

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА
«НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ
ім. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»

ГУБА ЮЛІЯ ВАСИЛІВНА

УДК 616.24-007.272-036.1-07-085:616.89-008

**ПРИНЦИПИ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ З УРАХУВАННЯМ НАЯВНОСТІ
СОМАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ**

14.01.27 – пульмонологія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук



Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Державному закладі «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

Науковий керівник –

доктор медичних наук, професор

Конопкіна Людмила Іванівна,

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія

Міністерства охорони здоров'я України»,

професор кафедри внутрішньої медицини 1

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

Дзюблик Олександр Ярославович,

Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України»,

завідувач відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень

доктор медичних наук, професор

Острівський Микола Миколайович,

Державний вищий навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний

університет» МОЗ України, завідувач кафедри фтизіатрії і пульмонології з курсом

професійних хвороб

Захист дисертації відбудеться «25» вересня 2017 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.552.01 при Державній установі «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03110, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Державної установи «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України» (03110, м. Київ, вул. М. Амосова, 10)

Автореферат розісланий «22» серпня 2017 р.

Учений секретар
спеціалізованої вченої ради



О. О. Речкіна

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є мультисистемною хворобою, яка супроводжується багатьма супутніми захворюваннями. Останні впливають на тяжкість перебігу ХОЗЛ, сприяючи посиленню клінічних симптомів, збільшенню кількості загострень та госпіталізацій пацієнтів, погіршенню якості життя, підвищенню ризику смерті (Фещенко Ю. І., 2009, 2014, 2016; Ячник А. І. та ін., 2014; Cavaille A. et al., 2013; GOLD, 2016).

Особлива увага приділяється проблемі соматопсихічних порушень при ХОЗЛ: вказується на їх поширеність, негативний вплив на стан пацієнтів, погіршення проявів основного захворювання, несприятливий прогноз (Фещенко Ю. І. та ін., 2013; Яшина Л. О., 2015; Chatila W. M. et al., 2008; Hillas G. et al., 2015). Втім інформації щодо механізмів виникнення цих порушень, методів діагностики, особливостей лікування хворих за умов їх наявності небагато (NICE Clinical Guideline 101, 2010; GOLD, 2016), а дані стосовно розмаїття соматопсихічних порушень, частоти їх виявлення й виразності суперечливі (Мостовой Ю. М. та ін., 2013, 2014; Довгань А. О. та ін., 2014; Areza-Feguveres R. et al., 2010; Обухов Н. В. и др., 2014; Chaudhary S. C. et al., 2016).

Найчастіше наукові дослідження присвячуються синдромальному підходу до вивчення даної проблеми – аналізу результатів анкетування хворих на предмет наявності та виразності у них депресивного синдрому й синдрому підвищеної тривожності (Фещенко Ю. І. та ін., 2013; Поясник І. М., 2014; Перцева Т. О., 2015; Yawn B. P. et al., 2007; Yohannes A. M. et al., 2014). При цьому розбіжність у даних, отриманих різними науковцями, найчастіше зумовлена використанням різних анкет.

Отримані дані про зв'язок між наявністю й виразністю депресивного синдрому і синдрому підвищеної тривожності, з одного боку, та виразністю клініко-функціональних проявів ХОЗЛ, з іншого (Omachi T. A. et al., 2009; Putman-Casdorph H. et al 2009; Iguchi A. et al., 2013). Втім, питання комплексного зв'язку проявів ХОЗЛ та симптомів соматопсихічних порушень у хворих, у тому числі й з урахуванням тяжкості перебігу основного захворювання, не вивчалися.

Для розробки індивідуальних схем лікування хворих на ХОЗЛ перспективним є визначення психічного стану пацієнта у порівняльному аспекті у різні фази патологічного процесу – як у стабільну фазу, так і у фазу інфекційного загострення. Однак, стосовно цього зустрічаються лише поодинокі дослідження (Дзюблик О. Я. 2014; Quint J. K. et al., 2008).

Суттєвим недоліком анкетних методів діагностики соматопсихічних порушень є відсутність можливості верифікації клінічного діагнозу. За міжнародними й національними стандартами (Наказ МОЗ України №1003, 2014; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edn., 2000; NICE clinical guideline 113, 2011) верифікувати діагноз та встановити нозологію соматопсихічного порушення можна лише шляхом обстеження хворого лікарем-психіатром. Інколи це обстеження відтермінується, або, навіть за умов явних змін у психічному стані хворого, взагалі не проводиться. Тому виникає нагальна необхідність визначення тих категорій хворих на ХОЗЛ, яким слід провести оцінку психічного стану якомога раніше, тих, яким цю оцінку можна відтермінувати, та тих, які її здебільшого не потребують, а також визначення оптимальної анкети для виявлення ознак соматопсихічних

порушень саме у хворих на ХОЗЛ у скринінговому режимі вже на етапі первинного обстеження хворого або на етапах його спостереження.

Усе вищезазначене й обґрунтовує актуальність обраної теми дисертації.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є фрагментом науково-дослідних робіт кафедри внутрішньої медицини 1 Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» (ДЗ «ДМА»): «Особливості діагностики та медичної реабілітації при захворюваннях бронхолегеневої системи» (держ. реєстраційний № 0111U001371) та «Визначення особливостей клініки, діагностики, лікування та медичної реабілітації хворих при захворюваннях бронхолегеневої системи» (держ. реєстраційний № 0114U005305).

Мета дослідження: удосконалення принципів ведення хворих на ХОЗЛ шляхом розробки алгоритму виявлення у них соматопсихічних порушень з урахуванням тяжкості перебігу основного захворювання.

Завдання дослідження:

1. Встановити частоту виявлення та виразність депресивного синдрому і синдрому підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ, в тому числі й у залежності від тяжкості перебігу основного захворювання.

2. Провести порівняльний аналіз методологічних підходів до розробки анкет для виявлення депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності; встановити причини труднощів їх застосування у хворих на ХОЗЛ.

3. Встановити зв'язок виразності симптомів депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ з анамнестичними, соціально-демографічними й клініко-функціональними показниками основного захворювання у стабільну фазу патологічного процесу.

4. Визначити категорії хворих на ХОЗЛ з найвищою та найнижчою наявністю і виразністю симптомів депресії й тривожності.

5. Визначити частоту виявлення та виразність депресивного синдрому й підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у фазу інфекційного загострення.

6. Визначити характер і частоту виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ у нозологічному відношенні та провести порівняльний аналіз з результатами анкетних методів.

7. Визначити оптимальну анкету для виявлення ознак соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ з урахуванням результатів обстеження пацієнтів лікарем-психіатром.

8. Оцінити ефективність лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ.

Об'єкт дослідження: хронічне обструктивне захворювання легень.

Предмет дослідження: інформативність анкетних методів діагностики соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ; наявність взаємозв'язків між анамнестичними, соціально-демографічними й клініко-функціональними показниками хворих на ХОЗЛ, з одного боку, та виразністю симптомів соматопсихічних порушень, з іншого; оптимізація діагностики соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ; результативність лікування.

Методи дослідження: загальноприйняті клінічні, лабораторні, інструментальні, анкетні, функціональні (спірометрія, тест 6-хвилинної ходьби, пульсоксиметрія), клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта лікарем-психіатром, статистичні методи.

Наукова новизна отриманих результатів Вперше встановлено, що частота виявлення депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ (при анкетуванні одночасно за кількома анкетами) має суттєві відмінності у залежності від використаної анкети (різниця сягає 13 %).

Вперше визначено наявність комплексного взаємозв'язку між виразністю як клінічних, так і функціональних проявів ХОЗЛ з виразністю симптомів депресії й підвищеної тривожності. Встановлено, що частота і виразність депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності найвищі у хворих на ХОЗЛ з $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60\%$ належн. і кількістю балів за САТ ≥ 22 , а найнижчі у хворих з $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} > 60\%$ належн. незалежно від кількості балів за САТ.

Доповнено наукові дані щодо нозологічного аспекту соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, які, крім депресії та підвищеної тривожності, можуть бути представлені астеничним синдромом, емоційно-лабільним розладом, астено-невротичним синдромом, когнітивними порушеннями, істеричним розладом особистості, соматоформною дисфункцією вегетативної нервової системи.

Вперше визначено, що найбільш інформативною психодіагностичною анкетною методикою для використання у хворих на ХОЗЛ є опитувальник HADS.

Встановлено, що лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ може покращувати їх психічний стан та сприяти полегшенню сприйняття ними симптоматики ХОЗЛ.

Розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень з урахуванням виразності симптомів ХОЗЛ та ступеня вентиляційних порушень.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень з урахуванням ступеня вентиляційних порушень та виразності симптомів ХОЗЛ, який може використовуватися на різних рівнях надання хворим медичної допомоги (первинний, вторинний, третинний).

Доведена ефективність лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу, що покращує психічний стан пацієнтів та полегшує щоденне сприйняття ними симптоматики ХОЗЛ.

За результатами дослідження видано інформаційний лист про нововведення у сфері охорони здоров'я «Оптимізація тактики ведення хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з урахуванням наявності й тяжкості психічних порушень» (м. Київ, 2016 р.).

Впровадження результатів роботи у практику. Результати роботи впроваджені у практичну діяльність терапевтичного відділення Комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради, Комунальної 1-ї міської поліклініки м. Львів, відділення ішемічної хвороби серця відділу кардіо-пульмонології ДУ «Національний інститут терапії імені

Л. Т. Малої НАМН України», а також у навчальний процес на кафедрі внутрішньої медицини 1 ДЗ «ДМА».

Особистий внесок здобувача. Проведений інформаційно-патентний пошук, аналіз наукової літератури, що дозволило визначити напрям дослідження, сформулювати мету, задачі дослідження, розробити методичні підходи до їх розв'язання; проведений відбір хворих. Особисте спостереження ґрунтувалось на ретельному вивченні, аналізі соціально-демографічних, анамнестичних, клінічних даних та анкетуванні хворих, проведенні усіх функціональних досліджень. Автором проведено аналіз, узагальнення отриманих результатів, статистично оброблена база даних, написані розділи дисертаційної роботи, підготовлені до друку наукові праці, забезпечено їх впровадження у практику охорони здоров'я і навчальний процес медичного вузу, разом з науковим керівником сформульовані висновки й практичні рекомендації.

Не використовувались розробки та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційної роботи доповідались на щорічних конгресах Європейського Респіраторного Товариства (м. Мюнхен, 2014 р.; м. Амстердам, 2015 р.; м. Лондон, 2016 р.), XII науковій конференції студентів та молодих учених «Новини і перспективи медичної науки» (м. Дніпропетровськ, 2014 р.), науково-практичних конференціях «Актуальні питання внутрішньої медицини» (м. Дніпропетровськ, 2015, 2016 рр.).

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 222 сторінках друкованого тексту, складається з вступу, огляду літератури, розділу матеріалів і методів дослідження, п'яти розділів з результатами власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів досліджень, висновків, практичних рекомендацій, а також переліку літератури, що містить 213 посилань. Робота ілюстрована 42 таблицями, 16 рисунками.

Публікації. За результатами дисертації опубліковано 15 наукових праць, серед яких 7 статей, у тому числі 4 – у наукових фахових виданнях, рекомендованих МОН України, 1 стаття – у міжнародному виданні, 8 тезів доповідей у матеріалах конгресів та науково-практичних конференцій.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Дисертаційне дослідження виконане у два етапи.

На першому етапі був проведений скринінг хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу (основна група) на наявність ознак депресивного синдрому та/або синдрому підвищеної тривожності шляхом анкетування одночасно за чотирма психодіагностичними анкетами (PHQ-9, BDI-SF, HADS, STAI). У подальшому ці хворі були розподілені на дві підгрупи (1 та 2) у залежності від тяжкості перебігу ХОЗЛ. За даними анкетування хворих були визначені частота, виразність депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності, вивчені їх взаємозв'язки з анамнестичними, соціально-демографічними, клініко-функціональними показниками, а також фазою патологічного процесу; проведений порівняльний аналіз методології різних анкет. На основі оцінки комплексних

взаємозв'язків між виразністю клінічних проявів ХОЗЛ та виразністю ознак соматопсихічних порушень були визначені категорії хворих з найвищою та найнижчою частотою й виразністю у них соматопсихічних порушень. Науково обґрунтована необхідність консультативно-діагностичного обстеження хворих лікарем-психіатром.

На другому етапі роботи було організоване залучення хворих на ХОЗЛ до консультативно-діагностичного обстеження їх лікарем-психіатром, визначений оптимальний скринінговий метод діагностики соматопсихічних порушень, проведений аналіз результатів лікування хворих з верифікованими психіатром порушеннями. На підставі отриманих результатів був розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень.

Згідно з дизайном наукове дослідження проходило у декількох напрямках:

1) діагностичний: скринінг хворих на ХОЗЛ з визначенням частоти і виразності депресивного синдрому й синдрому підвищеної тривожності у стабільну фазу патологічного процесу та у фазу інфекційного загострення; проведення статистичного аналізу отриманих результатів, включаючи кластерний і ROC-аналіз;

2) методологічний: порівняльний аналіз розробки різних анкет для виявлення соматопсихічних порушень (принципів формування запитань, методології оцінки відповідей респондентів);

3) організаційний: науково обґрунтована необхідність консультативно-діагностичного обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром та організоване залучення пацієнтів до його проведення;

4) лікувальний: аналіз результатів лікування хворих на ХОЗЛ з верифікованими лікарем-психіатром соматопсихічними порушеннями, у тому числі й стосовно сприйняття пацієнтами симптоматики основного захворювання після лікування.

До основної групи увійшло 115 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу (вік $(63,1 \pm 0,8)$ року, чоловіків – 98 (85,2 %), жінок – 17 (14,8 %). Підгрупу 1 склали 63 хворих з нетяжким перебігом хвороби (за класифікацією ХОЗЛ (2013 р.) сюди увійшли хворі клінічних груп А і В) (середній вік $(62,8 \pm 1,0)$ року, рівень постбронходилятаційного об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ_{1пост}) – $(65,8 \pm 1,5)$ % належн.); підгрупу 2 склали 52 хворих на ХОЗЛ з тяжким перебігом хвороби (хворі клінічних груп С і D) (середній вік $(63,5 \pm 1,21)$ року ($p = 0,718$), рівень ОФВ_{1пост} – $(39,8 \pm 1,2)$ % належн. ($p = 0,000$)).

Підгрупу 3 склали 20 хворих, обстежених у фазу інфекційного загострення ХОЗЛ та через два місяці після його закінчення. За віком і статтю підгрупа 3 була репрезентативною вибіркою основної групи ($p = 0,064$, $p = 0,141$ відповідно).

Підгрупу 4 склали 56 хворих на ХОЗЛ, які погодились пройти спеціалізоване обстеження у лікаря-психіатра задля верифікації у них соматопсихічних порушень; 28 з них пройшли двомісячний курс лікування.

Формулювання клінічних діагнозів ХОЗЛ проводили згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р.

Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб, співставних за віком і статтю з хворими основної групи ($p > 0,05$).

На проведення усіх досліджень отримувалась інформована згода хворих.

Загальноклінічні методи досліджень включали збір анамнестичних даних, скарг, у тому числі за допомогою опитувальників (виразність задишки – за шкалою задишки mMRC та модифікованою шкалою Борга (MBS) до і після фізичного навантаження; виразність кашлю й кількість мокротиння – за шкалами В. М. Савченка (2001); виразність симптомів ХОЗЛ в цілому – за анкетною САТ), аналіз контролю ХОЗЛ за опитувальником ССQ, даних антропометричного й фізикального обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів.

Наявність та виразність вентиляційних порушень оцінювали за допомогою комп'ютерної спірометрії на апараті «MasterScreen Body/Diff» («Erich Jaeger», Німеччина). Визначали рівні форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) та ОФВ₁ до і після проби з бронхолітиком (ОФВ₁пре, ОФВ₁пост), ОФВ₁/ФЖЄЛ.

Толерантність до фізичного навантаження оцінювали за тестом 6-хвилинної ходьби (6MWT). Насиченість крові киснем (рівень SpO₂) визначали за пульсоксиметрією. Оцінку якості життя проводили за допомогою Респіраторного опитувальника госпіталю Святого Георгія (SGRQ).

Оцінку психічного стану хворих проводили за допомогою анкетних методів («Опитувальник здоров'я пацієнта» (PHQ-9), скороченого варіанту анкети депресії Бека (BDI-SF), Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) з окремою оцінкою симптомів депресії (шкала HADS_{депресія}) та симптомів підвищеної тривожності (шкала HADS_{тривога}), шкали реактивної (РТ) й особистісної тривожності (ОТ) Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (STAI) з окремою оцінкою симптомів (шкали STAI-PT та STAI-OT відповідно)), а також шляхом обстеження хворих лікарем-психіатром з використанням клініко-анамнестичного, психопатологічного (оцінка психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описанням психічного статусу) та психодіагностичних методів.

Лікування соматопсихічних порушень призначалося лікарем-психіатром і включало медикаментозні (антидепресанти, анксиолітики, седативні, психостимулюючі препарати) та психотерапевтичні методи відповідно до національних стандартів.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту «STATISTICA 6.1» («StatSoftInc.», серійний № AGAR909E415822FA). Статистичні методи включали параметричні й непараметричні. Для визначення категорій хворих на ХОЗЛ з найбільшою та найменшою виразністю симптомів соматопсихічних порушень використовувався кластерний аналіз. Діагностична значущість анкет для виявлення соматопсихічних порушень при використанні їх у хворих на ХОЗЛ оцінювалася за допомогою ROC-аналізу. Різницю між порівнювальними величинами вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення. Анкетування хворих на ХОЗЛ, направлене на виявлення депресивного синдрому, показало, що застосування різних анкет може зумовити отримання різних результатів. Так, в цілому по групі хворих частота виявлення депресивного синдрому за анкетною BDI-SF вища, ніж за анкетами PHQ-9 та HADS_{депресія} ($p_{BDI-SF-PHQ-9} = 0,155$; $p_{BDI-SF-HADS_{депресія}} = 0,030$; $p_{PHQ-9-HADS_{депресія}} = 0,445$). При нетяжкому перебігу ХОЗЛ найвищою частотою виявлення депресивного синдрому встановлена за анкетною BDI-SF ($p_{BDI-SF-PHQ-9} = 0,087$; $p_{BDI-SF-HADS_{депресія}} = 0,139$; $p_{PHQ-9-HADS_{депресія}} = 0,811$), сягаючи майже 30 %, при тяжкому

перебігу – за анкетами PHQ-9 і BDI-SF ($p_{\text{BDI-SF-PHQ-9}} = 0,691$; $p_{\text{BDI-SF-HADS}_{\text{депресія}}} = 0,103$; $p_{\text{PHQ-9-HADS}_{\text{депресія}}} = 0,216$), сягаючи майже 45 % (табл. 1).

Таблиця 1

Частота виявлення депресивного синдрому у хворих на ХОЗЛ

Групи та підгрупи обстежених	Анкети для виявлення депресії		
	PHQ-9	BDI-SF	HADS _{депресія}
Основна група, абс. (% ± М):	31 (27,0 ± 4,1)	41 (35,7 ± 4,5)	26 (22,6 ± 3,9)
– підгрупа 1, абс. (% ± М)	10 (15,9 ± 4,6)	18 (28,6 ± 5,7)	11 (17,5 ± 4,8)
– підгрупа 2, абс. (% ± М)	21 (40,4 ± 6,8)	23 (44,2 ± 6,9)	15 (28,9 ± 6,3)
Контрольна група, абс. (% ± М)	1 (5,0 ± 4,9)	4 (20,0 ± 8,9)	2 (10,0 ± 6,7)
p	$p_{\text{o-к}} = 0,033$ $p_{\text{1-2}} = 0,003$ $p_{\text{1-к}} = 0,212$ $p_{\text{2-к}} = 0,004$	$p_{\text{o-к}} = 0,171$ $p_{\text{1-2}} = 0,082$ $p_{\text{1-к}} = 0,449$ $p_{\text{2-к}} = 0,057$	$p_{\text{o-к}} = 0,199$ $p_{\text{1-2}} = 0,146$ $p_{\text{1-к}} = 0,424$ $p_{\text{2-к}} = 0,092$

Примітки:

1. о – основна група;
2. к – контрольна група;
3. 1, 2 – відповідні позначення підгруп.

Таким чином, у хворих симптоми депресії виявляються частіше, ніж у практично здорових осіб, причому при тяжкому перебігу ХОЗЛ – частіше, ніж при нетяжкому (за PHQ-9 $p < 0,05$).

Виразність депресивного синдрому в цілому по групі була переважно легкого ступеня за анкетами PHQ-9 і HADS_{депресія} (у 54,8 та 73,1 % осіб відповідно) та переважно середнього ступеня за BDI-SF (48,8 % осіб) ($p > 0,05$). У хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ за усіма анкетами переважав легкий ступінь депресії (PHQ-9 – 60,0 %, BDI-SF – 52,6 %, HADS_{депресія} – 72,7 %), тоді як у хворих з тяжким перебігом хвороби виразність депресивного синдрому була переважно легкого ступеня за анкетами PHQ-9 і HADS_{депресія} (у 52,4 та 73,3 % осіб відповідно) і переважно середнього ступеня за анкетною BDI-SF (56,5 % осіб).

У зв'язку з тим, що отримані результати за трьома анкетами мали досить суттєві відмінності, було проаналізовано структуру кожної з анкет, а також відповіді хворих з урахуванням їх клінічних особливостей. Аналіз показав, що різні методологічні підходи до розробки анкет PHQ-9, BDI-SF та HADS_{депресія} можуть бути однією з причин, що призводять до отримання різних результатів анкетування. Для виявлення депресивного синдрому у хворих на ХОЗЛ більш прийнятним є використання анкет, у яких тяжкість симптомів хоча б частково оцінюється не за їх тривалістю, а за виразністю, тобто анкети BDI-SF і HADS_{депресія} є більш прийнятними. Підтвердження переважною більшістю хворих деяких симптомів депресії при анкетуванні за допомогою трьох анкет може свідчити про неоднозначне походження цих симптомів. Вони можуть бути наслідком не стільки депресивного синдрому, скільки самого ХОЗЛ та/або похилого віку хворого (відчуття підвищеної втоми, зниження працездатності й бадьорості, повільність при діях). При цьому жодна з

анкет не враховує наявність ХОЗЛ як основного захворювання, що дозволяє використовувати анкетування хворих лише у якості скринінгового методу для виявлення ознак депресивного синдрому та визначення тих осіб, які потребують додаткового консультативного огляду лікарем-психіатром.

Для встановлення взаємозв'язків між анамнестичними, соціально-демографічними, клініко-функціональними показниками, з одного боку, та наявністю й виразністю депресивного синдрому, з іншого, хворі підгруп 1 і 2 додатково були розподілені на підгрупи (з наявністю депресії та без неї), причому за кожною з анкет. Результати показали, що наявність і виразність депресивного синдрому асоціюється з тривалістю ХОЗЛ, виразністю симптомів ХОЗЛ в цілому, виразністю задишки й кашлю, кількістю мокротиння, зниженням якості життя. Крім того, наявність депресивного синдрому асоціюється з жіночою статтю та зниженням толерантності до фізичного навантаження, а виразність його – з рівнем SpO₂ (табл. 2). Механізм виникнення зв'язків між наявністю й виразністю депресивного синдрому, з одного боку, та деякими проявами ХОЗЛ, з іншого, є неоднозначним і, найбільш вірогідно, носить двосторонній характер.

Таблиця 2

Зв'язки між анамнестичними, соціально-демографічними, клініко-функціональними показниками хворих на ХОЗЛ та наявністю й виразністю депресивного синдрому

№ з/п	Показники	Наявність депресивного синдрому	Виразність депресивного синдрому
1	2	3	4
1.	Тривалість ХОЗЛ	HADS _{депресія} : U = 2,25, p = 0,024	BDI-SF: R = 0,41, p = 0,049
2.	Виразність симптомів ХОЗЛ в цілому	PHQ-9: t = 2,40, p = 0,020; HADS _{депресія} : t = 3,52, p = 0,001	PHQ-9: R = 0,59, p = 0,005; HADS _{депресія} : R = 0,87, p = 0,008
3.	Виразність задишки	BDI-SF: U = 2,35, p = 0,019; HADS _{депресія} : U = 2,46, p = 0,014	BDI-SF: R = 0,69, p = 0,001; HADS _{депресія} : R = 0,75, p = 0,008
4.	Виразність кашлю	HADS _{депресія} : U = 3,36; p = 0,001	HADS _{депресія} : R = 0,71, p = 0,015
5.	Кількість мокротиння	HADS _{депресія} : U = 2,11; p = 0,035	HADS _{депресія} : R = 0,64; p = 0,033
6.	Рівень якості життя	PHQ-9: t = 3,15; p = 0,003; BDI-SF: t = 2,85; p = 0,006; HADS _{депресія} : t = 3,38; p = 0,001	BDI-SF: R = 0,52; p = 0,027; PHQ-9: R = 0,44; p = 0,045; HADS _{депресія} : R = 0,85; p = 0,001
7.	Толерантність до фізичного навантаження	BDI-SF: U = -2,10; p = 0,036; HADS _{депресія} : U = -2,13; p = 0,033	-

Продовження табл. 2

1	2	3	4
8.	Рівень SpO ₂	-	PHQ-9: R = -0,47; p = 0,030
9.	Жіноча стать	PHQ-9: U = -2,24, p = 0,024; HADS _{депресія} : U = -2,03, p = 0,042	-

Частота виявлення синдрому підвищеної тривожності за анкетною HADS_{тривога} суттєво не відрізнялась у контрольній і основній групах (у 10,0 та 18,3 % осіб відповідно) (p = 0,364) і не залежала від тяжкості перебігу ХОЗЛ (p = 0,224). Частота поєднання депресивного синдрому й синдрому підвищеної тривожності у хворих з нетяжким і тяжким перебігом ХОЗЛ була ідентичною (p = 0,224).

Як при нетяжкому, так і при тяжкому перебігу ХОЗЛ переважав легкий ступінь підвищеної тривожності (по 66,7 % осіб), середній рівень реактивної тривожності (57,4 %) та високий рівень особистісної тривожності (52,2 %) (p > 0,05).

Кожна з анкет, призначених для виявлення підвищеної тривожності, має свої переваги й недоліки, особливо при використанні їх у хворих на ХОЗЛ. Важливим фактором у виборі анкети є мінімальна кількість або відсутність запитань про симптоми, які можуть стосуватися не лише тривожності, а й ХОЗЛ та/або похилого віку. Не менш важливим є зручність у заповненні анкети пацієнтом та у оцінці її лікарем. Позитивними характеристиками анкети HADS_{тривога} є відсутність у ній запитань стосовно симптомів, які можуть бути характерними як для підвищеної тривожності, так і для ХОЗЛ, а також зручність у використанні. Жодна з анкет не враховує наявності ХОЗЛ як основного захворювання та не дозволяє встановити наявності тривожного розладу, визначаючи лише наявності підвищеного рівня тривожності, що обґрунтовує можливість використання вищезазначених анкетних методів лише у якості скринінгових.

Наявність і виразність синдрому підвищеної тривожності при ХОЗЛ асоціюється з виразністю задишки (U = 1,97; p = 0,049 та R = 0,80; p = 0,009 відповідно), зниженням якості життя (t = 3,14; p = 0,003 та R = 0,68; p = 0,049 відповідно). Крім того, наявність синдрому підвищеної тривожності асоціюється з виразністю симптомів ХОЗЛ в цілому (t = 2,63; p = 0,011), а виразність підвищеної тривожності – з толерантністю до фізичного навантаження (R = 0,75; p = 0,020).

Частота виявлення депресивного синдрому та підвищеної тривожності під час інфекційного загострення ХОЗЛ (на 2–3-й день) суттєво не відрізнялась від рівня показників у стабільну фазу патологічного процесу і складала для депресії від 30 до 45 % (у залежності від використаної анкети) (p > 0,05), для підвищеної тривожності – 25 % (p > 0,05). Ступінь тяжкості депресивного синдрому під час загострення був різним – від легкого до тяжкого, виразність підвищеної тривожності відповідала легкому і тяжкому ступеням. За індивідуальним аналізом на 60–70 добу після завершення інфекційного загострення більш як у 65 % хворих відбувалось зменшення виразності симптомів депресії, а у 80 % – зменшення виразності підвищеної тривожності.

Зважаючи на те, що обстежені хворі мали, з одного боку, великі розбіжності за виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ та ступенем вентиляційних порушень, а, з іншого, різний рівень соматопсихічних порушень, для систематизації й узагальнення отриманих результатів був проведений кластерний аналіз – встановлений зв'язок між виразністю деяких проявів ХОЗЛ та виразністю порушень психічного стану комплексно, а не ізольовано. За методом ієрархічної деревоподібної кластеризації було побудоване ієрархічне кластерне дерево та визначена оптимальна кількість кластерів – їх повинно бути три (рис. 1).

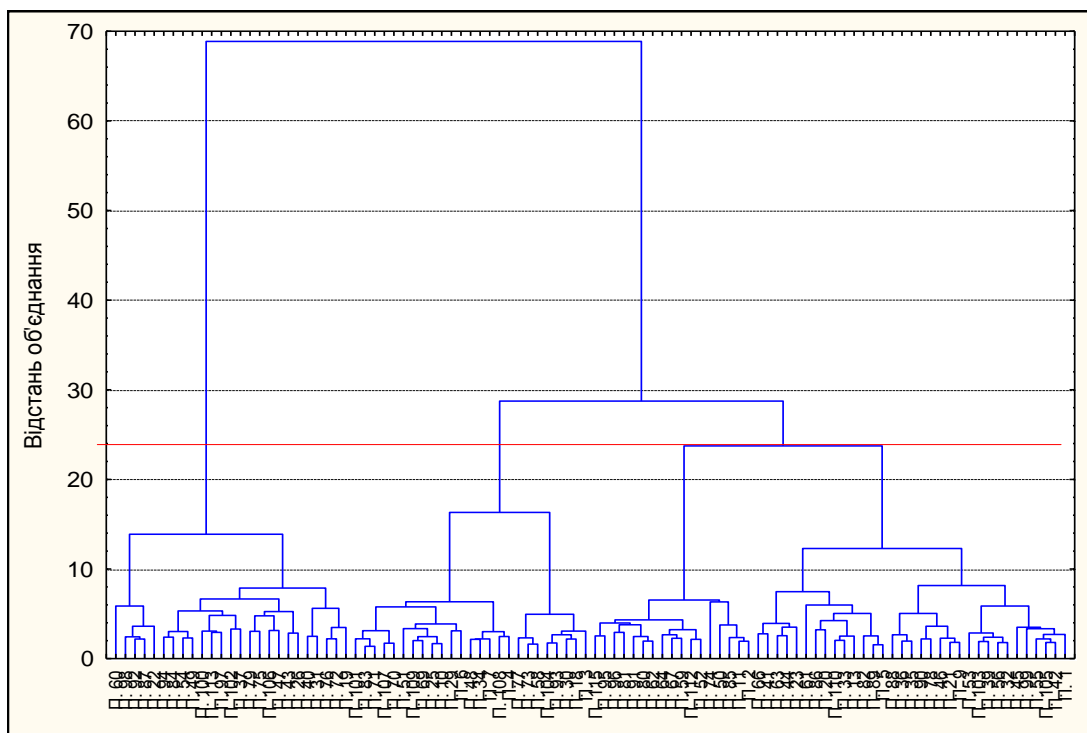


Рис. 1. Ієрархічне кластерне дерево, побудоване на основі кластерного аналізу

Алгоритм кластеризації дозволив знайти три кластери з максимальною різницею між показниками за параметрами: бали за анкетами CAT, mMRC, CCQ (домен «сума»), SGRQ (домен «сума»), PHQ-9, BDI-SF, HADS_{тривога}, HADS_{депресія}, STAI-PT, STAI-OT, рівні SpO₂ та OFB_{1пост}, дані 6MWT (рис. 2).

Результати ієрархічного кластерного аналізу були підтверджені методом к-середніх, що вказує на стійкість знайденого кластерного рішення. За даними дисперсійного аналізу показана достовірна відмінність ($p < 0,000$) між виділеними кластерами для усіх проаналізованих змінних. Результати аналізу клініко-функціональних показників хворих у кластерах показали, що частота і виразність симптомів соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ з OFB_{1пост} ≤ 60 % належн. і кількістю балів за CAT ≥ 22 є найвищими, при OFB_{1пост} ≤ 60 % належн. та кількості балів за CAT < 22 – дещо нижчими, а при OFB_{1пост} > 60 % належн. незалежно від кількості балів за CAT – найнижчими.

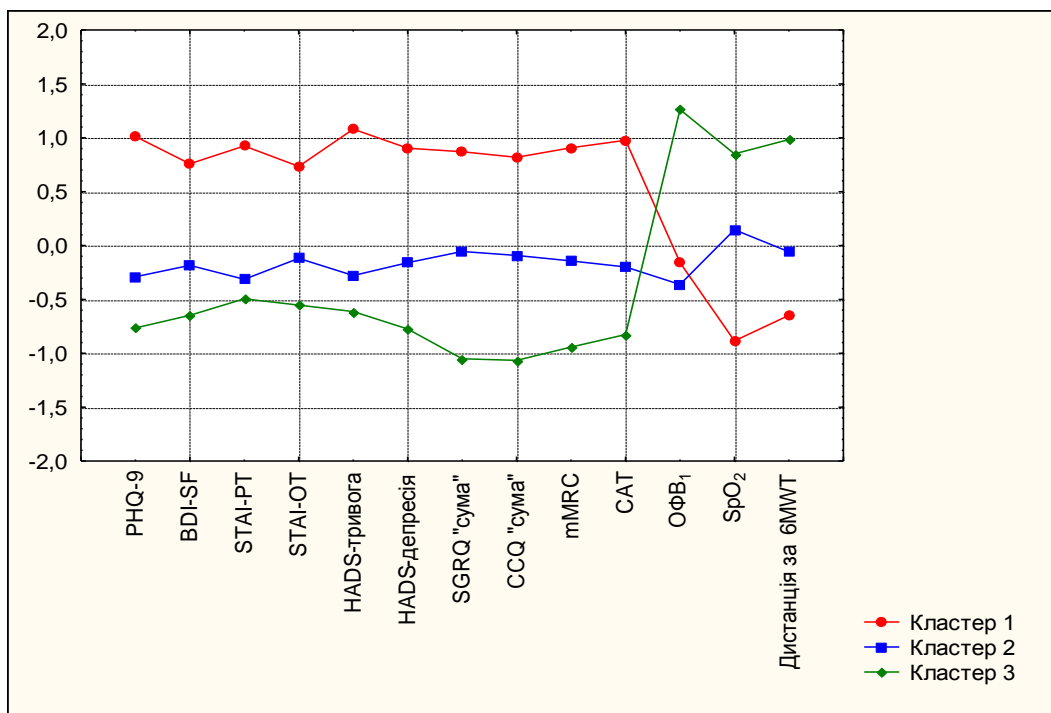


Рис. 2. Характеристика кластерів хворих на ХОЗЛ за клініко-функціональними та психічними параметрами (показники стандартизовані)

Консультативно-діагностичне обстеження у лікаря-психіатра погодилися пройти 56 хворих. Результати показали, що при ХОЗЛ соматопсихічні порушення у нозологічному відношенні носять різний характер, що виходить за межі депресивного синдрому й тривожних розладів: 21 % хворих мав когнітивні порушення, 18 % – астенічний синдром, 9 % – емоційно-лабільний розлад, 5 % – астено-невротичний синдром та легку соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи, по одному хворому – тривожно-депресивний розлад, легкий депресивний розлад, істеричний розлад особистості та тривожний розлад; 34 % хворих не мали соматопсихічних порушень. Хворих на ХОЗЛ з коморбідними соматопсихічними порушеннями різного характеру було значно більше серед осіб клінічної групи D з сумою балів за анкетой CAT ≥ 22 (73 % хворих), ніж серед осіб клінічних груп A і B (44,4 % хворих).

За даними ROC-аналізу було встановлено, що анкета HADS має переваги над іншими анкетами для діагностики соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ (HADS_{депресія} (AUC = 0,760, p = 0,000): чутливість – 78,4 %, специфічність – 57,9 %; HADS_{тривога} (AUC = 0,724, p = 0,032): чутливість – 78,4 %, специфічність – 63,2 %).

Лікування психічних порушень було рекомендоване 37 хворим на ХОЗЛ, 28 з яких на нього погодились. Через 2 місяці позитивна динаміка у психічному стані відмічена у 19 (68 %) хворих, у решти суттєвих змін не відбулося; рівень вентиляційних порушень у хворих залишився без суттєвих змін, тоді як сприйняття виразності симптомів ХОЗЛ (за CAT) знизилось у 10 (36 %) пролікованих пацієнтів: покращився сон, посилилось відчуття енергії, зменшилась виразність задишки.

Нами був розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень, який включає визначення ступеня вентиляційних порушень та оцінку виразності клінічних симптомів за анкетой CAT (рис. 3).

Запропонований алгоритм є якісно новим підходом до ведення хворих на ХОЗЛ, оскільки його застосування дозволяє, з одного боку, виділити категорію пацієнтів з найбільш вірогідними соматопсихічними розладами, які негативно впливають на клінічний перебіг основного захворювання; ці хворі здебільшого потребують спеціалізованої лікарської допомоги. З іншого боку, застосування алгоритму дозволяє виділити категорію хворих з найменш вірогідними психічними розладами, що вивільняє час лікаря при первинному огляді пацієнта та звільняє хворого з нетяжким перебігом ХОЗЛ від не завжди бажаної ним оцінки психічного стану.

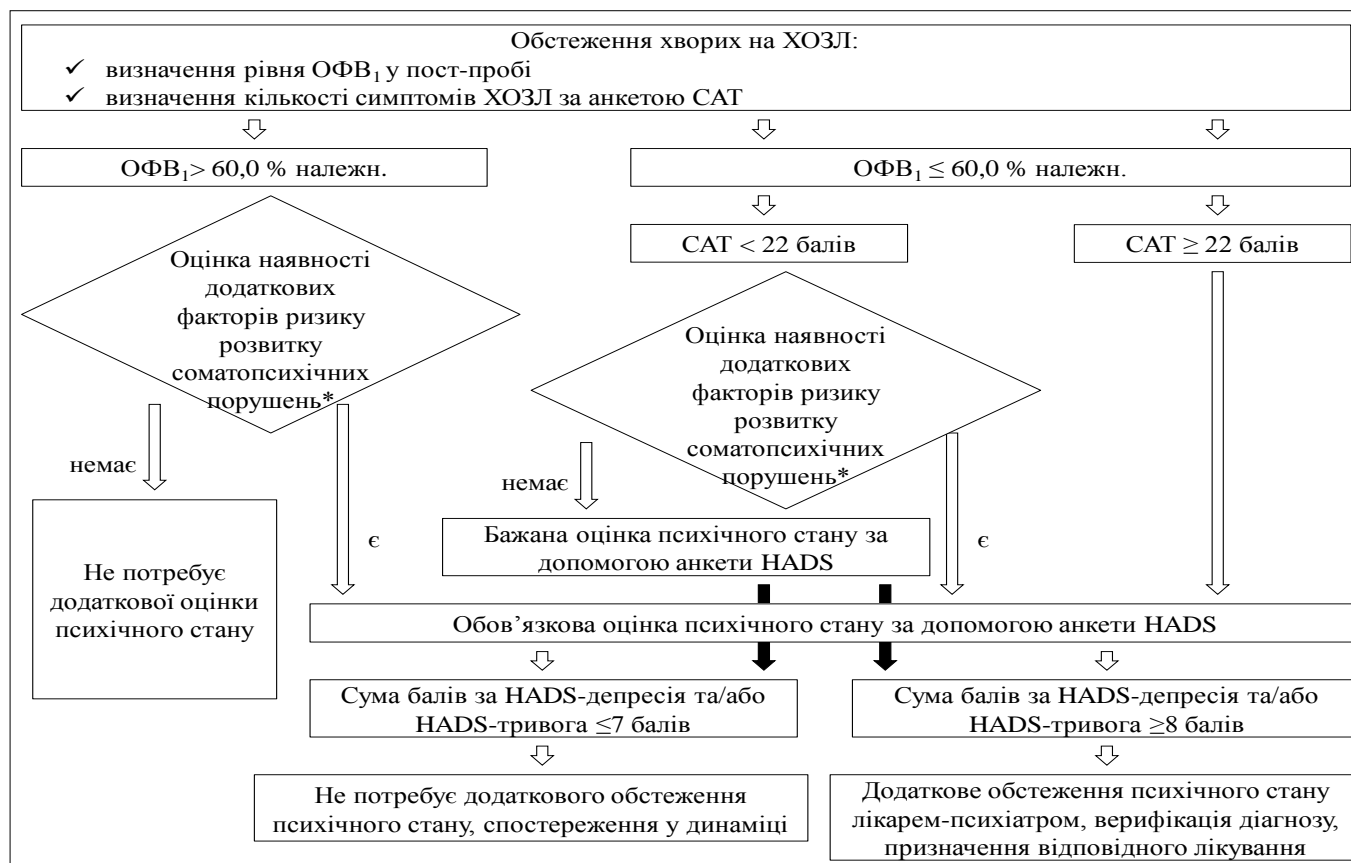


Рис. 3. Алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень

Примітка. * – Наказ МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

ВИСНОВКИ

У дисертації наведено теоретичне обґрунтування та запропоноване нове вирішення актуального наукового завдання пульмонології – удосконалення тактики ведення хворих на ХОЗЛ з урахуванням наявності й виразності соматопсихічних порушень шляхом створення відповідного алгоритму.

1. Соматопсихічні порушення при ХОЗЛ носять гетерогенний характер як у синдромальному, так і у нозологічному відношенні. У хворих симптоми депресії

виявляються частіше, ніж у практично здорових осіб (за PHQ-9 – у 27,0 проти 5,0 % осіб) ($p < 0,05$), причому при тяжкому перебігу ХОЗЛ – частіше, ніж при нетяжкому. Симптоми підвищеної тривожності виявляються з однаковою частотою у хворих на ХОЗЛ та практично здорових осіб (у 18,3 та 10,0 % відповідно) ($p > 0,05$) незалежно від тяжкості його перебігу ($p = 0,224$).

2. Виразність симптомів депресії у хворих на ХОЗЛ має переважно легкий та середньотяжкий ступінь, від переважно легкого (за PHQ-9 та HADS_{депресія} – у 54,8 та 73,1 % осіб відповідно) до переважно середньотяжкого (за BDI-SF – у 48,8 % осіб) ($p < 0,05$). У хворих на ХОЗЛ переважає легкий ступінь підвищеної тривожності (у 66,7 % осіб), середній рівень реактивної тривожності (у 57,4 % осіб) та високий рівень особистісної тривожності (у 52,2 % осіб). Виразність симптомів депресії й підвищеної тривожності не залежить від тяжкості перебігу ХОЗЛ ($p > 0,05$).

3. У стабільну фазу патологічного процесу виразність депресивного синдрому корелює з виразністю симптомів ХОЗЛ в цілому ($r = 0,87$, $p = 0,001$), виразністю задишки ($r = 0,69$, $p = 0,001$), кашлю ($r = 0,71$, $p = 0,015$), кількістю мокротиння ($r = 0,64$, $p = 0,033$), рівнем SpO₂ ($r = -0,47$, $p = 0,030$), тривалістю ХОЗЛ ($r = 0,41$, $p = 0,049$), показником якості життя ($r = 0,85$, $p = 0,001$); виразність підвищеної тривожності корелює з виразністю симптомів ХОЗЛ в цілому ($r = 0,73$, $p = 0,027$), виразністю задишки ($r = 0,80$, $p = 0,009$) та показником якості життя ($r = 0,68$, $p = 0,049$).

4. При інфекційному загостренні ХОЗЛ частота виявлення депресивного синдрому й підвищеної тривожності не відрізняється від рівнів показників у стабільну фазу ($p > 0,05$). Після завершення інфекційного загострення у 65 % хворих відбувається зменшення виразності депресивного синдрому, у 80 % – зменшення виразності підвищеної тривожності.

5. Частота і виразність симптомів депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ з ОФВ_{1пост} $\leq 60\%$ належн. і кількістю балів за САТ ≥ 22 є найвищими, при ОФВ_{1пост} $> 60\%$ належн. незалежно від кількості балів за САТ – найнижчими.

6. Соматопсихічні порушення у нозологічному відношенні носять гетерогенний характер: найчастіше спостерігаються когнітивні порушення та астеничний синдром (у 21,4 та 17,9 % осіб відповідно), рідше – емоційно-лабільний розлад та астено-невротичний синдром (у 8,9 та 5,4 % осіб відповідно), у поодиноких випадках – тривожно-депресивний розлад, легкий депресивний розлад, тривожний розлад та істеричний розлад особистості (по 1,8 %).

7. За даними анкетування та результатами обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром обґрунтовані й доведені переваги використання анкети HADS для виявлення соматопсихічних порушень: вона містить мінімальну кількість запитань стосовно ознак, які можуть бути характерними для пацієнта похилого віку або схожими на симптоми ХОЗЛ; за її допомогою можна виявити ознаки і депресії, і підвищеної тривожності; вона є простою у використанні і пацієнтом, і лікарем. Висока діагностична цінність анкети HADS підтверджена результатами ROC-аналізу.

8. Лікування соматопсихічних порушень виявилось ефективним у 68 % хворих на ХОЗЛ, причому полегшення щоденного сприйняття симптоматики ХОЗЛ спостерігалось у 36 % пролікованих пацієнтів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Хворі на ХОЗЛ з $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60\%$ належн. і кількістю балів за САТ ≥ 22 повинні бути обстежені на наявність психічних порушень вже на етапах надання їм первинної допомоги (спочатку – шляхом анкетування, за необхідності – і лікарем-психіатром); хворих на ХОЗЛ з $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} > 60\%$ належн. незалежно від кількості балів за САТ доцільно анкетувати лише при наявності у них факторів ризику розвитку психічних порушень; хворі на ХОЗЛ з $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60\%$ належн. та кількістю балів за САТ < 22 можуть бути обстеженими на етапах спостереження.

2. Виявлення у хворого на ХОЗЛ ознак соматопсихічних порушень хоча б за однією з анкет свідчить про бажане обстеження його лікарем-психіатром; виявлення ж ознак цих порушень за кількома анкетами потребує обов'язкового обстеження лікарем-психіатром для верифікації діагнозу та призначення відповідного лікування.

3. З усіх психодіагностичних анкет перевагу слід надати анкеті HADS.

ПЕРЕЛІК ОПУБЛІКОВАНИХ РОБІТ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Перцева, Т. О. Особливості та труднощі діагностики депресивних розладів у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Проблеми екології та медицини. – 2014. – Т.18, № 5-6. – С. 23–29. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження, анкетування хворих, аналіз отриманих результатів, статистична обробка матеріалу, підготовка до публікації.* Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM, Google Scholar.

2. Перцева, Т. О. Особливості психічного статусу хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у різні фази патологічного процесу [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Медичні перспективи. – 2016. – Т. XXI., № 1. – С. 19–23. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження, анкетування хворих, динамічне спостереження хворих, аналіз отриманих даних, статистична обробка матеріалу, підготовка до публікації.* Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM.

3. Перцева, Т. О. Порівняльний аналіз клініко-функціонального та психічного статусу хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Український пульмонологічний журнал. – 2016. – № 2. – С. 9–13. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження та анкетування, статистична обробка матеріалу.* Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM.

4. Перцева, Т. О. Рівень тривожності у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень: діагностика, диференціальна діагностика, підходи до лікування [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, О. В. Вереса, Ю. В. Губа // Запорожський медичний журнал. – 2016. – № 2 (95). – С. 40–43. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження, анкетування хворих, статистична обробка матеріалу, підготовка статті до публікації.* Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM, Google Scholar.

5. Перцева, Т. О. Порівняльна характеристика клініко-функціональних показників у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з депресією та без неї [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Актуальні питання медичної науки та практики. – 2016. – Випуск 83., Т.1, Кн. 1. – С. 131–136. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження, анкетування хворих, статистична обробка матеріалу, підготовка до публікації.*

6. Губа, Ю. В. Деякі аспекти депресії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Ю. В. Губа // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2015. – Т. 15, № 4 (52). – С. 57–62. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження, анкетування хворих, статистична обробка матеріалу, підготовка до публікації.* Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Google Scholar.

7. Pertseva, T. O. Diagnostic significance of questionnaire surveys for diagnosis of mental disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / T. O. Pertseva, L. I. Konopkina, Yu. V. Huba, O. V. Veresa // The Pharma Innovation Journal. – 2016. – №5 (8). – P. 39–41. *Дисертант: відбір хворих, проведення функціональних методів дослідження, анкетування хворих, аналіз отриманих даних, статистична обробка матеріалу, підготовка до публікації.* Журнал зареєстровано у міжнародній наукометричній системі Index CopernicusTM.

8. Конопкіна, Л. І. Труднощі діагностики депресії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Новини і перспективи медичної науки : Матеріали XIV наукової конференції студентів та молодих учених. – м. Дніпропетровськ, 10–11 квітня 2014 р. – Дніпропетровськ, 2014. – С. 145.

9. Перцева, Т. О. Клініко-функціональні особливості хворих на ХОЗЛ, що мають депресивні розлади [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Актуальні питання внутрішньої медицини : Тези наукових доповідей науково-практичної конференції. – м. Дніпропетровськ, 14–15 травня 2015 р. – Дніпропетровськ, 2015. – С. 61.

10. Перцева, Т. О. Вплив частоти загострень ХОЗЛ на формування супутньої депресії та ступінь її тяжкості [Текст] / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа // Актуальні питання внутрішньої медицини : Тези наукових доповідей науково-практичної конференції. – м. Дніпропетровськ, 14–15 травня 2015 р. – Дніпропетровськ, 2015. – С. 33.

11. Губа, Ю. В. Характер психічних порушень у хворих на ХОЗЛ [Текст] / Ю. В. Губа, Л. І. Конопкіна, О. В. Вереса // Актуальні питання внутрішньої медицини : Тези наукових доповідей науково-практичної конференції. – м. Дніпропетровськ, 18–19 травня 2016 р. – Дніпропетровськ, 2016. – С. 204.

12. Губа, Ю. В. Лікування соматопсихічних порушень у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень / Ю. В. Губа, Л. І. Конопкіна, О. В. Вереса // Стратегії профілактики неінфекційних хвороб та шляхи їх реалізації: від постулатів минулого в майбутнє. – м. Харків, 4 листопада 2016 р. – Харків, 2016. – С. 49.

13. Huba, Yu. Comparison of diagnostic value of Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) and Beck Depression Inventory (BDI) questionnaire for preliminary diagnosing of depression in COPD patients [Text] / Yu. Huba, L. Konopkina, T. Pertseva // European

Respiratory Journal : ERS International Congress 2014 abstracts.– Munich, 6–10 September 2014. – 2014. – Vol. 44. Suppl. 58. – P4721.

14. Pertseva, T. The relationship between dyspnea and detection of depression in COPD patients [Text] / T. Pertseva, L. Konopkina, Yu. Huba – Vol. 46. Suppl. 59. Huba // European Respiratory Journal : ERS International Congress 2015 abstracts. – Amsterdam, Netherlands, 26–30 September 2015. – 2015. – Vol. 46. Suppl. 59. – PA3665.

15. Huba, Yu. The severity of anxiety in COPD patients [Text] / Yu. Huba, L. Konopkina, N. Sanina // European Respiratory Journal : ERS International Congress 2016 abstracts. – London, 6–10 September 2016. – 2016. – Vol. 48. Suppl. 60. – PA653.

16. Перцева, Т. О. Оптимізація тактики ведення хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з урахуванням наявності й тяжкості психічних порушень / Т. О. Перцева, Л. І. Конопкіна, Ю. В. Губа, О. В. Вереса // Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 173–2016, вип. 1 з проблеми «Пульмонологія та фтизіатрія», Підстава: рішення головного позаштатного спеціаліста МОЗ України. – м. Київ, 2016. – 4 с.

АНОТАЦІЯ

Губа Ю. В. Принципи ведення хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з урахуванням наявності соматопсихічних порушень – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.27 – пульмонологія. Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», Київ, 2017.

Робота присвячена удосконаленню принципів ведення хворих на ХОЗЛ з урахуванням соматопсихічної коморбідності, удосконаленню підходів до діагностики соматопсихічних порушень з урахуванням тяжкості перебігу основного захворювання.

Частота виявлення депресивного синдрому у хворих на ХОЗЛ у залежності від використаної анкети має суттєві відмінності. У хворих на ХОЗЛ вона вища, ніж у практично здорових осіб, і складає від 15,9 до 44,2 % у залежності від використаної анкети та тяжкості перебігу ХОЗЛ. Частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ суттєво не відрізняється від рівня показника у практично здорових осіб і складає від 10,0 до 18,3 %. У хворих на ХОЗЛ різних клінічних груп переважає легкий ступінь депресії та підвищеної тривожності, середній рівень реактивної та високий рівень особистісної тривожності.

За допомогою кластерного аналізу визначено, що високий рівень клініко-функціональних порушень у хворих на ХОЗЛ поєднується зі значною виразністю у них соматопсихічних порушень, а низький їх рівень – з мінімальною виразністю соматопсихічних порушень.

Обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром показало, що соматопсихічні розлади у них носять різний характер. Лікування цих порушень у хворих на ХОЗЛ є ефективним, може покращити психічний стан пацієнтів, полегшити сприйняття ними симптоматики ХОЗЛ.

Анкета HADS має переваги над рештою анкет, які використовуються для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, що підтверджено за допомогою ROC-аналізу.

На підставі усіх вищенаведених даних розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень, який включає визначення рівня $ОФВ_{1\text{пост}}$, оцінку виразності симптомів ХОЗЛ за анкетною САТ, оцінку психічного стану за допомогою анкети HADS за необхідності, обстеження та лікування хворих лікарем-психіатром за необхідності.

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, соматопсихічна коморбідність, депресія, підвищена тривожність, анкетування хворих.

АННОТАЦІЯ

Губа Ю. В. Принципы ведения больных хроническим обструктивным заболеванием легких с учетом наличия соматопсихических нарушений – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.27 – пульмонология. Государственное учреждение «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф. Г. Яновского Национальной академии медицинских наук Украины», Киев, 2017.

Работа посвящена усовершенствованию принципов ведения больных ХОЗЛ с соматопсихической коморбидностью, усовершенствованию подходов к диагностике соматопсихических нарушений с учетом тяжести течения основного заболевания.

Частота выявления депрессивного синдрома у больных ХОЗЛ в зависимости от используемой анкеты может быть разной. У больных она несколько выше, чем у практически здоровых лиц, и составляет от 15,9 до 44,2 % в зависимости от используемой анкеты и тяжести ХОЗЛ. Преобладает депрессия легкой степени. Наличие депрессии ассоциируется с женским полом, наличием сопутствующих заболеваний, выраженностью симптомов ХОЗЛ, снижением толерантности к физической нагрузке и качества жизни. Выраженность депрессии связана с выраженностью симптомов ХОЗЛ, показателем сатурации кислорода, уровнем качества жизни.

Частота выявления повышенной тревожности у больных ХОЗЛ существенно не отличается от показателя у практически здоровых лиц и составляет от 10,0 до 18,3 %. У больных ХОЗЛ всех клинических групп преобладает легкая степень повышенной тревожности, средний уровень реактивной тревожности и высокий уровень личностной тревожности. Наличие и выраженность повышенной тревожности связана с выраженностью симптомов ХОЗЛ, снижением качества жизни больных.

Частота выявления депрессии и повышенной тревожности при инфекционном обострении ХОЗЛ существенно не отличается от уровня этих показателей в стабильную фазу патологического процесса. Степень их выраженности несколько снижается по окончании обострения.

С помощью кластерного анализа было определено, что высокий уровень клиничко-функциональных нарушений у больных ХОЗЛ сочетается со значительной выраженностью у них соматопсихических нарушений, а низкий уровень их – с минимальной выраженностью соматопсихических нарушений.

Обследование больных ХОЗЛ врачом-психиатром показало, что соматопсихические расстройства у них носят различный характер. Количество больных ХОЗЛ с сопутствующими соматопсихическими нарушениями, подтвержденными врачом-психиатром, значительно больше среди больных клинической группы D, чем среди больных других клинических групп. Выявление признаков соматопсихических расстройств по любой из анкет должно служить поводом для дальнейшего обследования больных врачом-психиатром.

Анкета HADS имеет определенные преимущества перед остальными анкетами, которые используются для выявления соматопсихических нарушений у больных ХОЗЛ, что было подтверждено с помощью ROC-анализа.

Лечение соматопсихических нарушений у больных ХОЗЛ является достаточно эффективным и может не только улучшить психическое состояние пациентов, но и облегчить восприятие ими симптоматики ХОЗЛ.

На основании всех вышеприведенных данных разработан алгоритм ведения больных ХОЗЛ для диагностики соматопсихических нарушений, который включает определение уровня $ОФВ_{1\text{пост}}$, оценку выраженности симптомов ХОЗЛ по анкете САТ, психического состояния с помощью анкеты HADS при необходимости, обследование и лечение у врача-психиатра при необходимости.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, соматопсихическая коморбидность, депрессия, повышенная тревожность, анкетирование больных.

ABSTRACT

Huba Y. V. Principles of management of patients with chronic obstructive pulmonary disease considering presence of somatopsychic disorders – Manuscript.

Dissertation for obtaining degree of candidate of medical sciences, specialty 14.01.27 – pulmonology. State Institution “National Institute of Tuberculosis and pulmonology named after F. G. Yanovsky, National Academy of Medical Sciences of Ukraine”, Kyiv, 2017. SO “National institute of phthysiology and pulmonology named after F. G. Yanovsky NAMS of Ukraine”

This work is aimed at improving the principles of management in COPD patients considering presence of somatopsychic disorders, enhancing methods of somatopsychic disorders diagnosis based on the severity of the underlying condition.

The rate of depressive symptoms in COPD patients varies considerably depending on the type of questionnaire used. It is slightly higher in COPD patients than in healthy individuals and ranges between 15.9 % and 44.2 % depending on the type of questionnaire used and severity of COPD. The rate of anxiety in COPD patients does not differ significantly from that in healthy individuals and ranges between 10.0 % and 18.3 %. Mild depression, mild anxiety, moderate state anxiety and severe trait anxiety prevail in all clinical groups of COPD patients.

Cluster analysis was used to establish that high level of clinical and functional impairment in COPD patients is combined with substantial level of somatopsychic disorders, while low level of clinical and functional impairment in COPD patients is combined with minimal signs of somatopsychic disorders.

Examination of COPD patients by psychiatrist showed that they have different somatopsychic disorders. Therapy of somatopsychic disorders in COPD patients is effective and can improve both patients' mental state and make them easier to perceive their COPD symptoms.

The HADS questionnaire has certain advantages over other scores used to detect somatopsychic disorders in COPD patients as confirmed by ROC-analysis.

The above data helped to develop an algorithm of management of COPD patients for diagnostics of somatopsychic disorders, which includes measurement of FEV_{1post}, COPD symptoms assessment with the CAT score, mental state assessment with the HADS questionnaire, and psychiatric examination and treatment of patients, if necessary.

Keywords: chronic obstructive pulmonary disease, somatopsychic comorbidity, depression, increased anxiety, questionnaire surveys.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

6MWT	– Six-Minute Walk Test (тест 6-хвилинної ходьби);
належн.	– належна величина;
ДЗ «ДМА»	– Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства Охорони здоров'я України»;
ОФВ ₁	– об'єм форсованого видиху за першу секунду;
ОФВ _{1пре} та ОФВ _{1пост}	– рівні ОФВ ₁ до та після проби з бронхолітиком;
ХОЗЛ	– хронічне обструктивне захворювання легень;
BDI	– Beck Depression Inventory (шкала депресії Бека);
BDI-SF	– Beck Depression Inventory Short Form (шкала депресії Бека, скорочений варіант);
CAT	– COPD Assessment Test (тест оцінки ХОЗЛ);
CCQ	– Clinical COPD Questionnaire (клінічний опитувальник з хронічного обструктивного захворювання легень);
GOLD	– Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (Глобальна ініціатива з хронічного обструктивного захворювання легень);
HADS	– Hospital Anxiety and Depression Scale (Госпітальна шкала тривоги та депресії)
mMRC	– The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (Британська медична рада);
MBS	– Modified Borg Scale (модифікована шкала Борга);
PHQ-9	– Patient Health Questionnaire («Опитувальник здоров'я пацієнта» (9 запитань));
SGRQ	– St. George's Hospital Respiratory Questionnaire (респіраторний опитувальник госпіталю Святого Георгія);
SpO ₂	– сатурація кисню;
STAI	– State-Trait Anxiety Inventory (шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна).