Т-супресорів);
- клімакс (зниження продукції естрогенів і різке посилення продукції гонадотропінів);
- психічна депресія (порушенням обміну в гіпоталамусі біогенних амінів) [5].

Раннє старіння і смерть людей середнього віку вже стали актуальною проблемою суспільства. Хоча у літніх людей почасти немає великого громадського і сімейного впливу, але організм старіє, і багато проблем зі здоров'ям, які накопичилися раніше, проявляються, погіршуючи якість життя. За даними ВООЗ, кожна людина середнього і похилого віку має не менше чотирьох офіційно зафіксованих захворювань [6]. Найбільш тяжкою в курації таких хворих є поліморбідність (мультиморбідність) – одночасна наявність в одного пацієнта кількох соматичних захворювань, можливо в поєднанні з розладами психіки. Ці патології часто мають хронічний перебіг зі стертою клінічною симптоматикою, що зумовлює несвоєчасне звернення пацієнта похилого віку за медичною допомогою. Прояв кількох захворювань з різним патогенезом потребує вимушеної політерапії на тлі зміненої під віковим впливом фармакодинаміки і фармакокінетики лікарських засобів. Слід також враховувати атеросклероз, процеси атрофії головного мозку, апоптоз нервових клітин,

що врешті-решт нерідко призводить до поліпрагмазії (надлишкового призначення препаратів) у поєднанні з фармакоманією (неадекватним прагненням до прийому ліків, що можуть спричинити розвиток медикаментозної залежності).

Наприклад, в Німеччині майже чверть 70-85-річних людей мають одночасно 5 або більше хвороб [7]. Аналогічні показники демонструють багато інших країн (рис. 2). Вплив мультиморбідності на функціонування, а також на використання і вартість послуг охорони здоров'я часто є значно більшим, ніж можна було б очікувати в результаті окремого впливу захворювань. Всебічні оцінки цих станів здоров'я є набагато кращими прогностичними показниками виживання й інших результатів здоров'я, ніж наявність окремих хвороб або навіть кількість супутніх захворювань/ступінь коморбідності [8].

На репрезентативній вибірці населення похилого віку (4803 осіб у віці ≥ 55 років) в рамках проекту ZARADEMP [9] була перевірена гіпотеза щодо зв'язку між загальною соматичною і загальною психічною захворюваністю. Загальна коморбідність сягала 19,9% за умови видалення артеріальної гіпертензії з категорії соматичних станів, а 33,5% вибірки не мали коморбідних станів взагалі. Загальні супутні захворювання були пов'язані з віком, жіночою статтю і низьким рівнем освіти, але систематично не збільшувались з віком. Частота психічних захворювань була вище серед соматичних хворих, ніж серед фізично здорових, а частота соматичної захворюваності серед психіатричних випадків була вище, ніж серед психічно здорових осіб. Ця асоціація між соматичними і психічними захворюваннями залишалася статистично значущою після врахування віку, статі та освіти (ставлення шансів (OR) = 1,61; довірчий інтервал (ДІ) = 1,38-1,88). Більшість соматичних захворювань були пов'язані з психічним захворюванням, але після коригування демографічних показників і окремих соматичних захворювань, асоціація залишалася статистично значущою тільки для інсультів (CVAS) (OR = 1,47; ДІ = 1,09-1,98) і захворювань щитовидної залози (OR = 1,67; ДІ = 1,10-2,54). Автори зауважили [9], що це було перше дослідження, яке документально підтвердило існування позитивного і статистично значущого зв'язку між загальносоматичною і психіатричною захворюваністю населення похилого віку, особливо щодо значущості цереброваскулярних захворювань та захворювань щитовидної залози.

За статистичними даними МОЗ України, психічні розлади займають 7 місце серед причин інвалідизації людей похилого віку, 11% осіб старше 60 років потребують кваліфікованої психіатричної допомоги, 20% осіб – у віці старше 80 років. Люди старше 65 років складають половину всіх хворих, які отримують довгострокове психіатричне лікування, і приблизно п'яту частину пацієнтів, які вперше потрапили до психіатричного стаціонару [2].

В Україні ведуться дослідження психосоматичної коморбідності. Так, в результаті піврічного дослідження 91 пацієнта старше 65 років (лікування проходило

в геронтопсихіатричному відділенні Маріупольської психіатричної лікарні) було виявлено, що 86,8% з них на тлі основного психіатричного діагнозу мали два і більше соматичних захворювання [6]. Причому 12,7% пацієнтів мали одночасно 6 коморбідних соматичних захворювань на тлі психічної патології, зі зменшенням кількості коморбідних хвороб дещо збільшувалась кількість пацієнтів. Частіше були поєднані деменція з ішемічною хворобою серця, цереброваскулярними захворюваннями і захворюваннями сечостатевої системи. Актуальною проблемою для України є також проблема надмірного вживання особами похилого і старечого віку безрецептурних ліків, що містять барбітурати. Отже, враховуючи складне поєднання особистих, побутових, соціальних та медичних проблем у людей даної вікової категорії, захворюваність негативно впливає на стан фізичного та психічного здоров'я, зумовлюючи складний перебіг та несприятливий прогноз хвороб [2, 5, 6].

За даними лонгітудінального дослідження NESDA (обстеження 1545 пацієнтів з тривожними і депресивними розладами) був встановлений тісний зв'язок між соматизацією і втратою працездатності: 41,8% при первинному обстеженні; 31,7% через рік спостереження. Затримка функціонального відновлення була характерна насамперед для другої половини життя пацієнтів [10]. Фінське ретроспективне дослідження 5544 випадків виходу на інвалідність пацієнтів з психічними захворюваннями, серед яких переважали біполярний афективний розлад або депресія, показало, що поява соматичного захворювання підвищує ризик виходу на пенсію по інвалідності в 1,6-1,9 рази [11].

Був проведений метааналіз досліджень щодо відносин між соматичною і психіатричною коморбідністю у хворих зі соматичними захворюваннями (обміну речовин, дихальних шляхів, опорно-рухового апарату, серцево-судинної системи, раку, травної системи тощо) з урахуванням якості життя. Таким чином було виявлено 481 дослідження, в якому 45 відповідали критеріям включення. Загалом були зафіксовані істотні негативні кореляції між коморбідністю та якістю життя. Переважно це відносилось до соматичної та психіатричної коморбідності: 70,3% щодо психосоціальних аспектів якості життя і до 100% щодо якості життя в цілому [12]. Аналогічний систематичний огляд (7291 посилання і 65 первинних досліджень) був спрямований на вивчення асоціації коморбідних психічних розладів і якості життя у хворих з хронічними соматичними захворюваннями (цукровим діабетом, ішемічною хворобою серця, астмою, хронічним болям у спині і колоректальним раком). У осіб із соматичними захворюваннями та супутніми психічними розладами значно знизилась показники якості життя в цілому ($d = -1,10$; 95% ДІ = $-1,34$ до $-0,86$), фізичного компонента ($d = -0,64$; 95% ДІ = $-0,74$ до $-0,53$) і психосоціального компонента ($d = -1,18$; 95% ДІ = $-1,42$ до $-0,95$) у порівнянні з особами без психічних розладів. Цей результат підкреслює важливість виявлення та лікування супутніх психічних розладів у соматичних хворих [13].

Окреме дослідження тривожних розладів у пацієнтів зрілого віку, що проходили лікування у психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні №1 ст. Київ, виявило в середньому 2,4 коморбідних соматичних захворювання на одного пацієнта, більша частина яких це ожиріння, артеріальна гіпертензія та ішемічна хвороба серця [14].

Самооцінка, як відомо, є одним із найбільш важливих маркерів успішного старіння. У літніх людей вона залежить від декількох факторів, зокрема може бути пов'язана зі здоров'ям. Дослідження провісників впливу на почуття власної гідності, пов'язаних зі здоров'ям літніх людей, вказало на визначальну роль обох компонентів: фізичних (соматичних) ознак і психічних (тривога / безсоння і депресія) [15].

Дослідження, проведене в Каталонії (Іспанія) на 1192 пацієнтах старше 65 років, мало на меті оцінити коморбідність психічних розладів і хронічних соматичних захворювань та визначити їх вплив на якість життя [16]. Найчастіше у чоловіків і жінок було поєднання розладів настрою з хронічним болям і артрозом. Психічні розлади мали більший вплив на якість життя порівняно з хронічними соматичними захворюваннями, причому афективні розлади і розлади адаптації значно погіршували загальне функціонування пацієнтів похилого віку. Були визначені деякі гендерні відмінності у впливі психічних і хронічних соматичних захворювань на якість життя. Тривожні розлади і біль достовірно погіршували якість життя тільки у жінок. Респіраторні захворювання мали вплив на індекс ментального здоров'я у жінок і тільки на індекс фізичного здоров'я у чоловіків. Ці результати підтверджують необхідність скринінгу психічних розладів (в основному депресії) у літніх пацієнтів в первинній мережі.

Був розглянутий зв'язок між хронічним захворюванням, віком та фізичною і психічною складовими якості життя за допомогою опитувальника для визначення якості життя (SF-36) на прикладі 10 досліджень щодо 5 хронічних захворювань [17]. Розмір вибірки склав 2418 учасників, з яких 129 пацієнтів з нирковою недостатністю, 366 – з остеоартритом, 487 – із серцевою недостатністю, 1160 – з хронічними ранами (трофічна виразка ніг) і 276 – з розсіяним склерозом. Для фізичної складової виявилися достовірно великі відмінності між умовною нормою і середньою оцінкою осіб з усіма хронічними захворюваннями, значно більші порівняно з психічною складовою SF-36. Жіноча стать і супутні захворювання були пов'язані з більшим погіршенням якості життя, але зі збільшенням віку було пов'язано погіршення фізичної складової якості і поліпшення її психічного компоненту. Це дослідження стало доказом того, що психічне здоров'я може залишатися відносно високим і стабільним в той час, як на фізичне функціонування серйозно і негативно впливають хронічне захворювання і похилий вік.

У популяційному дослідженні LASA [18], де брали участь 271 пацієнт літнього віку із клінічно значущими симптомами, було визначено, що уповільнення

швидкості ходи виявилось надійним прогностичним фактором хронізації симптомів депресії в кінці життя, незалежно від соматичної коморбідності. Соматична коморбідність (число хронічних захворювань, хронічні обструктивні захворювання легень, остеоартроз, фактори ризику серцево-судинних захворювань) або запалення погіршують перебіг депресії тільки на 2%.

Було також досліджено зв'язок когнітивних порушень і депресії зі смертністю від усіх причин і окремо серцево-судинної смертності серед 676 літніх людей у сільській місцевості в Греції [19]. 201 пацієнт помер під час спостереження. Когнітивні порушення ($MMSE \leq 23$) були незалежно пов'язані зі смертністю від усіх причин (відношення ризиків (BP): 1,57, 95%; ДІ: 1,13-2,18) і серцево-судинної смертності (BP: 1,57, 95%; ДІ: 1,03-2,41). Помірна/важка депресія ($GDS > 10$) була в значній мірі пов'язана тільки зі збільшенням смертності від усіх причин на 51%. Коморбідність когнітивних порушень та депресії збільшила смертність від усіх причин і серцево-судинну смертності на 66% і 72% відповідно. Отже, коморбідність має бути ретельно оцінена, як незалежний індекс підвищеної крихкості, що в підсумку скорочує тривалість життя.

Перехресне дослідження, що було частиною амбулаторної геріатричної оцінки в FIT (AGe-FIT; $n = 382$), дозволило з'ясувати доцільність використання тесту за короткою шкалою оцінки психічного статусу (MMSE) за наявності діагнозу деменції в медичній документації в популяції пацієнтів у віці ≥ 75 років з мультиморбідністю [20]. Такі пацієнти отримували стаціонарну медичну допомогу принаймні три рази протягом останніх 12 місяців, мали три або більше супутніх діагнозів відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. За даними дослідження, MMSE-оцінка < 24 не дуже добре корелює з діагнозом деменції в медичній документації в популяції літніх людей з мультиморбідністю. Це може означати, що зниження когнітивних функцій і діагноз деменції залишаються непоміченими у літніх людей з мультиморбідністю. Отже, професійний активний догляд за людьми похилого віку з мультиморбідністю повинен бути спрямований на виявлення когнітивних порушень для надання необхідної допомоги і підтримки цій дуже вразливій групі.

За результатами тривалого рандомізованого контрольованого дослідження PROSPECT [21] протягом 2 років визначався вплив лікування депресії на зниження смертності від різних хронічних захворювань осіб віком від 60 років і старше ($n = 1226$). Пацієнти із серцево-судинними захворюваннями і великою депресією піддаються найбільшому ризику смерті як під час спостереження, так і в процесі лікування. Люди похилого віку з великою депресією і цукровим діабетом мали менший, але статистично значущий ризик померти (BP = 0,47; 95% ДІ= 0,24-0,91). Для інших хронічних соматичних захворювань точкові оцінки для ризику смерті не досягли статистичної значущості.

Соматичні симптоми депресії, такі як втома, створюють діагностичну дилему під час оцінки стану пацієнтів похилого віку з соматичними супутніми

захворюваннями, оскільки ці хвороби також можуть спричинити подібні симптоми. Як альтернатива, соматичні симптоми, приписувані соматичній хворобі, насправді можуть бути викликані депресією. Аналіз більш тісного зв'язку соматичних симптомів з хронічними фізичними проблемами або з депресією був проведений у 248 пацієнтів похилого віку [22]. За двома шкалами соматизації Asberg Side Effects Rating Scale та UKU ці симптоми були в значній мірі пов'язані з психологічними симптомами депресії ($r = 0,73$, $r = 0,76$; $p < 0,0001$), але не з соматичними супутніми захворюваннями ($r = 0,02$, $p = 0,16$, $p = 0,10$, $p = 0,78$). У моделях множинної регресії психологічні симптоми депресії залишалися значущими предикторами соматизації ($p < 0,0001$) після врахування віку, статі та медичних супутніх захворювань. Отже, у літніх пацієнтів із соматичними розладами і множинними соматичними скаргами клініцистам слід розглянути можливість появи депресії. Оціночні шкали, що підкреслюють соматичні симптоми, пов'язані з депресією, можуть забезпечити більш точне вимірювання тяжкості депресії.

Таким чином, депресія і деменція на тлі соматичної патології є основними психічними розладами, ведення яких проводиться в рамках служб охорони психічного здоров'я осіб похилого та старечого віку. Ці два види порушень стану здоров'я стають причиною 60-75% усіх випадків звернення пацієнтів з коморбідною патологією за допомогою [22].

Деякі дані вказують на те, що служби охорони психічного здоров'я для літніх людей більш ефективні, ніж геріатричні служби медичної допомоги, що існують окремо від служб охорони психічного здоров'я для дорослих. Був описаний досвід застосування мультидисциплінарного підходу до госпітальної курації 150 пацієнтів у віці в середньому $80,0 \pm 8,1$ років [23], які страждали від психічних супутніх захворювань і були госпіталізовані з причини появи будь-якого гострого соматичного стану. Від надходження до виписки пацієнти проходили сумісне лікування у геріатра і психіатра. У результаті такого підходу було зменшено загальну кількість ліків, запропонованих при виписці з +1347 до 790 ($p < 0,0001$), а рівень побічних явищ для потенційно невідповідних ліків та помилкових призначень знизився з 77% до 19% ($p < 0,0001$) і від 65% до 11% ($p < 0,0001$) відповідно. Деменція і/або наявність інших психічних супутніх захворювань були прогностичними факторами для помилкового або надмірного призначення ліків під час виписки. Таким чином, сумісна курація має запобігти призначенню потенційно невідповідних, пов'язаних з ризиком розвитку небажаних лікарських реакцій, повторної госпіталізації або смерті.

Ще два дослідження також продемонстрували переваги спільного підходу в наданні первинної медико-санітарної допомоги для лікування депресії у осіб похилого та старечого віку [24, 25]. В Австралії проведено дослідження з вивчення комплексних заходів на рівні населення щодо депресії, які включали багатопрофільну співпрацю і консультації, навчання пацієнтів і осіб, які здійснюють догляд, а також просвітницькі



Рис. 3. Концепція системи охорони здоров'я для здорового старіння: можливості для дій у сфері охорони здоров'я протягом життя [28]

програми з питань депресії і програми, що сприяють участі пацієнтів у громадських заходах [24]. Через 9,5 місяців спостереження група пацієнтів, у відношенні якої проводилися досліджувані заходи, мала значно кращі результати за шкалою геріатричної депресії (GDS) порівняно з контрольною групою, яка отримувала звичайний догляд, хоча клінічна значущість ступеня зміни була не ясна.

У ході проведеного в Америці великого багатоцентрового дослідження вивчалася вибірка пацієнтів похилого віку чисельністю 1801 особа. Вони мали зв'язок зі співробітником, який вів кожен випадок депресії під контролем психіатра, а також з фахівцем первинної ланки. Використовувалися такі види роботи: навчальні програми, ведення випадків захворювання депресією, підтримуюча терапія антидепресантами, яка проводилася лікарем пацієнта з первинної ланки, або короткий курс психотерапії. Через 12 місяців результати лікування у цієї групи пацієнтів були значно кращі порівняно з групою, що одержувала звичайну допомогу: у 45% пацієнтів першої групи спостерігалось зниження вираженості депресивних симптомів на 50%, порівняно з 19% в контрольній групі. Зазначені також вагомі переваги щодо поліпшення якості життя і здатності виконувати повсякденні функції [25].

Ці два дослідження надають докази (II рівень якості) того, що співпраця спеціалізованої психіатричної та первинної медико-санітарної допомоги може бути ефективною моделлю виявлення і ведення депресії у осіб похилого віку з соматичними захворюваннями. Як було продемонстровано на рисунку 3, використання керівних принципів і протоколів лікування, заснованих на сучасних дослідженнях, покращують якість медичної допомоги в галузі охорони психічного здоров'я дорослих людей всіх вікових груп [26, 27].

Таким чином, на основі комплексного аналізу психосоматичної коморбідності і якості життя пацієнтів похилого віку, можна стверджувати, що на сучасному етапі змінюється зміст надання допомоги цьому контингенту: відбувається перехід із суто медичного підходу до комплексного медико-соціального впливу з орієнтацією на здорову активну людину, на сімейний принцип обслуговування з вираженою профілактичною спрямованістю. Передбачається забезпечення догляду в інтегрованій моделі обслуговування, яка має багатосторонній характер, із здійсненням конкретних втручань для різних видів психічних порушень [29]. Враховуючи темпи старіння населення світу, Генеральна Асамблея ООН відзначила значний внесок осіб похилого віку в життя світової спільноти в цілому і кожної країни зокрема. Особливий акцент було зроблено на необхідності забезпечити повноцінне життя людям похилого віку з можливістю повного використання життєвого досвіду і знань цієї категорії населення. Разом з тим зміна соціального статусу людини в старості внаслідок припинення/обмеження трудової та громадської діяльності, трансформація ціннісних орієнтирів, способу життя і спілкування, а також виникнення труднощів у соціально-побутовій та психологічній адаптації до нових умов життя на пенсії породжують серйозні соціальні й психологічні проблеми, що досі залишаються за межами уваги і діяльності соціальних служб та державних програм для осіб похилого віку [30].

Отже, мультиморбідність у пацієнтів похилого та старечого віку залишається однією з актуальних проблем соціальної психіатрії та вимагає подальшого всебічного вивчення. Розробка нових методик курації пацієнтів із підвищенням якості життя, окремих методичних рекомендацій для діагностики і терапії коморбідних станів пацієнтів похилого та старечого віку дозволить підвищити прихильність до терапії і, можливо, стане першим кроком до вирішення проблеми мультиморбідності.

Література

1. На пути к достижению международного консенсуса в вопросах политики по оказанию долгосрочной помощи лицам пожилого возраста / WHO_HSC_AHE_00.1_rus.pdf – <http://www.who.int/ageing/publications/ru/>
2. Пінчук І.Я., Чайковська В.В., Стаднюк Л.А. Актуальні питання геронтопсихіатрії. – Тернопіль, 2010 р.
3. Пінчук І.Я., Чайковська В.В., Стаднюк Л.А. та ін. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник. – Тернопіль: ТзОВ «Терно-граф», 2010. – 432 с.
4. Количественная оценка показателей смертности, старения, продолжительности жизни и биологического возраста: учебно-методическое пособие для врачей // А.А. Подколзин, В.Н. Крутько, В.И. Донцов и др. М., 2001. – С. 45-55.
5. World report on Ageing and Health, 2015. Publications of the World Health Organization are available on the WHO – www.who.int
6. Хаустова О.О. Метаболічний синдром (психосоматичний аспект). – К.: Мед книга, 2009. – 125 с.
7. Протокол надання медичної допомоги хворим на вегето-судинну дистонію: наказ МОЗ України 17.08.2007 р. № 487 // Ліки України. – 2011. – № 9. – С. 18.

Повний список літератури, що включає 31 пункт, знаходиться в редакції.