

AR DAŽNAI LĒTINĖS LIGOS SUKELIA DEPRESIJOS EPIZODUS?

Greta Šalčiūtė¹, Dovylė Žiupsnienė¹, Kazys Simanauskas², Vytautas Kasiulevičius²,
Virginijus Šapoka²

¹*Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas,*

²*Vilniaus universiteto Vidaus ligų, šeimos medicinos ir onkologijos klinika*

Raktažodžiai: lėtinės ligos, depresija, ryšys, priežastis, pirminė priežiūra.

Santrauka

Darbo tikslas. Nustatyti lėtinių ligų įtaką depresijos epizodų rizikai atsirasti.

Uždaviniai. Išanalizuoti lėtinių ligų įtaką depresijos epizodams atsirasti; išsiaiškinti lėtinės būklės ar jų grupes, kurios dažniausiai sąlygoja depresijos epizodų atsiradimą; rasti depresinių epizodų pasireiškimą lemiančius lėtinių ligų veiksnius; nustatyti lėtinių ligų ar jų būklių klinikinius ir gydymo ypatumus, priklausančius nuo depresijos pasireiškimo sunkumo epizodų; palyginti gautus rezultatus su literatūros duomenimis.

Metodai. Pirminės sveikatos priežiūros centre buvo atliktas vienmomentis retrospektyvinis tyrimas apie ambulatoriškai besigydančius pacientus, atrinktus pagal TLK-10-AM triženklis kodus: nuo F 31.3 iki F 33.9, ir išnagrinėtas lėtinių ligų ir depresijos galimas ryšys, atsižvelgiant į depresinio susirgimo atsiradimo laikotarpį, jo gydymo metodų efektyvumą ir eigą, somatinių simptomų pasireiškimą. Gautų duomenų įverčiai apdoroti statistine SPSS 22.0.0.0 programa.

Rezultatai. Tiriamojo darbo metu atrinkti 234 ambulatorinių kortelių duomenys. Pacientų amžius svyravo nuo 25 iki 89 metų, vidurkis 60,6, didžioji dalis dalyvavusiųjų – moterys. Nustatyta, kad 70,7 proc. sergančiųjų buvo diagnozuotas depresijos epizodas, o 28,6 proc. atvejų ji pasireiškė pakartotinai, dauguma sirgo vidutinio sunkumo depresija (n=203). Apjungiant gautus duomenis apskaičiuota, kad 51,28 proc. sergančiųjų lėtinę ligą įvardijo kaip priežastį depresijai atsirasti. Daugiausiai tarp atrinktų asmenų vyravo pirminė arterinė hipertenzija (47,86 proc.), onkologinės ligos (19,23 proc.), stu-

buo slankstelių patologija (17,52 proc.), artrozės (14,53 proc.), skydliaukės ligos (14,10 proc.). Atlikus apskaičiavimus gauti statistiškai patikimi duomenys, jog diagnozavus onkologinę ligą asmuo susirgs ir depresija ($\chi^2=24.525$; $p=0,001$), dažniausios lokalizacijos - gimdos ir krūtų piktybiniai procesai (n= atitinkamai 11 ir 10). Kaulinės sistemos patologiją kaip depresijos priežastį įvardijo 50 (66.7 proc.) tiriamųjų, alikus analizę nustatyta, jog šie pacientai gali susirgti ir depresija ($\chi^2=10.457$; $p=0,001$). Skausminis sindromas lydėjo kai kurias lėtinės ligas (daugiausia osteochondrozes ir radikulopatijas (58,75 proc.), artrozes (31,25proc.), onkologines ligas (16,25 proc.), todėl 70 proc. šių tiriamųjų (n=80) įvardijo skausmą kaip depresijos priežastį. Tuo tarpu skydliaukės ($p=0,731$), kardiovaskulinės ($p=0,045$), nervų sistemos ($p=0,256$), lėtinės plaučių ($p=0,803$) ligos, cukrinis diabetas ($p=0,706$), lėtinių ligų diagnozės nėra susijusios su depresijos atsiradimu.

Išvados. Nustatyta, kad daugiau nei du trečdaliai tiriamųjų serga 1 – 2 lėtinėmis ligomis, atsižvelgiant į anksčiau aptartus rezultatus galime teigti, kad jie susirgs ir depresija ($\chi^2=12.828$; $p=0,002$). Analizės metu nustatyta, kad beveik pusei pacientų būdingi nuolatiniai depresinės būklės paūmėjimai (n=118) daugiausia su somatinių simptomų pablogėjimu (29.06 proc.). Daugiau nei 60 proc. atvejų gydymas tęsiamas nuolat, nors beveik trečdaliui jų keistas dėl nepakankamo vaistų poveikio. Nors patvirtinus depresijos diagnozę dauguma tiriamųjų jau sirgo bent viena lėtine liga, nenustatytas dažnesnis depresinių epizodų atsiradimas. Onkologinės ligos, stuburo slankstelių ir sąnarių patologija, sąlygojamos skausminio sindromo, gali būti susijusios su depresijos atsiradimu. Amžius ir lytis neturi reikšmės depresijos epizodams pasireikšti, nors lėtinių ligų skaičius

gali būti susijęs su susirgimo depresija atsiradimu. Sergantiejiems lėtinėmis ligomis nebūdinga somatinė depresijos klinikinė išraiška. Gydomo taktikos tęstinumas keičiant medikamentų skyrimą galimai sąlygoja banguojančią depresijos eigą, kuriai būdinga teigiama ligos dinamika.

Įvadas

Depresija dažnai pasitaikantis psichikos sutrikimas, kuris pasireiškia slogia nuotaika, sumažėjusiu susidomėjimu anksčiau mėgta veikla, savęs kaltinimu ar žema saviverte, sutrikusiu miegu ir apetitu, energijos trūkumu ir dėmesio koncentracijos stoka. Šios problemos gali kartotis arba tapti nuolatinės, tai neigiamai sąlygoja individo gebėjimą užsiimti savo kasdienes veikla. Blogiausia, kad depresiją dažnai lydi savizudybės, tragiškos mirtys, kurios susijusios su 850 tūkst. gyvybių netekimu kiekvienais metais. Pasaulinės sveikatos organizacijos (PSO) duomenimis, liga paveikė arti 121 mln. žmonių ir šis skaičius kasmet didėja. Ji paveikia visus skirtingo amžiaus ir lyties žmones [1]. Lietuvoje Valstybinio psichikos sveikatos centro duomenimis, ligotumas depresija taip pat didėja, 2000-2009 metų duomenimis, atitinkamai 380-685,5 sergančiųjų 100 tūkst. gyventojų [2].

Depresija gali būti patikimai diagnozuojama, tačiau višavertį medikamentinį ir psichoterapinį gydymą gauna mažiau kaip 25proc. Kaip bebūtų, įrodyta, kad tokio gydymo efektyvumas siekia 60-80proc. PSO duomenimis, tokios padėties priežastys yra finansinių išteklių ir specialistų stoka, socialinė stigma, susijusi su požiūriu apie sergančiuosius psichikos liga, įskaitant ir depresiją [1].

Kai kuriais atvejais depresijos atsiradimą sąlygoja somatinės organizmo ligos. Nustatyta, kad abiejų būklių atskiras, ar depresijos, ar lėtinės ligos, gydymas nėra naudingas. Kaip tik depresijos kontrolė yra svarbus būdas lėtinei ligai valdyti ir atvirkščiai. Tad remiantis šiais įrodymais norima atkreipti dėmesį į supratimą, kad pati depresija gali būti sąlygojama kitų organizmo būklių. Toks integruotas požiūris padeda lengviau kontroliuoti abu susirgimus, lengvina jų išėjimą [1].

Šiuo tiriamuoju darbu siekiama nustatyti, kokios gi lėtinės ligos daugiausia sąlygoja depresijos atsiradimą, taip padėdami lengviau atpažinti depresiją, tikėtis jos pasireiškimo sergant tam tikromis lėtinėmis ligomis, joms skirti tinkamą, nepavėluotą gydymą ir taip sumažinti su depresija susijusių tragiškų baigčių skaičių.

Tyrimo medžiaga ir metodai

2011-2014 metais buvo atliktas vienmomentis retrospektyvinis tyrimas. Tyrimo imtis - 234 ligoniai, sergantys

lėtinėmis ligomis. Šiuo darbu buvo siekiama ištirti ambulatoriškai besigydančius 18-80 metų amžiaus pacientus. Tyrimo metu buvo atsižvelgta ir į kitų psichiatrinių ligų tikimybę, kuri sąlygotų rezultatus: į genetinę predispoziciją sirgti depresija, anamnezėje galimus depresijos atvejus prieš susergant lėtine liga, kognityvines disfunkcijas, protinį atsilikimą, ankstesnes psichiatrines ligas, alkoholio ar narkotikų vartojimą.

Pirminės sveikatos priežiūros centre atrinkti pacientai pagal TLK-10 triženklus kodus: nuo F 31.3 iki F 33.9. Vėliau buvo nagrinėta lėtinių ligų įtaka depresijos epizodams atsirasti. Šio tyrimo metu buvo numatomas laikotarpis, per kurį pacientas susirgo depresija po lėtinės ligos diagnozavimo, t.y. ūmiame ar vėlyvame laikotarpyje atsirado depresinis sutrikimas.

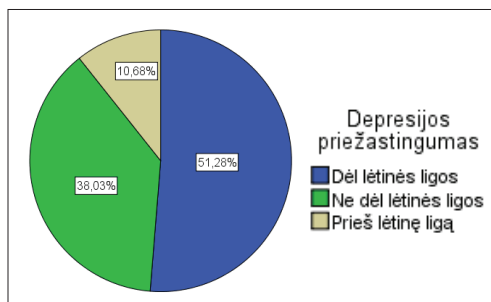
Kartu buvo tiriamas ir tam tikrų gydymo metodų efektyvumas sergant atskiromis lėtinėmis būklėmis, atsižvelgiant į tolimesnę depresijos eigą. Itin svarbu depresinio epizodo klinika, kuri gali pasireikšti būdingais depresijos simptomais: prislėgta nuotaika, jėgų stoka, neviltingi, koncentracijos sutrikimu; arba somatiniais - galvos skausmu, raumenų, kaulų skausmu, virškinimo trakto sutrikimu, žinoma, išskiriant tam tikras lėtinių ligų grupes. Gautų duomenų įvertinimui apdoroti statistine SPSS 22.0.0.0 programa. Analizuojant duomenis, taikyti šie kriterijai: Fišerio tikslusis kriterijus, Stjudent'o kriterijus, dvifaktorinė dispersinė analizė (ANOVA).

Rezultatai

Pirminės sveikatos priežiūros centre buvo atliktas vienmomentis retrospektyvinis tyrimas apie ambulatoriškai besigydančius pacientus, atrinktus pagal TLK-10-AM triženklus kodus: nuo F 31.3 iki F 33.9. Tiriamojo darbo

1 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal depresijos klasifikaciją, atvejų skaičius ir procentinė išraiška

Klasifikacija	N	%
Lengvos depresijos epizodas (F32.0)	1	0,4
Vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F32.1)	148	63,2
Sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F32.2)	15	6,2
Sunkios depresijos epizodas su psichozės simptomais (F32.3)	2	0,9
Kiti depresijos epizodai (F32.8)	1	0,4
Pasikartojantis depresinis sutrikimas, vidutinio sunkumo depresijos epizodas (F33.1)	55	23,5
Pasikartojantis depresinis sutrikimas, sunkios depresijos epizodas be psichozės simptomų (F33.2)	12	5,1



1 pav. Lėtinių ligų įtaka depresijai atsirasti, proc.

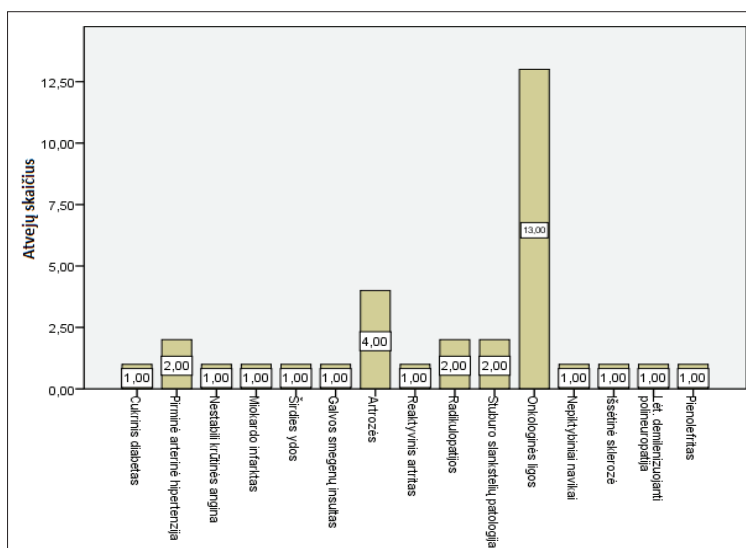
metu atrinkti 234 ambulatorinių kortelių duomenys. Pacientų amžius svyravo nuo 25 iki 89 metų, vidurkis – 60,6. Apibendrinant pateiktą informaciją daugiau nei trečdalis tiriamųjų priklausė 56-70 metų grupei, o didžioji dalis dalyvavusiųjų – moterys.

Atlikta duomenų analizė leidžia teigti, kad lytis ($\chi^2=3,079$; $p=0,079$) ir amžius ($\chi^2=1,06$; $p=0,788$) neturėjo įtakos depresijai atsirasti.

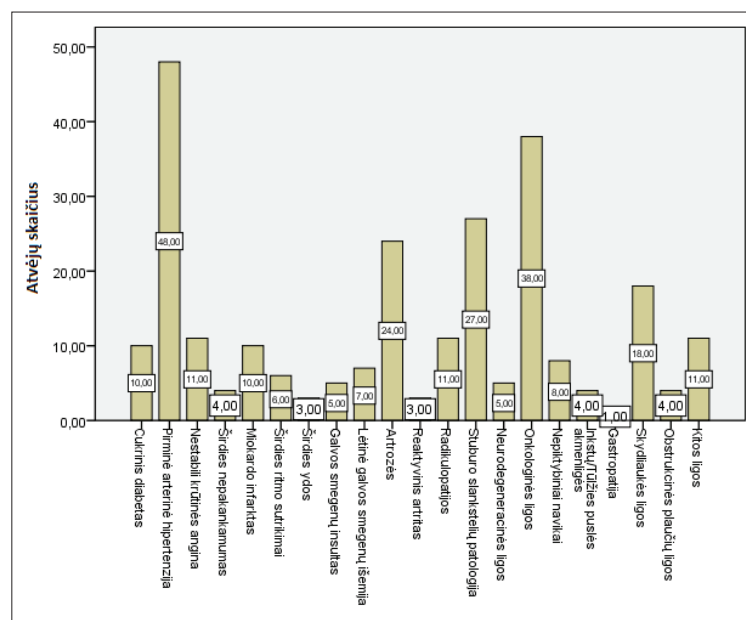
Remiantis TLK-10-AM (Tarptautinės statistinės ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtas pataisytas ir papildytas leidimas, Australijos modifikacija) sisteminių ligų sąrašą, tiriamieji buvo suskirstyti pagal depresijos sunkumo laipsnį bei epizodiškumą. Nustatyta, kad 70,7 proc. pacientų buvo diagnozuotas depresijos epizodas, o 28,6 proc. atvejų ji pasireiškė pakartotinai. Tiek pirmoje, tiek antroje grupėje dauguma tiriamųjų sirgo vidutinio sunkumo depresija. Depresijos klasifikacija pagal TLK-10-AM bei surinktų duomenų pasiskirstymas pateiktas 1 lentelėje.

Apskaičiavimai rodo, kad 25 (10,68 proc.) pacientai depresija susirgo prieš lėtinę ligą, o 209 (89,31 proc.) – jau sirgo bent viena lėtine liga. Gauti rezultatai, apibūdinantys kaip lėtinės ligos lemia depresijos epizodų priežastingumą, pateikti 1 paveiksle.

Kadangi daugumoje atvejų pacientai sirgo daugiau nei viena lėtine liga, tuomet apsunkinama duomenų analizė, kuri nustatytų, kokia liga labiausiai sąlygojo depresijos atsiradimą. Taigi nuspręsta atsižvelgti į tą grupę pacientų, kurie sirgo tik viena lėtine liga ir ją įvardijo kaip depresijos epizodo priežastį. Šios analizės metu gauti duomenys, kurie atspindi lėtinių ligų paplitimą, vaizduojami 2 pav. Iš viso gauti



2 pav. Lėtinių ligų įtaka depresijai atsirasti pasiskirstymas (sąlyga – tiriamasis serga viena lėtine liga ir ją įvardija kaip depresijos priežastį), atvejų skaičius



3 pav. Lėtinių ligų įtaka depresijai atsirasti pasiskirstymas (sąlyga – tiriamasis serga daugiau nei viena lėtine liga ir bent vieną įvardija kaip depresijos priežastį), atvejų skaičius

38 atvejai. Ir nustatyta, kad labiausiai depresijos atsiradimą sąlygoja onkologinės ligos, o tai sudaro daugiau nei trečdali visų atvejų (34,21 proc.). Tuo tarpu PAH pasiskirstymo dalis siekė tik 5,26 proc. ir užima trečiąją vietą lėtinių ligų pasiskirstymo lentelėje (dalijasi kartu su stuburo slankstelių patologija bei radikulopatijų grupėmis). Šiek tiek didesnė dalis atitenka artrozėms (10,53 proc.). Taigi galime teigti, jog de-

presijos atsiradimą labiausiai sąlygoja piktybiniai procesai.

Iš kitos pusės daug asmenų somatinį susirgimą įvardija kaip depresijos priežastį, tačiau serga viena ar daugiau lėtine liga. Su šia sąlyga išnagrinėta informacija. Nustatyta, kad tarp šių tiriamųjų 40 proc. sergo PAH, trečdalis – onkologinėmis ligomis, penktadalis – stuburo slankstelių patologija ir artrozėmis. Lėtinių ligų pasiskirstymas tarp pacientų, kurie sergo viena ar daugiau chronine liga ir ją įvardijo kaip depresijos priežastį, pateikiamas 3 pav.

Lėtinių ligų skaičius. Kadangi dauguma tiriamųjų serga daugiau nei viena somatine liga, nuspręsta pasidomėti, kaip lėtinių ligų skaičius koreliuoja depresijos epizodų atsiradimo atžvilgiu. Literatūroje teigiama, kad depresijos atsiradimo tikimybė tarp pacientų, sergančių bent 1 chronine būkle, sudaro 7,7 proc., 2 būklėmis – 9,8 proc., ≥ 3 būklėmis – 12 proc. Tyrime atlikus apskaičiavimus nustatyta, kad daugiau nei du trečdaliai atvejų serga 1-2 lėtinėmis ligomis. Lėtinių ligų skaičiaus pasiskirstymas pateikiamas 2 lentelėje. Tolimesnė duomenų analizė rodo, kad lėtinių ligų skaičius gana patikimai identifikuoja, jog asmenys, sergantys daugiau nei 2 lėtinėmis ligomis, susirgs ir depresija ($\chi^2=12.828$; $p=0,002$) (2 lentelė).

Somatiniai simptomai ir depresija. Literatūroje aprašyta, kad 50 proc. asmenų, besiskundžiančių daugiau nei 5 kliniškai nepaaiškinamais simptomais, serga ir depresija (lyginant su 5proc. kontrolinėje grupėje). Tad somatiniai simptomai, tokie kaip galvos skausmas, plakimas ar skausmas širdies plote, bendras silpnumas, rankų drebulys apsunkina depresijos diagnozavimo galimybę. Tyrime atlikta analizė rodo, kad tik trečdaliui pacientų pasireiškė minėta klinika. Dažniausiai jiems buvo atlikti visi organinei ligai nustatyti reikalingi tyrimai, tačiau pakitimų nuo normos ribos nerasta. Tuo tarpu daugiau nei pusei tiriamųjų ($n=121$) somatikos klinika visiškai nepasireiškė. Todėl nagrinėjant gautus duomenis nustatyta, kad somatiniai simptomai neturi įtakos depresijos priežastingumui ($\chi^2=0.736$; $p=0,629$).

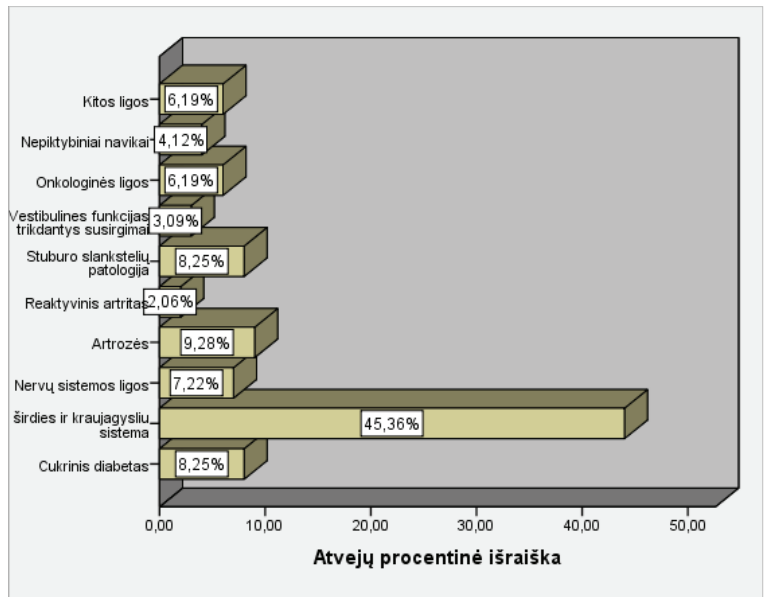
Visgi išanalizavus gautus duomenis įdo-

2 lentelė. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lėtinių ligų skaičių, atvejų skaičius ir procentinę išraišką

Lėtinių ligų skaičius	N	%
1-2	174	74.4
2-3	51	21.8
4 ir daugiau	9	3.8

mu, kurios lėtinės ligos dažniausiai pasireiškė minėtais somatiniais simptomais. Mūsų analizės metu nustatyta, kad beveik pusei sergančiųjų kardiovaskulinėmis ligomis depresijos klinikos pasireiškimą lėmė organinei patologijai būdingi simptomai. Kitų lėtinių būklių paplitimas panašus. Tiriamųjų pasiskirstymas pagal lėtinių ligų pasireiškimą somatiniais simptomais apibūdinamas 4 pav. Pažymėtina, jog toks klinikinis depresinės ligos pasireiškimas būdingas penktadaliui sergančiųjų, kurių lėtinė būklė susjusi su skausminiu sindromu, ir dešimtdaliui – cukriniu diabetu. Taigi apibendrinant šią informaciją galime teigti, jog sunkiausiai depresija ir jos paūmėjimai diagnozuojami širdies ir kraujagyslių ligomis sergančiųjų grupėje.

Lėtinėmis ligomis sergančiųjų depresijos eigis ir gydymo taktikos ypatumai. Svarbus tokių pacientų gydymo uždavinys yra susilpninti depresijos simptomus, pagerinti nuotaiką ir gyvenimo kokybę. Numatydami tikėtiną lėtinėmis ligomis sergančiųjų susirgimo depresija eigą, didėja tikimybė pasirinkti tinkamą gydymo taktiką. Šio tyrimo metu apskaičiuota, kad beveik pusei pacientų būdingi nuolatiniai ligos paūmėjimai, daugiausia su somatinių simptomų pablogėjimu. Nors pagerėjusios ar bent jau stabilios depresinės būklės grupėje gauti panašūs duomenys. Ir tik nedidelei daliai sergančiųjų nustatyta blogėjanti jos klinikinė išraiška. Apibendrinant gautus rezultatus būtina atkreipti dėmesį, kad somatinių simptomų pasireiškimas apsunkina tiek depresijos atsiradimo, tiek pasireiškimo diagnostiką, tai lemia pavėluotą gydymo pradžią ir galimai banguojan-



4 pav. Sergančiųjų pasiskirstymas pagal lėtinių ligų pasireiškimą somatiniais simptomais, proc.

čią depresinio sutrikimo dinamiką. Tuo tarpu nepavėluotas medikamentų skyrimas sąlygoja depresinės būklės gerėjimą ar bent jau stabilumą.

Taigi nekomplikuotos depresinės būklės ypatumas galimai sąlygoja gydymo taktikos pasirinkimai. Apskaičiavimai rodo, kad daugiau nei 60proc. visų atvejų gydymas nuolat tęsiamas, nors beveik trečdaliui jų keistas dėl nepakankamo vaistų poveikio. Kita dalis tiriamųjų patyrė įvairių sunkumų: pusė iš jų nesilaikė medikamentų skyrimo rekomendacijų, dauguma jų vartojimą nutraukė patys, tuo tarpu panašūs duomenys gauti ir stacionarinio gydymo grupėje. Apibendrinant gautus rezultatus galima teigti, jog vaistų vartojimo nutraukimas nuolat sunkina depresinę būklę, kai kuriais atvejais, esant sunkiai susirgimo depresija klinicinei išraiškai, reikalauja hospitalizacijos. Tuo tarpu pasirinktos gydymo taktikos tęstinumas, nors ir keičiant medikamentų pasirinkimą, lemia nekomplikuotą ligos eigą.

Depresija ir onkologinės ligos. Jau anksčiau nustatyta, kad tarp asmenų, kuriems diagnozuota viena lėtinė liga ir kurią įvardija kaip depresijos epizodo priežastį, labiausiai paplitusios onkologinės ligos. Literatūros duomenimis, pacientai, sergantys piktybiniais procesais, 4 kartus dažniau serga depresija. Tiriamojo darbo metu ištyrus turimus depresijos atvejus galime labai patikimai teigti, jog diagnozavus onkologinę ligą asmuo susirgs ir depresija ($\chi^2=24.525$; $p=0,001$). O tai sudaro 84,4proc. (38 atvejai iš 45) pacientų su anksčiau minėta sąlyga, kad depresija sergantiesiems diagnozuota bent viena onkologinė liga.

Pažymėkime, kokios onkologinės ligos buvo paplitu-

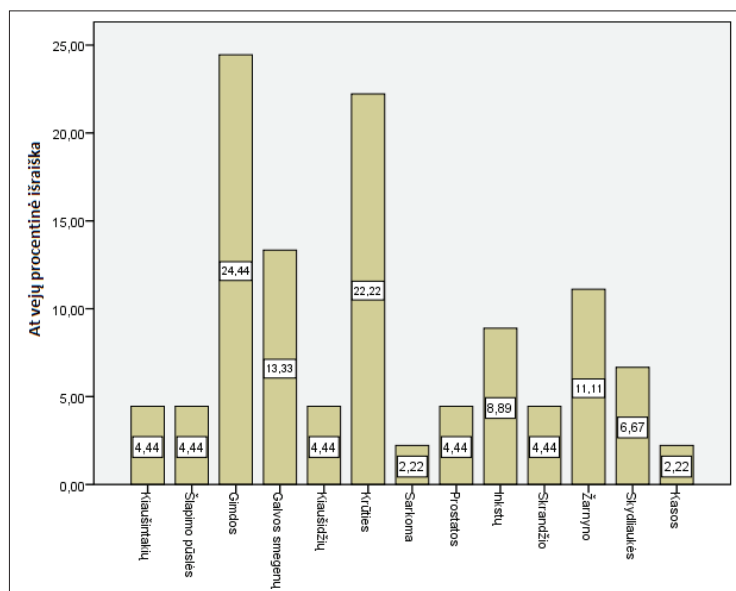
sios labiausiai. Daugiausia pacientai sirgo gimdos ir krūtų piktybiniais procesais (atitinkamai 11 ir 10 atvejų), šiek tiek mažiau – galvos smegenų ir žarnyno (atitinkamai 6 ir 5 atvejai). Visų tyrime įvardytų onkologinių ligų atvejai, išreikšti procentine išraiška, pavaizduoti 5 pav.

Taip pat išnagrinėti onkologinėmis ligomis sergančiųjų depresijos eigos ypatumai. Išanalizavus surinktą informaciją nustatyta, jog maždaug pusė pacientų susirgimas depresija nuolatos paūmėdavo, dažniausiai be somatinių simptomų pablogėjimo. Tuo tarpu kitai daliai sergančiųjų depresinė būklė pagerėjo ar bent jau nekito. Klinikinis pablogėjimas neaprašomas nė vienam tiriamajam. Įvertinus šią informaciją, galime teigti, kad šiems pacientams nebūdingas somatikos pasireiškimas ar blogėjanti depresinio sutrikimo dinamika, kas galimai rodo medikamentinio atsako efektyvumą ir yra susijęs su gydymo rekomendacijų laikimusi.

Sergančiųjų onkologinėmis ligomis depresinės eigos ir gydymo taktikos ypatumai susiję. Apskaičiuota, jog gydymo tęstinumas, dažniausiai be apribojimų, būdingas daugiau nei 60proc. atvejų. Tuo tarpu daugiau nei trečdalis visų tiriamųjų medikamentų vartojimą nutraukė, dažniausiai pačių sprendimu, tikėtina esant pagerėjusiai depresinei būklei. Ir tik keliais atvejais prireikė stacionarinio gydymo. Taigi susirgimo depresija eigą sąlygoja gydymo tęstinumo sąlyga. Rekomendacijų nesilaikymas ar šalutinis vaistų poveikis lemia banguojančią susirgimo depresija eigą, nes pastebėta, jog medikamentinis atsakas į gydymą efektyvus.

Rezultatų aptarimas

Depresija – labai paplitusi liga. PSO duomenimis, numatoma, kad pasaulyje iki 2020 metų ji užims 2 vietą tarp neįgalumo priežasčių po išeminių širdies ligų. Šios ligos paplitimas tarp įvairių šalių skirtingas. PSO teigia, kad 24 proc. pirminės sveikatos priežiūros pacientams nustatyta TLK-10 psichikos diagnozė, o dažniausia iš jų – depresijos epizodas (10.4 proc.) [1]. Dažnai depresija lieka neatpažinta, nediagnozuojama ir negydoma. Manoma, kad tam įtakos turi skirtingas gydytojo ir paciento supratimas apie ligą, nepakankamas ištyrimas bei paciento nenoras atskleisti simptomų, taip pat paties gydytojo nuostatos ir žinios apie depresiją. Pagaliau somatinės paciento diagnozės labai svarbi priežastis, kodėl depresiniai sutrikimai lieka nediagnozuojami. Dabar daugėja įrodymų, kad somatiniai simptomai – dažnas depresijos bruožas [1]. Tuomet iškyla problema, kaip atpažinti galimą depresinį sutrikimą tarp kitų organizmo būklių. Pirmiau-



5 pav. Piktybinių procesų lokalizacijos atvejų procentinė išraiška

sia reikėtų numatyti, kokios gi somatinės ligos labiausiai sąlygoja depresijos atsiradimą ir pasireiškimą. Tai padėtų numatyti, kokiose pacientų grupėse, susijusiose su tam tikromis vidaus organų ligomis, yra didžiausia tikimybė susirgti depresija ir laiku atpažinti, diagnozuoti ir gydyti šią ligą, kas pagerintų tiek depresijos, tiek somatinių organizmo būklių baigtis. Remiantis keliomis mokslinėmis publikacijomis ir jose pateiktų tyrimų duomenų įverčiais bus apžvelgiama lėtinių ligų įtaka depresijai atsirasti, epidemiologija, priklausomybės viena nuo kitos, somatinis susirgimas, kaip depresijos rizikos faktorius, ir atvirkščiai.

Vienas atliktas tyrimas parodė, jog depresijos simptomai gali likti neatpažinti, kadangi tik beveik pusei pacientų, sergančių keliomis lėtinėmis ligomis ir skyringuotiems pagal geriatrinę depresijos skalę, buvo gydytojų diagnozuotas depresinis sutrikimas. Rezultatas tik šiek tiek buvo didesnis nuo bendrojo populiacijos sirgimo depresija vidurkio. Prastas susitarimas tarp depresijos diagnostikos ir simptomų sunkumo rodo aukštą depresijos nediagnozavimo lygį populiacijoje. Nesuderinama asociacija tarp depresijos diagnostikos ir antidepresantų skyrimo kelia klausimą apie receptinių preparatų išrašymo praktikos tarp keliomis ligomis sergančių pacientų [13].

Būtina išnagrinėti didžiosios depresijos ir lėtinių ligų rizikos veiksnių sąveiką, t.y. kaip šios būklės sąlygoja viena kitą. Žinomi 3 depresijos išsivystymo rizikos faktoriai: genetinė predispozicija, nepalankūs vaikystės įvykiai, stresinės situacijos. Visa tai sąlygoja asmens adaptacijos sutrikimus, kas lemia socialinę izoliaciją ir ap sunkintą ryšį su gydytojais. Be to, minėti sąlygojantys veiksniai susiję su žmogaus elgesiu, kuris padidina lėtinių ligų išsivystymo riziką, t.y. nutukimas, rūkymas, kenksmingas gyvenimo būdas. Taip pat negatyvūs simptomai ir organizmo funkcinis pablogėjimas susijęs su patofiziologiniais efektais smegenyse (didėja citokinų kiekis ir kiti uždegiminiai faktoriai), kurie gali lemti tam tikrų lėtinių ligų atsiradimą. Taigi depresija neigiamai sąlygoja ir lėtinių ligų baigtis, tai susiję su nepakankama jų kontrole – glikemijos matavimu, vaistų vartojimo režimu, nustatytos dietos ir fizinio aktyvumo nesilaikymu bei kita [3].

Wayne J. Katon viename iš savo tyrimų nagrinėjo nuotaikos sutrikimo ryšį su simptomų sunkumu, funkcinio pablogėjimu, nepalankiu sveikatos savikontrolės laikymusi (dieta, fiziniai pratimai). Nustatyta, kad depresijos išsivystymo rizika didėja, kai pacientas turi vadinamąją ilgalaikę medicininę būklę, tai sudaro apie 4 proc. pacientų lyginant su 2,8 proc. kontrolinės grupės. Teigiama, kad pacientai, atitinkantys DSM-IV depresijos sutrikimų kriterijus, nurodė daugiau medicinškai nepaaiškinamų simptomų lyginant su kontroline grupe. Taip pat depresija kartu su lėtinėmis

ligomis yra susiję su paciento organizmo funkcinio pablogėjimu, pasireiškiančiu didesniu nedarbingumo dienų skaičiumi, lyginant su sergančiais tik lėtinėmis ligomis [3].

D. M. Clarke ir K. C. Currie tyrė depresijos ir lėtinių ligų ryšį: paplitimą, rizikos faktorius, gydymą. Jie nagrinėjo maligninių procesų įtaką depresijai atsirasti, nustatyta, kad sergantieji piktybiniais procesais pagal depresinių sutrikimų dažnį 4 kartus viršija kontrolinę grupę. Joje depresijos paplitimas priklauso nuo ligos stadijos ir progresavimo greičio, o didesni rodikliai susiję su prastesne jos diagnoze, t.y. kasos, gerklės, plaučių ir kolorektaliniai piktybiniai navikai. Be to, depresija, pati kaip rizikos veiksnys, sąlygoja kardiovaskulinių ligų, miokardo infarkto, cukrinio diabeto ir osteoporozės išsivystymą [4].

Taip pat svarbus depresijos gydymo būdo pasirinkimas. Atsižvelgiant į ją sukėlusią ar sąlygojusią ligą, gydymas apima medikamentinį, psichologinį, elgesio ir mokymo terapijas. Sergantiems bronchine astma, reumatoidiniu artritu ar osteoporozė nėra specifinių gydymo būdų, atvirkščiai, pacientams, kuriems diagnozuotas piktybinis procesas, rekomenduojama vartoti selektyvius serotonino rezorbcijos inhibitorius (SSRI). Sunkioms depresijos formoms gydyti gali būti naudojama kognityvinė elgesio psichoterapija ar netgi elektroimpulsinė terapija [4].

Dar tiksliau L.E. Edge nagrinėjo depresijos paplitimą ir pasireiškimo skirtumus tarp sergančiųjų tam tikromis lėtinėmis ligomis, taip pat didėjančią jos įtaką ištekliams, produktyvumo stokai ir funkciniai negaliai. Joje buvo analizuojami 30 801 pacientų, vyresnių nei 18 metų, duomenys.

Taigi šiame tyrime gauti duomenys buvo suskirstyti į dar 3 grupes: nesergantieji lėtinėmis ligomis (n= 19 462), sergantieji jomis (n = 9585) ir sergantieji lėtinėmis būklėmis kartu su depresija (n = 975). Remiantis bendrojo ir socialinio tipo duomenimis, mums aktualiausioje trečiojoje grupėje nustatyta, kad daugiausia abejomis būklėmis kartu sirgo 35 – 49 metų pacientai, moterys, žemesnio nei vidurinis išsilavinimo asmenys, turintys atsvario, bedarbiai ir šiuo metu rūkantys [5].

Be to, šioje studijoje buvo tirta tikimybė susirgti depresija sergant atskiromis lėtinėmis ligomis. Teigiama, jog galimybė, kad pasireikš depresija sergantiems lėtinėmis ligomis yra 2,6 kartų didesnė, o sergantieji terminalinės stadijos inkstų ligomis turi didžiausią tikimybę (17,0 proc.). Tuo tarpu atsižvelgiant į lėtinių ligų skaičių tikimybė susirgti depresija didėja: nesergančiųjų nėra viena lėtine liga grupėje nustatyta: 4,8 proc. depresijos atvejų, sergančiųjų 1 lėtine būkle – 7,7 proc., 2 būklėmis – 9,8 proc., ≥3 būklėmis – 12 proc. [5].

Depresija tarp vyresnio amžiaus žmonių yra susijusi tiek su negalia, tiek ir su somatinėmis ligomis. Tyrimas

apėmė ambulatorinius ir stacionarius psichikos sveikatos priežiūros ir pirminės sveikatos priežiūros pacientus, kurių amžius siekė 60 metų ir daugiau. Buvo atrinkti 378 asmenys, atitinkantys depresinių sutrikimų DSM-IV kriterijus ir 132 asmenys, nesergantys depresija palyginimui. Negalia ir visi su ja susiję sutrikimai buvo stipriai susiję su depresija. Stipriausias ryšys tarp negalios ir depresijos išryškėjo 60-69 metų amžiaus grupėje. Svarbūs negalios aspektai, kurie prisidėjo prie depresijos pasireiškimo, buvo: negalia dalyvaui kasdienėje veikloje, savipagalboje, socialinėje veikloje. Somatinės ligos savaime yra mažesni rizikos veiksniai depresijai atsirasti, nei somatinės ligos, kurios sukelia negalią [12].

Tuo tarpu Lietuvoje D. Jarašiūnienės ir bendraautorii atlikto tyrimo, kuriame buvo nagrinėjama pacientų, patyrusių pirmąjį miokardo infarktą, depresiškumo ir nerimo ryšys su demografiniais rodikliais duomenimis, nustatytas vidutinio stiprumo statistiškai patikimas koreliacinis ryšys tarp amžiaus ir depresiškumo. Vidutinis moterų depresiškumo lygis buvo patikimai didesnis nei vyrų. Didesnė dalis moterų nei vyrų buvo sirgusios depresija anksčiau ir per laikotarpį nuo miokardo infarkto pradžios vartojo psichotropinių vaistų. Pagal BDI depresija nustatyta 61,6 proc. pacientų, pagal HAD (Hospitalinė nerimo ir depresijos) skalę – 30,1 proc. Vyresniems pacientams nustatytas didesnis depresijos lygis [9].

Mūsų šalyje dažnai nagrinėjama tema – poinsultinė depresija. Viename iš atliktų tyrimų R.Radžiuvienė ir bendraatoriai nagrinėjo vėlyvųjų poinsultinės depresijos simptomų prognozinis veiksniai. Poinsultinės depresijos simptomų pasireiškimas vėlesniu laikotarpiu po GSI buvo susijęs su pacientų vyresniu amžiumi vyrams, jaunesniu amžiumi moterims, nerimo simptomų pasireiškimu, pušiausvyros deficitu, parezinės rankos pakenkimo laipsniu ir miego kokybės komponentėmis – blogu subjektyviu miego kokybės vertinimu ir blogo miego pasekmėmis dieną. Teigiama, kad ankstyva intervencija, orientuota į gyvenseną, gali reikšmingai sumažinti depresijos pasireiškimo dažnį vėlesniu periodu po GSI [10].

Yra įrodymų, kad depresijai būdingi kultūriniai depresijos epizodų pasireiškimo ir baigčių skirtumai, pavyzdžiui, bandymas žudyti ar savizudybė (dažnas depresijos palydovas), tačiau įvairiose šalyse jų skaičius skiriasi. Žinoma, kad Lietuva pirmąja šioje srityje. Tad remiantis nagrinėtais tyrimais reikėtų įvertinti lėtinių ligų įtaką depresijos epizodams atsirasti būtent mūsų šalyje. Dažniausiai literatūroje vertinama labiausiai paplitusių atskirų lėtinių ligų ir depresijos priklausomybė, pavyzdžiui, depresijos ir cukrinio diabeto ar miokardo infarkto. Aptikta tik keletas straipsnių, kuriuose nagrinėjamas depresijos, jai būdingų

simptomų sąryšis su lėtinėmis ligomis, neišskiriant atskirai kiekvienos organizmo būklės. Tad svarbu atlikti naujesnius duomenis apimančius tyrimus, kurie nagrinėtų visų galimų, o ne atskirų somatinių ligų įtaką depresijai atsirasti.

Išryškėję depresijos simptomai yra susiję su dažnesnėmis pirminėmis ir pakartotinėmis hospitalizacijomis, ilgesnėmis hospitalizacijų trukmėmis [17]. Ataskaitos iš kelių sveikatos sistemų rodo, jog iniciatyva geriau integruoti psichikos sveikatos paslaugas į pirminę pacientų priežiūrą turi teigiamą poveikį diagnozuojant depresiją ir kitus psichiatrinius sutrikimus. Atliktas tyrimas rodo, jog lengvesnis psichikos sveikatos specialistų pasiekiamumas pirminės priežiūros paslaugų tiekėjams gali būti ypač svarbus, kuomet pacientai turi šalutinių lėtinių ligų, kurios gali maskuoti depresiją ir taip apsunkinti jos atpažinimą bei gydymo ypatumus [16,18].

Išvados

1. Patvirtinus depresijos diagnozę dauguma tiriamųjų jau sirgo bent viena lėtine liga, tačiau nenustatytas dažnesnis depresinių epizodų atsiradimas.
2. Onkologinės ligos, stuburo slankstelių ir sąnarių patologija, sąlygojamos skausminio sindromo, gali būti susijusios su depresijos atsiradimu.
3. Amžius ir lytis neturi reikšmės depresijos epizodams pasireikšti, nors lėtinių ligų skaičius gali būti susijęs su susirgimo depresija atsiradimu.
4. Sergantiesiems lėtinėmis ligomis nebūdinga somatinė depresijos klinikinė išraiška.
5. Gydymo taktikos tęstinumas keičiant medikamentų skyrimą galimai sąlygoja banguojančią depresijos eigą, kuriai būdinga teigiama ligos dinamika.

Literatūra

1. Directing and coordinating authority for health within the United Nations system. Available at: <http://www.who.int/topics/depression/>;
2. Valstybinis psichikos sveikatos centras. Pasiiekiamas iš: <http://www.vpsc.lt/psichikos-sveikatos-statistika/>
3. Wayne J. Katon „Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness“, Society of Biological Psychiatry 2003; 54:216-226.
4. David M. Clarke, Kay C. Currie „Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence“, The Medical Journal of Australia 2009; 190:54-60.
5. Leonard E. Egede „Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability“, General Hospital Psychiatry 2007; 29:409-416.
6. Mark I. Weinberger, Patrick J. Raue, Barnett S. Meyers, Martha

- L. Bruce "Predictors of New Onset Depression in Medically Ill, Disabled Older Adults at One Year Follow up", *Am J Geriatr Psychiatry* 2009; 17:802–809.
7. Hyeon-Joo Lee, Deborah Chapa, Chi-Wen Kao, Deborah Jones, Jane Kapustin, Jamie Smith, Cathy Krichten, Thomas Donner, Sue A. Thomas, Erika Friedmann „Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 diabetes“, *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2009; 21:214–224.
 8. Johan Lokk, Ahmad Delbari „Management of depression in elderly stroke patients“ *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2010; 6:539-549.
 9. Jarašūnienė D., Markevičiūtė B., Jarašūnas J., Kibarskis A. Depresija ir nerimas po pirmojo miokardo infarkto. *Sveikatos mokslai*, 2010; 5:3535.
 10. Radžiuvienė R., Raškauskienė N., Kazlauskas H., Varoneckas G., Bunevičius R. Vėlyvųjų pousulininės depresijos simptomų prognoziniai veiksniai. *Biologinė psichiatrija ir psichofarmakologija*, 2009; 2:105.
 11. Yon Ju Ryu, Eun-Mi Chun, Jin Hwa Lee, Jung Hyun Chang „Prevalence of Depression and Anxiety in Outpatients with Chronic Airway Lung Disease“, *Korean J Intern Med.* 2010; 25: 51–57.
 12. P.F.M.Verhaak, J.H.Dekker, M.W.M.de Waal, H.W.J.van Marwijk, H.C.Comijs „Depression, disability and somatic diseases among elderly“. *Journal of Affective Disorders* 167 (2014); 187–191.
 13. Melinda Stanners, Christopher Barton, Sepehr Shakib, Helen Winefield. The prevalence of depression amongst outpatients with multimorbidity 2013; 5(4):805-810.
 14. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care.* 2001 Jun; 24(6):1069-78.
 15. Polikandrioti Maria, Goudevenos John, Lampros K. Michalis, Koutelekos John, Kyristi Helen, Tzialis Dimitrios, Elisaf Moses. Factors Associated with Depression and Anxiety of Hospitalized Patients with Heart failure, *Hellenic J Cardiol* 2015; 56: 26-35.
 16. Menear M, Doré I, Cloutier AM, Perrier L, Roberge P, Duhoux A, Houle J, Fournier L, The influence of comorbid chronic physical conditions on depression recognition in primary care: A systematic review, *Journal of Psychosomatic Research*, 2015, 1-11.
 17. Prina AM, Cosco TD, Denning T, Beekman A, Brayne C, Huisman M. The association between depressive symptoms in the community, non-psychiatric hospital admission and hospital outcomes: A systematic review, *Journal of Psychosomatic Research* 2015; 78: 25-33.
 18. Menear M, Duhoux A, Roberge P, Fournier L. Primary care practice characteristics associated with the quality of care received by patients with depression and comorbid chronic conditions, *General Hospital Psychiatry* 2014; 36: 302-309.

HOW OFTEN DO CHRONIC DISEASES CAUSE EPISODES OF DEPRESSION?

G. Šalčiūtė, D. Žiupsnienė, K. Simanauškas, V. Kasiulevičius, V. Šapoka

Key words: chronic diseases, depression, connection, cause, primary care.

Summary

The aim of this study was to determine the impact of chronic diseases for depressive episodes.

Material and methods: Primary health care center has carried out a placement of immediate retrospective study of outpatients with patients selected according to ICD-10 for the three digit from 31.3 F to 33.9 F. We examined the possibility of a connection between chronic diseases and depression in a view of the emergence of depressive illness period, considering the effectiveness of the methods of treatment and the progress of somatic symptom onset. The data obtained were processed by statistical program SPSS 22.0.0.0.

Results: 234 outpatient data were selected for the research work. Patient age ranged from 25 to 89 years, while 60,6 percent, most of the participants, were women. It was found that 70,7 percent of patients were diagnosed with a major depressive disorder and in 28,6 percent of the cases it occurred repeatedly and most of the patients had moderate depression (n=203). After combining the obtained data it was estimated that 51,28 percent of the patients identified chronic disease as the cause of depression occurrence. The majority of the selected patients prevailed in essential hypertension (47,86 percent), oncological (19,23 percent), vertebral pathology (17,52 percent), osteoarthritis (14,53 percent), thyroid disease (14,10 percent). Based on the calculation we can reliably say that the diagnosis of oncological disease trigger depression ($\chi^2=24.525$; $p=0,001$), which was most frequently localized as the uterine and breast malignancies (n=11 and 10). Bone pathology as the cause of depression identified 50 (66,7 percent) participants. The analysis showed that these patients may develop depression ($\chi^2=10.457$; $p=0,001$). Meanwhile, the pain syndrome accompanied some chronic diseases (mainly osteochondroma and radiculopathy (58,75 percent), osteoarthritis (31,25 percent), cancer (16,25 percent), which was the reason why 70 percent of these patients identified pain as the cause of depression. Meanwhile, these chronic conditions did not relate to the diagnosis of depression associated with the thyroid ($p=0,731$), cardiovascular ($p=0,045$), nervous system ($p=0,256$), chronic pulmonary disease ($p=0,803$), and diabetes ($p=0,706$).

Conclusion: It was estimated that more than two thirds of the respondents who are suffering from 1-2 chronic diseases have a reasonably high probability of having/getting a depression as well ($\chi^2=12.828$; $p=0,002$). The carried out analysis revealed that almost a half of the patients with permanent depressive state attacks (n=118) were mainly with somatic symptoms of deterioration (n=29,06). Estimates show that more than 60 percent of all cases where connected with the treatment with continuous progress, although one-third of them modified due to the lack of effect of the product. Although when the depression diagnosis was confirmed most of the observed were already patients of at least one chronic

disease, there was no increase in depressive episodes. Oncological diseases, spine and joint pathology mediated by pain syndrome may be associated with the occurrence of the depression. Age and gender are irrelevant for depressive episodes, although the number of chronic diseases may be associated with the occurrence of depressive illness. The clinical expression of the somatic depression is not typical for the patients of chronic diseases. The continuity of the

treatment strategy by changing the appointment of pharmaceuticals is a possible cause of a fluctuating process of depression which tends to express the positive dynamics of the condition.

Correspondence to: g.salciute@gmail.com

Gauta 2015-03-06
