

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

На правах рукопису

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

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата
медичних наук

Науковий керівник –
КОНОПКІНА Людмила Іванівна,
доктор медичних наук, професор



Дніпропетровськ – 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. СОМАТОПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ (огляд літератури)	13
1.1. Коморбідні стани при ХОЗЛ, їх розповсюдженість, клінічне значення	13
1.2. Соматопсихічні розлади при ХОЗЛ: розповсюдженість, причини виникнення, поєднання з клінікою	15
1.3. Методи виявлення соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ	23
1.4. Методи лікування соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ	28
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ	34
2.1. Дизайн дисертаційного дослідження	34
2.2. Загальна характеристика хворих та груп обстежених	35
2.3. Методи досліджень	42
РОЗДІЛ 3. ДЕПРЕСІЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ: ЧАСТОТА, ВИРАЗНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЗВ'ЯЗОК З КЛІНІКОЮ	64
3.1 Частота депресії у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу у залежності від ступеня тяжкості хвороби	65
3.2. Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу у залежності від ступеня тяжкості хвороби	67
3.3. Аналіз методології анкетних методів виявлення депресії з урахуванням ХОЗЛ як основної патології	72
3.4. Взаємозв'язок соціально-демографічних, клінічних та функціональних показників у хворих на ХОЗЛ з наявністю та	

виразністю у них депресії згідно з даними різних анкет	75
3.5. Узагальнення результатів досліджень	103
РОЗДІЛ 4. ПІДВИЩЕНА ТРИВОЖНІСТЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ: ЧАСТОТА, ВИРАЗНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЗВ'ЯЗОК З КЛІНІКОЮ	
	107
4.1. Частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу, частота поєднання підвищеної тривожності з депресією	108
4.2. Ступінь виразності підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу у залежності від ступеня тяжкості хвороби	110
4.3. Аналіз методології анкетних методів виявлення підвищеної тривожності з урахуванням ХОЗЛ як основної патології	114
4.4. Взаємозв'язок соціально-демографічних, клінічних та функціональних показників у хворих на ХОЗЛ з наявністю та виразністю у них підвищеної тривожності.....	118
4.5. Узагальнення результатів досліджень	133
РОЗДІЛ 5. ЧАСТОТА ТА ВИРАЗНІСТЬ СОМАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАЗИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ	
	136
5.1. Частота та виразність депресії у хворих на ХОЗЛ у залежності від фази патологічного процесу	137
5.2. Частота та виразність підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у залежності від фази патологічного процесу	139
5.3. Узагальнення результатів досліджень	142
РОЗДІЛ 6. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИРАЗНОСТІ КЛІНІКО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ТА РІВНЯ ПОКАЗНИКІВ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ	

ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	144
6.1. Систематизація показників клініко-функціонального та психічного стану хворих на ХОЗЛ шляхом кластерного аналізу	145
6.2. Комплексна оцінка клініко-функціонального та психічного стану хворих на ХОЗЛ з урахуванням результатів кластерного аналізу	149
6.3. Узагальнення результатів досліджень	153
РОЗДІЛ 7. ОЦІНКА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У НОЗОЛОГІЧНОМУ ВІДНОШЕННІ	155
7.1. Психічний статус хворих на ХОЗЛ у нозологічному відношенні	156
7.2. Співставлення результатів оцінки психічного стану хворих на ХОЗЛ у нозологічному відношенні з результатами анкетування	160
7.3. Визначення оптимальної анкети для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ з урахуванням результатів оцінки їх психічного стану у нозологічному відношенні	164
7.4. Ефективність лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ	168
7.5. Алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень	171
7.6. Узагальнення результатів досліджень	180
АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ	183
ВИСНОВКИ	196
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	197
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	199

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

належн.	– належна величина;
ОФВ ₁	– об'єм форсованого видиху за першу секунду;
ОФВ _{1пре}	– рівень ОФВ ₁ до проби з бронхолітиком;
ОФВ _{1пост}	– після проби з бронхолітиком;
ХОЗЛ	– хронічне обструктивне захворювання легень;
ЯЖ	– якість життя;
6MWT	– Six-Minute Walk Test (тест 6-хвилинної ходьби);
BDI	– Beck Depression Inventory (шкала депресії Бека);
BDI-SF	– Beck Depression Inventory Short Form (шкала депресії Бека, скорочений варіант);
CAT	– COPD Assesment 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 (шкала задишки Британської медичної дослідницької ради);
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).

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогоднішній день вже загальноновизнано, що хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) є мультисистемною хворобою, яка супроводжується багатьма супутніми захворюваннями й станами. Останні впливають на тяжкість і особливості перебігу ХОЗЛ, сприяючи посиленню клінічних симптомів, збільшенню кількості загострень та госпіталізацій пацієнтів, погіршенню їх якості життя та підвищенню ризику смерті [11, 55, 66, 74, 75, 77, 85, 114, 155, 191, 194].

Протягом останнього десятиліття особлива увага приділяється проблемі соматопсихічних порушень при ХОЗЛ: вказується на високу їх поширеність, на негативний вплив на стан пацієнтів, на погіршення проявів основного захворювання та, з рештою, на несприятливий прогноз. Втім, інформації щодо механізмів виникнення цих порушень, методів діагностики й диференційної діагностики, особливостей лікування хворих за умов їх наявності і на тепер небагато, а дані стосовно розмаїття соматопсихічних порушень, частоти їх виявлення та виразності доволі суперечливі [25, 64, 67, 69, 73, 74, 77, 114, 142, 144, 158, 164, 188, 190, 191, 200].

Найчастіше наукові дослідження присвячуються синдромальному підходу до вивчення даної проблеми, зокрема аналізу результатів анкетування хворих на предмет наявності та/або виразності у них депресивного синдрому й синдрому підвищеної тривожності [18, 26, 209, 211]. При цьому розбіжність у даних, отриманих різними науковцями, найчастіше зумовлена використанням ними різних анкетних методів.

Останнім часом були отримані дані про зв'язок між наявністю й виразністю депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності, з одного боку, та виразністю клініко-функціональних проявів ХОЗЛ, з іншого [87, 175, 181]. Втім питання комплексного взаємозв'язку проявів ХОЗЛ та симптомів соматопсихічних порушень хворих, у тому числі й з урахуванням тяжкості перебігу основного захворювання, не вивчалися.

Для розробки індивідуальних схем лікування хворих на ХОЗЛ досить 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 [180].

Суттєвим недоліком анкетних методів діагностики соматопсихічних порушень є відсутність можливості верифікації клінічного діагнозу. За міжнародними й національними стандартами [12, 96, 154] верифікувати діагноз та встановити нозологію (клінічний тип) соматопсихічного порушення можна лише шляхом обстеження хворого лікарем-психіатром. Інколи це обстеження відтермінується, а інколи, навіть за умов явних змін у психічному стані хворого, взагалі не проводиться. У зв'язку з останнім виникає нагальна необхідність, по-перше, визначення тих категорій хворих на ХОЗЛ, яким слід призначати консультацію лікаря-психіатра невідкладно, та тих, яким цю консультацію можна відтермінувати (або ж у даний час і не проводити), а, по-друге, – визначення оптимальної анкети для виявлення ознак соматопсихічних порушень у скринінговому режимі вже на етапі первинного обстеження хворого (або на етапах його спостереження).

Немає сумнівів у негативному впливі соматопсихічних порушень на стан хворих на ХОЗЛ і навіть на перебіг основного захворювання. Проте, на теперішній час залишається велика кількість невирішених питань, пов'язаних із соматопсихічними порушеннями при ХОЗЛ, зокрема не встановлений їх зв'язок з клінікою ХОЗЛ, не вирішені питання щодо їх діагностики та лікування у хворих на ХОЗЛ.

Усе вищезазначене й обґрунтовує актуальність обраної теми дисертаційної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є фрагментом планових комплексних науково-дослідних робіт кафедри факультетської терапії та ендокринології (після реорганізації – кафедри внутрішньої медицини 1) Державного закладу «Дніпропетровська

медична академія Міністерства охорони здоров'я України»: «Особливості діагностики та медичної реабілітації при захворюваннях бронхо-легеневої системи», ІН.14.11 (держ. реєстраційний № 0111U001371) та «Визначення особливостей клініки, діагностики, лікування та медичної реабілітації хворих при захворюваннях бронхо-легеневої системи», ІН.27.14 (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, пульсоксиметрії), 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 астенічним 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, впровадження їх у практику. 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 не лише покращує психічний стан пацієнтів, а й 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» (2016 р.).

Результати роботи впроваджені у практичну діяльність терапевтичного відділення Комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська 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. Проведений 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.

Дисертаційна робота виконана на клінічній базі кафедри внутрішньої медицини 1 Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» – на базах терапевтичного відділення з пульмонологічними ліжками та поліклінічного відділення Комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради».

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційної роботи доповідались і обговорювались 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-практичній конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (м. Дніпропетровськ, 2015 р.), науково-практичній конференції «Актуальні питання внутрішньої медицини» (м. Дніпропетровськ, 2016 р.).

Автором отриманий золотий грант для участі у роботі XXIV Конгресу Європейського Респіраторного Товариства (м. Мюнхен, 2014 р.), на якому

результати дисертаційної роботи були представлені на секції постерної дискусії.

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.

РОЗДІЛ 1

СОМАТОПСИХІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ: КЛІНІЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ (огляд літератури)

1.1. Коморбідні стани при ХОЗЛ, їх розповсюдженість, клінічне значення

ХОЗЛ – хвороба, яка довгий час сприймалася медичною науковою спільнотою як така, при якій вражається лише дихальна система. Проте, на сьогодні встановлено, що ця хвороба є мультисистемною з великою кількістю коморбідних захворювань [64, 66, 75, 85, 155, 194]. Останні можуть мати негативний вплив на стан пацієнтів та вимагати специфічних методів діагностики та лікування хворих на ХОЗЛ. Куріння є фактором, який сприяє розвитку не лише ХОЗЛ, а й ряду коморбідних захворювань [73, 145]. Причому ці захворювання можуть впливати і на тяжкість перебігу ХОЗЛ, сприяючи посиленню його симптомів, збільшенню кількості загострень та госпіталізацій, погіршенню якості життя (ЯЖ), підвищенню ризику смерті [11, 16, 55, 74, 77, 114, 122, 191].

Коморбідні захворювання при ХОЗЛ можуть бути різними. Так, одними з найбільш розповсюджених є кардіоваскулярні захворювання, до яких відносяться ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія. За даними різних авторів від 20 до 70 % хворих на ХОЗЛ страждають на ці хвороби [142, 164]. Поєднання ХОЗЛ та кардіоваскулярних захворювань викликає цілу низку проблем як у діагностиці цих станів внаслідок наявності схожих симптомів, так і у їх лікуванні, адже ряд препаратів, які застосовуються при ХОЗЛ, можуть погіршити перебіг серцево-судинних захворювань і навпаки. Кардіоваскулярні захворювання сприяють посиленню тяжкості перебігу ХОЗЛ і мають прямий вплив на виживаність пацієнтів [25, 74, 144, 158, 188, 190].

Метаболічні порушення також є досить поширеними при ХОЗЛ. До них відносяться цукровий діабет, метаболічний синдром, остеопороз, кахексія. Їх розповсюдженість за даними різних авторів складає від 9 до 51 % [144, 158, 164]. Поєднання метаболічних порушень з ХОЗЛ сприяє подовженню строків госпіталізації, скороченню періодів між госпіталізаціями, підвищує ризик смерті під час загострень, негативно впливає на толерантність хворих до фізичного навантаження, їх ЯЖ тощо [73, 74, 144, 158, 164].

Одним з частих та загрозливих коморбідних захворювань при ХОЗЛ є виникнення злоякісних новоутворень легень, що є причиною смерті у 7–38 % хворих на ХОЗЛ [77, 144, 158]. Хворі на ХОЗЛ внаслідок порушення вентиляційної функції часто не відповідають критеріям можливості радикального оперативного втручання щодо злоякісного новоутворення легень, отже прогноз для поєднання обох цих станів гірший, ніж для кожного окремо [73, 74, 77, 144, 158].

Крім того, існує декілька респіраторних захворювань, які можуть співіснувати з ХОЗЛ і ускладнювати його перебіг. Серед них – бронхіальна астма, пневмонія, легенева емболія, легенева гіпертензія, обструктивне нічне апное. Поєднання цих патологічних станів з ХОЗЛ викликає низку клінічних проблем: труднощі діагностики внаслідок наявності схожих респіраторних симптомів, взаємне обтяження перебігу (висока виразність дихальної недостатності), труднощі лікування, розвиток ускладнень, зокрема формування хронічного легеневого серця [73, 74, 77, 144, 158].

При ХОЗЛ нерідко спостерігають такі коморбідні захворювання, як гастроезофагеальна рефлюксна хвороба й пептична виразка (30–60 % хворих), які асоціюються з підвищенням частоти загострень, а також хронічна ниркова недостатність (до 22 % хворих на ХОЗЛ), яка має бути врахована при призначенні медикаментозної терапії [69, 73, 144, 158, 190].

В останні роки дослідниками все більше уваги приділяється вивченню соматопсихічних порушень, які досить часто виявляються при ХОЗЛ [5, 11, 18, 26, 72, 77, 78, 112, 168, 170, 189, 201, 209, 212].

1.2. Соматопсихічні порушення при ХОЗЛ: розповсюдженість, причини виникнення, поєднання з клінікою

Соматопсихічні порушення – це патологія психічної сфери, яка має відносно незалежний рівнобіжний перебіг із соматичним захворюванням [30]. Протягом останнього десятиріччя проблема соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ часто привертає увагу лікарів та вчених. У літературі зустрічаються дані про поширеність соматопсихічних порушень при цій хворобі, а також про їх негативний вплив на стан пацієнтів, перебіг захворювання та прогноз для пацієнта [5, 18, 26, 72, 78, 112, 189, 201, 212].

Соматопсихічні порушення при ХОЗЛ можуть бути різними. Так, Ю. М. Мостовой зі співавторами [5] показав, що у хворих на ХОЗЛ досить поширеними є високий рівень невротизації (79 % хворих на ХОЗЛ), високий рівень реактивної тривожності (41,8 %), особистісної тривожності (76,7 %) та депресивні стани (23,2 %). S. Chaundhary зі співавторами [170] визначили наявність у хворих на ХОЗЛ поряд з депресією (у 2,7 % випадків) та тривожними розладами (у 8,5 % хворих) таких соматопсихічних порушень, як дистимія (у 5,4 % осіб) та зловживання психоактивними речовинами (у 16,2 % пацієнтів). Н. В. Обухов із співавторами [13] зазначили, що у хворих на ХОЗЛ можуть зустрічатися різні синдроми психічних порушень, зокрема астенічний (у 77,1 % випадків), тривожний (у 44,8 % осіб), депресивний (у 29,2 % хворих), психоорганічний (у 11,5 % пацієнтів), іпохондричний (у 16,7 % випадків). R. Areza-Feguerveres зі співавторами [72] визначили високу розповсюдженість когнітивних порушень (48,5 %) у хворих на ХОЗЛ. Таким чином, соматопсихічні розлади, які зустрічаються при ХОЗЛ, мають різний характер. Втім, у хворих на ХОЗЛ серед психічних порушень найчастіше виявляють депресивні й тривожні розлади [11, 18, 26, 77, 78, 112, 168, 189, 209].

Слід зазначити, що на теперішній час у психіатричній літературі використовуються декілька термінів, що стосуються депресивних порушень:

депресивний синдром, депресивний розлад, депресія. Депресивний синдром (від лат. «depressio» – придушення, пригнічення) – це психічне порушення, що характеризується стійким, тривалим патологічно зниженим сумним, байдужим або дратівливим настроєм (гіпотимією) з негативною, песимістичною оцінкою себе, свого становища у навколишній дійсності та свого майбутнього, що відмічається більшу частину дня (практично щоденно, особливо у ранкові години), упродовж 2-х тижнів і більше незалежно від зовнішніх обставин. Знижений настрій супроводжується порушенням когнітивних процесів, моторним гальмуванням, зниженням бажання до діяльності пов'язаної з позитивними емоціями та втратою інтересу до неї, соматовегетативними розладами, які можуть істотно впливати на фізичний стан людини, немотивоване зниження енергії та активності, підвищення втомлюваності при фізичних й інтелектуальних навантаженнях. Крім того, характерним може бути зниження самооцінки, впевненості у собі, наявність почуття провини, безпорадності, розгубленості, невпевненості у своїх діях, нездатність прийняти рішення і зосередитися. Часто спостерігаються інші скарги: надмірна сонливість або ж безсоння, тривога та занепокоєння, дратівливість, апатія, плаксивість, порушення апетиту, зменшення або збільшення маси тіла тощо [12, 14, 23, 29, 96]. Депресивний синдром може бути характерним не лише для депресивних розладів, а й для інших психічних порушень, зокрема астеничного синдрому, когнітивних порушень, дистимії тощо [13, 72, 170].

Депресивні розлади – це нозологічні форми, які можуть бути верифіковані лише лікарем-психіатром. До них відносяться депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад, тривожно-депресивний розлад тощо [12, 14, 23, 96].

Термін «депресія» зазвичай використовується як узагальнююче поняття для депресивних порушень різного характеру.

Щодо тривожних розладів слід зазначити наступні терміни, які найчастіше використовуються у науковій літературі: тривога, синдром тривоги або підвищеної тривожності та, власне, тривожний розлад. Відчуття тривоги –

це природний емоційний стан, який характеризується дискомфортом від невідомості майбутнього, реакцією на реальну або уявну неминучу загрозу [14, 24, 96]. Синдром тривоги або підвищеної тривожності – це стан безнадійності, напруженого та неспокійного очікування майбутнього, який характеризується неадекватністю інтенсивності реакції до причини виникнення тривоги [7]. Синдром підвищеної тривожності може бути характерним для різних психічних порушень, зокрема астено-невротичного синдрому, емоційно-лабільного розладу, дистимії тощо [5, 13, 170]. Якщо рівень тривожності стає таким, що починає негативно впливати на стан пацієнта, заважає звичайному життю хворого, призводить до поведінкових порушень, вона розцінюється як патологічна, і ставиться діагноз тривожного розладу [14, 96, 126].

Тривожні розлади – це нозологічні форми, які можуть бути верифіковані лише лікарем-психіатром. Вони є клінічно неоднорідними станами (панічні розлади, генералізовані тривожні розлади, порушення адаптації з тривогою, посттравматичні стресові розлади, гострі стресові розлади, специфічні фобії, соціальні фобії, obsесивно-компульсивні розлади тощо), які часто потребують різної тактики ведення пацієнта та мають різні ускладнення і прогноз [7, 14, 96, 126].

Депресивний синдром та підвищена тривожність при ХОЗЛ можуть бути різними за тяжкістю: від легких короткострокових епізодів з помірними симптомами до тяжких тривалих порушень, що визначається кількістю та виразністю симптомів [96, 126, 175].

Найчастіше наукові дослідження присвячуються синдромальному підходу до вивчення проблеми соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, зокрема аналізу результатів анкетування хворих на предмет наявності та/або виразності у них депресивного синдрому й синдрому підвищеної тривожності. Значно рідше використовується нозологічний підхід з верифікацією соматопсихічних порушень лікарем-психіатром.

У подальшому терміни «депресія» та «підвищена тривожність» будуть використовуватися нами у якості синдромів для визначення порушень,

встановлених за допомогою анкет, призначених для виявлення депресії та підвищеного рівня тривожності, що не є остаточним діагнозом.

Клінічна значущість соматопсихічних порушень при ХОЗЛ є досить високою. Існують дані, що депресія і тривожні розлади можуть сприяти тяжчому сприйняттю хворими симптомів ХОЗЛ, негативно впливати на фізичну активність та ЯЖ хворих, знижувати прихильність до лікування і асоціюються з вищою смертністю порівняно з хворими без психічних порушень [32, 49, 88–90, 92, 116, 133, 185, 212]. Інформації ж щодо факторів ризику виникнення цих порушень, методів діагностики, підходів до їх лікування при ХОЗЛ і на тепер залишається небагато [67, 114]. В Україні проводилися лише поодинокі дослідження, присвячені проблемі наявності соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ [3, 5, 18].

Існує велика розбіжність даних стосовно поширеності депресії при ХОЗЛ, яка за даними різних дослідників знаходиться в межах від 7 до 80 % [86]. Мета-аналіз, який був проведений А. М. Yohannes та співавторами у 2000 році [213] на основі 11 досліджень, до яких увійшли 900 амбулаторних та стаціонарних хворих, показав, що поширеність депресії при ХОЗЛ складає 40 %. Ці дані відповідають результатам великого дослідження, проведеного на національному рівні у США з участю 1736 хворих на ХОЗЛ, яке показало, що за опитувальником Центру Епідеміологічних досліджень депресії (Center for Epidemiological Studies of Depression (CES-D)) 40 % осіб мали депресію [165]. Інший мета-аналіз за участі 39587 пацієнтів з ХОЗЛ і 39431 особи контрольної групи показав, що у 24,6 % пацієнтів з ХОЗЛ виявляються симптоми депресії, тоді як серед осіб контрольної групи без ХОЗЛ лише у 11,7 %. Цей мета-аналіз охопив вісім досліджень, сім з яких включали хворих на ХОЗЛ, обстежених на етапах первинної медичної допомоги. Автори зазначили, що депресія частіше виявляється у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ [169].

Щодо поширеності підвищеної тривожності серед пацієнтів з ХОЗЛ, науковці демонструють також досить різні результати. Так, огляд 19 досліджень показав, що поширеність тривожних розладів при ХОЗЛ може

коливатися від 10 до 100 % [77]. При аналізі результатів інших досліджень було визначено, що від 6 до 74 % хворих мали ознаки підвищеної тривожності, а верифіковані тривожні розлади були виявлені у 55 % пацієнтів з ХОЗЛ [86]. Ще один мета-аналіз з участю 539 хворих на ХОЗЛ, що охопив дев'ять досліджень, показав, що підвищена тривожність зустрічається у 36 % хворих на ХОЗЛ [213]. Інші дослідження виявили, що підвищений рівень тривожності мають від 10 до 15,8 % пацієнтів з ХОЗЛ, при цьому у загальній популяції розповсюдженість цього порушення склала від 3,6 до 5,1 % [59].

Крім того, за даними різних джерел відомо, що у 22–48 % хворих на ХОЗЛ депресія і тривожні розлади можуть поєднуватися [175, 210].

Недивлячись на те, що велика кількість досліджень присвячена визначенню поширеності та механізмам виникнення депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ, втім причини їх виникнення при цій хворобі і досі достеменно не відомі. Найчастіше проблему виникнення депресії при ХОЗЛ пов'язують з негативним впливом куріння, гіпоксії, системного запалення та впливом хвороби на ЯЖ хворих.

Куріння та ніотинова залежність традиційно вважаються факторами, які мають суттєвий негативний вплив не лише на розвиток ХОЗЛ, а й на психічне здоров'я. До того ж, існують дані про те, що серед хворих на ХОЗЛ з депресією та/або підвищеною тривожністю частіше виявляють серед курців, а не серед тих, що ніколи не курили. В той же час, відмова від куріння, яка є одним з важливих аспектів у лікуванні ХОЗЛ, також може сприяти виникненню депресії та/або підвищеної тривожності [77, 92, 120, 149, 165, 204].

Гіпоксія, яка є наслідком як куріння, так і, власне, ХОЗЛ, а точніше її негативний вплив на діяльність центральної нервової системи, також може відігравати певну роль у розвитку депресії й інших порушень, зокрема когнітивної дисфункції [72, 157].

Оскільки ХОЗЛ є запальним захворюванням з системними проявами [114], депресію часто розглядають, як один із наслідків системного запалення [33, 55, 68, 180, 186]. Деякі дослідження, підтверджують зв'язок між рівнем

запальних біологічних маркерів при ХОЗЛ і виразністю симптомів депресії [58, 91, 192]. Проте, ці дослідження або були проведені на невеликій кількості обстежених (менше 110 осіб) [58, 91] або визначали наявність депресії лише за даними анамнезу [192]. В той же час, інші дослідження, зокрема дослідження ECLIPSE, проведене більш, ніж на 2000 хворих протягом трьох років, не показали наявності зв'язків між рівнями запальних біомаркерів і депресією, що дозволило вченим сумніватися у гіпотезі про зв'язок системного запалення при ХОЗЛ з наявністю і виразністю симптомів депресії [77, 92].

Існує думка, що причиною виникнення депресії у пацієнтів з ХОЗЛ може бути вплив цього захворювання на ЯЖ хворої людини. Припускають, що смуток від наявності хронічного захворювання, зменшення фізичних можливостей, погана адаптація до симптомів ХОЗЛ, зміна соціального статусу підвищують імовірність виникнення симптомів депресії [47, 137, 157]. У зв'язку з цим медична та соціальна підтримка хворих є важливою як у лікуванні ХОЗЛ, так і у зменшенні частоти й виразності депресії хворих [147].

Найбільш вірогідною причиною виникнення підвищеної тривожності при ХОЗЛ вважаються порушення нормального дихання, зокрема задишка та відчуття нестачі повітря [43]. Задишка та порушення дихання часто провокують відчуття страху, яке може сприйматися як відчуття загрози неминучої загибелі, що призводить до підвищеного психічного збудження. В той же час симптоми тривожних розладів можуть в свою чергу підсилювати відчуття задишки, так званий цикл «задишка-тривога-задишка» [53]. Отже, взаємозв'язки між задишкою та підвищеною тривожністю складні. Незважаючи на те, що порушення нормального дихання та виразність тривожності при ХОЗЛ пов'язані між собою, напевно є і інші фактори, які вносять свій вклад у підвищення рівня тривожності при цій хворобі [53, 59, 176, 120, 207].

Таким чином, встановлення конкретних причин виникнення депресії та підвищеної тривожності при ХОЗЛ на теперішній час не видається можливим. У зв'язку з цим для визначення категорій хворих, які найбільш схильні до розвитку цих соматопсихічних порушень, важливим є вивчення взаємовідносин

між наявністю й виразністю депресії та підвищеної тривожності, з одного боку, та клінічними, функціональними, соціально-демографічними характеристиками хворих на ХОЗЛ, з іншого.

Велика кількість досліджень показали взаємозв'язок між тяжкістю ХОЗЛ і наявністю або виразністю депресії. Поширеність депресії зростає при посиленні тяжкості ХОЗЛ, одним з критеріїв якої є рівень $ОФВ_1$ [87, 167, 181, 185, 201, 203]. В той же час існують дані, що погіршення вентиляційної функції легень є не найважливішим предиктором депресії при ХОЗЛ порівняно з деякими іншими факторами, наприклад, поточним статусом куріння, ЯЖ, жіночою статтю хворих тощо [131].

Висока виразність респіраторних симптомів, передусім задишки, за даними багатьох досліджень часто поєднується з депресією й підвищеною тривожністю при ХОЗЛ [165, 175]. Так, J. A. Cleland зі співавторами [48] встановили зв'язок виразності депресії й підвищеної тривожності з виразністю задишки і виразністю симптомів ХОЗЛ в цілому. А. Iguchi зі співавторами [181] встановили зв'язок між виразністю депресії та виразністю задишки. F. Marcoa зі співавторами [112] також виявили кореляційний зв'язок між виразністю задишки з одного боку, та виразністю депресії й підвищеної тривожності, з іншого, особливо у жінок.

Наявність депресії та підвищеної тривожності при ХОЗЛ може бути пов'язана із кількістю загострень [121, 151]. Так, за даними деяких досліджень [180] виразність депресії вище у хворих на ХОЗЛ з частими загостреннями, ніж у хворих з нечастими загостреннями, при цьому виразність депресії більш значуща у період загострення, ніж у стабільну фазу патологічного процесу. Дані інших досліджень встановили, що хворі на ХОЗЛ із супутньою депресією та/або підвищеною тривожністю мають вищу частоту загострень і повторних госпіталізацій та довшу тривалість порівняно з хворими на ХОЗЛ без соматопсихічних порушень [31, 41, 77, 89, 108, 183, 190, 195]. Проте, лише поодинокі дослідження присвячені оцінці психічного стану одних і тих самих хворих у різні фази патологічного процесу [180].

Депресія й підвищена тривожність у хворих на ХОЗЛ можуть бути пов'язаними із зменшенням фізичної активності хворих, зокрема зниженням толерантності до фізичного навантаження [59, 100, 120, 143, 185], зміною соціального статусу, наприклад, з втратою працездатності [120], погіршенням ЯЖ [92]. Причому, показники останньої є значно гіршими у хворих на ХОЗЛ із супутніми депресією та/або підвищеною тривожністю, ніж у хворих без цих соматопсихічних порушень [89, 92, 181]. ХОЗЛ за рахунок погіршення фізичного та соціального статусу хворих має суттєвий негативний вплив на їх ЯЖ, що, в свою чергу, підвищує вірогідність появи симптомів депресії та підвищенню рівня тривожності. В той же час, ці психічні порушення й самі можуть негативно впливати на ЯЖ хворих [98, 105, 106].

За даними деяких дослідників депресія та підвищена тривожність при ХОЗЛ асоціюються з такими демографічними та соціальними характеристиками, як молодий вік хворих [165], жіноча стать [50, 112, 161, 165], погані показники соціально-економічного стану [161], самотність [165, 185]. Втім, не усі автори поділяють ці погляди [48, 175].

Таким чином, на теперішній час досліджена велика кількість різних взаємозв'язків між наявністю й виразністю депресії і підвищеної тривожності, з одного боку, та соціально-демографічними, клініко-функціональними показниками хворих на ХОЗЛ, з іншого. Визначено, що найчастіше ці психічні порушення можуть бути пов'язаними з тяжкістю захворювання за рівнем ОФВ₁, виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ, передусім задишки, частотою загострень та госпіталізацій, погіршенням ЯЖ. В той же час, існують суперечливі дані про зв'язок деяких клініко-функціональних і демографічних показників хворих на ХОЗЛ з наявністю й виразністю депресії та підвищеної тривожності. Значні розбіжності у отриманих даних можна пояснити різними факторами: обстеженням хворих на ХОЗЛ з різним ступенем тяжкості бронхообструкції, різною виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ, а також з використанням різних методів виявлення депресії й підвищеної тривожності. Слід зауважити, що більшість досліджень проводилася за кордоном, у зв'язку з

чим в Україні проблема ведення хворих на ХОЗЛ з урахуванням наявності у них соматопсихічних порушень залишається маловивченою.

1.3. Методи виявлення соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ

Недивлячись на високу поширеність депресії й тривожних розладів при ХОЗЛ, а також велику кількість доказів того, що ці соматопсихічні розлади мають суттєвий негативний вплив на стан хворих і корекція їх може покращити ЯЖ пацієнтів, вони часто не діагностуються, а отже і не лікуються [41, 54, 120, 129, 211]. Методи діагностики й лікування ХОЗЛ постійно удосконалюються, проте питання виявлення соматопсихічних порушень при цій хворобі залишається відкритим. На жаль, на сьогоднішній день жодна з інструкцій по веденню хворих на ХОЗЛ не пропонує ані детального плану скринінгу їх стосовно наявності/відсутності супутніх соматопсихічних порушень, ані методів верифікації цих порушень [92, 120, 185]. До теперішнього часу не досліджувалися можливі засоби виявлення соматопсихічних порушень, зокрема депресії й підвищеної тривожності, у пацієнтів з цим захворюванням [208]. Жодна з анкет, що застовуються для виявлення депресії й тривожних розладів, не має доведених переваг щодо достовірності й надійності при використанні їх саме у хворих на ХОЗЛ [77].

Наявність симптомів, які характерні як для депресії й підвищеної тривожності, так і для ХОЗЛ (так звані «overlap symptoms»: втома, зниження енергії, відчуття нестачі повітря), суттєво ускладнює використання анкетних методів для діагностики цих психічних порушень у названої категорії хворих, адже останнє призводить до гіпердіагностики та завищення ступеня тяжкості депресії або підвищеної тривожності. Крім того, симптоми цих психічних порушень можуть перетинатися і з іншими соматичними аспектами, зокрема старінням (а хворі на ХОЗЛ – переважно особи похилого віку), для якого також характерні скарги на підвищену стомлюваність. Основним же недоліком

анкетних методів є те, що за допомогою них неможливо верифікувати клінічний діагноз [44, 77, 140, 208].

Зазвичай кожний дослідник у своїй науковій роботі використовує лише один анкетний метод для виявлення депресії та/або підвищеної тривожності у хворого на ХОЗЛ, при цьому обстежуючи лише певну категорію осіб [14]. До того ж, кожен метод має свої особливості та свою діагностичну цінність.

Так, за допомогою шкали Зунга у хворих на ХОЗЛ з II ступенем вентиляційних порушень депресія була виявлена у 18,8 % випадків [112]. Шляхом використання анкети депресії Бека (Beck Depression Inventory (BDI)) у хворих з помірною тяжкістю перебігу ХОЗЛ депресію було діагностовано у 22 % осіб [46]. При використанні Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) у хворих на ХОЗЛ I-II ступенів вентиляційних порушень було діагностовано депресію у 23 % випадків [129]. За допомогою Опитувальника здоров'я пацієнта-9 (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)) у хворих на ХОЗЛ клінічної групи А, було виявлено депресію у 5 % випадків, у хворих клінічної групи В – у 37 % осіб [1]. Шляхом використання анкети CES-D у хворих на ХОЗЛ із легким та помірним перебігом було діагностовано депресію у 19,6 % випадків [185]. При використанні анкети BDI у хворих на ХОЗЛ I та II ступенів вентиляційних порушень при наданні первинної медичної допомоги депресія була виявлена у 27 % хворих [50]. За допомогою цієї ж анкети у хворих на ХОЗЛ легкого ступеня тяжкості депресія була виявлена у 7,6 % пацієнтів, у хворих з помірною тяжкістю – у 15,9 % осіб [201]. Таким чином, частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ легкого та помірного ступеня тяжкості за даними різних дослідників складає менше 40 % і при використанні різних анкет не має суттєвих відмінностей.

Щодо хворих на ХОЗЛ з тяжким та дуже тяжким перебігом, то шляхом використання анкети BDI депресію у них було діагностовано у 37 % випадків [46]. При використанні анкети HADS у хворих на ХОЗЛ з III ступенем вентиляційних порушень було діагностовано депресію у 25,3 % випадків, у хворих на ХОЗЛ з IV ступенем – у 34,2 % пацієнтів [129]. За допомогою анкети

PHQ-9 у хворих на ХОЗЛ клінічної групи D було виявлено депресію у 58 % випадків [1]. При використанні анкети CES-D у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ депресію було виявлено у 25 % [185]. За допомогою анкети BDI у хворих з тяжким та дуже тяжким ХОЗЛ було виявлено депресію у 40,8 % обстежених хворих [151]. Шляхом використання цієї ж анкети у пацієнтів з ХОЗЛ переважно III та IV ступеня вентиляційних порушень депресія була виявлена у 16,5 % осіб [90]. При використанні анкети BDI у хворих на ХОЗЛ з тяжким та дуже тяжким перебігом захворювання депресія була виявлена у 47 % хворих [201]. За допомогою шкали Зунга у хворих на ХОЗЛ з III та IV ступенем вентиляційних порушень депресія була виявлена у 46,6 % випадків [19]. Отже, частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ тяжкого та дуже тяжкого ступеня тяжкості за даними різних дослідників складає переважно від 25 до 60 % і при використанні різних анкет має досить суттєві відмінності.

Ряд досліджень з оцінки частоти виявлення депресії при ХОЗЛ проводилися без урахування ступеня тяжкості хвороби. Так, за допомогою анкети HAD-S у пацієнтів з ХОЗЛ незалежно від стадії захворювання депресію було виявлено у 28 % випадків [203]. За допомогою анкети CES-D у пацієнтів з ХОЗЛ депресія була виявлена у 48,6 % випадків [181]. За допомогою анкети CES-D у пацієнтів з ХОЗЛ II–IV ступенів вентиляційних порушень було виявлено депресію у 26 % осіб [32]. За допомогою анкети HADS у хворих на ХОЗЛ I–IV ступенів вентиляційних порушень було діагностовано депресію у 20,8 % випадків [48]. Шляхом використання анкети HADS у хворих на ХОЗЛ I–III ступенів вентиляційних порушень, що курять, було виявлено депресію у 44,4 % осіб [89]. В той же час при обстеженні за цією ж анкетою у іншому дослідженні хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів вентиляційних порушень депресія була виявлена у 22,8 % пацієнтів [124]. При використанні анкети CES-D у хворих на ХОЗЛ I–IV ступенів депресія була виявлена у 40 % випадків [165]. За допомогою Geriatric Depression Scale-15 у хворих на ХОЗЛ аналогічних ступенів тяжкості депресія була виявлена у 27,6 % пацієнтів [87]. Шляхом використання Short-Form 36 Health Survey у хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів

вентиляційних порушень депресія була виявлена 16,5 % осіб [195]. За допомогою анкети HADS у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості депресія була виявлена у 14 % хворих [105]. Використовуючи анкету Mental Health Inventory-5 у хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів дослідниками було виявлено депресію у 9 % обстежених хворих [196]. Використовуючи анкету HADS у хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів вентиляційних порушень дослідниками було виявлено депресію у 26,7 % пацієнтів [174]. За допомогою анкети BDI у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості віком більше 65 років депресія була виявлена у 30 % осіб [34]. Таким чином, розбіжність даних щодо частоти виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ, отриманих різними дослідниками без урахування ступеня тяжкості хвороби, є дуже високою (від 9 до 48,6 %). Це може пояснюватися як різними методами виявлення депресії, так і різними категоріями хворих, що були включені до дослідження.

При використанні анкети CES-D у фазу загострення ХОЗЛ депресію було діагностовано у 60 % хворих [180]. За допомогою анкети BDI у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості у фазу загострення депресія була виявлена більше, ніж у 50 % осіб [184]. При використанні анкети Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості у фазу загострення депресія була виявлена у 26 % хворих [39]. У іншому дослідженні за допомогою анкети HADS у хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів вентиляційних порушень у фазу загострення депресія була виявлена у 43 % хворих [84]. Отже, під час загострення ХОЗЛ частота виявлення депресії за даними різних дослідників часто вища, ніж у стабільну фазу хвороби, і складає переважно більше 40 %. Проте, для розробки індивідуальних схем лікування важливою є оцінка показників психічного стану одних і тих самих хворих у динаміці у різні фази патологічного процесу.

Щодо визначення частоти підвищеної тривожності, то при використанні анкети HADS у хворих різних ступенів тяжкості її було виявлено у 15 % хворих [100]. В той же час за допомогою цієї ж анкети у іншому дослідженні у хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів вентиляційних порушень підвищена тривожність була

виявлена у 9,6 % хворих [124]. За допомогою анкети HADS у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості підвищена тривожність була виявлена у 27 % осіб, а поєднані депресія і підвищена тривожність – у 9 % [105]. У іншому дослідженні за допомогою анкети HADS у хворих на ХОЗЛ II–IV ступенів вентиляційних порушень у фазу загострення підвищена тривожність була виявлена – у 58 % осіб [84]. При використанні анкети Primary Care Evaluation of Mental Disorders screening у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості у фазу загострення підвищена тривожність була виявлена у 8 % осіб, поєднані депресія і підвищена тривожність – у 16 % пацієнтів [39]. Таким чином, частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ може суттєво відрізнятись як у залежності від методу, використаного для її виявлення, так і від ступеня тяжкості ХОЗЛ та фази патологічного процесу.

Таким чином, результати різних досліджень з використанням різних анкетних методів мають досить суттєві відмінності. Це ускладнює інтерпретацію та узагальнення результатів щодо поширеності та виразності депресії й тривожних розладів при ХОЗЛ.

В той же час, анкетні методи виявлення депресії та підвищеної тривожності мають ряд переваг. Передусім, це стосується економічності цих методів та простоти, зручності й швидкості при їх використанні як для лікарів, так і для пацієнтів, що є актуальним для лікарів первинної ланки, лікарів-терапевтів та пульмонологів [12]. Проте, відсутність деталізації рекомендацій стосовно скринінгу й діагностики депресивного синдрому та підвищеної тривожності у клінічних настановах з ведення хворих на ХОЗЛ може сприяти відсутності широкого впровадження цього скринінгового методу в практичну охорону здоров'я [114].

Стосовно діагностичної значущості анкетних методів, то виявлені високі бали за будь-якою з анкет можуть бути ознакою певного психічного порушення. Адже є дані існування сильного позитивного зв'язку між тяжкими симптомами депресії та/або тривожного розладу, виявленими за допомогою опитувальника, і наявністю клінічно підтвердженого психічного порушення

[152, 153]. Тому при визначенні високих балів за будь-якою з анкет рекомендується здійснювати направлення хворого до лікаря-психіатра, адже «золотим стандартом» діагностики психічних порушень є структуроване клінічне інтерв'ю, проведене саме лікарем-психіатром.

Згідно із статтею 27 Закону України «Про психіатричну допомогу» встановлення діагнозу психічного захворювання та надання психіатричної допомоги в примусовому порядку відноситься виключно до компетенції лікаря-психіатра або комісії лікарів-психіатрів. Проте, законом не виключається участь лікарів інших спеціальностей у наданні психіатричної допомоги [6, 12]. Таким чином, діагноз депресивного або тривожного розладу має остаточно встановлюватися кваліфікованим фахівцем в області психічного здоров'я відповідно до вітчизняних та міжнародних рекомендацій [12, 96, 154]. Точна оцінка психічного стану, верифікація клінічного діагнозу з визначенням нозології є важливими для подальшого ведення хворих, оскільки методи лікування повинні бути обрані у відповідності до нозологічної форми психічного порушення [154].

1.4. Методи лікування соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ

Проблема лікування соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ на теперішній час має велику кількість невирішених питань. Адже, з одного боку, виявлення, а відповідно і лікування, соматопсихічних порушень при ХОЗЛ відбувається нечасто, з іншого боку – лікування таких хворих зазвичай має комплексний характер з використанням різних методів, і оцінити ефективність окремого з них досить складно [40, 54 62, 81, 82, 104, 107, 109, 110, 115, 118, 146, 198, 205]. Крім того, на теперішній час відсутні специфічні рекомендації щодо лікування соматопсихічних порушень саме у хворих на ХОЗЛ. Нормативні документи з ХОЗЛ регламентують проведення лікування психічних порушень при цій хворобі відповідно до стандартів психіатричної допомоги [10, 11, 12, 97, 114, 102, 152, 160].

Методи лікування соматопсихічних порушень поділяються на немедикаментозні (психотерапевтичні) та медикаментозні. Психотерапевтичні методи є одними з провідних у лікуванні соматопсихічних порушень як в Україні, так і в світі [12, 45, 127, 136, 148, 152]. До них відносяться: когнітивна поведінкова терапія, релаксаційна терапія, програми самодопомоги, паліативна терапія.

Когнітивна поведінкова терапія – це структуроване психологічне втручання, в якому пацієнт працює у тісній співпраці з лікарем для усвідомлення того, що при багатьох психічних проблемах спотворюється сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього тощо), а неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток існуючих психічних змін [152, 153, 162, 202]. У той час як цей вид лікування, має добрий потенціал для покращення психічного стану у пацієнтів з ХОЗЛ, існує гетерогенність даних про ефективність цього методу при цій хворобі [79, 83, 123, 110, 140, 173].

Релаксаційна терапія може бути використана в якості доповнення до інших форм терапії. Вона включає широкий спектр методів, такі як дихальні вправи, м'язова релаксація, гіпноз і медитація [57]. При проведенні мета-аналізу було виявлено суттєвий сприятливий вплив релаксаційної терапії у пацієнтів з ХОЗЛ як на виразність задишки, так і на психічний стан хворих [95].

Програми самодопомоги як психотерапевтичний метод були розроблені для людей з хронічними захворюваннями. Вони спрямовані на засвоєння навичок, необхідних для виконання схем лікування хронічного захворювання, що допоможе пацієнтам контролювати свою хворобу і покращити їх ЯЖ [35, 101, 171, 179]. Навчання навичкам самодопомоги все ширше впроваджуються у програмах легеневої реабілітації [36]. Існують дані про позитивний вплив програм самодопомоги у поєднанні з когнітивною поведінковою терапією на виразність симптомів депресії та тривожних розладів, покращення ЯЖ у

хворих на ХОЗЛ [37, 123]. В той же час, є дані і про відсутність позитивного ефекту цих програм на психічний стан хворих [76, 80].

Особливим аспектом психотерапії є паліативна допомога. Вона спрямована на виявлення та полегшення фізичних, психологічних, духовних тягарів хвороби [71, 172].

Слід зазначити, що поточні рекомендації з лікування депресії й тривожних розладів полягають у використанні психотерапевтичних методів та, при їх недостатній ефективності, додавання медикаментів. Найбільш ефективним вважається комплексне лікування з використанням різних методів психіатричної допомоги [152].

До медикаментозних методів лікування соматопсихічних порушень відносяться лікарські препарати, що використовуються в стандартній клінічній практиці: антидепресанти, транквілізатори, седативні препарати, рідше – бензодіазепіни, азапірони, нейролептики, протисудомні [12, 97, 102, 160]. Антидепресанти розподіляються на групи у залежності від хімічних речовин, на які вони впливають у головному мозку. Основні класи антидепресантів включають неселективні антидепресанти (трициклічні антидепресанти (ТЦА), інгібітори моноаміноксидази (ІМАО)); селективні антидепресанти: (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСіН), норадреналіну і допаміну інгібітори зворотного захоплення (СІЗЗНіД), агомелатин – агоніст мелатонінових МТ1 і МТ2 рецепторів та 5-НТ2с-антагоніст серотонінових рецепторів, міансерин (тетрациклічний антидепресант), міртазепін і венлафаксин, які мають різні ефекти на рецептори [3, 160].

СІЗЗС та агомелатин, як правило, розглядаються в якості бажаних препаратів першої лінії для контролю симптомів депресії у пацієнтів з ХОЗЛ, при цьому деякі дані вказують на зменшення виразності депресії та покращення якості життя хворих. Венлафаксин або міртазепін вважаються альтернативними препаратами для пацієнтів. ТЦА і ІМАО можуть бути використані з обережністю, оскільки мають клінічно значущі

фармакодинамічні взаємодії з багатьма препаратами, які часто призначають літнім пацієнтам, а також особам з хронічними захворюваннями [103, 152, 156, 178].

Для фармакотерапії тривожних розладів у пацієнтів з ХОЗЛ традиційно використовуються антидепресанти, транквілізатори та бензодіазепіни. Дослідження, які вивчали це питання були поодинокими і проходили з використанням ряду лікарських засобів, що не дає можливості оцінити ефективність конкретної групи препаратів [152, 160].

Слід зазначити, що лікарські засоби, які можуть бути використані у хворих на ХОЗЛ для лікування соматопсихічних порушень мають ряд побічних ефектів. Так, побічні ефекти антидепресантів є досить значними і включають сухість у роті, статеву дисфункцію, запаморочення, гіпотонію, нудоту, зміна апетиту, запор, безсоння, седативний ефект, головний біль. Деякі з них (такі, як сухість у роті) можуть погіршити несприятливі ефекти препаратів, які використовуються для лікування ХОЗЛ, зокрема холінолітиків. Бензодіазепіни, погіршуючи роботу дихального центру, можуть сприяти гіповентиляції і зупинці дихання [38, 77].

Отже, методів лікування соматопсихічних порушень, які можуть бути використані у хворих на ХОЗЛ досить багато, проте їх безпечність, ефективність та можливий вплив на сприйняття симптомів основного захворювання на теперішній час вивчені недостатньо.

Таким чином, зважаючи на вищенаведене, стає зрозумілим, що проблема соматопсихічних порушень при ХОЗЛ є важливою і актуальною, адже немає сумнівів у негативному впливі цих порушень на стан хворих і, навіть, на перебіг основного захворювання. В той же час, на тепер залишається велика кількість невирішених питань, пов'язаних з психічними порушеннями при цій хворобі. По-перше, оскільки найчастіше за даними різних авторів у хворих на ХОЗЛ зустрічаються депресія та підвищена тривожність, а частота і виразність їх за даними різних авторів досить різняться, а також, зважаючи на те, що дослідження, присвячені цьому питанню, проведені переважно за кордоном,

необхідним є визначити частоту і виразність депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у нашому регіоні. По-друге, оскільки найчастіше у дослідженнях депресію та підвищену тривожність виявляють лише за допомогою однієї анкети, а їх існує багато, необхідним є визначення тієї анкети, яка буде найбільш інформативною для виявлення соматопсихічних порушень саме у хворих на ХОЗЛ. По-третє, невизначеними залишаються питання взаємозв'язків наявності та виразності психічних порушень з виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ та виразністю функціональних порушень при ньому, а також соціально-демографічними характеристиками хворих, оскільки найчастіше ці показники хворих співставляють з даними лише однієї анкети, отже, необхідним є аналіз даних декількох анкет у одних і тих самих хворих. По-четверте, оскільки дослідження зазвичай присвячені оцінці психічного стану у хворих на ХОЗЛ або у фазу загострення хвороби, або у стабільну фазу, а індивідуальні показники психічного стану можуть змінюватися у залежності від фази захворювання, необхідною є оцінка психічного стану одних і тих самих хворих у різні фази патологічного процесу. По-п'яте, оскільки на теперішній час не видається можливим встановлення конкретних причин виникнення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, необхідним є визначення категорій хворих з найвищою та найнижчою імовірністю виникнення цих порушень. Крім того, слід зазначити, що у хворих на ХОЗЛ можуть зустрічатися різні соматопсихічні порушення і важливим є визначати їх не лише у синдромальному, а й у нозологічному відношенні шляхом обстеження хворих лікарем-психіатром з проведенням, за необхідністю, лікування, оцінкою його ефективності як щодо психічного стану, так і щодо сприйняття симптомів основного захворювання.

Відповідно до вищенаведеного, нами були поставлені задачі визначити характер соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, їх частоту та виразність, встановити взаємозв'язки між клініко-функціональними змінами при ХОЗЛ, соціально-демографічними характеристиками хворих та наявністю й виразністю соматопсихічних порушень, визначити категорію хворих на

ХОЗЛ з найвищим ризиком виникнення соматопсихічних порушень, дослідити методи їх виявлення та визначити найбільш оптимальні з них для використання у хворих на ХОЗЛ, розробити алгоритм виявлення соматопсихічних розладів при ХОЗЛ, а також визначити ефективність лікування соматопсихічних порушень у цієї категорії хворих.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1. Дизайн дисертаційного дослідження

Дисертаційне дослідження проводилося упродовж 2013–2016 років у декількох напрямках:

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

2) методологічний: порівняльний аналіз різних анкетних методів (принципів формування запитань, методології оцінки можливих відповідей респондентів) для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ;

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.

Усі хворі підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Дисертаційне дослідження було проведене у два етапи (рис. 2.1), на кожному з яких вирішувались різні задачі.



Рис. 2.1. Дизайн дисертаційного дослідження

Обстеження та спостереження хворих проводилися на клінічній базі кафедри факультетської терапії та ендокринології (після реорганізації 1 вересня 2015 р. – кафедри внутрішньої медицини 1) Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», яка розташована на базі Комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради» м. Дніпропетровськ.

2.2. Загальна характеристика хворих та груп обстежених

Розрахунок обсягу вибірки. Репрезентативність вибіркової сукупності забезпечувалася розрахунком необхідної кількості спостережень за формулою У. Кохрена для відносних величин [28]:

$$n = \frac{N \times t^2 \times p \times q}{N \times \Delta^2 + t^2 \times p \times q}, \text{ де}$$

n – необхідна кількість спостережень;

t – довірчий коефіцієнт, гарантуючий, що помилка, яка допускається, не буде більше Δ для ймовірності безпомилкового прогнозу $p=0,95$ при $t=1,96$;

Δ – максимальна помилка спостереження;

p – відносний показник, що вивчається;

q – альтернативна величина, зворотна до p ;

N – розмір генеральної сукупності.

За даними Департаменту охорони здоров'я Дніпропетровської облдержадміністрації, обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики розповсюдженість ХОЗЛ у м. Дніпропетровськ у 2013 р. (рік початку дослідження) складала 103,2 на 10 тисяч населення, а кількість наявного населення міста на 1.01.2014 р. становила 995511 осіб [17]. Отже, розмір генеральної сукупності (N) хворих на ХОЗЛ м. Дніпропетровська на 1.01.2014 р. склав 10274 осіб.

Основним феноменом наукового інтересу було виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ. За даними 28 досліджень різних авторів [1, 19, 32, 34, 39, 46, 48, 50, 84, 87, 89, 90, 100, 105, 112, 124, 129, 151, 174, 180, 181, 184, 185, 195, 196, 201, 203] частота виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ різних груп коливається від 8 до 60 % на 100 обстежених, тобто визначена нами розрахункова середня частота склала 29 %. Це значення використовується для розрахунку необхідного мінімального розміру вибірки.

Використовуючи значення змінних ($p=29$ %; $q=100 - 29 = 71$ %), $t=1,96$ (при довірчій імовірності $p=0,95$), $\Delta=10$ %), було проведено розрахунок необхідного мінімального розміру вибірки, яка склала 79 осіб:

$$n = \frac{10274 \times 1,96^2 \times 29 \times 71}{10274 \times 10^2 + 1,96^2 \times 29 \times 71} = 78,5 \approx 79 \text{ (осіб)}.$$

За допомогою модуля «Аналіз потужності» програми «Statistica» було простежено залежність між потужністю дослідження та розміром вибірки. Оптимальною вважається потужність дослідження, яка становить 80 % (0,8) при $p=29\%$ (0,29). Розрахунки обсягу вибірки за процедурою «одна пропорція, Z, критерій χ^2 » показали, що, використавши вибірку сукупність $n=79$, було отримано потужність, рівну 83,7 % (0,837) (рис. 2.2) з реальним рівнем значущості цього критерію (похибки 1 роду) $\alpha=0,0374$ (рис. 2.3).

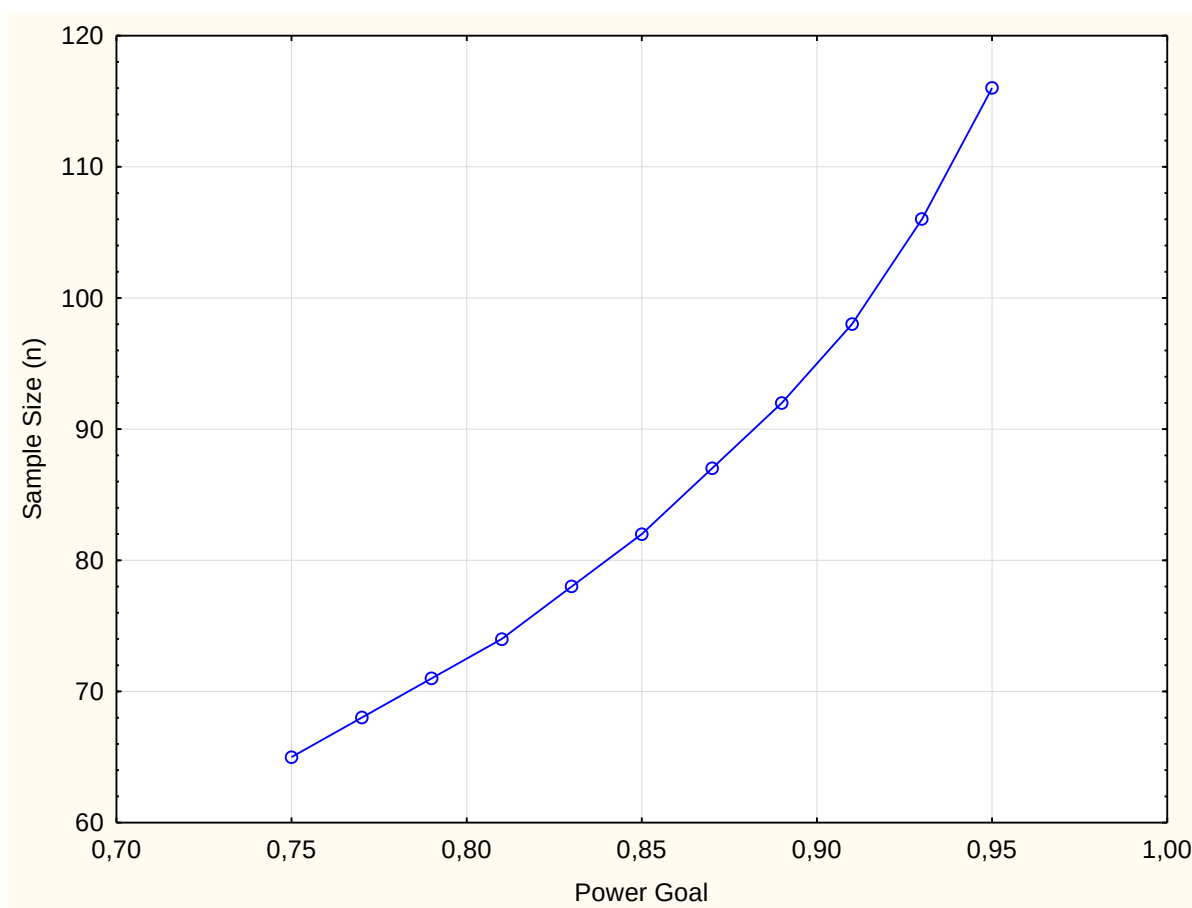


Рис. 2.2. Графік залежності потужності від обсягу вибірки

На рис. 2.2 показано, що для досягнення кращої потужності 0,95 (зазвичай мінімальний допустимий рівень складає 0,8), обсяг вибірки повинен

складати приблизно 116 спостережень. На рис. 2.3 простежується, що рекомендований граничний рівень помилки I роду ($\alpha=0,05$) спостерігається при обсязі вибірки у 72 хворих.

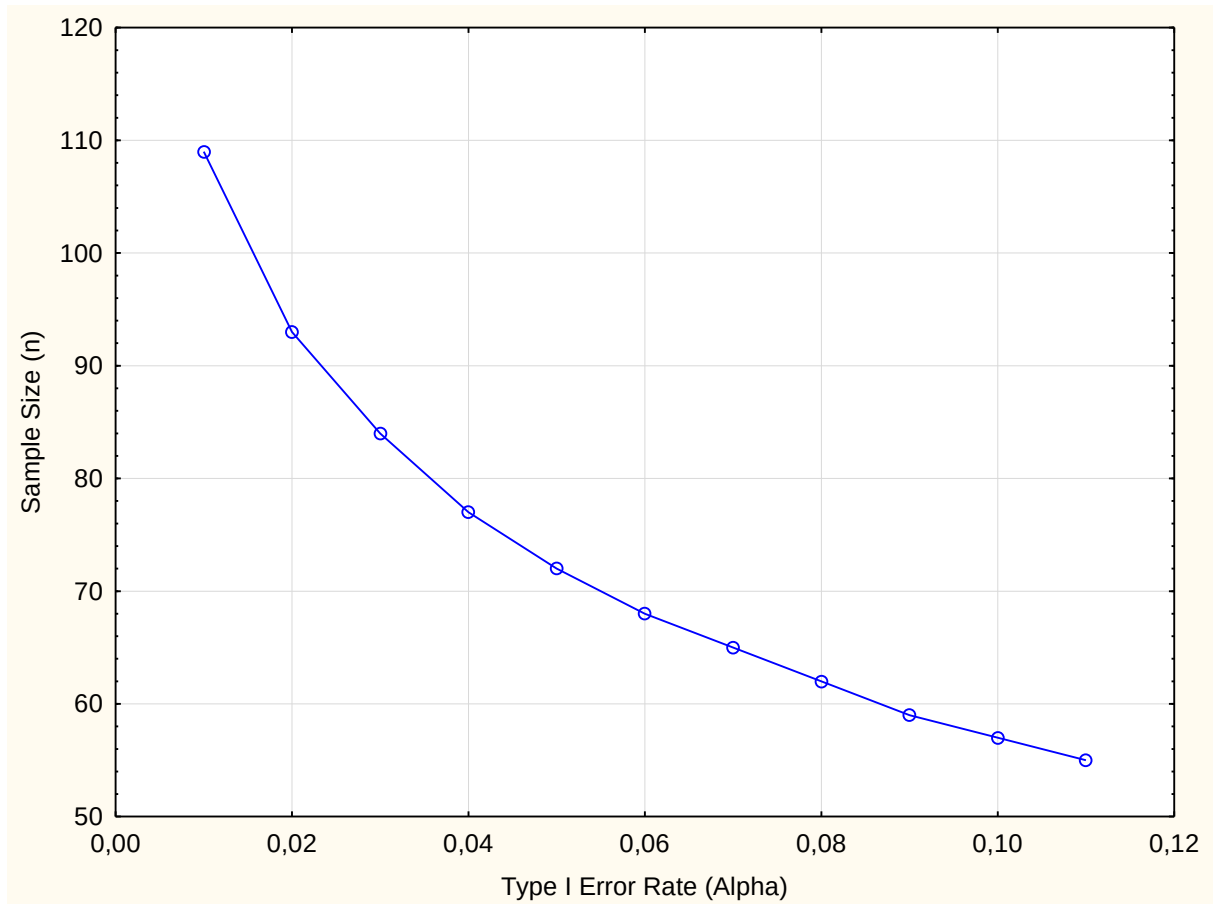


Рис. 2.3 Зв'язок між обсягом вибірки і рівнем помилки I роду (α)

Отже, для досягнення прийнятного рівня потужності та мінімального рівня помилки I роду обсяг спостережень повинен бути у діапазоні від 72 до 116 осіб. Враховуючи це, 115 хворих основної групи становить репрезентативну за обсягом кількість спостережень.

Визначення репрезентативного обсягу вибірки групи контролю проводилося з використанням формули Lopez-Jimenez F. із співавторами [141]:

$$n_k = \frac{(p_1 \times (100 - p_1) + p_2 \times (100 - p_2)) \times 7,9}{(p_2 - p_1)^2}, \text{ де}$$

n_k – число осіб, потрібних для отримання достовірних висновків,

p_1 – очікуване значення первинної (основної) змінної інтересу для однієї з груп порівняння (у %);

p_2 – очікуване значення первинної змінної інтересу для іншої групи порівняння (у %).

Враховуючи те, що, як уже було визначено, розрахункова середня частота виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ складає 29 %, для основної групи було прийнято $p_1=29\%$. Оскільки у групі здорових осіб депресія може взагалі не зустрічатися, прийнято $p_2=0$. Використовуючи значення змінних p_1 та p_2 , було проведено розрахунок розміру вибірки контрольної групи:

$$n_k = \frac{(29 \times (100 - 29) + 0 \times (100 - 0)) \times 7,9}{(29 - 0)^2} = 19,3 \approx 19.$$

Отже, мінімальна розрахункова кількість контрольної групи, необхідна для отримання достовірних висновків, склала 19 осіб.

Для досягнення сформульованої мети і розв'язання поставлених задач дисертаційного дослідження нами було проведене клінічне та інструментальне обстеження 135 осіб (середній вік – $62,4 \pm 0,72$ року). Серед них було 115 хворих на ХОЗЛ, які склали основну групу, та 20 практично здорових осіб, які склали контрольну групу.

Верифікація та формулювання діагнозу ХОЗЛ проводились на підставі клінічного обстеження хворих та визначення ступеня вентиляційних порушень згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року [11] та міжнародними рекомендаціями [114].

Усі хворі отримували терапію відповідно до клінічної групи, фази захворювання згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року [11].

Критеріями включення хворих до основної групи дослідження були:

1) чоловіки та жінки віком понад 40 років;
 2) анамнестичні та клініко-функціональні ознаки верифікованого діагнозу ХОЗЛ;

3) співвідношення $ОФВ_1/ФЖЄЛ < 0,7$ після проби з бронходилататором.

Критеріями виключення хворих із дослідження були:

1) наявність бронхіальної астми або інших бронхообструктивних захворювань;

2) наявність будь-якого верифікованого психічного захворювання на момент включення хворого у дослідження;

3) наявність гострих захворювань центральної нервової системи на момент обстеження або в анамнезі;

4) декомпенсація стану хворого з приводу будь-якої супутньої патології;

5) наявність онкологічних захворювань на момент обстеження або в анамнезі;

6) зловживання алкоголем та/або наркотичними препаратами.

Характеристика груп обстежених наведена у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Демографічні показники хворих, що увійшли до груп обстежених

Показники	Групи обстежених		p
	основна	контрольна	
Загальна кількість обстежених, абс. (%)	115 (85,2)	20 (14,8)	-
Вік, роки	63,1±0,78	59,2±1,76	0,056
Стать:			
- чоловіки, абс. (%)	98 (85,2)	16 (80,0)	0,552
- жінки, абс. (%)	17 (14,8)	4 (20,0)	

Як показав аналіз, середній вік осіб у групах обстежених був ідентичним ($p>0,05$) при дещо ширших коливаннях у контрольній групі. В обох групах переважали чоловіки ($p>0,05$).

Усі хворі основної групи у залежності від рівня ОФВ_1 після проби з бронхолітиком ($\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$) були розподілені на дві підгрупи. Підгрупу 1 склали 63 хворих, що відносились до клінічних груп А і В (при переважній більшості осіб з клінічною групою В) [11], та які згідно з національними й міжнародними рекомендаціями не потребували постійного прийому ІГКС; підгрупу 2 склали 52 хворих, що відносились до клінічних груп С і D (при переважній більшості осіб з клінічною групою D) [11], та які згідно з національними й міжнародними рекомендаціями потребували постійного прийому ІГКС (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Характеристика підгруп основної групи обстежених хворих

Показники	Підгрупи основної групи		p
	1 (n=63)	2 (n=52)	
Вік, роки	62,8±1,02	63,5±1,21	0,637
Стать, абс. (%):			
- чоловіки	53 (84,1)	45 (86,5)	0,718
- жінки	10 (15,9)	7 (13,5)	
ОФВ_1 , % належн.:			
- до проби	60,2±1,45	35,0±1,11	<0,001
- після проби	65,8±1,54	39,8±1,17	<0,001
Індекс «пачка/рік»	38,9±3,59	30,9±2,7	0,322

Таким чином, підгрупи 1 та 2 були аналогічними за демографічними показниками.

Оскільки, 20 із 115 хворих основної групи на етапах їх спостереження перенесли інфекційне загострення, вони склали додаткову підгрупу 3 та були обстежені двічі: на візиті 1 – у фазу інфекційного загострення ХОЗЛ помірної тяжкості, на візиті 2 – через два місяці після його завершення. Середній вік та гендерний розподіл хворих, що увійшли до підгрупи 3, були аналогічними відповідним показникам основної групи ($p=0,064$, $p=0,141$ відповідно), що дозволяє екстраполювати отримані дані на усю вибірку хворих та враховувати їх при формулюванні висновків дисертаційного дослідження.

Після оцінки психічного стану хворих за допомогою анкетування усім хворим основної групи з метою верифікації діагнозу було запропоновано обстеження у лікаря-психіатра. 56 хворих основної групи, які погодилися на це обстеження, склали підгрупу 4. Середній вік та гендерний розподіл хворих, що увійшли до підгрупи 4, були аналогічними відповідним показникам основної групи ($p=0,577$, $p=0,420$ відповідно), що також дозволяє екстраполювати отримані дані на усю вибірку хворих та враховувати їх при формулюванні висновків дисертаційного дослідження.

2.3. Методи досліджень

Загальноклінічні методи досліджень. Для оцінки демографічних, клінічних, анамнестичних та фізикальних даних обстежених хворих використовували:

1) оцінку скарг, у тому числі за допомогою опитувальників: оцінку виразності задишки – за модифікованою шкалою задишки Медичної дослідницької ради (*англ.* – The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)) [11, 99, 114, 206] (табл. 2.3), модифікованою шкалою Борга (*англ.* – Modified Borg scale (MBS)) [56, 135, 150] (табл. 2.4) до та після фізичного навантаження; оцінку виразності кашлю та кількості мокротиння – за шкалами В. М. Савченка (2001) [22]; оцінку виразності симптомів ХОЗЛ у цілому – за Тестом оцінки ХОЗЛ (*англ.* – COPD Assessment Test (CAT)) [11, 93,

113, 114, 130] (табл. 2.5), опитувальника контролю ХОЗЛ (*англ.* – Clinical COPD Questionary (CCQ)) (рис. 2.4), який включає оцінку виразності симптомів (домен «симптоми»), вплив хвороби на психічний стан хворого (домен «психічний стан»), вплив на активність хворого (домен «функціональний стан») з підрахунком загального балу (домен «сума»). Підрахунок балів проводився за спеціальним калькулятором [70]. Оціночні критерії є зворотними: чим вищий бал, тим вища виразність симптомів та їх вплив на життя хворого. Суттєвою виразністю симптомів вважається, коли результат за доменом перевищує 1–1,5 бали [94, 114, 182, 119]. Дозвіл на використання опитувальника та його російськомовний варіант були надіслані безпосередньо розробником опитувальника J.W.H. Kocks. Усі шкали наведені нижче;

2) аналіз анамнезу хвороби (тривалість ХОЗЛ, лікування до включення хворого у дослідження, кількість загострень за минулий рік, статус тютюнопаління та його тривалість з визначенням індексу «пачка/рік»);

3) аналіз анамнезу життя (оцінка соціально-демографічних показників: сімейного стану, рівня освіти, характеру праці, частки витрат на лікування ХОЗЛ у загальному прибутку, наявність супутньої патології);

4) аналіз даних фізикального обстеження хворих, у тому числі й у динаміці;

5) аналіз даних додаткових загальноклінічних методів дослідження за необхідністю: лабораторних (загальне та біохімічне дослідження крові), інструментальних (рентгенографія та комп'ютерна томографія органів грудної клітки, електрокардіографія, ехокардіографія).

Таблиця 2.3

Шкала задишки mMRC (цит. за [11])

Бали	Опис
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні
1	Задишка виникає при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж ходять люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в звичайному темпі по рівній місцевості
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні

Таблиця 2.4

Шкала задишки MBS (цит. за [56])

Бали	Опис
10	Задишка надзвичайно тяжка
9	Задишка дуже тяжка, майже максимальна
8	Задишка дуже тяжка
7	
6	
5	Задишка тяжка
4	Задишка деякою мірою тяжка
3	Задишка помірної тяжкості
2	Задишка незначна
1	Задишка зовсім незначна
0,5	Задишка майже невідчутна
0	Задишка відсутня

Шкала для оцінки виразності кашлю за В. М. Савченком (2001):

- 0 – кашель відсутній;
- 1 – кашель виникає рідко, не привертає уваги;
- 2 – кашель виникає часто, не знижує активності;
- 3 – кашель виникає часто, знижує активність;
- 4 – кашель привертає увагу більшу частину часу.

Шкала для оцінки кількості мокротиння за Савченком В. М. (2001):

- 0 – мокротиння відсутнє;
- 1 – незначна кількість мокротиння;
- 2 – помірна кількість мокротиння;
- 3 – значна кількість мокротиння;
- 4 – дуже велика кількість мокротиння.

Таблиця 2.5

Анкета САТ (цит. за [11])

Твердження	Бали						Твердження
1	2						3
Я взагалі не кашляю	0	1	2	3	4	5	Я кашляю постійно
У мене в грудях зовсім немає харкотиння (слизу)	0	1	2	3	4	5	Мої груди повністю заповнені харкотинням (слизом)
Мені зовсім не тисне в грудях	0	1	2	3	4	5	Мені дуже сильно тисне в грудях
Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я не відчуваю задишки	0	1	2	3	4	5	Коли я йду під гору або підіймаюся сходами на один марш, я відчуваю дуже сильну задишку

Продовж. табл. 2.5

1	2						3
Я займаюся будь-якими домашніми справами без обмежень	0	1	2	3	4	5	Я займаюся домашніми справами з великими обмеженнями
Виходячи з дому, я почуваюся впевнено, незважаючи на захворювання легень	0	1	2	3	4	5	Виходячи з дому, я почуваюся невпевнено через захворювання легень
Я міцно сплю	0	1	2	3	4	5	Я погано сплю через захворювання легень
У мене багато енергії	0	1	2	3	4	5	У мене зовсім немає енергії

Визначення наявності і виразності вентиляційних порушень. Вентиляційна функція легень оцінювалась за допомогою комп'ютерної спірометрії з вимірюванням петлі «потік-об'єм» на спіроаналізаторі «MasterBody/Diff» («Erich Jaeger», Німеччина). Вивчались показники: форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ), об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) до та після проби з бронхолітиком, співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ. Усі показники визначались у абсолютних числах та у відсотках до належних величин, які залежать від статі, віку, зросту хворого. Перед дослідженням пацієнту рекомендувалося перебувати у спокійному стані протягом 30 хвилин, а також припинити прийом бронхолітиків короткої дії не пізніше як за 4 години до початку дослідження. Для визначення зворотності бронхіальної обструкції була проведена проба з β_2 -адреноміметиком короткої дії (сальбутамолу сульфат, 400 мкг, через спейсер) після визначення вихідного рівня показників вентиляційної функції легень. Пробу оцінювали через 15 хвилин після вдиху препарату. Аналіз отриманих результатів проводився згідно з національними та міжнародними стандартами [11, 63, 114, 187].

Номер пациента: _____
Дата: _____

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПРОСНИК ПО ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Пожалуйста, обведите кружочком цифру, соответствующую ответу, который наилучшим образом описывает Ваше физическое и эмоциональное самочувствие за **последние 7 дней**.
(Отметьте только **один** ответ для каждого вопроса).

В среднем, как часто за последние 7 дней Вы испытывали:	совсем не испытывал/-а	редко	время от времени	иногда	часто	очень часто	почти постоянно
1. Одышку, находясь в состоянии покоя?	0	1	2	3	4	5	6
2. Одышку при физической нагрузке?	0	1	2	3	4	5	6
3. Беспокойство, что Вы можете простудиться или что у Вас станет хуже с дыханием?	0	1	2	3	4	5	6
4. Подавленное настроение из-за проблем с дыханием?	0	1	2	3	4	5	6
В целом, как часто за последние 7 дней:							
5. Вы кашляли?	0	1	2	3	4	5	6
6. У Вас выделялась мокрота?	0	1	2	3	4	5	6
В среднем, за последние 7 дней насколько Вы были ограничены в следующих видах деятельности из-за проблем с дыханием:	совсем не ограничен/-а	совсем немного ограничен/-а	немного ограничен/-а	умеренно ограничен/-а	очень ограничен/-а	крайне ограничен/-а	совершенно ограничен/-а или не был/-а способен/-на это делать
7. Тяжелые физические нагрузки (например, подниматься по лестнице, спешить, заниматься спортом)?	0	1	2	3	4	5	6
8. Умеренные физические нагрузки (например, ходить, выполнять работу по дому, переносить вещи)?	0	1	2	3	4	5	6
9. Повседневные занятия дома (например, одеваться, умываться)?	0	1	2	3	4	5	6
10. Общение с людьми (например, беседа, пребывание с детьми, посещение друзей/родственников)?	0	1	2	3	4	5	6

© Авторские права на опросник CCQ защищены. Опросник не может быть изменен, продан (в напечатанном или электронном виде), переведен или адаптирован для других целей без разрешения T. van der Molen, Dept. Of General Practice, University of Groningen, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen, The Netherlands.

Рис. 2.4. Анкета CCQ (цит. за [94])

Визначення толерантності до фізичного навантаження. Толерантність до фізичного навантаження визначалась за тестом 6-хвилинної ходьби (*англ.* – Six-Minute Walk Test (6MWT)), який дозволяє об'єктивно оцінити рівень щоденної активності хворих, оскільки передбачає використання навантаження під час ходьби на субмаксимальному рівні з оцінкою навантаження тієї сили, яку зазвичай дозволяє собі хворий у повсякденному житті. При проведенні тесту хворі повинні були пройти максимально можливу дистанцію за 6 хвилин, після чого реєструвалась пройдена відстань. 6MWT проводився у ранковій годині. Використовувався коридор довжиною 25 м з непомітними для пацієнта розмітками через кожні 3 м дистанції [4, 52, 177, 193].

Оцінка насиченості крові киснем. Насиченість крові киснем визначалась за допомогою неінвазивного метода – пульсоксиметрії, що визначає сатурацію кисню (SpO_2), тобто насиченість гемоглобіну киснем. Суть методу полягає у тому, що світло, яке випромінюється світлодіодами пульсоксиметра, проходячи через кров і тканини, вловлюється світлочутливим елементом, розташованим на протилежній стороні датчика. Ступінь поглинання світлових хвиль залежить від ступеня насиченості гемоглобіну крові киснем. SpO_2 розраховується як відношення кількості оксигемоглобіну до загальної кількості гемоглобіну, виражене у відсотках (у нормі – 95–100 %) і корелює з парціальним тиском кисню в крові [114, 117, 134].

Визначення рівня SpO_2 нами проводилося усім хворим на ХОЗЛ на кожному візиті за допомогою пульсоксиметра «MasimoSET» (модель Rad-8, обладнана датчиком «LNOP adult» США) до та після фізичного навантаження.

Визначення рівня якості життя (ЯЖ). Оцінку ЯЖ хворих на ХОЗЛ проводили за допомогою Респіраторного опитувальника госпіталю Святого Георгія (*англ.* – St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ)). Цей опитувальник є стандартизованим та спеціалізованим для оцінки рівня ЯЖ саме у хворих на ХОЗЛ. Він об'єктивізує суб'єктивну оцінку пацієнтом респіраторних симптомів, обмежень фізичної активності, психосоціальної адаптації, впливу статусу здоров'я на трудову та щоденну діяльність,

емоційного сприйняття хвороби, відносин з близькими людьми, потреби в лікуванні та прогнозу захворювання. SGRQ включає чотири субшкали: «симптоми» (вісім запитань), «активність» (16 запитань), «вплив» (26 запитань), а також «сума» (загальний показник ЯЖ). Для кожної підшкали оцінки варіюються від нуля (без погіршення) до 100 (максимальне погіршення). Даний опитувальник дозволяє оцінити ЯЖ хворих як в цілому, так і окремо за кожною із чотирьох шкал [61, 114, 128, 166].

Визначення наявності і виразності соматопсихічних порушень.

Оцінка психічного стану хворих проводилася за допомогою анкетних методів та шляхом обстеження хворих лікарем-психіатром. Анкетні методи включали: «Опитувальник здоров'я пацієнта» (9 запитань) (*англ.* – Patient Health Questionnaire (PHQ-9)), скороченого варіанту анкети депресії Бека (Beck Depression Inventory-Short Form (BDI-SF)), «Госпітальної шкали тривоги та депресії» (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), шкали реактивної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)).

Анкета PHQ-9 призначена для виявлення депресії та оцінки її у динаміці. Оскільки анкета є простою для заповнення і не потребує значного часу пацієнта, вона може використовуватися у широкій клінічній практиці, в тому числі при ХОЗЛ [1, 163]. Анкета складається з дев'яти запитань щодо стану хворого протягом останніх двох тижнів (рис. 2.5). Інтерпретація результатів проводиться шляхом оцінки кількості балів по кожному запитанню, причому діагноз депресії можливий лише у випадку, коли відповіді на запитання № 1 та/або № 2 відповідають двом або трьом балам. Визначення ступеня тяжкості депресії та оцінка її динаміки проводиться шляхом підрахунку загальної суми балів: 1–4 бали відповідає мінімальній виразності симптомів депресії, 5–9 балів – депресії легкого ступеня, 10–14 балів – помірного ступеня, 15–19 балів – помірнотяжкого ступеня, 20–27 балів – тяжкого ступеня [15, 125, 138, 139, 159]. Анкета відповідає стандартам діагностики депресії в Україні [12].

Опитувальник про стан здоров'я (PHQ-9)				
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували будь-які з наступних проблем? (Обрану відповідь відмітьте позначкою "✓")	Зовсім не турбувал и	Декіль ка днів	Більш полови ни всіх днів	Майжещоденно
1. Вам було не дуже цікаво або подобалось чимось займатись	0	1	2	3
2. Ви почувалися сумними, пригніченими або безнадійними	0	1	2	3
3. Вам було важко засинати або не прокидатись, або Ви спали надто довго	0	1	2	3
4. Ви відчували втому або мало сил	0	1	2	3
5. У Вас був поганий апетит, або Ви переїдали	0	1	2	3
6. Ви погано про себе думали — або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину	0	1	2	3
7. Вам було важко зосередитись, наприклад, на читанні газети або перегляді телепередач	0	1	2	3
8. Ви рухались або розмовляли настільки повільно, що інші люди могли б це помітити? Або ж навпаки, Ви були настільки метушливі або неспокійні, що пересувались набагато більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9. У Вас були думки, що Вам краще б померти, або Ви думали про те, щоб заподіяти собі яку-небудь шкоду	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Якщо Ви відповіли позитивно на деякі пункти, оцініть, наскільки важко Вам було працювати, займатись домашніми справами або взаємодіяти з іншими людьми через ці проблеми?

Зовсім не важко	Дещо важко	Дуже важко	Надзвичайно важко
☐	☐	☐	☐

Розроблено: Д-рами Робертом Л. Шпітцером, Джанет Б. Вільямс, Куртом Кренке (Drs. Robert L. Spitzer, Janet B Williams, Kurt Kroenke) та колегами при підтримці освітнього гранту компанії "Пфайзер Інк." (Pfizer Inc.). Відтворення, переклад, демонстрація і розповсюдження дозволяються без попередньої згоди власників авторського права.

Рис. 2.5 Анкета PHQ-9 (цит. за [15])

Анкета BDI-SF застосовується для виявлення депресії [34, 65, 111, 197], оскільки є прийнятною заміною повного варіанту анкети BDI, що часто

використовується для виявлення депресії при ХОЗЛ [46, 65, 90, 151, 184]. Скорочений варіант є простим та зручним у використанні. Анкета містить 13 груп тверджень (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

Анкета BDI-SF (цит. за [197])

№ з/п	Твердження	Відповідний бал
1	2	3
1.	Мені не сумно Мені сумно (тужливо, журливо) Мені постійно сумно, і я не можу від цього відволіктися Мені так тужливо, що я не можу цього витерпіти	0 1 2 3
2.	Я не втратив зацікавленості до людей Люди цікавлять мене менше, ніж раніше Я майже повністю втратив інтерес до людей та став байдужим до них Я зовсім втратив інтерес до людей і не думаю про них	0 1 2 3
3.	Я не особливо похмуро дивлюсь на майбутнє Я похмуро дивлюсь на майбутнє Я відчуваю, що мені немає чого очікувати у майбутньому Я відчуваю, що у майбутньому мене не очікує нічого доброго і ніщо не можна змінити	0 1 2 3
4.	Я приймаю рішення так само легко, як і раніше Я намагаюсь відкладати прийняття рішень Мені вкрай важко будь-що вирішити Я втратив здатність приймати будь-які рішення	0 1 2 3

Продовження табл. 2.6

1	2	3
5.	Я не відчуваю себе невдахою Я відчуваю, що у мене невдач більше, ніж у інших людей Іноді, коли я оглядаюсь на своє життя, воно здається мені сплетінням невдач Я відчуваю себе абсолютною невдахою (як батько, чоловік, дружина...)	0 1 2 3
6.	Я не відчуваю, що виглядаю гірше, ніж раніше Мене непокоїть те, що я виглядаю постарілим і непривабливим Я відчуваю, що моя зовнішність погіршується, що робить мене все більш непривабливим Я відчуваю, що виглядаю потворним або відразливим	0 1 2 3
7.	Я не зазнаю особливої невдоволеності Я нудьгую більшу частину часу Я ані від чого не отримую такого задоволення, як раніше Я усім невдоволений	0 1 2 3
8.	Я можу працювати так само легко, як і раніше Мені доводиться прикладати певні зусилля, щоб взятися за будь-що Мені дуже важко себе примусити взятися за будь-що Я зовсім нічого не можу робити	0 1 2 3

Продовження табл. 2.6

9.	Я не відчуваю себе особливо винним	0
	Більшу частину часу я відчуваю себе поганою або негідною людиною	1
	Я відчуваю за собою певну провину	2
	Я відчуваю, що я дуже погана, негідна людина	3
10.	Я втомлююсь не більше, ніж звичайно	0
	Я втомлююсь швидше, ніж раніше	1
	Я втомлююсь від усього	2
	Втома не дає мені нічого зробити	3
11.	Я не розчарований у собі	0
	Я розчарований у собі	1
	Я огидний собі	2
	Я ненавиджу себе	3
12.	Апетит у мене не гірше, ніж раніше	0
	Апетит у мене не такий добрий, як раніше	1
	Апетит у мене зробився набагато гіршим	2
	У мене зовсім немає апетиту	3
13.	Мені приходить на думку нанести собі шкоду	0
	Я відчуваю, що краще було б мені померти	1
	У мене є певний план здійснення самогубства	2
	Я наклав би на себе руки, якби мені це вдалося	3

У кожній групі тверджень хворому потрібно обрати одне, яке найкращим чином відповідає його стану на даний момент. Кожному твердженню у групі відповідає бал від 0 (у пацієнта відсутній даний симптом) до 3 (симптом виражений максимально). Інтерпретація результатів, отриманих за допомогою анкети BDI-SF [111, 197], проводиться згідно із загальною сумою балів, отриманих за анкетною, що визначає наявність депресії та її ступінь. Так, згідно з критеріями інтерпретації BDI-SF при отриманні в результаті анкетування від

0 до 4 балів діагностується відсутність депресії або мінімальний ступінь її виразності; при отриманні 5–7 балів діагностується депресія легкого ступеня; 8–15 балів – депресія середнього ступеня тяжкості; 16 балів і вище – депресія тяжкого ступеня [197].

Анкета HADS (табл. 2.7) широко використовується для виявлення депресії та тривожних розладів, оскільки вона розроблена для виявлення депресивних й тривожних порушень у хворих соматичного профілю. Ця анкета дуже часто використовується закордонними дослідниками для виявлення депресії та тривожних розладів у хворих на ХОЗЛ [48, 84, 89, 100, 105, 124, 174, 203]. Анкета HADS складається з 14 пунктів, 7 з яких стосуються виразності симптомів депресії (частина «HADS-депресія»), 7 інших – виразності симптомів тривожності (частина «HADS-тривога»). Оцінка результатів з наявності та виразності депресії і тривоги проводиться окремо. Кількість балів 0–7 відповідає відсутності депресії або нормальному рівню тривожності, 8–10 – легкому ступеню депресії або тривожності, 11–15 – помірному ступеню депресії або тривожності, 16 і більше – тяжкому ступеню депресії або тривожності. Оцінка виразності одних симптомів проводиться відповідно до тяжкості цих симптомів, інших – відповідно до їх тривалості [60, 132, 156]. Анкета HADS регламентована вітчизняними стандартами для виявлення психічних порушень [12].

Таблиця 2.7

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (цит. за [12])

№ з/п	Запитання частини «HADS-депресія»	Запитання частини «HADS-тривога»
1	2	3
1.	Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж відчуття: 0 – це так; 1 – напевно, це так; 2 – у дуже малій мірі це так; 3 – це зовсім не так.	Я відчуваю напруженість, мені не по собі: 3 – увесь час; 2 – часто; 1 – час від часу, іноді; 0 – ніколи не відчуваю.
2.	Я здатний розсміятися та углядіти у тій чи іншій події смішне: 0 – це так; 1 – напевно, це так; 2 – у дуже малій мірі це так; 3 – це зовсім не так.	Я відчуваю страх, здається, що ось-ось щось жахливе може статись: 3 – це так, та страх дуже сильний; 2 – це так, але страх не дуже сильний; 1 – іноді, але це мене не турбує; 0 – зовсім не відчуваю.
3.	Я відчуваю бадьорість: 3 – ні, зовсім не відчуваю; 2 – дуже рідко; 1 – іноді; 0 – практично увесь час.	Метушливі думки крутяться у мене в голові: 3 – постійно; 2 – більшу частину часу; 1 – час від часу, і це не часто; 0 – тільки іноді.

Продовж. табл. 2.7

1	2	3
4.	Мені здається, що я став робити все дуже повільно: 3 – практично увесь час; 2 – часто; 1 – іноді; 0 – зовсім ні.	Я можу легко сісти та розслабитись: 0 – це так; 1 – напевно, це так; 2 – зрідка це так; 3 – зовсім не можу.
5.	Я не слідкую за своєю зовнішністю: 3 – це так; 2 – я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно; 1 – мені здається, я став менше приділяти цьому уваги; 0 – я слідкую за собою так, як і раніше.	Я відчуваю внутрішню напругу чи тремтіння: 0 – ні, зовсім не відчуваю; 1 – іноді; 2 – часто; 3 – дуже часто.
6.	Я вважаю, що мої справи (заняття, хобі) можуть принести мені відчуття задоволення: 0 – точно так, як і звичайно; 1 – так, але не в тій мірі, як раніше; 2 – значно менше, ніж звичайно; 3 – зовсім так не вважаю.	Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатись: 3 – це так; 2 – напевно, це так; 1 – деякою мірою це так; 0 – ні, зовсім не відчуваю.
7.	Я можу отримати задоволення від цікавої книги, радіо- чи телепрограми: 0 – часто; 1 – іноді; 2 – зрідка; 3 – дуже рідко.	У мене буває раптове відчуття паніки: 3 – дуже часто; 2 – досить часто; 1 – не так і часто; 0 – ні, зовсім не буває.

Шкала STAI використовується для визначення рівня реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, а стан реактивної тривожності може бути достатньо динамічним і за часом, і за ступенем виразності. Цей метод використовується для оцінки виразності наявних симптомів тривожності та для оцінки загальної схильності до тривожності. Шкала STAI включає 40 тверджень, поділених на дві частини, з варіантами відповідей. Перші 20 тверджень оцінюють виразність тривожності на теперішній час (реактивна тривожність) (STAI-PT), друга частина тверджень – особистісну тривожність шляхом оцінки схильності до тривоги (STAI-OT) (табл. 2.8, 2.9). Інтерпретація результатів за обома частинами проводиться окремо згідно з ключем для підрахунку (рис. 2.6). Оцінка рівнів реактивної та особистісної тривожності за результатами показників здійснюється таким чином: до 30 балів включно – низький рівень тривожності, 31–45 балів – середній, понад 45 балів – високий рівень тривожності [5, 18, 132, 199].

Таблиця 2.8

Шкала STAI. Реактивна тривожність (цит. за [199])

№ з/п	Твердження	Відповіді			
		зовсім немає	мабуть, так	вірно	абсолют- но вірно
1	2	3	4	5	6
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я перебуваю в напрузі	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я відчуваю себе спокійно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4

Продовження табл. 2.8

1	2	3	4	5	6
8.	Я відчуваю себе відпочившим	1	2	3	4
9.	Я стривожений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я збуджений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я стурбований	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений, і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Таблиця 2.9

Шкала STAI. Особистісна тривожність (цит. за [199])

№ з/п	Твердження	Відповіді			
		майже ніколи	іноді	час- то	майже завжди
1	2	3	4	5	6
1.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
2.	Я швидко втомлююся	1	2	3	4
3.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4

Продовж. табл. 2.9

1	2	3	4	5	6
4.	Я хотів би бути таким щасливим, як і інші	1	2	3	4
5.	Нерідко я програю через те, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
6.	Зазвичай я відчуваю себе бадьорим	1	2	3	4
7.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
8.	Очікувані труднощі зазвичай дуже турбують мене	1	2	3	4
9.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
10.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
11.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
12.	Мені не вистачає впевненості у собі	1	2	3	4
13.	Зазвичай я відчуваю себе у безпеці	1	2	3	4
14.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
15.	У мене буває хандра	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Будь-які дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
18.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
19.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
20.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

State-Trait Anxiety Inventory for Adults Scoring Key (Form Y-1, Y-2)

Developed by Charles D. Spielberger in collaboration with R.L. Gorsuch, R. Lushene, P.R. Vagg, and G.A. Jacobs

To use this stencil, fold this sheet in half and line up with the appropriate test side, either Form Y-1 or Form Y-2. Simply total the scoring **weights** shown on the stencil for each response category. For example, for question # 1, if the respondent marked 3, then the **weight** would be 2. Refer to the manual for appropriate normative data.

Form Y-1	NOT AT ALL SOMEWHAT MODERATELY SO VERY MUCH SO				Form Y-2	ALMOST NEVER SOMETIMES OFTEN ALMOST ALWAYS			
	4	3	2	1		4	3	2	1
1.	4	3	2	1	21.	4	3	2	1
2.	4	3	2	1	22.	1	2	3	4
3.	1	2	3	4	23.	4	3	2	1
4.	1	2	3	4	24.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1	25.	1	2	3	4
6.	1	2	3	4	26.	4	3	2	1
7.	1	2	3	4	27.	4	3	2	1
8.	4	3	2	1	28.	1	2	3	4
9.	1	2	3	4	29.	1	2	3	4
10.	4	3	2	1	30.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1	31.	1	2	3	4
12.	1	2	3	4	32.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4	33.	4	3	2	1
14.	1	2	3	4	34.	4	3	2	1
15.	4	3	2	1	35.	1	2	3	4
16.	4	3	2	1	36.	4	3	2	1
17.	1	2	3	4	37.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4	38.	1	2	3	4
19.	4	3	2	1	39.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1	40.	1	2	3	4

Copyright 1968, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved.

© Copyright 1968, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved.
Published by Mind Garden, Inc., 1690 Woodside Rd, Suite 202, Redwood City, CA 94061

STAIP-AD Scoring Key
www.mindgarden.com

Рис. 2.6. Ключ до оцінки анкети STAI (цит. за [199])

Верифікація діагнозу соматопсихічних розладів та їх корекція у хворих на ХОЗЛ. За згодою з хворими верифікація виявлених соматопсихічних порушень, визначення їх характеру та ступеня тяжкості, призначення відповідного лікування проводилося кваліфікованим лікарем-психіатром відповідно до національних рекомендацій [10, 12]. Обов'язковими методами діагностики згідно з національними та міжнародними стандартами є використання клініко-анамнестичного, психопатологічного методів, зокрема клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю з описом психічного статусу, та психодіагностичні методи, зокрема анкетні методи, рекомендовані національними стандартами.

Лікування соматопсихічних порушень призначалося лікарем-психіатром і включало медикаментозні (антидепресанти, анксіолітики, седативні, психостимулюючі препарати) та психотерапевтичні методи відповідно до національних стандартів [12, 152].

Автор висловлює подяку лікарю-психіатру першої категорії міжрегіонального центру психотерапії Комунального закладу «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» Дніпропетровської обласної ради» Вересі Олені Вікторівні за допомогу в оцінці психічного стану хворих на ХОЗЛ, верифікації у них психічних порушень та призначенні відповідного лікування, спостереженні хворих під час лікування.

Статистична обробка отриманих результатів досліджень. Для розрахунку обсягу вибірки, підтвердження репрезентативності вибіркової сукупності, опису та аналізу результатів дослідження використовувався біостатистичний метод [17, 27, 141]. Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту «STATISTICA 6.1» («StatSoftInc.», серійний № AGAR909E415822FA).

Визначення репрезентативного обсягу вибіркової сукупності проводилося за формулою У. Кохрена для відносних величин [28], для групи контролю – за формулою Lopez-Jimenez F. та співавторів [141].

Перевірка гіпотези нормальності розподілу серед досліджуваних кількісних ознак проводилася за критеріями Колмогорова-Смірнова (D) з виправленням Ліллефорса і Шапіро-Уїлка (SW-W), перевірка рівності дисперсій – за допомогою критерію Левіна.

Для опису кількісних ознак з нормальним розподілом використовувалися середня арифметична (M) як міра центральної тенденції та стандартна (середньоквадратична) помилка середньої величини (m) як міра точності для оцінюваного середнього генеральної сукупності. Для опису центральної тенденції при асиметричному розподілі використовувалася медіана (Me) та інтерквартильний розмах, що складає 50 % значень ознак вибірки (25 і 75% процентилі, тобто верхня границя 1-го і нижня границя 4-го квантилів).

Оцінка достовірності відмінностей середніх для кількісних ознак з нормальним розподілом проводилася за критерієм Стюдента (t), критерієм Фішера за однофакторним дисперсійним аналізом ANOVA; для кількісних ознак з асиметричним розподілом – за критерієм Манна-Уїтні (U) для незв'язаних вибірок і критерієм Вілкоксона (W) для пов'язаних вибірок. Встановлення ймовірності відмінностей відносних показників проводилося з використанням критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, у тому числі з поправкою Йейтса на безперервність для малих частот, значень показника, близьких до 0 або 100 і критерієм Мак-Немара для повторних вимірів.

Для визначення категорій хворих на ХОЗЛ з найбільшою та найменшою виразністю симптомів соматопсихічних порушень використовувався кластерний аналіз. Враховуючи різні одиниці вимірювання ознак, для проведення кластерного аналізу усі дані були стандартизовані. Деревоподібна кластеризація проводилася за стратегією кластеризації Варда з пошуком евклідової відстані [2, 8, 20].

Ефективність діагностичних опитувальників для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ оцінювалася за допомогою стандартних операційних характеристик діагностичних моделей: чутливості (sensitivity), специфічності (specifity), інтегральної характеристики – площі під

ROC-кривою (*англ.* – area under ROC curve (AUC)), яка показує відношення кількості правильно класифікованих випадків до кількості неправильно класифікованих випадків. Площа під кривою (AUC) дозволяє порівняти ефективність виявлення патологічного стану організму при використанні різних альтернативних діагностичних систем, тобто є мірою того, наскільки добре певний параметр може розрізняти хворих двох діагностичних груп (у проведеному нами дослідженні – наявність/відсутність психічного порушення). Якщо площа під кривою знаходиться у межах 0,9–1, то якість методики вважається відмінною, якщо у межах 0,8–0,9 – дуже хорошою, якщо у межах 0,7–0,8 – хорошою, якщо у межах 0,6–0,7 – середньою, якщо в межах 0,5–0,6 – незадовільною [21, 28].

ROC-аналіз та побудова ROC-кривих здійснювалася у програмному пакеті «MedCalc Version 16.4.3», яка є у відкритому доступі на офіційному сайті розробника.

Різницю між порівнювальними величинами вважали достовірною при $p < 0,05$ (5 %) [2, 8, 20].

РОЗДІЛ 3

ДЕПРЕСІЯ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ: ЧАСТОТА, ВИРАЗНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЗВ'ЯЗОК З КЛІНІКОЮ

Висока клінічна значущість депресивних розладів при ХОЗЛ не викликає сумнівів, адже доведеним є їх суттєвий вплив на загальний стан хворих, крім того, існує інформація про їх негативний вплив на перебіг основного захворювання [32, 133, 212]. В той же час, частота та виразність депресивних розладів при ХОЗЛ за даними багатьох дослідників різна, їх взаємозв'язки з клінічними проявами та функціональними порушеннями при ХОЗЛ неоднозначні, методи діагностики ще й досі не уніфіковані [32, 67, 112, 120, 185, 208].

Зважаючи на те, що більшість досліджень стосовно визначення частоти, виразності депресивних змін та встановлення їх взаємозв'язків з клініко-функціональними проявами ХОЗЛ проводилась за кордоном, виявилось доцільним встановити частоту виявлення, виразність депресивних розладів у хворих на ХОЗЛ в Україні, дослідити їх зв'язки з соціально-демографічними, клінічними, функціональними показниками хворих, вивчити особливості деяких анкетних методів виявлення депресії з урахуванням наявності ХОЗЛ як основної патології. Оскільки депресивний синдром може бути характерним для різних психічних порушень, які може верифікувати лише лікар-психіатр, у подальшому при описі результатів дослідження термін «депресія» буде використовуватися нами у якості синдрому для визначення порушень, встановлених за допомогою анкет, призначених для виявлення депресивних змін, що не є остаточним діагнозом.

3.1. Частота депресії у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу у залежності від ступеня тяжкості хвороби

Проведене нами анкетування хворих на ХОЗЛ, направлене на виявлення депресивного синдрому, показало, що застосування різних анкет може зумовити отримання й різних результатів.

В цілому по групі хворих частота виявлення депресивного синдрому за анкетною BDI-SF була дещо вищою, ніж за анкетами PHQ-9 та HADS-депресія ($p_{BDI-SF-PHQ-9}=0,155$; $p_{BDI-SF-HADS-депресія}=0,030$; $p_{PHQ-9-HADS-депресія}=0,445$). Різні показники були отримані і у підгрупах хворих: при нетяжкому перебігу ХОЗЛ найвищою частота виявлення депресивного синдрому була 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 найвищою частота виявлення депресивного синдрому була за анкетами PHQ-9 і BDI-SF ($p_{BDI-SF-PHQ-9}=0,691$; $p_{BDI-SF-HADS-депресія}=0,103$; $p_{PHQ-9-HADS-депресія}=0,216$), сягаючи майже 45% (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ

Групи та підгрупи обстежених	Анкети для виявлення депресії		
	PHQ-9	BDI-SF	HADS-депресія
1	2	3	4
Основна група, абс. (% $\pm$ M):	31 (27,0 $\pm$ 4,14)	41 (35,7 $\pm$ 4,47)	26 (22,6 $\pm$ 3,92)
– підгрупа 1, абс. (% $\pm$ M)	10 (15,9 $\pm$ 4,60)	18 (28,6 $\pm$ 5,69)	11 (17,5 $\pm$ 4,78)
– підгрупа 2, абс. (% $\pm$ M)	21 (40,4 $\pm$ 6,80)	23 (44,2 $\pm$ 6,89)	15 (28,9 $\pm$ 6,28)
Контрольна група, абс. (% $\pm$ M)	1 (5,0 $\pm$ 4,87)	4 (20,0 $\pm$ 8,94)	2 (10,0 $\pm$ 6,71)

Продовження табл. 3.1

1	2	3	4
p	$p_{o-k}=0,033$ $p_{1-2}=0,003$ $p_{1-k}=0,212$ $p_{2-k}=0,004$	$p_{o-k}=0,171$ $p_{1-2}=0,082$ $p_{1-k}=0,449$ $p_{2-k}=0,057$	$p_{o-k}=0,199$ $p_{1-2}=0,146$ $p_{1-k}=0,424$ $p_{2-k}=0,092$

Примітки:

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

Слід зазначити, що за даними анкети PHQ-9 дві третини осіб з депресією були хворими з тяжким перебігом ХОЗЛ, в той час як за даними анкет BDI-SF і HADS-депресія розподіл хворих з депресією по підгрупах був майже однаковим. Можна припустити, що причиною цих розбіжностей є особливості методології анкети PHQ-9: тяжкість симптомів у ній оцінюється за їх тривалістю, а не за виразністю, як у інших анкетах. Оскільки хворі з тяжким перебігом ХОЗЛ могли мати тривалий вплив основного захворювання на психічний стан, то у анкеті PHQ-9 пацієнти часто обирали максимальний бал, що, відповідно, відобразилося на результатах анкетування.

Різниця у частоті виявлення депресії в одній групі хворих подекуди сягала 13 %. Найбільш висока частота виявлення депресії у підгрупах хворих спостерігалася при використанні анкети BDI-SF. Частота виявлення депресії при використанні анкет PHQ-9 та HADS-депресія була нижчою і дещо відрізнялася у залежності від підгрупи хворих. При цьому у 54 із 115 хворих основної групи були виявлені ознаки депресії за тією чи іншою анкетною, з них у 13 осіб депресія була виявлена за трьома анкетами, у 18 – за двома, у 23 – за однією. Однак, незважаючи на ці розбіжності, було встановлено, що частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ дещо вища, ніж у практично здорових осіб з аналогічними гендерними та віковими характеристиками і складала від

15,9 до 44,2 % у залежності від використаної анкети та ступеня тяжкості ХОЗЛ. Крім того, частота виявлення депресії у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ вища порівняно з хворими з нетяжким його перебігом, а також практично здоровими особами.

3.2. Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу у залежності від ступеня тяжкості хвороби

Відомо, що виразність депресії може бути пов'язана з тяжкістю ХОЗЛ [87, 167, 181, 185, 201, 203], хоча у науковій літературі зустрічається і протилежна інформація [131]. У зв'язку з цим нами була вивчена виразність депресії у обстежених нами хворих з урахуванням ступеня тяжкості ХОЗЛ. Оцінка виразності депресії проводилася за трьома анкетами: PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія і оцінювалася за середнім балом. Було встановлено, що за анкетами PHQ-9 і HADS-депресія виразність симптомів депресії у хворих на ХОЗЛ була вищою, ніж у осіб контрольної групи. При цьому у хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу рівень показника був вищим, ніж у хворих з нетяжким перебігом (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ за середніми балами анкет

Групи та підгрупи обстежених	Анкети для виявлення депресії		
	PHQ-9	BDI-SF	HADS-депресія
1	2	3	4
Основна група, абс. (% $\pm$ M):	5 [2–8]	3 [2–6]	5 [3–7]
– підгрупа 1, абс. (% $\pm$ M)	3 [1–6]	3 [1–5]	4 [2–7]
– підгрупа 2, абс. (% $\pm$ M)	5 [3–9]	3,5 [2–8]	5 [4–8]
Контрольна група, абс. (% $\pm$ M)	3,5 [2,5–5]	3 [1–4]	4 [1–5]

Продовження табл. 3.2

1	2	3	4
p	$p_{0-k}=0,041$; $p_{1-2}=0,031$; $p_{1-k}=0,652$; $p_{2-k}=0,035$	$p_{0-k}=0,116$; $p_{1-2}=0,079$; $p_{1-k}=0,340$; $p_{2-k}=0,036$	$p_{0-k}=0,029$; $p_{1-2}=0,014$; $p_{1-k}=0,197$; $p_{2-k}=0,003$

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Наступним етапом нашої роботи було виділення когорти хворих, у яких була виявлена депресія хоча б по одній з вищезазначених анкет. Нижче представлений аналіз результатів, отриманих за кожною з анкет (табл. 3.3, 3.4, 3.5).

Таблиця 3.3

Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ за анкетой PHQ-9

Групи та підгрупи обстежених	Ступінь тяжкості депресії			
	легкий	помірний	помірно-тяжкий	тяжкий
1	2	3	4	5
Основна група (n=31), абс. (% $\pm$ M):	17 (54,8 $\pm$ 8,94)	12 (38,7 $\pm$ 8,75)	2 (6,5 $\pm$ 4,41)	0
– підгрупа 1 (n=10), абс. (% $\pm$ M)	6 (60,0 $\pm$ 15,49)	4 (40,0 $\pm$ 15,49)	0	0
– підгрупа 2 (n=21), абс. (% $\pm$ M)	11 (52,4 $\pm$ 10,90)	8 (38,1 $\pm$ 10,60)	2 (9,5 $\pm$ 6,41)	0
Контрольна група (n=1), абс. (% $\pm$ M)	1 (100)	0	0	0

Продовження табл. 3.3

1	2	3	4	5
p	$p_{0-k}=0,192;$ $p_{1-2}=0,022;$ $p_{1-k}=0,398;$ $p_{2-k}=0,033$			

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Таблиця 3.4

Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ за анкетною BDI-SF

Групи та підгрупи обстежених	Ступінь тяжкості депресії		
	легкий	середній	тяжкий
Основна група (n=41), абс. (%±M):	19 (46,3±7,79)	20 (48,8±7,81)	2 (4,9±3,36)
– підгрупа 1 (n=18), абс. (%±M)	10 (55,6±11,71)	7 (38,9±11,49)	1 (5,6±5,40)
– підгрупа 2 (n=23), абс. (%±M)	9 (39,1±10,18)	13 (56,5±10,34)	1 (4,4±4,25)
Контрольна група (n=4), абс. (%±M)	2 (50,0±25,00)	2 (50,0±25,00)	0
p	$p_{0-k}=0,570;$ $p_{1-2}=0,231;$ $p_{1-k}=0,838;$ $p_{2-k}=0,283$		

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Таблиця 3.5

Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ за анкетною HADS-депресія

Групи та підгрупи обстежених	Ступінь тяжкості депресії		
	легкий	помірний	тяжкий
1	2	3	4
Основна група (n=26), абс. (%±M):	19 (73,1±8,70)	6 (23,1±8,26)	1 (3,9±3,77)
– підгрупа 1 (n=11), абс. (%±M)	8 (72,7±13,43)	3 (27,3±13,43)	0
– підгрупа 2 (n=15), абс. (%±M)	11 (73,3±11,42)	3 (20,0±10,33))	1 (6,7±6,44)
Контрольна група (n=2), абс. (%±M)	2 (100)	0	0
p	$p_{0-k}=0,567;$ $p_{1-2}=0,395;$ $p_{1-k}=0,564;$ $p_{2-k}=0,361$		

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

За анкетною PHQ-9 було визначено, що, недивлячись на те, що хворі на ХОЗЛ та особи контрольної групи були ідентичними за виразністю депресії, рівень цього показника суттєво відрізнявся у хворих підгруп з тяжким та нетяжким перебігом ХОЗЛ: у підгрупі 2 були хворі з помірнотяжкою депресією, тоді як у підгрупі 1 таких пацієнтів не було (див. табл. 3.3).

За анкетною BDI-SF виразність депресії у хворих на ХОЗЛ та практично здорових осіб була майже ідентичною. Так, в основній групі серед хворих з депресією переважав середній ступінь тяжкості депресії. При цьому у хворих на ХОЗЛ з нетяжким перебігом переважав легкий ступінь тяжкості депресії,

тоді як у хворих з тяжким перебігом хвороби – середній ступінь її тяжкості (див. табл. 3.4).

За анкетною HADS-депресія виразність депресії як у хворих на ХОЗЛ (незалежно від ступеня тяжкості перебігу хвороби), так і у практично здорових осіб з аналогічними гендерними та віковими характеристиками була переважно легкого ступеня (див. табл. 3.5).

Найбільш імовірно різниця отриманих результатів може бути пов'язана з вже згаданою вище особливістю методології анкети PHQ-9, яка стосується підходу до оцінки тяжкості симптомів депресії за їх тривалістю. Відповідно до цього, при відповіді на запитання анкети щодо деяких симптомів депресії, які можуть бути хоча б частково пов'язані з наявністю у хворих такого основного захворювання як ХОЗЛ тяжкого перебігу, і мають довгу тривалість, пацієнти часто обирають максимальний бал, тобто визначають ці симптоми, як максимально виразні.

Нашу увагу привернуло й те, що за анкетами PHQ-9 та HADS-депресія у хворих на ХОЗЛ різних клінічних груп переважала депресія легкого ступеня. За анкетною ж BDI-SF у хворих на ХОЗЛ, і особливо у хворих з тяжким перебігом хвороби, переважала депресія середнього ступеня тяжкості. Слід зазначити, що за цією анкетною депресія легкого ступеня визначається вже при п'яти балах за результатами анкетування. При цьому у анкеті BDI-SF є декілька запитань щодо симптомів, які можуть бути характерні як для депресії, так і для самого ХОЗЛ. Поодинокі випадки тяжкої депресії за анкетами PHQ-9 та HADS-депресія були виявлені лише у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ, за анкетною ж BDI-SF один випадок тяжкої депресії було виявлено у хворого з нетяжким перебігом хвороби, ще один – у хворого з тяжким перебігом захворювання.

3.3. Аналіз методології анкетних методів виявлення депресії з урахуванням ХОЗЛ як основної патології

При наявності на сьогоднішній день великої кількості анкет, призначених для виявлення депресії, рекомендацій щодо обрання якоїсь конкретної з них для використання у хворих на ХОЗЛ не існує [32, 77, 185, 120]. У національних та міжнародних стандартах зазначено, що підходи до виявлення депресії при ХОЗЛ не відрізняються від загальних підходів до її виявлення [11, 114]. В той же час відмінності результатів досліджень з визначення частоти, виразності депресії при ХОЗЛ часом є досить суттєвими і можуть бути пов'язаними з обранням дослідниками різних анкет [1, 48, 100, 112, 180, 181, 203].

У зв'язку з тим, що отримані нами результати анкетування хворих за трьома анкетами мали досить суттєві відмінності, видалося доцільним проаналізувати структуру кожної з анкет та відповіді хворих з урахуванням клінічних особливостей стану пацієнтів.

Проведений нами аналіз показав, що однією з найсуттєвіших відмінностей анкет PHQ-9, BDI-SF та HADS-депресія є різні підходи до оцінки ступеня тяжкості симптому. Так, у анкеті PHQ-9 за основу взятий принцип тривалості симптому (кількість набраних балів відповідає тривалості симптому) (див. рис. 2.5), у анкеті BDI-SF – його виразність (кількість набраних балів відповідає виразності симптому) (див. табл. 2.6), у анкеті HADS-депресія тяжкість одних симптомів оцінюється за їх тривалістю, інших – за ступенем їх виразності (див. табл. 2.7). Різні методологічні принципи формування анкет можуть бути причиною отримання різних результатів у хворих на ХОЗЛ. Оскільки перебіг ХОЗЛ характеризується постійною наявністю клінічної симптоматики, то і їх вплив на психічний стан хворих може бути постійним. У зв'язку з цим, хворий може набрати максимальну кількість балів за анкетною, запитання якої стосуються постійності симптоматики (анкета PHQ-9), і мінімальну або суттєво нижчу кількість балів

за анкетною, запитання якої хоча б частково стосуються виразності симптоматики (анкети BDI-SF та HADS-депресія). Таким чином, один і той же хворий за різними анкетами може набрати різну кількість балів. Це повинен враховувати лікар при аналізі результатів.

Наступним важливим питанням при аналізі результатів анкетування хворих на ХОЗЛ є формулювання деяких запитань у анкетах, сприйняття яких може бути неоднозначним з урахуванням наявності ХОЗЛ як основного захворювання та похилого віку переважної більшості хворих на ХОЗЛ. Ці запитання зустрічаються у багатьох анкетах і стосуються симптомів, характерних як для депресії, так і для власне ХОЗЛ, а також для фізіологічних змін, таких як старість [44, 77, 140, 208]. Так, у анкеті PHQ-9 є запитання про відчуття підвищеної втоми (див. рис. 2.5), у анкеті BDI-SF – про відчуття підвищеної втоми та знижену працездатність (див. табл. 2.6), у анкеті HADS-депресія – про зниження відчуття бадьорості та повільність при діях (див. табл. 2.7). Потрібно зазначити, що практично усі обстежені нами хворі, які за результатами анкетування за тією чи іншою анкетною отримали хоча б один-два бали, підтвердили наявність у них цих симптомів. Крім того, оскільки у анкетах PHQ-9 та HADS-депресія оцінка цих симптомів визначалась їх тривалістю, хворі часто обирали найвищий бал; при цьому виразність цих симптомів могла бути і невисокою. Найчастіше за усіма анкетами хворі ствердно відповідали на запитання, які стосувались підвищеної втоми, зниження працездатності, зменшення відчуття бадьорості.

Щодо запитань, на які хворі давали найменшу кількість ствердних відповідей, вони були різними у всіх анкетах. Так, згідно з результатами опитування за анкетною PHQ-9 найменша кількість ствердних відповідей була дана на запитання про розчарування у собі, про порушення концентрації уваги та запитання щодо думок про бажання померти. За результатами, отриманими за анкетною BDI-SF, найменша кількість ствердних відповідей була дана на запитання про відчуття себе невдахою, про відчуття особистої провини, про розчарування у собі, а на запитання щодо бажання померти не було набрано

жодного балу. Згідно з результатами, отриманими за анкетною HADS-депресія, хворі найрідше зазначали зникнення відчуття задоволення від того, що звичайно його викликає, зникнення здатності бачити смішне у подіях, зникнення задоволення від своїх справ та хобі.

Таким чином, при вивченні відповідей на запитання анкет нами було встановлено, що певні симптоми зустрічаються у хворих на ХОЗЛ особливо часто, тоді як інші – дуже рідко або взагалі не зустрічаються. Найчастіше зустрічаються симптоми, які притаманні як депресії, так і власне ХОЗЛ або похилому віку обстежених хворих, отже вони не завжди можуть бути наслідком соматопсихічних порушень як таких.

Привернуло увагу й те, що різне формулювання, різний переклад з мови оригіналу схожих по суті запитань може призводити до різного їх сприйняття, а отже і до різних відповідей респондентів. Так, схожі запитання про бажання померти у анкетах PHQ-9 та BDI-SF звучать дещо по-різному. Це може призводити до неоднозначного сприйняття запитань пацієнтами, і, відповідно, впливати на відповіді.

Особливу увагу привернула методологія інтерпретації отриманих результатів анкетування за кожною з анкет. Так, інструкція до оцінки результатів для анкети PHQ-9 є досить складною [195, 196]. Спочатку необхідно оцінити відповіді хворого на запитання 1 та 2. При отриманні 2 або 3 балів хоча на одне з цих запитань, а також при отриманні 1 балу на останнє запитання (щодо думок про бажання померти) встановлюється діагноз депресії. Визначення ступеня тяжкості депресії проводиться шляхом підрахунку загальної суми балів, результати розподіляються на три типи розладів: «депресивний розлад», «великий депресивний розлад» та «інший депресивний розлад». В той же час, широковідомим і загальноприйнятим є той факт, що верифікація діагнозу та визначення нозологічної форми будь-яких психічних розладів, і зокрема депресії, може проводитися лише фахівцем – лікарем-психіатром [12, 96, 154].

Що стосується інструкцій до інтерпретації результатів, отриманих за допомогою анкетами BDI-SF та HADS-депресія, вони є досить простими, оскільки враховують лише загальну суму балів, що визначає наявність депресії, так і ступінь її виразності (наведено у розділі 2, підрозділі 2.3).

Таким чином, для виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ більш прийнятним є використання анкет, у яких оцінка симптомів депресії хоча б частково стосується не їх тривалості, а їх виразності. Отже, анкети BDI-SF та HADS-депресія є більш прийнятними.

Підтвердження переважною більшістю хворих на ХОЗЛ деяких симптомів депресії при анкетуванні за трьома анкетами може свідчити про неоднозначне походження цих симптомів. Вони можуть бути наслідком не стільки депресії, скільки самого ХОЗЛ та/або похилого віку хворого.

При розробці жодної з анкет авторами не враховувалось, що респондентами можуть бути саме хворі на ХОЗЛ, які до того ж є особами похилого віку. Останнє дозволяє використовувати анкетування хворих на ХОЗЛ лише у якості скринінгового методу для виявлення ознак депресії, а також для визначення тих осіб, які потребують додаткового консультативного огляду лікарем-психіатром.

3.4. Взаємозв'язок соціально-демографічних, клінічних та функціональних показників у хворих на ХОЗЛ з наявністю та виразністю у них депресії згідно з даними різних анкет

Визначення взаємозв'язків наявності та виразності депресії у хворих на ХОЗЛ із соціально-демографічними, клінічними, функціональними показниками хворих, їх ЯЖ може дозволити встановити якщо не причини та механізми виникнення депресії при ХОЗЛ, то, принаймні, фактори, які можуть сприяти її виникненню та підвищенню виразності, а також можливий негативний вплив депресії на стан хворих, зокрема їх сприйняття симптомів основного захворювання, функціональний стан, ЯЖ. Проте, у нашій країні

проводилися лише поодинокі дослідження щодо встановлення цих взаємозв'язків [3, 5, 19]. З огляду на вищенаведене, нами було вивчено взаємозв'язки деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих на ХОЗЛ нашого регіону у залежності від тяжкості його перебігу з наявністю й виразністю депресії за анкетами PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія.

Обстежені хворі підгруп 1 (клінічні групи А та В) та 2 (клінічні групи С та D) були додатково розподілені на підгрупи у залежності від наявності або відсутності у них депресії. Оскільки депресію виявляли за трьома анкетами, а результати за ними не завжди співпадали, то розподіл хворих у підгрупах 1 та 2 проводився окремо за результатами кожної використаної анкети. У підгрупі 1 за анкетною PHQ-9 депресія була виявлена у 10 осіб (ця підгрупа позначена як $1_{\text{PHQ-9}+}$), не виявлена – у 53 (підгрупа $1_{\text{PHQ-9-}}$); за анкетною BDI-SF депресія була виявлена у 18 осіб (підгрупа $1_{\text{BDI-SF}+}$), не виявлена – у 45 (підгрупа $1_{\text{BDI-SF-}}$); депресія за анкетною HADS-депресія була виявлена у 11 осіб (підгрупа $1_{\text{HADSдепр.}+}$), не виявлена – у 52 (підгрупа $1_{\text{HADSдепр.-}}$). У підгрупі 2 за анкетною PHQ-9 депресія була виявлена у 21 особи (ця підгрупа позначена як підгрупа $2_{\text{PHQ-9}+}$), не виявлена – у 31 (підгрупа $2_{\text{PHQ-9-}}$); за анкетною BDI-SF депресія була виявлена у 23 осіб (підгрупа $2_{\text{BDI-SF}+}$), не виявлена – у 29 (підгрупа $2_{\text{BDI-SF-}}$); депресія за анкетною HADS-депресія була виявлена у 15 осіб (підгрупа $2_{\text{HADSдепр.}+}$), не виявлена – у 37 хворих (підгрупа $2_{\text{HADSдепр.-}}$). Підгрупи $1_{\text{PHQ-9}+}$, $1_{\text{PHQ-9-}}$, $1_{\text{BDI-SF}+}$, $1_{\text{BDI-SF-}}$, $1_{\text{HADSдепр.}+}$, $1_{\text{HADSдепр.-}}$ за віковими й гендерними показниками були аналогічними підгрупі 1 в цілому ($p>0,05$); підгрупи $2_{\text{PHQ-9}+}$, $2_{\text{PHQ-9-}}$, $2_{\text{BDI-SF}+}$, $2_{\text{BDI-SF-}}$, $2_{\text{HADSдепр.}+}$, $2_{\text{HADSдепр.-}}$ – підгрупі 2 ($p>0,05$).

За даними анкети PHQ-9 хворі з нетяжким перебігом ХОЗЛ і депресією за деякими соціально-демографічними, клінічними показниками, рівнем ЯЖ досить суттєво відрізнялися від аналогічних хворих без депресії (табл. 3.6). Так, серед хворих з депресією відсоток жінок був більшим, ніж серед хворих без депресії. В той же час аналіз показав, що ані вік хворих на момент обстеження, ані сімейний стан, ані отримана освіта чи вид діяльності, ані

витрати на лікування основного захворювання не вплинули на формування депресії. Щодо клінічної симптоматики (див. табл. 3.6), у хворих підгрупи 1 з депресією більш виразними були задишка (за шкалою mMRC), у тому числі після фізичного навантаження (за шкалою MBS) та симптоматика ХОЗЛ в цілому (за шкалою CAT), аніж у хворих цієї ж підгрупи без депресії. Крім того, у хворих підгрупи 1 з депресією рівень ЯЖ (за усіма доменами анкети SGRQ) був суттєво нижчим, ніж у хворих без депресії; погіршення психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ, за анкетною CCQ (домен «психічний стан») було достовірно більш значущим у хворих з депресією, ніж без неї.

Таблиця 3.6

Рівень деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих, ЯЖ у залежності від наявності у них депресії за анкетною PHQ-9

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	1 _{PHQ-9+}	1 _{PHQ-9-}	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	6 (60,0 $\pm$ 15,49)	47 (88,7 $\pm$ 4,35)	U=-2,26; p=0,024
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	4 (40,0 $\pm$ 15,49)	6 (11,3 $\pm$ 4,35)	
Вік, роки	67,0 $\pm$ 1,99	62,0 $\pm$ 1,12	t=1,84; p=0,071
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (%), $M \pm m$	7 (70,0 $\pm$ 14,49)	48 (90,6 $\pm$ 4,02)	U=-1,78; p=0,076
– самотні, абс. (%), $M \pm m$	3 (30,0 $\pm$ 14,49)	5 (9,4 $\pm$ 4,02)	
Освіта:			
– вища, абс. (%), $M \pm m$	5 (50,0 $\pm$ 15,81)	28 (52,8 $\pm$ 6,86)	U=0,16; p=0,870
– середня, абс. (%), $M \pm m$	5 (50,0 $\pm$ 15,81)	29 (54,7 $\pm$ 6,84)	

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (% , $M \pm m$)	5 (50,0 $\pm$ 15,81)	28 (52,8 $\pm$ 6,86)	U=0,16;
– фізична, абс. (% , $M \pm m$)	5 (50,0 $\pm$ 15,81)	29 (54,7 $\pm$ 6,84)	p=0,870
Статус куріння:			
– курці, абс. (% , $M \pm m$)	4 (40,0 $\pm$ 15,49)	20 (37,7 $\pm$ 6,66)	U=0,13;
– некурці, абс. (% , $M \pm m$)	6 (60,0 $\pm$ 15,49)	32 (62,3 $\pm$ 6,66)	p=0,893
Тривалість захворювання, роки	5 [2–10]	6 [4–15]	U=-0,93;
			p=0,350
Наявність супутньої патології, абс. (% , $M \pm m$)	7 (70,0 $\pm$ 14,49)	20 (37,7 $\pm$ 6,66)	U=0,39;
			p=0,695
Витрати на лікування (% загального прибутку, ($M \pm m$))	31,5 $\pm$ 8,57	26,8 $\pm$ 2,88	t=0,42;
			p=0,676
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	2,5 [1–3]	1 [1–2]	U=2,21;
			p=0,027
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	1,5 [1–3]	1 [1–2]	U=1,50;
			p=0,133
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	1,5 [1–2]	1[1–2]	U=0,86;
			p=0,390
Виразність симптомів за САТ, бали ($M \pm m$)	18,1 $\pm$ 2,08	12,4 $\pm$ 0,95	t=2,40;
			p=0,020
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	2,3 $\pm$ 0,19	1,8 $\pm$ 0,13	t=1,83;
			p=0,070
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	2,6 $\pm$ 0,35	1,5 $\pm$ 0,20	t=2,27;
			p=0,026
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	2,3 $\pm$ 0,25	2,2 $\pm$ 0,16	t=0,98;
			p=0,333

Продовження табл. 3.6

1	2	3	4
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	$2,0 \pm 0,27$	$1,5 \pm 0,15$	$t=1,32$; $p=0,189$
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали ($Me [25-75]$)	0 [0-0]	0 [0-0]	$U=0,80$; $p=0,423$
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали ($Me [25-75]$)	2 [2-3]	1 [1-2]	$U=2,27$; $p=0,023$
SpO ₂ до 6MWT, % ($Me [25-75]$)	95 [93-97]	96 [95-97]	$U=-1,51$; $p=0,131$
SpO ₂ після 6MWT, % ($Me [25-75]$)	95 [92-97]	96 [95-97]	$U=-0,92$; $p=0,360$
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м ($Me [25-75]$)	420 [359-475]	450 [400-500]	$U=-0,97$; $p=0,331$
ОФВ _{1пре} , % належн. ($M \pm m$)	$58,1 \pm 3,07$	$60,6 \pm 1,64$	$t=-0,62$; $p=0,534$
ОФВ _{1пост} , % належн. ($M \pm m$)	$65,5 \pm 3,41$	$65,9 \pm 1,73$	$t=-0,06$; $p=0,953$
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	$68,2 \pm 6,29$	$46,3 \pm 2,68$	$t=3,24$; $p=0,002$
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали ($M \pm m$)	$63,8 \pm 3,77$	$47,2 \pm 2,31$	$t=2,96$; $p=0,004$
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали ($M \pm m$)	$40,4 \pm 3,98$	$28,8 \pm 2,22$	$t=2,16$; $p=0,035$
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	$50,7 \pm 3,24$	$37,3 \pm 1,93$	$t=3,15$; $p=0,003$

За даними анкети BDI-SF хворі з нетяжким перебігом ХОЗЛ та депресією за соціально-демографічними та клініко-функціональними показниками суттєво не відрізнялися від аналогічних пацієнтів без депресії (табл. 3.7). Так, ані вік хворих на момент обстеження, ані їх стать чи сімейний стан, ані отримана освіта чи вид діяльності, ані статус куріння, ані витрати на лікування основного захворювання не вплинули на формування депресії. Щодо клініко-функціональних показників, хворі підгрупи 1 з депресією та без неї суттєво не відрізнялися за виразністю симптомів ХОЗЛ, рівнем $\text{ОФВ}_{1\text{пре}}$ та $\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$, рівнем SpO_2 до та після фізичного навантаження, толерантністю до фізичного навантаження. При цьому хворі підгрупи 1 з депресією та без неї суттєво відрізнялися лише за виразністю погіршення психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ (за анкетною CCQ, домен «психічний стан»), та рівнем ЯЖ (за усіма доменами опитувальника SGRQ). Ці показники були гіршими у хворих з депресією порівняно з хворими без неї.

Таблиця 3.7

Рівень деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих, ЯЖ у залежності від наявності у них депресії за анкетною BDI-SF

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	$1_{\text{BDI-SF+}}$	$1_{\text{BDI-SF-}}$	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	14 (77,8 $\pm$ 9,80)	39 (86,7 $\pm$ 5,07)	U=-0,87; p=0,387
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	4 (22,2 $\pm$ 9,80)	6 (13,3 $\pm$ 6,07)	
Вік, роки	64,9 $\pm$ 1,88	61,9 $\pm$ 1,20	t=1,36; p=0,180

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (% , $M \pm m$)	15 (83,3 $\pm$ 8,78)	43 (95,6 $\pm$ 3,07)	U=-0,59;
– самотні, абс. (% , $M \pm m$)	3 (16,7 $\pm$ 8,78)	2 (4,4 $\pm$ 3,07)	p=0,553
Освіта:			
– вища, абс. (% , $M \pm m$)	10 (55,6 $\pm$ 11,71)	11 (24,4 $\pm$ 6,41)	U=-0,31;
– середня, абс. (% , $M \pm m$)	8 (44,4 $\pm$ 11,71)	34 (75,6 $\pm$ 6,41)	p=0,751
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (% , $M \pm m$)	8 (44,4 $\pm$ 11,71)	10 (22,2 $\pm$ 6,20)	U=0,79;
– фізична, абс. (% , $M \pm m$)	10 (55,6 $\pm$ 11,71)	35 (77,8 $\pm$ 6,20)	p=0,429
Статус куріння:			
– курці, абс. (% , $M \pm m$)	7 (38,9 $\pm$ 11,49)	6 (13,3 $\pm$ 6,07)	U=0,08;
– некурці, абс. (% , $M \pm m$)	11 (61,1 $\pm$ 11,49)	39 (86,7 $\pm$ 5,07)	p=0,935
Тривалість захворювання, роки	7 [2–10]	6 [4–15]	U=-1,29; p=0,197
Наявність супутньої патології, абс. (% , $M \pm m$)	13 (72,2 $\pm$ 10,56)	7 (15,6 $\pm$ 5,40)	U=0,80; p=0,421
Витрати на лікування (% загального прибутку, ($M \pm m$))	29,3 $\pm$ 5,17	26,8 $\pm$ 3,28	t=0,40; p=0,688
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	2 [1–3]	1 [1–2]	U=1,53; p=0,126
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1 [1–1]	U=1,06; p=0,287
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1[1–2]	U=-0,08; p=0,935
Виразність симптомів за САТ, бали ($M \pm m$)	15,4 $\pm$ 1,62	12,5 $\pm$ 1,06	t=1,50; p=0,138

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	2,1 $\pm$ 0,15	1,8 $\pm$ 0,15	t=1,38; p=0,173
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	2,4 $\pm$ 0,19	2,2 $\pm$ 0,18	t=0,46; p=0,647
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	2,4 $\pm$ 0,30	1,4 $\pm$ 0,22	t=2,59; p=0,012
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	1,7 $\pm$ 0,19	1,5 $\pm$ 0,17	t=0,74; p=0,463
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0 [0–0]	0 [0–0]	U=1,02; p=0,309
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	2 [1–2]	1 [1–2]	U=1,84; p=0,066
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	96 [94–97]	96 [94–97]	U=-0,83; p=0,405
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	96 [94–97]	96 [94–97]	U=-0,65; p=0,518
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	400 [387–462]	450 [400–500]	U=-1,31; p=0,191
ОФВ _{1пре} , % належн. ($M \pm m$)	58,2 $\pm$ 2,78	61,0 $\pm$ 1,70	t=-0,89; p=0,376
ОФВ _{1пост} , % належн. ($M \pm m$)	63,9 $\pm$ 2,68	66,5 $\pm$ 1,88	t=-0,76; p=0,449

Продовження табл. 3.7

1	2	3	4
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	58,9 $\pm$ 4,67	46,2 $\pm$ 3,06	t=2,24; p=0,029
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали ($M \pm m$)	57,6 $\pm$ 2,79	46,8 $\pm$ 2,70	t=2,33; p=0,023
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали ($M \pm m$)	30,1 $\pm$ 2,83	27,6 $\pm$ 2,49	t=2,41; p=0,019
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	47,4 $\pm$ 2,28	36,5 $\pm$ 2,24	t=2,85; p=0,006

За даними анкети HADS-депресія хворі з нетяжким перебігом ХОЗЛ та депресією за деякими соціально-демографічними, клінічними показниками, а також рівнем ЯЖ досить суттєво відрізнялися від пацієнтів з аналогічним перебігом ХОЗЛ без депресії (табл. 3.8). Так, серед хворих підгрупи 1 з депресією відсоток жінок був достовірно більшим, ніж серед хворих підгрупи 1 без депресії. В той же час вік хворих на момент обстеження, їх сімейний стан, отримана освіта чи вид діяльності, витрати на лікування основного захворювання, статус куріння не вплинули на формування депресії. Стосовно клінічної симптоматики ХОЗЛ було визначено, що виразність задишки (за шкалою mMRC), виразність кашлю та кількість мокротиння (за шкалами В. М. Савченка), виразність симптомів ХОЗЛ в цілому (за анкетами САТ, ССQ (домени «сума», «симптоми»)) були достовірно вищими у хворих підгрупи 1 з депресією, ніж у хворих цієї ж підгрупи без депресії. Крім того, у хворих з депресією погіршення психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ (за анкетною ССQ, домен «психічний стан») та зниження рівня ЯЖ (за усіма доменами опитувальника SGRQ) був достовірно нижчим у хворих підгрупи 1 з депресією, ніж у хворих цієї ж підгрупи без депресії. Також було виявлено, що супутня патологія у хворих підгрупи 1 з депресією зустрічалась достовірно частіше, ніж у хворих цієї ж підгрупи без депресії. В той же час рівні

функціональних показників ($\text{ОФВ}_{1\text{пре}}$ та $\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$, SpO_2 до та після фізичного навантаження, толерантність до фізичного навантаження) у хворих з депресією та без неї достовірно не відрізнялись.

Таблиця 3.8

Рівень деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих, ЯЖ у залежності від наявності у них депресії за анкетною HADS-депресія

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	$1_{\text{HADSдепр.}+}$	$1_{\text{HADSдепр.-}}$	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	7 (63,6 $\pm$ 14,50)	46 (88,5 $\pm$ 4,43)	U=-2,03; p=0,042
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	4 (36,4 $\pm$ 14,50)	6 (11,5 $\pm$ 4,43)	
Вік, роки	65,5 $\pm$ 2,25	63,5 $\pm$ 1,13	t=1,26; p=0,213
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (%), $M \pm m$	10 (90,9 $\pm$ 8,67)	45 (86,5 $\pm$ 4,73)	U=0,39; p=0,695
– самотні, абс. (%), $M \pm m$	1 (9,1 $\pm$ 8,67)	7 (13,5 $\pm$ 4,73)	
Освіта:			
– вища, абс. (%), $M \pm m$	5 (45,5 $\pm$ 15,01)	28 (53,9 $\pm$ 6,91)	U=0,50; p=0,615
– середня, абс. (%), $M \pm m$	6 (54,6 $\pm$ 15,01)	24 (46,2 $\pm$ 6,91)	
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (%), $M \pm m$	6 (54,6 $\pm$ 15,01)	25 (48,1 $\pm$ 6,93)	U=-0,16; p=0,875
– фізична, абс. (%), $M \pm m$	5 (45,5 $\pm$ 15,01)	27 (51,9 $\pm$ 6,93)	
Статус куріння:			
– курці, абс. (%), $M \pm m$	5 (45,5 $\pm$ 15,01)	19 (36,5 $\pm$ 6,68)	U=0,55; p=0,583
– некурці, абс. (%), $M \pm m$	6 (54,6 $\pm$ 15,01)	33 (63,5 $\pm$ 6,68)	

Продовження табл. 3.8

1	2	3	4
Тривалість захворювання, роки	10 [2–15]	6 [4–13]	U=0,09; p=0,928
Наявність супутньої патології, абс. (%), $M \pm m$)	10 (90,9 $\pm$ 8,67)	30 (57,7 $\pm$ 6,85)	U=2,00; p=0,045
Витрати на лікування (% загального прибутку, ($M \pm m$))	36,8 $\pm$ 7,39	25,5 $\pm$ 2,91	t=1,57; p=0,121
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	2 [2–3]	1 [1–2]	U=2,46; p=0,014
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	2 [2–2]	1 [1–1]	U=3,36; p=0,001
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	2 [1–2]	1[1–2]	U=2,11; p=0,035
Виразність симптомів за CAT, бали ($M \pm m$)	19,6 $\pm$ 2,09	12,0 $\pm$ 0,90	t=3,52; p=0,001
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	2,4 $\pm$ 0,19	1,7 $\pm$ 0,13	t=2,38; p=0,020
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	2,9 $\pm$ 0,30	2,1 $\pm$ 0,15	t=2,02; p=0,047
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	2,5 $\pm$ 0,41	1,5 $\pm$ 0,20	t=2,27; p=0,027
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	2,0 $\pm$ 0,25	1,5 $\pm$ 0,15	t=1,34; p=0,187
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0 [0–0]	0 [0–0]	U=0,65; p=0,516

Продовження табл. 3.8

1	2	3	4
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	2 [1–3]	1 [1–2]	U=1,65; p=0,098
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	95 [94–97]	96 [94–97]	U=-0,77; p=0,442
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	95 [94–97]	96 [95–97]	U=-0,68; p=0,494
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	400 [350–475]	450 [400–500]	U=-1,11; p=0,268
ОФВ _{1пре} , % належн. (M±m)	58,7±3,63	60,5±1,60	t=-0,49; p=0,628
ОФВ _{1пост} , % належн. (M±m)	64,6±3,49	66,0±1,73	t=-0,34; p=0,734
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	64,2±4,38	46,3±2,86	t=2,98; p=0,004
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	61,1±4,66	47,5±2,31	t=2,52; p=0,014
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	43,5±3,57	28,1±2,20	t=2,86; p=0,006
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	51,8±3,05	37,0±1,94	t=3,38; p=0,001

Таким чином, було визначено, що серед хворих на ХОЗЛ з нетяжким перебігом та депресією кількість жінок та частота іншої супутньої патології були вищими, ніж у хворих без депресії. Крім того, у хворих з супутньою депресією виразність клінічних симптомів ХОЗЛ була вищою, а рівень ЯЖ хворих та їх психічний стан, пов'язаний з ХОЗЛ, були гіршими, ніж у пацієнтів без депресії цих же клінічних груп. В той же час не було виявлено

взаємозв'язків між наявністю депресії (незалежно від використаної для її виявлення анкети) та рівнем функціональних порушень.

Для визначення взаємозв'язків між наявністю депресії та аналогічними соціально-демографічними, клінічно-функціональними показниками у хворих підгрупи 2 (клінічні групи С та D) був проведений порівняльний аналіз показників у підгрупах 2_{PHQ-9+} та 2_{PHQ-9-} , $2_{BDI-SF+}$ та $2_{BDI-SF-}$, $2_{HADS_{депр.}+}$ та $2_{HADS_{депр.-}}$.

За даними анкети PHQ-9 було визначено, що хворі з тяжким перебігом ХОЗЛ та депресією за соціально-демографічними, клінічними та функціональними показниками не відрізнялися від аналогічних хворих без депресії (табл. 3.9). Так, на формування депресії у цих хворих не вплинули вік, стать, сімейний стан, рівень освіти, вид діяльності, витрати на лікування основного захворювання, статус куріння. За виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ хворі підгрупи 2 з депресією не відрізнялись від аналогічних хворих без неї. Достовірна різниця була виявлена лише між виразністю симптомів ХОЗЛ за анкетною CCQ (домен «сума»). Рівні функціональних показників ($ОФВ_{1пре}$ та $ОФВ_{1пост}$, SpO_2 до та після фізичного навантаження, толерантність до фізичного навантаження) у хворих з депресією та без неї не відрізнялись. В той же час погіршення психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ за анкетною CCQ (домен «психічний стан»), було більш значним у осіб з депресією, ніж без неї.

Таблиця 3.9

Рівень соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих, ЯЖ у залежності від наявності/відсутності у них депресії за PHQ-9

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	2_{PHQ-9+}	2_{PHQ-9-}	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	20 (95,2 $\pm$ 4,65)	25 (80,7 $\pm$ 7,10)	U=1,50; p=0,134
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	1 (4,8 $\pm$ 4,65)	6 (19,4 $\pm$ 7,10)	

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4
Вік, роки	62,4±2,08	64,3±1,46	t=-0,74; p=0,462
Сімейний стан: – одружені, абс. (% , M±m) – самотні, абс. (% , M±m)	18 (85,7±7,64) 3 (14,3±7,64)	25 (80,7±7,10) 6 (19,4±7,10)	U=0,52; p=0,602
Освіта: – вища, абс. (% , M±m) – середня, абс. (% , M±m)	7 (33,3±10,29) 14 (66,7±10,29)	8 (25,8±7,86) 23 (74,2±7,86)	U=-0,58; p=0,560
Вид діяльності: – розумова, абс. (% , M±m) – фізична, абс. (% , M±m)	8 (38,1±10,60) 13 (61,9±10,60)	10 (32,3±8,40) 21 (67,7±8,40)	U=-0,19; p=0,849
Статус куріння: – курці, абс. (% , M±m) – некурці, абс. (% , M±m)	11 (52,4±10,90) 10 (47,6±10,90)	9 (29,0±8,15) 22 (71,0±8,15)	U=1,58; p=0,093
Тривалість захворювання, роки	8 [5–16]	12 [6–20]	U=-0,77; p=0,443
Наявність супутньої патології, абс. (% , M±m)	11 (52,4±10,90)	19 (61,3±8,75)	U=-0,63; p=0,527
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m)	37,9±5,16	32,6±3,14	t=0,92; p=0,359
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	3 [2–3]	2 [1–3]	U=0,83; p=0,406
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1 [1–2]	U=1,28; p=0,200
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1[1–2]	U=0,661; p=0,509

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4
Виразність симптомів за САТ, бали ($M \pm m$)	20,3 $\pm$ 0,22	17,8 $\pm$ 1,21	t=1,18; p=0,243
Виразність симптомів за ССQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	3,1 $\pm$ 0,22	2,5 $\pm$ 0,17	t=2,16; p=0,036
Виразність симптомів за ССQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	3,2 $\pm$ 0,27	2,8 $\pm$ 0,20	t=1,37; p=0,177
Виразність симптомів за ССQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	3,5 $\pm$ 0,30	2,3 $\pm$ 0,27	t=2,93; p=0,005
Виразність симптомів за ССQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	2,8 $\pm$ 0,30	2,3 $\pm$ 0,20	t=1,35; p=0,183
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0 [0–1]	0 [0–0]	U=1,82; p=0,692
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	3 [2–3]	2,5 [2–3]	U=1,23; p=0,217
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	94 [91–95]	94 [93–95]	U=-0,88; p=0,378
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	93,5 [91–95]	94 [92–97]	U=-0,05; p=0,961
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	350 [300–400]	350 [300–400]	U=-0,34; p=0,733
ОФВ _{1прс} , % належн. ($M \pm m$)	36,3 $\pm$ 1,57	34,1 $\pm$ 1,54	t=0,96; p=0,342

Продовження табл. 3.9

1	2	3	4
ОФВ ₁ пост, % належн. (M±m)	41,7±1,88	38,5±1,48	t=1,36; p=0,181
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	60,3±5,63	57,8±3,82	t=0,67; p=0,050
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	63,6±3,55	59,9±3,81	t=1,07; p=0,291
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	50,3±3,67	43,5±3,40	t=1,32; p=0,193
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	56,0±3,55	50,2±3,24	t=1,18; p=0,244

За даними анкети BDI-SF хворі підгрупи 2 з депресією та без неї не відрізнялися за віком пацієнтів, статтю, сімейним станом, рівнем освіти чи видом діяльності, витратами на лікування основного захворювання, статусом куріння (табл. 3.10). Проте, у хворих підгрупи 2 з депресією виразність задишки (за шкалою mMRC), симптомів ХОЗЛ за анкетною CCQ (домени «сума», «функціональний стан») були вищими, ніж у хворих підгрупи 2 без депресії. Щодо функціональних показників, у хворих підгрупи 2, що мали депресію, толерантність до фізичного навантаження за 6MWT була нижчою, ніж у хворих без депресії. Рівні інших функціональних показників (ОФВ₁пре та ОФВ₁пост, SpO₂ до та після фізичного навантаження) у хворих з депресією та без неї достовірно не відрізнялись. Крім того, було визначено, що погіршення психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ (за анкетною CCQ домен «психічний стан») було більш значним, а рівень ЯЖ (за опитувальником SGRQ (домени «активність», «вплив», «сума»)) був нижчим у хворих з депресією, ніж у хворих без неї.

Таблиця 3.10

Рівень деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих, ЯЖ у залежності від наявності у них депресії за анкетною BDI-SF

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	2 _{BDI-SF+}	2 _{BDI-SF-}	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (% , M±m)	20 (87,0±7,02)	25 (86,2±6,40)	U=0,07;
– жінки, абс. (% , M±m)	3 (13,0±7,02)	4 (13,8±6,40)	p=0,937
Вік, роки	63,0±2,06	64,0±1,44	t=-0,41; p=0,682
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (% , M±m)	17 (73,9±9,16)	26 (89,7±5,66)	U=-1,41;
– самотні, абс. (% , M±m)	6 (26,1±9,16)	3 (10,3±5,66)	p=0,156
Освіта:			
– вища, абс. (% , M±m)	7 (30,4±9,59)	8 (27,6±8,30)	U=-0,22;
– середня, абс. (% , M±m)	16 (69,6±9,59)	21 (72,4±8,30)	p=0,824
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (% , M±m)	11 (47,8±10,42)	8 (27,6±8,30)	U=-1,49;
– фізична, абс. (% , M±m)	12 (52,2±10,42)	21 (72,4±8,30)	p=0,136
Статус куріння:			
– курці, абс. (% , M±m)	9 (39,1±10,18)	11 (37,9±9,01)	U=0,09;
– некурці, абс. (% , M±m)	14 (60,9±10,18)	18 (62,1±9,01)	p=0,930
Тривалість захворювання, роки	13 [6–20]	8 [5–20]	U=1,05; p=0,296
Наявність супутньої патології, абс. (% , M±m)	15 (65,2±9,93)	14 (51,7±9,28)	U=0,97; p=0,333

Продовження табл. 3.10

1	2	3	4
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m)	38,4±4,07	31,7±3,81	t=1,21; p=0,234
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	3 [2–3]	2 [1–3]	U=2,35; p=0,019
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1 [1–2]	U=-0,45; p=0,646
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	2 [1–2]	U=-1,80; p=0,072
Виразність симптомів за CAT, бали (M±m)	20,5±1,74	17,5±1,23	t=1,45; p=0,154
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали (M±m)	3,1±0,22	2,5±0,17	t=2,04; p=0,047
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали (M±m)	3,0±0,25	2,9±0,21	t=0,39; p=0,695
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали (M±m)	3,3±0,28	2,4±0,30	t=2,02; p=0,049
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали (M±m)	3,0±0,26	2,1±0,20	t=2,66; p=0,011
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0 [0–1]	0 [0–0]	U=1,95; p=0,050
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	3 [2–3]	2,5 [2–3]	U=0,63; p=0,530

Продовження табл. 3.10

1	2	3	4
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	94 [92–95]	94 [94–95]	U=-1,25; p=0,220
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	93,5 [91–95]	94 [92–95]	U=-0,95; p=0,340
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	350 [300–375]	400 [350–425]	U=-2,10; p=0,036
ОФВ _{1пре} , % належн. (M±m)	34,8±1,44	35,2±1,66	t=-0,17; p=0,862
ОФВ _{1пост} , % належн. (M±m)	39,2±1,36	40,2±1,82	t=-0,44; p=0,664
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	60,4±4,79	55,5±4,33	t=0,76; p=0,448
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	66,3±3,35	55,2±3,85	t=2,10; p=0,041
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	52,3±4,23	41,4±2,81	t=2,21; p=0,031
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	57,9±3,64	48,3±3,06	t=2,03; p=0,047

За анкетною HADS-депресія хворі підгрупи 2 з депресією та без неї суттєво не відрізнялися за віком пацієнтів на момент обстеження, статтю, сімейним станом, отриманою освітою чи видом діяльності, витратами на лікування основного захворювання, статусом куріння (табл. 3.11). Виразність симптомів ХОЗЛ (за анкетами САТ, ССQ (усі домени)) була вищою у хворих підгрупи 2 з депресією, ніж без неї. Щодо функціональних показників, у хворих підгрупи 2, що мали депресію, толерантність до фізичного навантаження за 6MWT була нижчою, ніж у хворих без депресії. Рівні інших

функціональних показників ($\text{ОФВ}_{\text{пре}}$ та $\text{ОФВ}_{\text{пост}}$, SpO_2 до та після фізичного навантаження) у хворих з депресією та без неї достовірно не відрізнялись. Крім того, погіршення психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ (за анкетною ССQ домен «психічний стан»), було більш значним, а рівень ЯЖ (за опитувальником SGRQ (усі домени)) був нижчим у хворих з депресією, ніж у хворих без неї. Тривалість ХОЗЛ у хворих підгрупи 2 з депресією була більшою, ніж у хворих цієї ж підгрупи без неї.

Таблиця 3.11

Рівень деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих, ЯЖ у залежності від наявності у них депресії за анкетною HADS-депресія

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	$2_{\text{HADSдепр.}+}$	$2_{\text{HADSдепр.-}}$	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	14 (93,3 $\pm$ 6,44)	31 (83,8 $\pm$ 6,06)	U=0,91; p=0,365
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	1 (6,7 $\pm$ 6,44)	6 (16,2 $\pm$ 6,06)	
Вік, роки	64,1 $\pm$ 2,37	63,3 $\pm$ 1,42	t=0,29; p=0,776
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (%), $M \pm m$	12 (80,0 $\pm$ 10,33)	31 (83,8 $\pm$ 6,06)	U=-0,28; p=0,778
– самотні, абс. (%), $M \pm m$	3 (20,0 $\pm$ 10,33)	6 (16,2 $\pm$ 6,06)	
Освіта:			
– вища, абс. (%), $M \pm m$	5 (33,3 $\pm$ 12,17)	10 (27,0 $\pm$ 7,30)	U=-0,45; p=0,652
– середня, абс. (%), $M \pm m$	10 (66,7 $\pm$ 12,17)	27 (73,0 $\pm$ 7,30)	

Продовження табл. 3.11

1	2	3	4
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (% , $M \pm m$)	10 (46,7 $\pm$ 12,88)	12 (32,4 $\pm$ 7,70)	U=-0,96; p=0,339
– фізична, абс. (% , $M \pm m$)	12 (52,2 $\pm$ 10,42)	25 (67,6 $\pm$ 7,70)	
Статус куріння:			
– курці, абс. (% , $M \pm m$)	3 (20,0 $\pm$ 10,33)	17 (46,0 $\pm$ 8,19)	U=-1,73; p=0,084
– некурці, абс. (% , $M \pm m$)	12 (80,0 $\pm$ 10,33)	20 (54,1 $\pm$ 8,19)	
Тривалість захворювання, роки	15 [8–23]	8 [5–20]	U=2,25; p=0,024
Наявність супутньої патології, абс. (% , $M \pm m$)	9 (60,0 $\pm$ 12,65)	16 (43,2 $\pm$ 8,14)	U=0,21; p=0,831
Витрати на лікування (% загального прибутку, ($M \pm m$))	40,0 $\pm$ 4,65	32,6 $\pm$ 3,42	t=1,21; p=0,232
Виразність задишки за mMRC, бали (Ме [25–75])	3 [2–3]	2 [1–3]	U=1,82; p=0,069
Виразність кашлю за Савченком, бали (Ме [25–75])	1 [1–2]	1 [1–2]	U=1,51; p=0,131
Кількість мокроти за Савченком, бали (Ме [25–75])	1 [1–2]	1 [1–2]	U=0,15; p=0,251
Виразність симптомів за САТ, бали ($M \pm m$)	24,6 $\pm$ 1,79	16,5 $\pm$ 1,06	t=4,01; p=0,000
Виразність симптомів за ССQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	3,4 $\pm$ 0,27	2,5 $\pm$ 0,15	t=3,04; p=0,004
Виразність симптомів за ССQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	3,6 $\pm$ 0,28	2,7 $\pm$ 0,19	t=2,38; p=0,021

Продовження табл. 3.11

1	2	3	4
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	$3,5 \pm 0,28$	$2,3 \pm 0,27$	$t=2,11$; $p=0,040$
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	$3,1 \pm 0,34$	$2,2 \pm 0,18$	$t=2,49$; $p=0,016$
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали ($Me [25-75]$)	0,5 [0–1]	0 [0–0]	$U=1,53$; $p=0,126$
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали ($Me [25-75]$)	3 [3–4]	2 [2–3]	$U=1,87$; $p=0,062$
SpO ₂ до 6MWT, % ($Me [25-75]$)	93 [91–96]	94 [94–95]	$U=-1,64$; $p=0,101$
SpO ₂ після 6MWT, % ($Me [25-75]$)	93 [92–95]	94 [91–95]	$U=-0,30$; $p=0,763$
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м ($Me [25-75]$)	350 [300–350]	400 [350–400]	$U=-2,13$; $p=0,033$
ОФВ _{1пре} , % належн. ($M \pm m$)	$35,6 \pm 1,99$	$34,8 \pm 1,35$	$t=0,35$; $p=0,728$
ОФВ _{1пост} , % належн. ($M \pm m$)	$39,9 \pm 1,62$	$39,8 \pm 1,53$	$t=0,05$; $p=0,959$
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	$70,0 \pm 4,90$	$52,7 \pm 3,77$	$t=2,58$; $p=0,013$
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали ($M \pm m$)	$70,3 \pm 4,13$	$56,0 \pm 3,18$	$t=2,52$; $p=0,015$

Продовження табл. 3.11

1	2	3	4
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали ($M \pm m$)	$56,8 \pm 5,07$	$42,0 \pm 2,63$	$t=2,83$; $p=0,007$
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	$63,7 \pm 4,44$	$48,0 \pm 2,55$	$t=3,20$; $p=0,002$

Отже, було визначено, що наявність депресії, яка визначалася за допомогою різних анкет, у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ мала взаємозв'язки з демографічними, клінічними та функціональними показниками та рівнем ЯЖ хворих. Так, у хворих на ХОЗЛ з супутньою депресією виразність задишки та симптомів ХОЗЛ у цілому була більшою, а психічний стан хворих, пов'язаний з ХОЗЛ (анкета ССQ домен «психічний стан»), та рівень ЯЖ були гіршими, ніж у хворих без депресії. Крім того, було визначено, що толерантність до фізичного навантаження у хворих на ХОЗЛ з супутньою депресією нижча, а тривалість ХОЗЛ більша, ніж у пацієнтів з аналогічним перебігом хвороби без депресії.

Для визначення зв'язків виразності депресії з клінічними та функціональними проявами ХОЗЛ був проведений кореляційний аналіз. До аналізу були включені хворі підгруп $1_{\text{PHQ-9+}}$, $1_{\text{BDI-SF+}}$, $1_{\text{HADSдепр.+}}$, $2_{\text{PHQ-9+}}$, $2_{\text{BDI-SF+}}$, $2_{\text{HADSдепр.+}}$, тобто хворі, у яких була виявлена депресія за тією чи іншою анкетною. Виразність депресії була наведені у балах за анкетами PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія. Результати аналізу представлені у табл. 3.12, 3.13.

Було встановлено, що у хворих на ХОЗЛ підгрупи 1 виразність депресії при виявленні її за допомогою анкети PHQ-9 не мала достовірних зв'язків ані з клініко-функціональними показниками хворих, ані з рівнем їх ЯЖ; виразність депресії при використанні анкети BDI-SF мала достовірний позитивний зв'язок з виразністю задишки (за шкалою mMRC), виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетною ССQ, домени «сума», «психічний стан», «функціональний стан»), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ, домени «активність» і

«сума»); виразність депресії при виявленні її за допомогою анкети HADS-депресія мала достовірний позитивний зв'язок з виразністю задишки (за шкалою mMRC), виразністю кашлю і кількістю мокротиння (за шкалами В. М. Савченка), виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому (за анкетами CAT, CCQ (домен «функціональний стан»)), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ, домени «симптоми», «активність», «сума») (табл. 3.12).

Таблиця 3.12

Зв'язок деяких клінічних та функціональних проявів ХОЗЛ з виразністю депресії у хворих з нетяжким перебігом хвороби

Показники	Підгрупи хворих					
	1 _{PHQ-9+}		1 _{BDI-SF+}		1 _{HADSдепр.+}	
	R	p	R	p	R	p
1	2	3	4	5	6	7
Вік, роки	-0,09	0,807	0,35	0,159	0,13	0,712
Тривалість захворювання, роки	-0,05	0,893	0,17	0,504	0,38	0,256
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m)	-0,54	0,104	0,19	0,448	0,38	0,243
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	0,61	0,063	0,69	0,001	0,75	0,008
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	0,19	0,595	0,31	0,203	0,71	0,015
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	0,25	0,481	0,10	0,696	0,64	0,033
Виразність симптомів за CAT, бали (M±m)	0,05	0,885	0,31	0,210	0,87	0,001
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали (M±m)	-0,01	0,987	0,61	0,008	0,59	0,056

Продовження табл. 3.12

1	2	3	4	5	6	7
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	-0,15	0,672	0,15	0,561	0,41	0,205
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	-0,18	0,601	0,53	0,023	-0,02	0,949
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	0,35	0,322	0,69	0,001	0,67	0,024
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали ($Me [25-75]$)	-0,61	0,059	-0,09	0,744	0,36	0,282
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали ($Me [25-75]$)	-0,05	0,892	0,33	0,208	0,57	0,065
SpO ₂ до 6MWT, % ($Me [25-75]$)	0,08	0,818	-0,27	0,274	-0,50	0,119
SpO ₂ після 6MWT, % ($Me [25-75]$)	0,19	0,607	-0,25	0,359	-0,32	0,337
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м ($Me [25-75]$)	-0,31	0,818	-0,48	0,059	-0,58	0,064
ОФВ _{1пре} , % належн. ($M \pm m$)	-0,12	0,737	-0,19	0,459	-0,22	0,530
ОФВ _{1пост} , % належн. ($M \pm m$)	-0,31	0,381	-0,09	0,710	-0,34	0,309
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	0,01	0,987	0,27	0,284	0,61	0,045
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали ($M \pm m$)	-0,04	0,920	0,49	0,038	0,71	0,013
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали ($M \pm m$)	-0,24	0,508	0,33	0,186	0,41	0,216

Продовження табл. 3.12

1	2	3	4	5	6	7
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	-0,18	0,613	0,52	0,027	0,85	0,001

Таким чином, виразність депресії у хворих ХОЗЛ клінічних груп А та В має зв'язок з виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ як у цілому, так і зокрема з виразністю задишки, кашлю, кількістю мокротиння, рівнем ЯЖ хворих.

Аналогічні результати кореляційного аналізу у підгрупі 2 наведені у табл. 3.13. Виразність депресії при виявленні її за допомогою анкети PHQ-9 мала достовірний позитивний зв'язок з виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетами CAT, CCQ, домени «сума», «психічний стан», «функціональний стан»), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ, домени «активність», «вплив», «сума»), достовірний негативний зв'язок з рівнем SpO_2 у стані спокою; виразність депресії за анкетною BDI-SF мала достовірний позитивний зв'язок з тривалістю ХОЗЛ; виразність депресії за анкетною HADS-депресія мала достовірний позитивний зв'язок лише зі зниженням ЯЖ (за опитувальником SGRQ, домен «активність»).

Таблиця 3.13

Зв'язок деяких клінічних та функціональних проявів ХОЗЛ з виразністю депресії у хворих з тяжким перебігом хвороби

Показники	Підгрупи хворих					
	Z_{PHQ-9+}		$Z_{BDI-SF+}$		$Z_{HADS_{депр.+}}$	
	R	p	R	p	R	p
1	2	3	4	5	6	7
Вік, роки	-0,25	0,274	0,20	0,360	0,01	0,989
Тривалість захворювання, роки	-0,33	0,142	0,41	0,049	0,37	0,718
Витрати на лікування (% загального прибутку, ($M \pm m$))	-0,20	0,374	0,11	0,622	-0,12	0,672

Продовження табл. 3.13

1	2	3	4	5	6	7
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	0,38	0,093	-0,07	0,746	0,16	0,572
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	0,37	0,100	-0,02	0,913	-0,13	0,650
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	0,07	0,755	-0,26	0,224	-0,06	0,844
Виразність симптомів за CAT, бали (M±m)	0,59	0,005	0,17	0,432	0,28	0,307
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали (M±m)	0,64	0,002	0,21	0,325	0,36	0,189
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали (M±m)	0,28	0,214	0,08	0,723	0,35	0,197
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали (M±m)	0,64	0,001	0,06	0,770	-0,02	0,930
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали (M±m)	0,47	0,031	0,09	0,686	0,23	0,410
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0,29	0,250	-0,15	0,529	0,38	0,225
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	0,43	0,077	0,07	0,773	0,23	0,505
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	-0,47	0,030	0,34	0,110	0,10	0,733
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	-0,43	0,071	0,44	0,053	-0,29	0,395

Продовження табл. 3.13

1	2	3	4	5	6	7
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	-0,08	0,749	-0,01	0,980	-0,11	0,747
ОФВ _{1пре} , % належн. (M±m)	-0,04	0,875	0,25	0,243	0,13	0,643
ОФВ _{1пост} , % належн. (M±m)	0,10	0,670	0,24	0,264	0,01	0,974
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	0,40	0,076	0,01	0,968	-0,01	0,973
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	0,46	0,036	0,27	0,208	0,53	0,041
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	0,45	0,039	-0,10	0,665	0,49	0,065
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	0,44	0,045	0,01	0,948	0,48	0,067

Отже, виразність депресії у хворих на ХОЗЛ клінічних груп С та D може мати певний зв'язок з виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ у цілому, рівнем SpO₂, тривалістю ХОЗЛ, рівнем ЯЖ хворих.

Слід зауважити, що у хворих на ХОЗЛ клінічних груп А та В зв'язок наявності та виразності депресії з виразністю симптомів ХОЗЛ спостерігався за даними більшої кількості методів, ніж у хворих клінічних груп С та D. Це можна пояснити тим, що хворі клінічних груп С та D зазвичай довше хворіють на ХОЗЛ і вже більш адаптовані до його проявів. В той же час у хворих клінічних груп С та D частіше спостерігався зв'язок наявності й виразності депресії зі зниженням рівня функціональних показників, зокрема зниженням толерантності до фізичного навантаження та рівня SpO₂, що може пояснюватися більш суттєвим їх зниженням у хворих цих клінічних груп, ніж у хворих клінічних груп А та В, та, відповідно, більш значним впливом на психічний стан хворих.

Важливим є і те, що механізм виникнення взаємозв'язків між наявністю й виразністю депресії та деякими проявами ХОЗЛ неоднозначний і, швидше за все, носить двосторонній характер. Так, неможливо визначити, чи є тяжка задишка при ХОЗЛ причиною виникнення депресії у хворих, чи депресія сприяє більш тяжкому сприйняттю симптомів основного захворювання. Зниження рівня ЯЖ також може бути як причиною, так і наслідком депресивного синдрому при ХОЗЛ. В той же час, визначення у різних категорій хворих зв'язку між такими показниками, як погіршення психічного стану, пов'язаного саме з ХОЗЛ (анкета ССQ домен «психічний стан»), та наявністю у них депресії (незалежно від анкети, використаної для її виявлення) швидше за все свідчить про вагомий вплив основного захворювання на формування депресії у цієї категорії хворих.

3.5. Узагальнення результатів досліджень

Використання різних анкет для діагностики депресії у хворих на ХОЗЛ може призвести до отримання різних результатів по виявленню депресії та визначенню ступеня її тяжкості. Найвища частота виявлення депресії в усіх обстежених групах була визначена за анкетною BDI-SF, найнижча – за анкетною HADS-депресія. Різниця у частоті виявлення депресії в одній групі хворих за даними різних анкет подекуди сягала 13 %.

Незважаючи на ці розбіжності, за даними різних анкет частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ дещо вища, ніж у практично здорових осіб з аналогічними гендерними та віковими характеристиками ($p < 0,05$ за анкетною PHQ-9). Крім того, частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ клінічних груп С та D дещо вища, ніж у хворих клінічних груп А та В.

Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ суттєво не відрізняється від її виразності у практично здорових осіб з аналогічними гендерними та віковими показниками. Проте, виразність депресії у хворих на ХОЗЛ незалежно від ступеня тяжкості його перебігу відрізняється за даними різних анкет – від

переважно легкого ступеня депресії за анкетами PHQ-9 та HADS-депресія до переважно середнього ступеня за анкетною BDI-SF.

Наявність та виразність депресії у хворих на ХОЗЛ має взаємозв'язки з деякими соціально-демографічними, клінічними, функціональними проявами ХОЗЛ. Проте, ці взаємозв'язки мають відмінності як у залежності від ступеня тяжкості ХОЗЛ, так і від анкети, за допомогою якої діагностована депресія. Узагальнивши результати, можна зазначити, що наявність депресії при ХОЗЛ має зв'язок з жіночою статтю хворих, тривалістю ХОЗЛ, наявністю супутніх захворювань, виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому, виразністю задишки, кашлю, кількості мокротиння, зниженням толерантності до фізичного навантаження, зниженням ЯЖ.

Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ має зв'язок з виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому, виразністю задишки, кашлю, кількістю мокротиння, виразністю гіпоксії, тривалістю ХОЗЛ, рівнем ЯЖ.

Різні методологічні підходи у розробці анкет можуть бути однією з причин, що призводять до отримання різних результатів анкетування хворих. Особливо часте підтвердження деяких симптомів депресії хворими на ХОЗЛ при анкетуванні за допомогою різних анкет може свідчити про неоднозначне походження цих симптомів. Вони можуть бути наслідком як соматопсихічних порушень, так і наявності самого ХОЗЛ та/або похилого віку хворого.

Для виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ більш прийнятним є використання анкет, у яких тяжкість симптомів хоча б частково оцінюється за їх виразністю, а не за їх тривалістю (анкети BDI-SF та HADS-депресія є більш прийнятними).

Крім того, при виборі анкети важливим є простота та зручність у її використанні як для хворого, так і для лікаря при оцінці та інтерпретації отриманих результатів.

Жодна з анкет не враховує наявність у хворого ХОЗЛ як основного захворювання, що дозволяє використовувати анкетування лише у якості

скринінгового методу для виявлення ознак депресії та визначення тих осіб, що потребують додаткового консультативного огляду лікарем-психіатром.

Матеріали розділу викладені у наступних наукових виданнях:

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.
2. 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.
3. 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.
4. Pertseva, T. The relationship between dyspnea and detection of depression in COPD patients [Text] / T. Pertseva, L. Konopkina, Yu. Huba // European Respiratory Journal : Official scientific journal of the ERS. – Amsterdam, Netherlands, 26–30 September 2015. – 2015. – Vol. 46. Suppl. 59. – PA3665.
5. 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.
6. 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 : Materials of annual congress. – Munich, 6–10 September 2014. – 2014. – P4721.

7. 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.

РОЗДІЛ 4

ПІДВИЩЕНА ТРИВОЖНІСТЬ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ОБСТРУКТИВНОМУ ЗАХВОРЮВАННІ ЛЕГЕНЬ: ЧАСТОТА, ВИРАЗНІСТЬ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, ЗВ'ЯЗОК З КЛІНІКОЮ

У вивченні проблеми соматопсихічних розладів при ХОЗЛ традиційно більше уваги приділяється депресії, ніж тривожним розладам. Це має своє підґрунтя, адже депресія прогностично є більш несприятливим станом. В той же час, тривожні розлади, які часом мають прояви, схожі на симптоми ХОЗЛ, зокрема порушення дихання, відчуття нестачі повітря, можуть накладати суттєвий відбиток на стан хворих та сприйняття ними симптомів основного захворювання. Крім того, їх наявність сприяє зниженню ЯЖ пацієнтів, погіршенню їх прихильності до лікування [32, 116, 133].

Переважає більшість досліджень, які вивчають проблему тривожних розладів при ХОЗЛ, проводилася за кордоном. Причини виникнення цих розладів ще й досі достеменно не відомі, а частота, виразність та їх взаємозв'язки з клінікою ХОЗЛ за даними різних авторів мають досить суттєві відмінності [43, 53, 59, 77, 86, 120]. Дослідження цих аспектів ускладнюються відсутністю чітких рекомендацій щодо діагностики тривожних розладів при ХОЗЛ [120]. Крім того, оцінка наявності і, особливо, виразності тривожних порушень ускладнюється власне природою порушень, адже тривога – це емоція, яка притаманна будь-якій людині і необхідна для активізації ресурсів організму в екстремальних умовах, а тому визначити підвищення її рівня відносно нормального показника досить складно. Встановити діагноз тривожних розладів за допомогою анкетних методів без участі лікаря-психіатра практично неможливо, оскільки тривога вважається патологічною, коли призводить до поведінкових порушень, заважає нормальному життю хворого, а це може визначити тільки фахівець [14, 24, 96, 126]. Анкетні методи дозволяють лише визначити підвищений рівень тривожності, який може бути проявом тривожного розладу або чинником, що сприяє його розвитку.

У зв'язку з вищезазначеним нами була встановлена частота підвищеної тривожності та ступінь цього підвищення у хворих на ХОЗЛ Придніпровського регіону, досліджений їх взаємозв'язок з соціально-демографічними, клінічними, функціональними показниками хворих на ХОЗЛ з урахуванням ступеня його тяжкості, а також визначені особливості анкетних методів діагностики підвищеної тривожності.

Для виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ нами були використані дві анкети: HADS-тривога та STAI.

Згідно з інструкцією до оцінки результатів, отриманих за анкетною HADS-тривога, сума балів ≥ 8 відповідає підвищеному рівню тривожності; останній має три градації підвищення – легкий, помірний та тяжкий ступені.

Анкета STAI складається з двох частин – частини для оцінки реактивної тривожності (STAI-PT) та частини для оцінки особистісної тривожності (STAI-OT). За допомогою анкети можна визначити рівні реактивної та особистісної тривожності взагалі (низький, середній та високий) [18, 132], при цьому межа патологічного підвищення чітко не визначена. Зважаючи на це, за анкетною STAI неможливо визначити кількість хворих з патологічно підвищеним рівнем тривожності, проте можна вивчити рівень їх реактивної та особистісної тривожності.

Таким чином, за анкетною HADS- тривога можна визначити як частоту підвищеної тривожності, так і її виразність, а за анкетною STAI – тільки її виразність. Порівнювати ж ступінь виразності підвищеної тривожності за анкетами HADS-тривога та STAI не видається можливим, оскільки вони принципово різні за своєю методологією.

4.1. Частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ, частота поєднання підвищеної тривожності з депресією

Зважаючи на те, що багатьма авторами частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ оцінюється незалежно від ступеня тяжкості

хвороби [100, 105, 124], а також на те, що у нашій країні проводилися лише поодинокі дослідження стосовно вивчення частоти підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ [5, 18], нами була визначена частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ, причому з урахуванням ступеня його тяжкості.

За нашими даними частота виявлення підвищеної тривожності (за анкетною HADS-тривога) була практично однаковою як у основній так і у контрольній групах і склала близько 20 та 10 % відповідно (табл. 4.1). Втім, привернуло увагу, що серед практично здорових осіб було усього дві особи з підвищеним рівнем тривожності. Останнє може певною мірою свідчити про випадковість отриманих результатів. У хворих на ХОЗЛ як з тяжким, так і з нетяжким перебігом показник був практично ідентичним.

Таблиця 4.1

Частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ

Групи та підгрупи обстежених	Показник	p
Основна група, абс. (% $\pm$ M):	21 (18,3 $\pm$ 3,60)	p _{0-к} =0,364; p ₁₋₂ =0,224; p _{1-к} =0,622;
– підгрупа 1, абс. (% $\pm$ M)	9 (14,3 $\pm$ 4,41)	
– підгрупа 2, абс. (% $\pm$ M)	12 (23,1 $\pm$ 5,84)	
Контрольна група, абс. (% $\pm$ M)	2 (10,0 $\pm$ 6,71)	p _{2-к} =0,209

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Поєднання різних типів соматопсихічних розладів є одним з аспектів, які ускладнюють діагностику і лікування цих порушень. У цьому випадку можливе маскування симптомів одного з них, в той час як їх лікування повинне бути комплексним і проводитися з урахуванням усіх соматопсихічних змін. Відомо, що поєднання депресії та підвищеної тривожності особливо часто виникає у осіб похилого віку [29]. До того ж і у хворих на ХОЗЛ депресія та підвищена тривожність можуть поєднуватися [39, 175, 105, 210]. Проте, сформулювати діагноз пацієнта, диференціювати один психічний розлад від іншого,

виключити як гіпо-, так і гіпердіагностику за допомогою одних тільки анкетних методів неможливо. Лише кваліфікований спеціаліст, лікар-психіатр, може встановити остаточний діагноз [12, 96, 154].

Нами була визначена частота поєднання депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ з урахуванням ступеня тяжкості хвороби. Було встановлено, що ці показники у хворих з тяжким і нетяжким перебігом ХОЗЛ були аналогічними (табл. 4.2).

Таблиця 4.2

Частота поєднання депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ

Підгрупи хворих	Анкети, за якими виявляли депресію та підвищену тривожність		
	PHQ-9 та HADS-тривога	BDI-SF та HADS-тривога	HADS-депресія та HADS-тривога
1, абс. (% $\pm$ M)	5 (7,9 $\pm$ 3,41)	6 (9,5 $\pm$ 3,70)	5 (7,9 $\pm$ 3,41)
2, абс. (% $\pm$ M)	7 (13,5 $\pm$ 4,73)	10 (19,2 $\pm$ 5,47)	7(13,5 $\pm$ 4,73)
p	p=0,335	p=0,134	p=0,335

4.2. Ступінь виразності підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу захворювання у залежності від ступеня тяжкості хвороби

Негативний вплив підвищеної тривожності на стан хворих на ХОЗЛ може мати зв'язок зі ступенем її виразності [96, 126, 175]. Втім, часто у дослідженнях виразність підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ визначається без урахування ступеня його тяжкості [100, 105, 124]. У зв'язку з цим нами було досліджено ступінь виразності підвищеної тривожності хворих на ХОЗЛ з урахуванням ступеня його тяжкості.

Результати досліджень показали, що рівень тривожності за анкетною HADS-тривога, а також рівні реактивної й особистісної тривожності за

анкетою STAI у хворих на ХОЗЛ в цілому по групі практично не відрізнялися від рівнів показників у практично здорових осіб (табл. 4.3). В той же час привернуло увагу те, що у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ рівень реактивної та особистісної тривожності був статистично достовірно вищим, ніж у осіб контрольної групи, крім того реактивна тривожність була більш виразною у осіб з тяжким перебігом ХОЗЛ, ніж у осіб з нетяжким перебігом хвороби.

Таблиця 4.3

**Виразність підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ
за середніми балами анкет**

Групи та підгрупи обстежених	Анкети		
	HADS-тривога, бал, Ме [25–75]	STAI-PT, бал, M±m	STAI-OT, бал, M±m
Основна група, абс. (%±M):	4 [2–6]	40,2±0,86	44,8±0,77
– підгрупа 1, абс. (%±M)	3 [1–6]	38,5±1,12	43,7±1,13
– підгрупа 2, абс. (%±M)	4 [2–7]	42,1±1,31	46,0±1,01
Контрольна група, абс. (%±M)	3,5 [2–5,5]	37,0±2,11	41,4±1,83
p	p _{0-к} =0,648; p ₁₋₂ =0,173; p _{1-к} =0,923; p _{2-к} =0,294	p _{0-к} =0,163; p ₁₋₂ =0,039; p _{1-к} =0,532; p _{2-к} =0,044	p _{0-к} =0,089; p ₁₋₂ =0,132; p _{1-к} =0,288; p _{2-к} =0,031

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Щодо ступеня виразності підвищеної тривожності у хворих, у яких за анкетою HADS-тривога був виявлений підвищений її рівень, у основній групі

та підгрупах 1 і 2 дві третини хворих мали легкий ступінь підвищеної тривожності, близько третини хворих у кожній групі – помірний, важкого ж ступеня підвищеної тривожності виявлено не було (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

**Розподіл хворих на ХОЗЛ щодо ступеня виразності
підвищеної тривожності**

Групи та підгрупи обстежених	Ступінь виразності підвищеної тривожності		
	легкий	помірний	тяжкий
Основна група (n=21), абс. (%±M):	14 (66,7±10,29)	7 (33,3±10,29)	0
– підгрупа 1 (n=9), абс. (%±M)	6 (66,7±15,71)	3 (33,3±15,71)	0
– підгрупа 2 (n=12), абс. (%±M)	8 (66,7±13,61)	4 (33,3±13,61)	0
Контрольна група (n=2), абс. (%±M)	2 (100)	0	0
p	$p_{o-k}=0,490;$ $p_{1-2}=0,478;$ $p_{1-k}=0,610;$ $p_{2-k}=0,342$		

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Розподіл хворих по підгрупах у залежності від ступеня виразності підвищеної тривожності не відрізнявся від такого серед практично здорових осіб. Легкий ступінь зустрічався вдвічі частіше, ніж помірний (див. табл. 4.4).

Досить великий відсоток хворих на ХОЗЛ і здорових осіб мають високий рівень особистісної тривожності; дещо менший відсоток хворих на ХОЗЛ мають середній її рівень, а з низьким рівнем показника зустрічається менше

10 % хворих на ХОЗЛ і здорових осіб. В той же час переважна більшість як хворих на ХОЗЛ, так і здорових осіб мали середній рівень реактивної тривожності. Решта хворих у групах і підгрупах мали або низький, або високий рівень реактивної тривожності. При цьому, хворі з тяжким перебігом ХОЗЛ мали переважно високий рівень реактивної тривожності (табл. 4.5, 4.6).

Таблиця 4.5

Розподіл хворих на ХОЗЛ щодо рівня їх особистісної тривожності

Групи та підгрупи обстежених	Рівень особистісної тривожності		
	низький	середній	високий
Основна група, абс. (% $\pm$ M):	6 (5,2 $\pm$ 2,07)	49 (42,6 $\pm$ 4,61)	60 (52,2 $\pm$ 4,66)
– підгрупа 1, абс. (% $\pm$ M)	4 (6,4 $\pm$ 3,07)	28 (44,4 $\pm$ 6,26)	31 (49,2 $\pm$ 6,30)
– підгрупа 2, абс. (% $\pm$ M)	2 (3,9 $\pm$ 2,67)	21 (40,4 $\pm$ 6,80)	29 (55,8 $\pm$ 6,89)
Контрольна група, абс. (% $\pm$ M)	2 (10,0 $\pm$ 6,71)	11 (55,0 $\pm$ 11,12)	7 (35,0 $\pm$ 10,67)
p	$p_{o-k}=0,323$; $p_{1-2}=0,709$; $p_{1-k}=0,520$; $p_{2-k}=0,232$		

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Таблиця 4.6

Розподіл хворих на ХОЗЛ щодо рівня їх реактивної тривожності

Групи та підгрупи обстежених	Рівень реактивної тривожності		
	низький	середній	високий
1	2	3	4
Основна група, абс. (% $\pm$ M):	17 (14,8 $\pm$ 3,31)	66 (57,4 $\pm$ 4,61)	32 (27,8 $\pm$ 4,18)
– підгрупа 1, абс. (% $\pm$ M)	13 (20,6 $\pm$ 5,10)	37 (58,7 $\pm$ 6,20)	13 (20,6 $\pm$ 5,10)
– підгрупа 2, абс. (% $\pm$ M)	4 (7,7 $\pm$ 3,70)	29 (55,8 $\pm$ 6,89)	19 (36,5 $\pm$ 6,68)

Продовження табл. 4.6

1	2	3	4
Контрольна група, абс. (%±M)	6 (30,0±10,25)	10 (50,0±11,18)	4 (20,0±8,94)
p	$p_{0-k}=0,238;$ $p_{1-2}=0,053;$ $p_{1-k}=0,674;$ $p_{2-k}=0,039$		

Примітка. Позначки аналогічні таким у табл. 3.1.

Такі розбіжності рівнів особистісної та реактивної тривожності у хворих на ХОЗЛ в цілому по групі можуть бути пов'язані з тим, що негативно налаштовані на момент обстеження пацієнти часто відмовлялися від анкетування і, відповідно, не брали участі у дослідженні, отже, осіб з високим рівнем реактивної тривожності, тобто високим рівнем тривожності на момент обстеження, було відносно небагато.

4.3. Аналіз методології анкетних методів виявлення підвищеної тривожності з урахуванням ХОЗЛ як основної патології

Проблема виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ на теперішній час остаточно не вирішена, адже не визначені підходи до їх діагностики та методи, які можуть бути використані у їх виявленні [120]. Найчастіше у дослідженнях для виявлення підвищеної тривожності використовують різні анкетні методи, оскільки як щодо депресії, так і щодо підвищеної тривожності при ХОЗЛ немає окремих рекомендацій з діагностики [11, 114]. У той же час особливості симптоматики підвищеної тривожності, такі як порушення дихання та відчуття нестачі повітря, мають бути обов'язково враховані при її виявленні у хворих на ХОЗЛ, адже ці симптоми можуть бути

характерними і для основного захворювання, і для похилого віку хворих. Наявність в анкетах запитань, які стосуються цих симптомів, може призводити до псевдопозитивних результатів з виявлення підвищеної тривожності [77].

У нашому дослідженні для оцінки наявності та виразності підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ були використані дві анкети: HADS-тривога та STAI.

Анкета HADS-тривога є частиною анкети HADS, яка призначена для виявлення депресії та підвищеної тривожності у хворих соматичного профілю. Велика кількість досліджень з оцінки психічного стану хворих на ХОЗЛ проводилася з використанням саме цієї анкети [48, 58, 89, 124, 129, 174, 184, 203].

Використання анкети HADS-тривога дозволяє виявити у хворих не лише наявність підвищеної тривожності, а й ступінь її підвищення, при цьому за критеріями інтерпретації результатів анкети чітко визначена межа патологічного підвищення рівня тривожності. При заповненні анкети хворий повинен відповісти на сім запитань, тяжкість симптомів у одних запитаннях оцінюється за їх тривалістю (максимальна кількість балів відповідає максимальній тривалості), інших – за ступенем їх виразності (максимальна кількість балів відповідає максимальній виразності) (див. табл. 2.7). На наш погляд, оцінка тяжкості симптомів за ступенем їх виразності є більш коректною для оцінки психічного стану хворих на ХОЗЛ. Оскільки перебіг ХОЗЛ характеризується постійною наявністю клінічної симптоматики, то і їх вплив на психічний стан хворих може бути постійним. У зв'язку з цим, хворий може обрати максимальну кількість балів у запитанні, яке стосується постійності симптоматики, і мінімальну або суттєво нижчу кількість балів у запитанні, яке стосується виразності симптоматики. Ці особливості необхідно враховувати при оцінці результатів анкетування.

При аналізі результатів анкетування було визначено, що частка підтверджень хворими різних симптомів тривожності за анкетною HADS-тривога була практично однаковою. Дещо частіше хворі вказували на відчуття

напруженості та складність розслабитися, найрідше вони підтверджували виникнення раптового відчуття паніки. Відсутність у відповідях хворих симптомів, які підтверджуються значно частіше за інші, може свідчити про те, що у анкеті немає запитань щодо симптомів, які можуть бути характерними як для підвищеної тривожності, так і для ХОЗЛ.

Інтерпретація результатів, отриманих за допомогою анкети HADS-тривога, є доволі простою – підраховується лише загальна сума балів.

Анкета STAI, як уже зазначалося, дозволяє визначити рівні реактивної та особистісної тривожності. Слід нагадати, що реактивна тривожність є станом, динамічним за часом, за ступенем виразності і проявляється лише у певних ситуаціях, що є стресовими для конкретної людини. Особистісна тривожність є стійкою індивідуальною характеристикою, оскільки відображає схильність людини відчувати надмірну тривогу у тих ситуаціях, у яких її виникнення є нормальним. Цей стан впливає на усі сфери життя людини: мотивацію, самооцінку, спілкування з іншими людьми тощо.

Анкета STAI використовується у хворих на різні соматичні захворювання, зокрема і у хворих на ХОЗЛ [5, 18]. При заповненні анкети хворий повинен відповісти на 20 запитань, які стосуються реактивної тривожності, та 20 запитань, які стосуються особистісної тривожності. У частині анкети, що відноситься до реактивної тривожності, тяжкість симптомів оцінюється за їх виразністю (див. табл. 2.8). У другій частині, яка стосується особистісної тривожності, тяжкість симптомів оцінюється за частотою їх виникнення (див. табл. 2.9).

Отримані нами результати показали, що виразність особистісної тривожності у хворих на ХОЗЛ була дещо вищою, ніж виразність реактивної тривожності. Це можна пояснити тим, що основне захворювання, на яке страждають пацієнти, супроводжує їх тривалий час, довгостроково впливаючи на життя, їх психічний стан і, можливо, змінюючи певні риси особистості, зокрема сприяючи підвищенню схильності до надмірного відчуття тривоги.

При заповненні анкети STAI у тій її частині, яка стосується реактивної тривожності, найчастіше хворі відмічали, що не відчують себе відпочившими. У частині ж анкети, яка стосується особистісної тривожності, хворі найчастіше позначали, що швидко втомлюються. Найрідше у першій частині анкети хворі підтверджували відчуття сильної знервованості та скутості на момент обстеження, у другій частині – здатність легко заплакати. Отже, анкета STAI має невелику кількість запитань стосовно симптомів, які можуть бути характерними як для підвищеного рівня тривожності, так і для ХОЗЛ або похилого віку хворих, при цьому у анкеті є багато специфічних запитань, характерних для тривожності.

Інтерпретація результатів, отриманих за анкетною STAI, є складною, проводиться за відповідним ключем (див. рис. 2.6) і вимагає досить тривалого часу. Отже, хоча визначення рівня особистісної та реактивної тривожності у хворих на ХОЗЛ може бути корисним для виділення категорії хворих з порушенням психічного стану, проте робити це у практичній медицині досить складно. В той же час у наукових дослідженнях анкету STAI використовувати можна, а інколи і доречно.

Таким чином, кожна анкета для виявлення підвищеної тривожності має свої переваги та недоліки, особливо при їх використанні у хворих на ХОЗЛ. Важливим фактором у виборі анкети є мінімальна кількість або відсутність у ній запитань про симптоми, які можуть стосуватися не лише суто тривожності, а й ХОЗЛ та/або похилого віку хворих. Не менш важливим є зручність та простота як у заповненні анкети пацієнтом, так і у її оцінці 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 простота у заповненні та оцінці результатів.

Жодна з анкет не враховує наявності ХОЗЛ як основного захворювання, а також не дозволяє визначити наявності тривожного розладу, визначаючи лише наявності підвищеного рівня тривожності, що дає можливість використовувати

анкетні методи лише як скринінг для виявлення ознак підвищеної тривожності та визначення осіб, що потребують додаткового обстеження лікарем-психіатром.

4.4. Взаємозв'язок соціально-демографічних, клінічних та функціональних показників хворих на ХОЗЛ з наявністю та виразністю у них підвищеної тривожності

Для встановлення взаємозв'язків між соціально-демографічними, клінічними, функціональними показниками хворих на ХОЗЛ та наявністю й виразністю у них підвищеної тривожності хворі підгруп 1 та 2 були додатково розподілені на підгрупи. До підгрупи $1_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$ увійшло 9 хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ та підвищеним рівнем тривожності, а до підгрупи $1_{\text{HADS}_{\text{трив.-}}}$ – 54 аналогічних хворих з нормальним її рівнем. До підгрупи $2_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$ увійшли 12 хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ та підвищеним рівнем тривожності, а до підгрупи $2_{\text{HADS}_{\text{трив.-}}}$ – 40 аналогічних хворих з нормальним її рівнем. Підгрупи $1_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$ та $1_{\text{HADS}_{\text{трив.-}}}$ за віковими і гендерними показниками не відрізнялися від підгрупи 1 ($p>0,05$), а підгрупи $2_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$ та $2_{\text{HADS}_{\text{трив.-}}}$ – від підгрупи 2 ($p>0,05$), отже були репрезентативними підгруп 1 та 2 відповідно.

Було встановлено, що хворі з нетяжким перебігом ХОЗЛ та підвищеною тривожністю суттєво не відрізнялися за соціально-демографічними й клініко-функціональними показниками від аналогічних хворих з нормальним рівнем тривожності (табл. 4.7). Втім, було виявлено, що психічний стан, пов'язаний з ХОЗЛ (за анкетною CCQ, домен «психічний стан»), та рівень ЯЖ за опитувальником SGRQ (домени «симптоми», «вплив», «сума») були гіршими у хворих підгрупи 1 з підвищеною тривожністю, ніж у хворих цієї ж підгрупи з нормальним рівнем тривожності.

Таблиця 4.7

Рівні деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ, їх ЯЖ у залежності від наявності у них підвищеної тривожності

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	1 _{НАДСтрив.+}	1 _{НАДСтрив.-}	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	7 (77,8 $\pm$ 13,86)	32 (80,0 $\pm$ 6,32)	U=-0,55; p=0,576
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	2 (22,2 $\pm$ 13,86)	8 (20,0 $\pm$ 6,32)	
Вік, роки	61,0 $\pm$ 1,61	63,1 $\pm$ 1,15	t=-0,71; p=0,480
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (%), $M \pm m$	8 (88,9 $\pm$ 10,48)	33 (82,5 $\pm$ 6,01)	U=0,15; p=0,878
– самотні, абс. (%), $M \pm m$	1 (11,1 $\pm$ 10,48)	7 (17,5 $\pm$ 6,01)	
Освіта:			
– вища, абс. (%), $M \pm m$	4 (44,4 $\pm$ 16,56)	29 (72,5 $\pm$ 7,06)	U=0,51; p=0,609
– середня, абс. (%), $M \pm m$	5 (55,6 $\pm$ 16,56)	11 (27,5 $\pm$ 7,06)	
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (%), $M \pm m$	4 (44,4 $\pm$ 16,56)	29 (72,5 $\pm$ 7,06)	U=0,51; p=0,609
– фізична, абс. (%), $M \pm m$	5 (55,6 $\pm$ 16,56)	11 (27,5 $\pm$ 7,06)	
Статус куріння:			
– курці, абс. (%), $M \pm m$	3 (33,3 $\pm$ 15,71)	21 (52,5 $\pm$ 7,90)	U=-0,32; p=0,753
– некурці, абс. (%), $M \pm m$	6 (66,7 $\pm$ 15,71)	19 (47,5 $\pm$ 7,90)	
Тривалість захворювання, роки	4 [2–10]	7 [4–15]	U=-1,66; p=0,098
Наявність супутньої патології, абс. (%), $M \pm m$	7 (77,8 $\pm$ 13,86)	33 (82,5 $\pm$ 6,01)	U=0,89; p=0,372

Продовження табл.4.7

1	2	3	4
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m))	32,8±6,62	26,6±3,02	t=0,78; p=0,439
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	2 [1–3]	2 [1–2]	U=0,91; p=0,364
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1 [1–2]	U=-0,10; p=0,922
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1[1–2]	U=0,08; p=0,933
Виразність симптомів за САТ, бали (M±m)	17,1±2,35	12,7±0,95	t=1,75; p=0,085
Виразність симптомів за ССQ, домен «сума», бали (M±m)	2,3±0,25	1,8±0,13	t=1,61; p=0,112
Виразність симптомів за ССQ, домен «симптоми», бали (M±m)	2,4±0,28	2,2±0,16	t=0,46; p=0,650
Виразність симптомів за ССQ, домен «психічний стан», бали (M±m)	2,9±0,55	1,5±0,18	t=2,86; p=0,006
Виразність симптомів за ССQ, домен «функціональний стан», бали (M±m)	1,9±0,24	1,5±0,15	t=1,07; p=0,291
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0 [0–0]	0 [0–0]	U=0,97; p=0,332

Продовження табл.4.7

1	2	3	4
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1 [1–2]	U=0,08; p=0,934
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	95 [94–96]	96 [94–97]	U=-1,49; p=0,137
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	96 [94–97]	96 [94–97]	U=-0,59; p=0,554
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	400 [400–500]	450 [400–500]	U=0,06; p=0,955
ОФВ _{1пре} , % належн. (M±m)	58,1±4,50	60,5±1,64	t=-0,61; p=0,547
ОФВ _{1пост} , % належн. (M±m)	67,4±4,83	65,5±1,62	t=0,44; p=0,659
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	66,4±5,22	47,0±2,80	t=2,69; p=0,009
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	59,3±4,41	48,3±2,36	t=1,81; p=0,076
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	44,7±4,42	28,3±2,10	t=3,02; p=0,004
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	52,7±3,59	37,4±1,89	t=3,14; p=0,003

Щодо хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ та підвищеною тривожністю, їх соціально-демографічні й функціональні показники суттєво не відрізнялися від показників у аналогічних хворих з нормальним рівнем тривожності, на відміну від деяких клінічних показників (табл. 4.8). Так, у хворих підгрупи 2 з підвищеною тривожністю виразність симптомів ХОЗЛ (за анкетною CAT) та

задишки (за шкалою mMRC) були достовірно вищими порівняно з хворими підгрупи 2 з нормальним рівнем тривожності. Крім того, психічний стан, пов'язаний з ХОЗЛ, та функціональний стан хворих (за анкетною ССQ, домени «сума», «психічний стан», «функціональний стан») були гіршими у хворих з підвищеною тривожністю, ніж у хворих з нормальним її рівнем.

Таблиця 4.8

Рівні деяких соціально-демографічних, клінічних, функціональних показників хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ, їх ЯЖ у залежності від наявності у них підвищеної тривожності

Показники	Підгрупи хворих		U, t; p
	$2_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$	$2_{\text{HADS}_{\text{трив.}-}}$	
1	2	3	4
Стать:			
– чоловіки, абс. (%), $M \pm m$	9 (75,0 $\pm$ 12,50)	36 (90,0 $\pm$ 4,74)	U=-1,32; p=0,186
– жінки, абс. (%), $M \pm m$	3 (25,0 $\pm$ 12,50)	4 (10,0 $\pm$ 4,74)	
Вік, роки	63,6 $\pm$ 3,12	63,5 $\pm$ 1,28	t=0,03; p=0,977
Сімейний стан:			
– одружені, абс. (%), $M \pm m$	8 (66,7 $\pm$ 13,61)	35 (87,5 $\pm$ 5,23)	U=-1,82; p=0,069
– самотні, абс. (%), $M \pm m$	4 (33,3 $\pm$ 13,61)	5 (12,5 $\pm$ 5,23)	
Освіта:			
– вища, абс. (%), $M \pm m$	2 (16,7 $\pm$ 10,76)	13 (32,5 $\pm$ 7,41)	U=1,05; p=0,293
– середня, абс. (%), $M \pm m$	10 (83,3 $\pm$ 10,76)	27 (67,5 $\pm$ 7,41)	
Вид діяльності:			
– розумова, абс. (%), $M \pm m$	5 (41,7 $\pm$ 14,23)	14 (35,0 $\pm$ 7,54)	U=-0,42; p=0,677
– фізична, абс. (%), $M \pm m$	7 (58,3 $\pm$ 14,23)	26 (65,0 $\pm$ 7,54)	

Продовження табл. 4.8

1	2	3	4
Статус куріння: – курці, абс. (% , $M \pm m$) – некурці, абс. (% , $M \pm m$)	4 (33,3 $\pm$ 13,61) 8 (66,7 $\pm$ 13,61)	16 (40,0 $\pm$ 7,75) 24 (60,0 $\pm$ 7,75)	U=-0,41; p=0,680
Тривалість захворювання, роки	11 [8–20]	8,5 [5–20]	U=-0,52; p=0,601
Наявність супутньої патології, абс. (% , $M \pm m$)	8 (66,7 $\pm$ 13,61)	22 (55,0 $\pm$ 7,87)	U=0,71; p=0,478
Витрати на лікування (% загального прибутку, ($M \pm m$))	32,1 $\pm$ 3,77	35,5 $\pm$ 3,47	t=-0,51; p=0,611
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	3 [2,5–3]	2 [1–3]	U=1,97; p=0,049
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–5]	1 [1–2]	U=-0,11; p=0,914
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	1 [1–2]	1[1–2]	U=-0,45; p=0,650
Виразність симптомів за САТ, бали ($M \pm m$)	23,6 $\pm$ 2,55	17,4 $\pm$ 1,03	t=2,63; p=0,011
Виразність симптомів за ССQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	3,3 $\pm$ 0,33	2,6 $\pm$ 0,15	t=2,08; p=0,043
Виразність симптомів за ССQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	3,3 $\pm$ 0,36	2,9 $\pm$ 0,18	t=0,94; p=0,350
Виразність симптомів за ССQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	3,6 $\pm$ 0,33	2,6 $\pm$ 0,25	t=2,03; p=0,048

Продовження табл. 4.8

1	2	3	4
Виразність симптомів за ССQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	$3,1 \pm 0,42$	$2,3 \pm 0,18$	$t=2,08$; $p=0,043$
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0 [0–1]	0 [0–0]	$U=0,89$; $p=0,376$
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	3 [2–3]	2,5 [2–3]	$U=0,58$; $p=0,563$
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	93,5 [90,5–95,5]	94 [93–95]	$U=-0,89$; $p=0,371$
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	94 [91,5–95]	94 [92–95]	$U=0,03$; $p=0,563$
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	350 [325–375]	362,5 [300–425]	$U=-1,23$; $p=0,220$
ОФВ _{1пре} , % належн. ($M \pm m$)	$38,4 \pm 1,93$	$34,0 \pm 1,29$	$t=1,70$; $p=0,096$
ОФВ _{1пост} , % належн. ($M \pm m$)	$43,5 \pm 2,15$	$38,7 \pm 1,35$	$t=1,74$; $p=0,088$
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	$67,1 \pm 7,30$	$54,9 \pm 3,46$	$t=1,65$; $p=0,106$
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали ($M \pm m$)	$67,5 \pm 4,49$	$57,9 \pm 3,18$	$t=1,51$; $p=0,136$
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали ($M \pm m$)	$54,1 \pm 5,86$	$43,9 \pm 2,71$	$t=1,73$; $p=0,090$

Продовження табл. 4.8

1	2	3	4
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	$63,5 \pm 5,07$	$50,2 \pm 2,67$	$t=1,80$; $p=0,078$

Отже, наявність підвищеної тривожності у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ має зв'язок з психічним станом, пов'язаним з ХОЗЛ (за анкетой CCQ), та рівнем ЯЖ хворих. У хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ наявність підвищеної тривожності має зв'язок з виразністю задишки та інших симптомів ХОЗЛ, а також з психічним станом, пов'язаним з ХОЗЛ (за анкетой CCQ).

Для визначення зв'язку виразності підвищеної тривожності з клінічними та функціональними проявами ХОЗЛ був проведений кореляційний аналіз. До аналізу були включені хворі підгрупи $1_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$ та $2_{\text{HADS}_{\text{трив.}+}}$ (табл. 4.9).

Було встановлено, що у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ та підвищеною тривожністю її виразність мала достовірні позитивні зв'язки з виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетой CCQ домен «сума», «симптоми»), з виразністю задишки (за шкалою mMRC), у тому числі після фізичного навантаження (за шкалою MBS), а також достовірний негативний зв'язок з толерантністю до фізичного навантаження. Крім того, був виявлений зв'язок виразності підвищеної тривожності з рівнем ЯЖ за опитувальником SGRQ (домен «сума»). В той же час у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ та підвищеною тривожністю не було виявлено жодних зв'язків між її виразністю та клініко-функціональними показниками хворих, а також рівнем їх ЯЖ.

Таблиця 4.9

**Зв'язок виразності деяких клінічних та функціональних проявів
ХОЗЛ з виразністю підвищеної тривожності**

Показники	Підгрупи хворих			
	1 _{HADСтрив.+}		2 _{HADСтрив.+}	
	R	p	R	p
1	2	3	4	5
Вік, роки	-0,22	0,576	0,11	0,731
Тривалість захворювання, роки	0,41	0,277	0,16	0,625
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m)	0,49	0,184	-0,08	0,785
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	0,80	0,009	0,03	0,937
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	0,08	0,833	-0,20	0,541
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	-0,05	0,896	-0,32	0,304
Виразність симптомів за САТ, бали (M±m)	0,62	0,077	0,20	0,625
Виразність симптомів за ССQ, домен «сума», бали (M±m)	0,69	0,038	0,37	0,230
Виразність симптомів за ССQ, домен «симптоми», бали (M±m)	0,73	0,027	0,06	0,859
Виразність симптомів за ССQ, домен «психічний стан», бали (M±m)	0,50	0,166	0,19	0,550
Виразність симптомів за ССQ, домен «функціональний стан», бали (M±m)	0,28	0,462	0,38	0,220

Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0,54	0,135	0,47	0,124
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	0,81	0,008	0,04	0,891
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	-0,60	0,090	0,24	0,445
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	-0,55	0,121	0,04	0,906
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	-0,75	0,020	-0,15	0,640
ОФВ _{1пре} , % належн. (M±m)	-0,57	0,109	0,18	0,578
ОФВ _{1пост} , % належн. (M±m)	-0,42	0,255	0,03	0,938
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	0,53	0,143	-0,44	0,148
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	0,56	0,114	0,41	0,187
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	0,28	0,470	0,24	0,460
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	0,68	0,049	0,28	0,373

Слід зауважити, що у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ не був виявлений зв'язок наявності підвищеної тривожності з виразністю симптомів ХОЗЛ на відміну від хворих з тяжким його перебігом. Останнє може бути пов'язано з незначною виразністю симптомів у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ, які мало впливають на виникнення підвищеної тривожності. В той же час у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ не було виявлено зв'язку виразності підвищеної тривожності з виразністю симптомів ХОЗЛ. Це може пояснюватися тим, що особи з тяжким перебігом хвороби довше хворіють на ХОЗЛ, і,

відповідно, довше мають значну виразність симптомів ХОЗЛ, а отже внаслідок їх адаптації вплив на підвищення рівня тривожності є незначним.

Крім того, нами були визначені взаємозв'язки між рівнем реактивної та особистісної тривожності та виразністю клініко-функціональних проявів ХОЗЛ у підгрупах 1 та 2.

Було встановлено, що у хворих підгрупи 1 виразність реактивної тривожності корелює з виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетною CAT), погіршенням психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ (за анкетною CCQ (домени «психічний стан»)), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ (усі домени)); виразність особистісної тривожності має достовірний позитивний кореляційний зв'язок з виразністю задишки (за шкалою MBS після 6MWT), виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетною CAT), погіршенням психічного стану, пов'язаного з ХОЗЛ (за анкетною CCQ (домени «сума», «психічний стан»)), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ (усі домени)) (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Зв'язок деяких клінічних та функціональних проявів ХОЗЛ з рівнем реактивної й особистісної тривожності у хворих з нетяжким перебігом хвороби

Показники	Рівень реактивної тривожності		Рівень особистісної тривожності	
	R	p	R	p
1	2	3	4	5
Вік, роки	0,03	0,808	0,17	0,174
Тривалість захворювання, роки	-0,08	0,541	0,01	0,979
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m)	-0,04	0,780	0,04	0,771

Продовження табл. 4.10

1	2	3	4	5
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	0,13	0,303	0,17	0,194
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	0,12	0,348	0,37	0,711
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	0,01	0,945	-0,03	0,842
Виразність симптомів за CAT, бали ($M \pm m$)	0,36	0,004	0,43	0,001
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	0,22	0,079	0,34	0,006
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	0,14	0,285	0,22	0,080
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали ($M \pm m$)	0,33	0,008	0,45	0,000
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	0,06	0,657	0,18	0,149
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0,26	0,051	0,20	0,123
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	0,10	0,460	0,26	0,049
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	-0,16	0,220	-0,19	0,133
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	-0,09	0,516	-0,11	0,415

Продовження табл. 4.10

1	2	3	4	5
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	-0,08	0,544	-0,20	0,146
ОФВ _{1пре} , % належн. (M±m)	-0,01	0,913	0,02	0,869
ОФВ _{1пост} , % належн. (M±m)	0,07	0,571	0,15	0,250
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали (M±m)	0,31	0,015	0,39	0,001
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали (M±m)	0,31	0,013	0,41	0,001
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали (M±m)	0,46	0,000	0,55	0,000
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали (M±m)	0,43	0,000	0,57	0,000

У хворих підгрупи 2 виразність реактивної тривожності корелювала з виразністю задишки (за анкетною mMRC), виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетами CAT та CCQ (усі домени), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ (усі домени)); виразність особистісної тривожності мала достовірний позитивний кореляційний зв'язок з виразністю задишки (за шкалою MBS до та після 6MWT), виразністю симптомів ХОЗЛ (за анкетною CCQ (домени «сума», «симптоми», «психічний стан»)), зниженням рівня ЯЖ (за опитувальником SGRQ (домени «активність», «вплив», «сума»)), а також рівнем витрат на лікування (табл. 4.11).

Таблиця 4.11

**Зв'язок деяких клінічних та функціональних проявів ХОЗЛ з рівнем
реактивної й особистісної тривожності у хворих
з тяжким перебігом хвороби**

Показники	Рівень реактивної тривожності		Рівень особистісної тривожності	
	R	p	R	p
1	2	3	4	5
Вік, роки	-0,06	0,673	-0,16	0,267
Тривалість захворювання, роки	0,10	0,490	0,25	0,073
Витрати на лікування (% загального прибутку, (M±m))	0,10	0,500	0,29	0,040
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	0,33	0,015	0,23	0,098
Виразність кашлю за Савченком, бали (Me [25–75])	0,22	0,112	0,22	0,111
Кількість мокроти за Савченком, бали (Me [25–75])	0,04	0,764	0,07	0,611
Виразність симптомів за САТ, бали (M±m)	0,41	0,003	0,26	0,068
Виразність симптомів за CCQ, домен «сума», бали (M±m)	0,47	0,000	0,41	0,003
Виразність симптомів за CCQ, домен «симптоми», бали (M±m)	0,31	0,027	0,36	0,008
Виразність симптомів за CCQ, домен «психічний стан», бали (M±m)	0,52	0,000	0,34	0,013

Продовження табл. 4.11

1	2	3	4	5
Виразність симптомів за CCQ, домен «функціональний стан», бали ($M \pm m$)	0,29	0,034	0,21	0,128
Виразність задишки за MBS до 6MWT, бали (Me [25–75])	0,12	0,433	0,42	0,004
Виразність задишки за MBS після 6MWT, бали (Me [25–75])	0,14	0,351	0,42	0,005
SpO ₂ до 6MWT, % (Me [25–75])	-0,18	0,204	0,04	0,767
SpO ₂ після 6MWT, % (Me [25–75])	0,02	0,901	-0,11	0,496
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	-0,10	0,530	-0,02	0,873
ОФВ _{1пре} , % належн. ($M \pm m$)	0,19	0,189	0,16	0,256
ОФВ _{1пост} , % належн. ($M \pm m$)	0,26	0,058	0,22	0,115
ЯЖ за SGRQ, домен «симптоми», бали ($M \pm m$)	0,29	0,038	0,21	0,127
ЯЖ за SGRQ, домен «активність», бали ($M \pm m$)	0,36	0,008	0,40	0,004
ЯЖ за SGRQ, домен «вплив», бали ($M \pm m$)	0,52	0,000	0,40	0,004
ЯЖ за SGRQ, домен «сума», бали ($M \pm m$)	0,49	0,000	0,44	0,001

Отже, виразність реактивної та особистісної тривожності як у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ, так і у хворих з тяжким його перебігом має зв'язок, передусім, з виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому та виразністю задишки, зокрема, а також ЯЖ хворих, а у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ виразність

особистісної тривожності пов'язана ще й з рівнем витрат на лікування основного захворювання. Це може пояснюватися тим, що тривале лікування важкого ХОЗЛ є значним і довгостроковим економічним тягарем для хворих, що позначається на їх психічному стані.

Важливо зазначити, що як і при вивченні проблеми депресії при ХОЗЛ, так і при дослідженні питання підвищеної тривожності, неможливо визначити першопричину деяких взаємозв'язків між наявністю й виразністю підвищеної тривожності та деякими проявами ХОЗЛ: тяжка задишка, зниження ЯЖ, погіршення функціонального стану можуть бути як причиною, так і наслідком підвищеної тривожності при ХОЗЛ. В той же час, визначення у різних категорій хворих зв'язку між погіршенням психічного стану, пов'язаного саме з ХОЗЛ (анкета ССQ домен «психічний стан»), з одного боку, та наявністю підвищеної тривожності, а також виразністю реактивної й особистісної тривожності, з іншого, може свідчити про суттєвий вплив основного захворювання на підвищення рівня тривожності у хворих на ХОЗЛ.

4.5. Узагальнення результатів досліджень

Частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ суттєво не відрізняється від рівня цього показника у практично здорових осіб з аналогічними гендерними та віковими показниками, і складає близько 20 та 10 % відповідно. Крім того, у хворих з тяжким перебігом ХОЗЛ частота виявлення підвищеної тривожності майже не відрізняється від частоти її виявлення у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ.

У хворих на ХОЗЛ різних клінічних груп частота виявлення поєднаних депресії та підвищеної тривожності суттєво не відрізнялася ані у залежності від ступеня тяжкості основного захворювання, ані у залежності від використаної анкети.

Щодо ступеня тяжкості підвищеної тривожності, то як у хворих клінічних груп А та В, так і у хворих клінічних груп С та D з підвищеною

тривожністю переважав легкий її ступінь. У хворих на ХОЗЛ усіх клінічних груп переважав середній рівень реактивної тривожності та високий рівень особистісної тривожності.

Анкети для виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ повинні включати мінімальну кількість запитань про симптоми, які можуть стосуватися не лише тривожності, а й ХОЗЛ та похилого віку хворих, а також бути простими у використанні. Відповідно до цього анкета HADS-тривога може бути рекомендована для виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ.

Наявність підвищеної тривожності при ХОЗЛ може мати зв'язок з виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому та задишки зокрема, а також зниженням ЯЖ. Виразність підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ може мати зв'язок з виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому, задишки зокрема, рівнем ЯЖ. Проте, неможливо визначити першопричину деяких взаємозв'язків між наявністю й виразністю підвищеної тривожності та деякими проявами ХОЗЛ.

Анкетні методи можуть використовуватися лише як скринінг для виявлення ознак підвищеної тривожності та визначення осіб, що потребують додаткового обстеження лікарем-психіатром. Наявність підвищеної тривожності за результатами анкетування не може вважатися остаточним діагнозом і потребує подальшої верифікації.

Матеріали розділу викладені у наступних наукових виданнях:

1. 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 // Запорожский медицинский журнал. – 2016. – № 2 (95). – С. 40–43.

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.

3. 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.

РОЗДІЛ 5

ЧАСТОТА ТА ВИРАЗНІСТЬ СОМАТОПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ФАЗИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

Загострення ХОЗЛ вважається однією з вірогідних причин виникнення та/або посилення виразності соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ. Проте, досліджень, які б оцінювали динаміку психічного стану хворих під час та після загострення, проводилося небагато [121, 151, 180]. У зв'язку з цим нами було проведено дослідження з визначення частоти й виразності депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ при інфекційному загостренні патологічного процесу.

Було обстежено 20 хворих вони склали підгрупу 3, кожен з них був обстежений двічі: на початку (2–3-й день) загострення (візит 1), а також через 60–70 днів після його завершення (візит 2), що відповідало стабільній фазі захворювання. Був проведений аналіз динаміки показників психічного стану хворих під час загострення та після його завершення. Крім того, частота та виразність депресії і підвищеної тривожності визначені на когорті 20 хворих під час інфекційного загострення порівнювались з результатами отриманими на усій когорті хворих на ХОЗЛ, обстежених у стабільну фазу патологічного процесу.

Загострення визначалося за гострою зміною клінічної симптоматики у хворих: збільшення частоти кашлю, збільшення кількості та зміна характеру мокротиння (поява гнійного мокротиння), посилення задишки, що відповідає національним стандартам [11]. Виявлення депресії проводилося за допомогою анкет PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія. Визначення підвищеної тривожності та її виразності проводилося за анкетою HADS-тривога, рівня реактивної та особистісної тривожності – за анкет STAI-PT та STAI-OT відповідно.

5.1. Частота та виразність депресії у хворих на ХОЗЛ у залежності від фази патологічного процесу

За даними усіх трьох використаних анкет частота виявлення депресії під час інфекційного загострення ХОЗЛ суттєво не відрізнялась від рівня цього показника у стабільну фазу патологічного процесу (табл. 5.1). Так, за анкетною PHQ-9 депресія під час загострення була виявлена більше, ніж у третій частини осіб, а у стабільну фазу – менше, ніж у третій частини пацієнтів. За анкетною BDI-SF депресію під час загострення мали менше половини хворих, а у стабільну фазу – більше, ніж у третини осіб. За анкетною HADS-депресія під час загострення депресія була виявлена у третини хворих, а у стабільну фазу – менше, ніж у четвертій частини обстежених.

Таблиця 5.1

Частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення патологічного процесу

Когорти обстежених	Анкета		
	PHQ-9	BDI-SF	HADS-депресія
Підгрупа 3, візит 1, n (%) (M±m))	7 (35,0±10,67)	9 (45,0±11,12)	6 (30,0±10,25)
Основна група, n (%) (M±m))	31 (27,0±4,14)	41 (35,7±4,47)	26 (22,6±3,92)
p	0,460	0,424	0,473

Виразність симптомів депресії у хворих на ХОЗЛ за усіма використаними анкетами під час інфекційного загострення не відрізнялась від показника у стабільну фазу патологічного процесу у порівнянні з усією когортою хворих на ХОЗЛ (табл. 5.2).

Таблиця 5.2

**Виразність депресії у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення
патологічного процесу**

Когорти обстежених	Анкета		
	PHQ-9	BDI-SF	HADS-депресія
Підгрупа 3, візит 1, n (% (M±m))	7 [4–9]	4 [3–7]	6 [4–8]
Основна група, n (% (M±m))	5 [2–8]	3 [2–6]	5 [3–7]
p	0,064	0,239	0,246

В той же час аналіз індивідуальних показників показав, що виразність депресії після закінчення інфекційного загострення дещо змінювалась.

Так, за анкетною PHQ-9 у тих трьох хворих, у яких під час інфекційного загострення була виявлена депресія легкого ступеня тяжкості, через два місяці після його завершення у двох з них вона залишилася такої ж виразності, а у одного – депресія не була виявлена; у тих двох хворих, у яких була виявлена помірна депресія під час загострення патологічного процесу, через два місяці після його завершення була виявлена депресія легкого ступеня; у одного хворого, що мав помірно тяжку депресію на під час інфекційного загострення, у стабільну фазу захворювання було виявлено помірну депресію; один хворий мав тяжкий ступінь депресії під час загострення патологічного процесу, а при стабілізації процесу ознак депресії у нього не було виявлено. Крім того, у одного пацієнта, у якого під час загострення не було виявлено ознак депресії, у стабільну фазу була виявлена депресія легкого ступеня.

За анкетною BDI-SF депресія легкого ступеня під час інфекційного загострення була виявлена у чотирьох хворих, а через два місяці після його закінчення у одного з них залишилася депресія легкого ступеня, ще у одного пацієнта виразність депресії збільшилася до середнього ступеня тяжкості, а у двох осіб депресія не була виявлена. Депресія середнього ступеня тяжкості під час загострення патологічного процесу була виявлена у п'яти хворих, а при

стабілізації процесу у одного з них залишилася депресія середнього ступеня тяжкості, у двох пацієнтів виразність депресії зменшилася до легкого ступеня тяжкості, ще у двох хворих ознаки депресії не були виявлені. У одного хворого, що не мав ознак депресії під час загострення, а у стабільну фазу мав депресію легкого ступеня, мав аналогічну динаміку психічних змін за анкетною PHQ-9.

За анкетною HADS-депресія легка депресія під час загострення була виявлена у чотирьох хворих, а у стабільну фазу у одного з них залишилася депресія легкого ступеня, у трьох осіб депресія не була виявлена. Депресія середнього ступеня тяжкості під час загострення була виявлена у двох хворих, а при стабілізації процесу у одного з них виразність депресії зменшилася до легкого ступеня тяжкості, у іншого пацієнта на цьому візиті депресія виявлена не була. Крім того, у одного хворого, який не мав ознак депресії на візиті 1, на візиті 2 була виявлена депресія легкого ступеня.

Таким чином, частота виявлення депресії у хворих під час інфекційного загострення ХОЗЛ суттєво не відрізнялася від рівня показника у стабільну фазу патологічного процесу. За індивідуальними даними виразність симптомів депресії в цілому також була різною у залежності від фази патологічного процесу: дещо вища під час інфекційного загострення ХОЗЛ порівняно зі стабільною фазою хвороби.

5.2. Частота та виразність підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ у залежності від фази патологічного процесу

Частота виявлення підвищеної тривожності за анкетною HADS-тривога серед хворих на ХОЗЛ у фазу інфекційного загострення суттєво не відрізняється від частоти її виявлення у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу (основна група) (5 (25,0±9,68 %) та 21 (18,3±3,60 %) відповідно, $p=0,481$).

В той же час виразність симптомів тривожності у цілому в хворих на ХОЗЛ під час загострення патологічного процесу була вищою, ніж у стабільну фазу патологічного процесу. Так, середній бал за анкетною HADS-тривога у хворих під час загострення склав 6 [5–9] балів, а у хворих, що знаходились у стабільній фазі хвороби, – 4 [2–6] бали ($p=0,032$).

За індивідуальним аналізом було визначено, що за результатами, отриманими за анкетною HADS-тривога, під час інфекційного загострення підвищена тривожність легкого ступеня була виявлена у чотирьох хворих, а при стабілізації патологічного процесу у трьох з них був визначений нормальний рівень тривожності, і лише у одного збереглася підвищена тривожність легкого ступеня; у одного хворого під час інфекційного загострення ХОЗЛ була виявлена підвищена тривожність тяжкого ступеня, а через два місяці після його завершення у цього хворого була виявлена тривожність помірного ступеня.

Рівень реактивної тривожності у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення суттєво не відрізнявся від рівня показника порівняно з хворими на ХОЗЛ у стабільну фазу загострення. Так, середній бал за анкетною STAI-PT у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення склав $44,4 \pm 2,21$ балу, а у стабільну фазу хвороби – $40,2 \pm 0,86$ балу ($p=0,063$). Крім того, було визначено, що і у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення, і у хворих у стабільну фазу захворювання переважав середній рівень реактивної тривожності, який був виявлений більше, ніж у половини хворих. В той же час, серед хворих на ХОЗЛ під час загострення був значно більший відсоток осіб з високим рівнем реактивної тривожності, ніж серед хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу хвороби (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Рівень реактивної тривожності у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення патологічного процесу

Когорти обстежених	Рівень реактивної тривожності		
	низький	середній	високий
Підгрупа 3, візит 1, n (%±m)	1 (5,0±4,87)	11 (55,0±11,12)	8 (40,0±10,95)
Основна група, n (% ±m)	17 (14,8±3,31)	66 (57,4±4,61)	32 (27,8±4,18)
p	0,235	0,842	0,271

Рівень особистісної тривожності у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення ХОЗЛ був вищим, ніж у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу – склав $49,2 \pm 1,60$ та $44,8 \pm 0,77$ балів відповідно ($p=0,043$). Крім того, було встановлено, що і у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення, і у хворих у стабільну фазу захворювання переважав високий рівень особистісної тривожності, який був виявлений більше, ніж у половини осіб. При цьому серед хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення не було хворих з низьким рівнем особистісної тривожності (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Рівень особистісної тривожності у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення патологічного процесу

Когорти обстежених	Рівень особистісної тривожності		
	низький	середній	високий
Підгрупа 3, візит 1, n (%±m)	0	7 (35,0±10,67)	13 (65,0±10,67)
Основна група, n (%±m)	6 (5,2±2,07)	49 (42,6±4,61)	60 (52,2±4,66)
p	0,296	0,524	0,288

5.3. Узагальнення результатів досліджень

Частота виявлення депресії під час інфекційного загострення ХОЗЛ суттєво не відрізнялася від рівня показника у стабільну фазу патологічного процесу.

Ступінь тяжкості депресії під час загострення був різним – від депресії легкого ступеня до депресії тяжкого ступеня. Слід зазначити, що хоча у більшості хворих (65 % осіб) і спостерігалось покращення психічного стану після стабілізації патологічного процесу, у значної кількості осіб була визначена відсутність суттєвих позитивних змін психічного стану, а у деяких з них – навіть посилення виразності симптомів депресії.

Хворі, у яких з'явилися ознаки депресії вже після закінчення загострення, вони мали мінімальний ступінь виразності. Найбільш імовірно, виникнення симптомів депресії у цих пацієнтів не було пов'язане з попереднім загостренням патологічного процесу.

Частота виявлення підвищеної тривожності у хворих ХОЗЛ у фазу інфекційного загострення суттєво не відрізнялася від рівня цього показника у стабільну фазу захворювання. Виразність симптомів тривожності у цілому дещо вища у хворих на ХОЗЛ у фазу загострення, ніж у стабільну фазу патологічного процесу. За індивідуальним аналізом було визначено, що виразність підвищеної тривожності під час загострення може бути як легкого ступеня, так і тяжкого, проте у переважної більшості хворих (80 % осіб) після закінчення загострення спостерігається суттєве зменшення виразності підвищеної тривожності або взагалі зникнення її ознак. Рівень реактивної та особистісної тривожності у хворих на ХОЗЛ у фазу інфекційного загострення суттєво не відрізняється від рівня цих показників у хворих у стабільній фазі патологічного процесу.

Матеріали розділу викладені у наступних наукових виданнях:

1. 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.
2. Перцева, Т. О. Вплив частоти загострень хронічного обструктивного захворювання легень 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.

РОЗДІЛ 6

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВИРАЗНОСТІ КЛІНІКО- ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ТА РІВНЯ ПОКАЗНИКІВ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ є актуальною та важливою проблемою у веденні хворих на ХОЗЛ, адже ці порушення разом з клініко-функціональними порушеннями, характерними для ХОЗЛ, мають взаємообтяжуючий негативний вплив на стан хворих, сприяючи тяжкому сприйняттю симптомів основного захворювання, погіршенню ЯЖ, високій частоті загострень, погіршенню прихильності до лікування тощо [13, 32, 42, 88, 89, 90, 116, 185, 212]. Проте, підходи та методи діагностики соматопсихічних розладів при ХОЗЛ залишаються нез'ясованими [32, 185, 120]. Велика кількість досліджень присвячена визначенню взаємозв'язків між наявністю й виразністю симптомів соматопсихічних розладів при ХОЗЛ і соціально-демографічними, клінічними та функціональними показниками хворих. Результати цих досліджень мали б допомогти визначити ті категорії хворих на ХОЗЛ, у яких виникнення соматопсихічних порушень є найвірогіднішим. Однак, результати цих досліджень зазвичай показують зв'язок між ознаками соматопсихічних розладів з окремими клінічними симптомами, окремими функціональними параметрами та окремими демографічними показниками [32, 112, 180, 185]. У нашому дослідженні також було встановлено деякі взаємозв'язки між наявністю/виразністю депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ з різними клінічними та функціональними проявами хвороби. Виявлення великої кількості різних взаємозв'язків може свідчити, з одного боку, про відсутність одного провідного чинника, який сприяє виникненню соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, а з іншого, може вказувати на комплексний вплив проявів основного захворювання на психічний стан пацієнтів.

У зв'язку з вищезазначеним нами була поставлена задача встановити комплексний взаємозв'язок між деякими клініко-функціональними проявами ХОЗЛ та показниками психічного статусу хворих.

6.1. Систематизація показників клініко-функціонального та психічного стану хворих на ХОЗЛ шляхом кластерного аналізу

Зважаючи на те, що, з одного боку, обстежені хворі основної групи мали великі розбіжності за виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ та ступенем порушення вентиляційної функції легень, а, з іншого, різний рівень соматопсихічних порушень, доцільним видалося проведення кластерного аналізу для систематизації та узагальнення отриманих результатів. Він дозволив встановити взаємозв'язок між виразністю деяких проявів ХОЗЛ та виразністю порушень психічного стану комплексно, а не ізольовано.

До аналізу були включені дані усіх 115 хворих основної групи. Результати обстеження 15 хворих були виключені у зв'язку з алгоритмом кластерного аналізу, який вимагає та забезпечує виявлення «викидів» (артефактів) у вихідних даних та виключення їх із подальшого аналізу.

Для оцінки виразності клінічних та функціональних проявів ХОЗЛ були обрані найбільш важливі з клінічної точки зору показники: виразність симптомів ХОЗЛ за анкетами CAT, CCQ (домен «сума»), виразність задишки за шкалою mMRC, рівень SpO_2 у стані спокою, толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, рівень $ОФВ_1$ після проби з бронхолітиком, рівень ЯЖ за опитувальником SGRQ (домен «сума»). Показники психічного стану оцінювалися за усіма використаними нами анкетами, призначеними для оцінки наявності та виразності соматопсихічних порушень: PHQ-9, BDI-SF, HADS-тривога, HADS-депресія, STAI-PT, STAI-OT.

Оскільки досліджувані ознаки вимірюються у різних одиницях, усі дані були стандартизовані. Деревоподібна кластеризація проводилась за стратегією кластеризації Варда з пошуком евклідової відстані.

Ієрархічне кластерне дерево демонструє механізм послідовного об'єднання хворих двох класів у один наступний із зазначенням відстаней між ними. Для визначення порогової відстані був використаний графік схеми об'єднання (рис. 6.1), який демонструє, що точка заломлення припадає на 97 крок кластеризації, а відстань об'єднання складає 24.

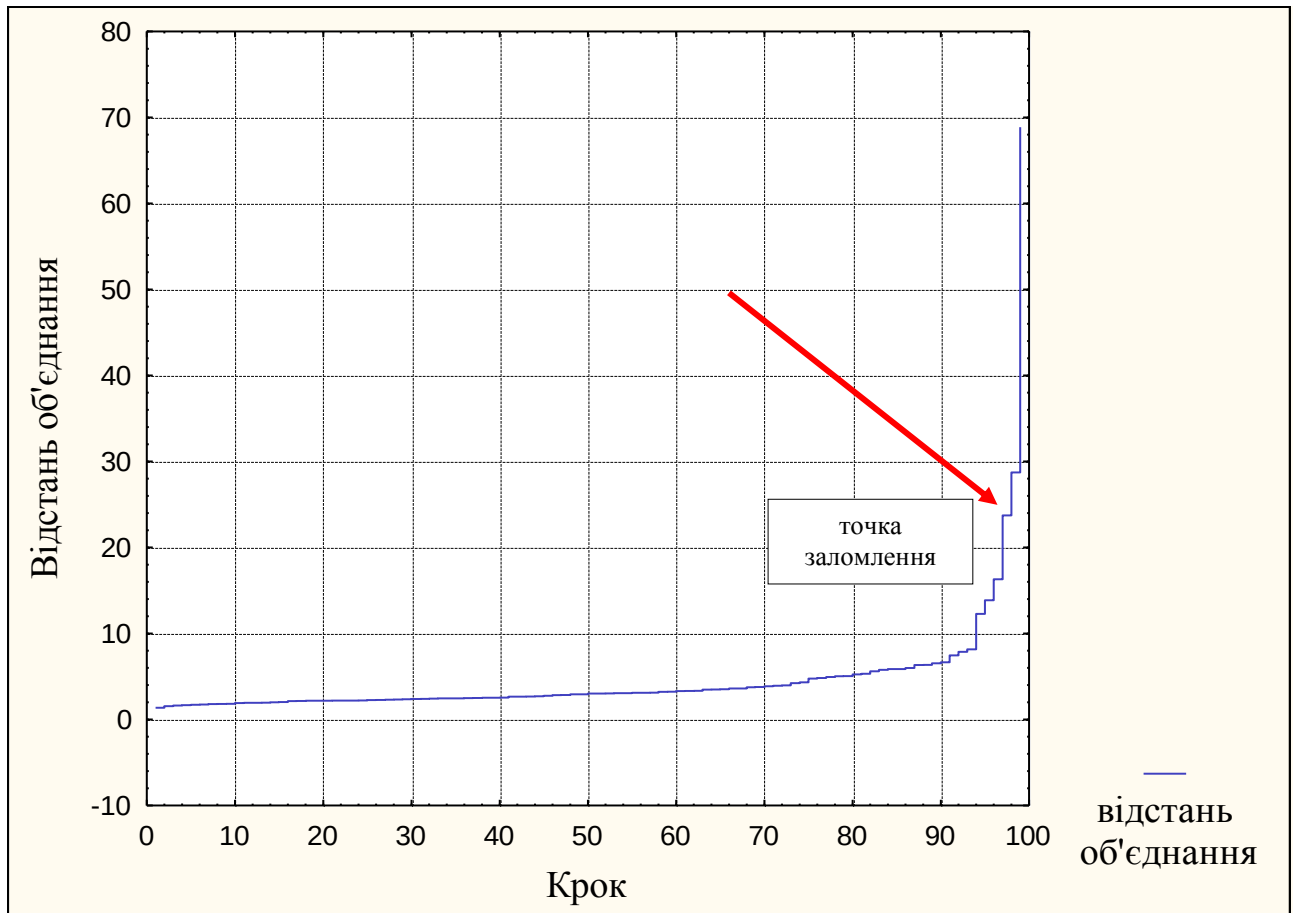


Рис. 6.1. Графік процесу об'єднання обстежених хворих на ХОЗЛ у кластери

Кількість кластерів, на які доцільно розподілити всіх хворих, була визначена за формулою: $(n - m)$, де n – загальна кількість спостережень, а m – крок точки заломлення. Таким чином, у проведеному нами дослідженні кількість кластерів склала $100 - 97 = 3$.

Підтвердженням правильно обраної кількості класів є результат побудови дендрограми (рис. 6.2), яка демонструє, що на пороговій відстані 24 (на якій знаходиться точка заломлення) (див. рис. 6.1) є три перетини перпендикуляру з «гілками» дендрограми. Кількість перетинів і визначає кількість кластерів, а об'єкти, що опинилися нижче від відсіченої гілки, – склад кластерів.

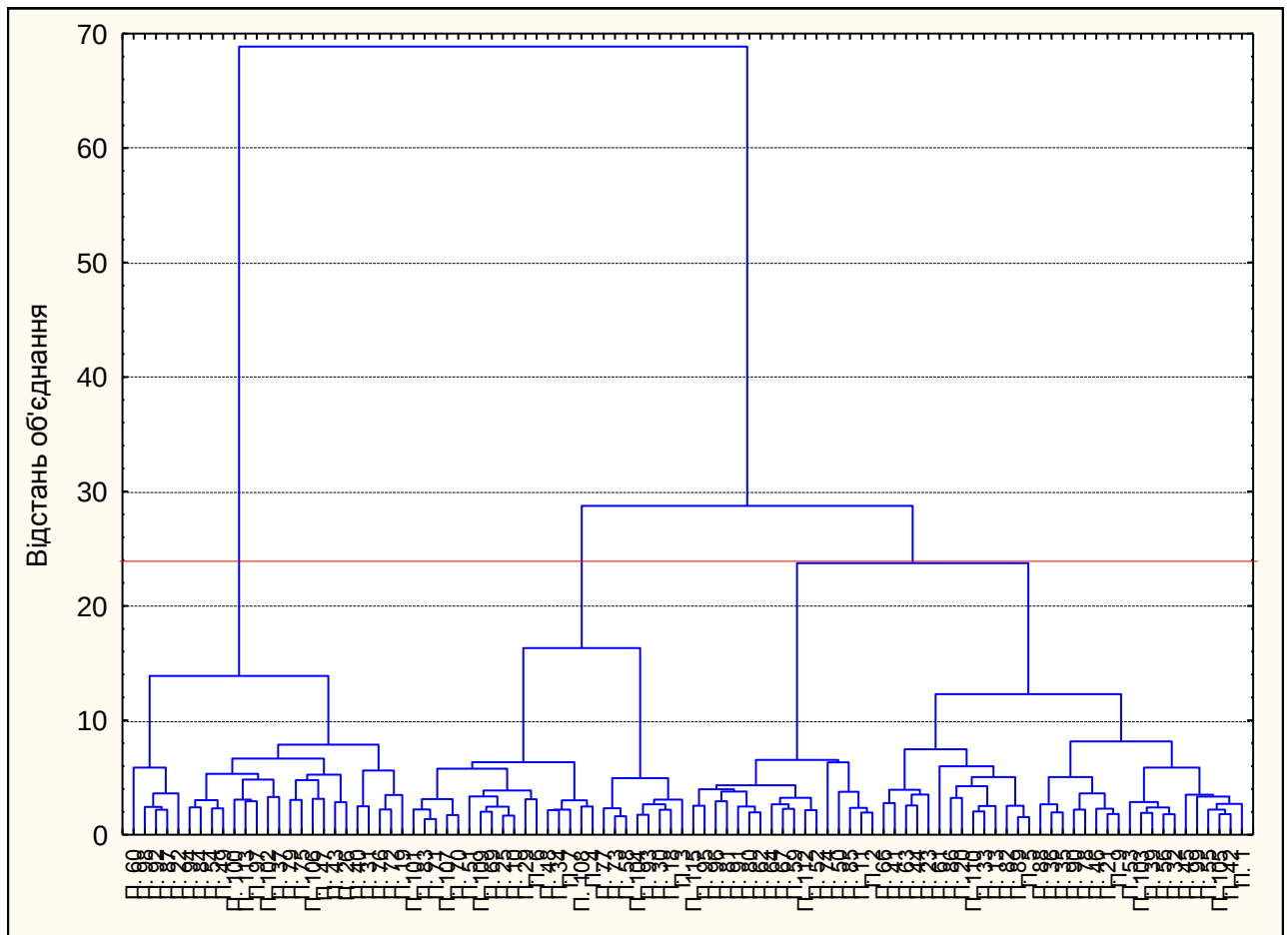


Рис. 6.2. Ієрархічне кластерне дерево, побудоване на основі кластерного аналізу

Метод ієрархічної деревоподібної кластеризації дозволив побудувати ієрархічне кластерне дерево (див. рис. 6.2) та визначити оптимальну кількість кластерів, яких, як видно з графіка, повинно бути три.

Метод k-середніх був використаний після сформування гіпотези стосовно кількості кластерів. Алгоритм кластеризації дозволив знайти три кластери з максимальною різницею між показниками за наступними параметрами: бали за анкетами CAT, mMRC, CCQ (домен «сума»), SGRQ (домен «сума»), PHQ-9, BDI-SF, HADS-тривога, HADS-депресія, STAI-PT, STAI-OT, рівень SpO_2 у стані спокою, дистанцією за 6MWT, рівень O_{FV1} (рис. 6.3).

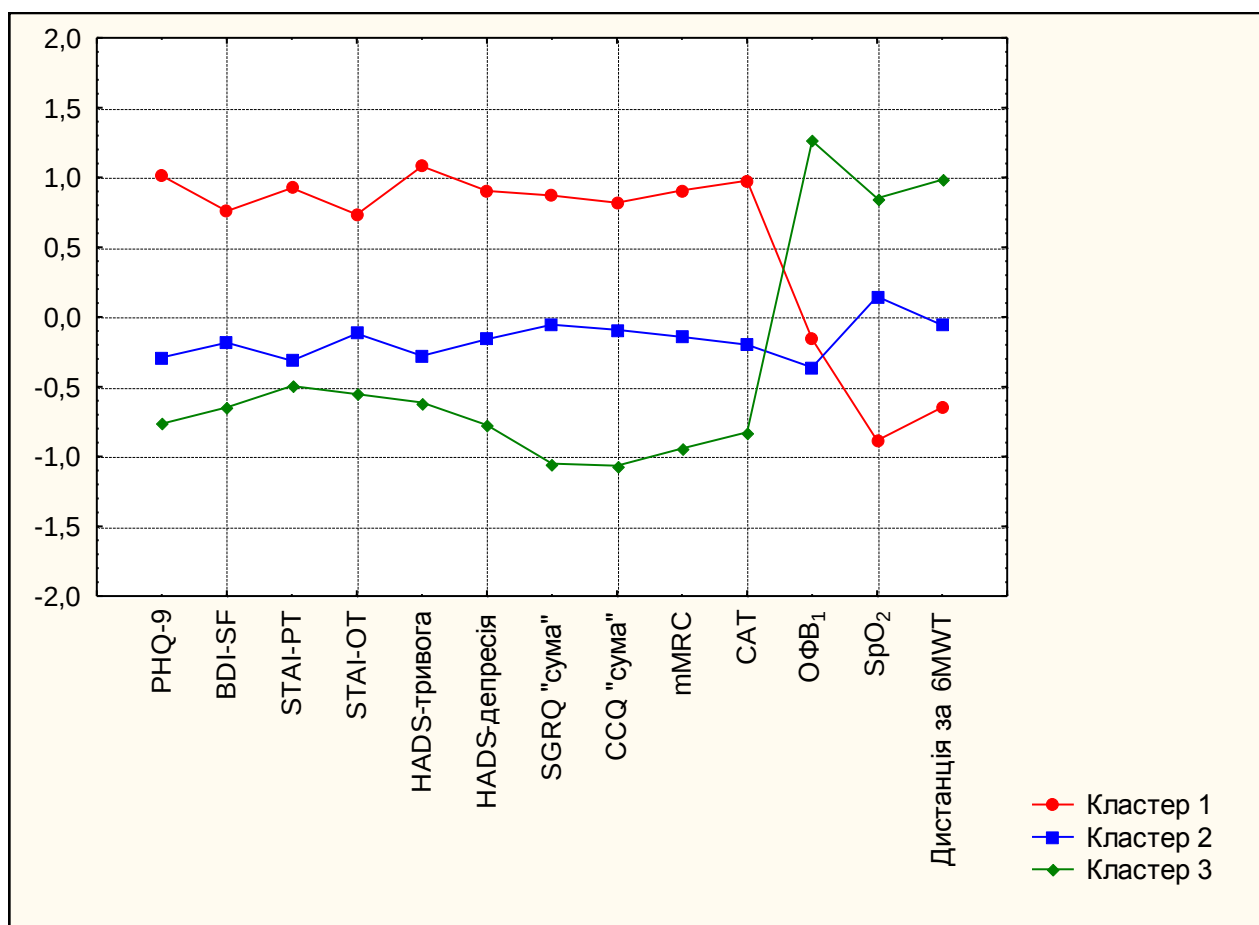


Рис. 6.3. Кластери хворих на ХОЗЛ за клініко-функціональними та психічними параметрами (показники стандартизовані)

Отже, результати ієрархічного кластерного аналізу були підтверджені методом k-середніх, що вказує на стійкість знайденого кластерного рішення. За даними дисперсійного аналізу була показана достовірна відмінність ($p < 0,000$) між виділеними кластерами для усіх проаналізованих змінних.

Таким чином, отримані результати кластерного аналізу показали, що високий рівень різних клініко-функціональних порушень у хворих на ХОЗЛ може поєднуватися зі значною виразністю у них соматопсихічних змін, тоді як низький рівень клініко-функціональних порушень – переважно з мінімальною виразністю соматопсихічних порушень.

6.2. Комплексна оцінка клініко-функціонального та психічного стану хворих на ХОЗЛ з урахуванням результатів кластерного аналізу

З метою поглибленого розуміння поєднаного впливу клінічних та функціональних показників на психічний стан хворих корисним було визначити у кожному кластері рівень усіх клінічних та функціональних показників, рівень ЯЖ та виразність соматопсихічних порушень. Виділені кластери були порівнювані між собою за віком та статтю хворих, які до них увійшли. Проте, за клініко-функціональними та психічними параметрами вони суттєво відрізнялись. Так, у хворих кластеру 1 порівняно з хворими кластерів 2 і 3 клінічні (за шкалою mMRC, анкетами CAT, CCQ), функціональні (рівень ОФВ₁, SpO₂, толерантність до фізичного навантаження за 6MWT) показники та рівень ЯЖ (за SGRQ) були найкращими, а виразність психічних змін (за анкетами PHQ-9, BDI-SF, STAI-PT, STAI-OT, HADS-тривога, HADS-депресія) – мінімальною (табл. 6.1).

У хворих кластеру 3 порівняно з хворими кластерів 1 і 2 аналогічні клінічні, функціональні показники та ЯЖ були найгіршими, а виразність ознак соматопсихічних порушень – найбільшою. Хворі кластеру 2 зайняли проміжне положення між хворими кластерів 1 і 3 як за клініко-функціональними показниками, так і за виразністю психічних змін, отриманими за результатами анкетування.

Таблиця 6.1

Середні значення досліджених показників у кластерах

Показники	Кластери			p ₁₋₂ , p ₁₋₃ , p ₂₋₃
	1 (n=22)	2 (n=49)	3 (n=29)	
1	2	3	4	5
Стать: – чоловіки, n (%±m)) – жінки, n (%±m))	19 (86,4±7,32) 3 (13,6±7,32)	41 (83,7±5,28) 8 (16,3±5,28)	25 (86,2±6,40) 4 (13,8±6,40)	p ₁₋₂ =0,774 p ₁₋₃ =0,987 p ₂₋₃ =0,766
Вік, роки (M±m)	61,4±1,63	64,4±1,21	61,8±1,59	p ₁₋₂ =0,052 p ₁₋₃ =0,462 p ₂₋₃ =0,195
Виразність симптомів депресії за PHQ-9, бали (Me [25–75])	2 [1–3]	3 [2–5]	8 [6–12]	p ₁₋₂ =0,003 p ₁₋₃ =0,000 p ₂₋₃ =0,000
Виразність симптомів депресії за BDI-SF, бали (Me [25–75])	1,5 [1–3]	3 [1–5]	7 [4–10]	p ₁₋₂ =0,014 p ₁₋₃ =0,000 p ₂₋₃ =0,000
Виразність реактивної тривожності за STAI-PT, бали (Me [25–75])	34,5 [29–43]	38 33–42]	49 [44–56]	p ₁₋₂ =0,326 p ₁₋₃ =0,000 p ₂₋₃ =0,000
Виразність особистісної тривожності за STAI-OT, бали (Me [25–75])	38,5 [34–47]	44 [41–48]	51 [46–55]	p ₁₋₂ =0,041 p ₁₋₃ =0,000 p ₂₋₃ =0,000
Виразність тривожності за HADS-тривога, бали (Me [25–75])	2 [0–4]	3 [2–5]	8 [6–10]	p ₁₋₂ =0,070 p ₁₋₃ =0,000 p ₂₋₃ =0,000

Продовження табл. 6.1

1	2	3	4	5
Виразність симптомів депресії за HADS-депресія, бали (Me [25–75])	2 [1–5]	5 [3–6]	8 [6–10]	$p_{1-2}=0,001$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,000$
Якість життя за SGRQ (домен «сума»), бали ($M \pm m$)	$27,5 \pm 2,37$	$44,5 \pm 1,71$	$60,3 \pm 2,35$	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,000$
Виразність симптомів за CCQ (домен «сума»), бали ($M \pm m$)	$1,1 \pm 0,13$	$2,2 \pm 0,10$	$3,1 \pm 0,18$	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,000$
Виразність задишки за mMRC, бали (Me [25–75])	1 [1–1]	2 [1–2]	3 [2–3]	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,000$
Виразність симптомів за CAT, бали ($M \pm m$)	$9,4 \pm 1,02$	$14,3 \pm 0,71$	$23,4 \pm 1,30$	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,000$
Рівень ОФВ _{1пост} , % належн., ($M \pm m$)	$75,2 \pm 2,66$	$48,0 \pm 1,89$	$51,4 \pm 2,63$	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,287$
SpO ₂ , %, (Me [25–75])	97 [96–97]	95 [94–96]	93 [92–94]	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,000$
Толерантність до фізичного навантаження за 6MWT, м (Me [25–75])	500 [400–550]	400 [350–450]	350 [325–400]	$p_{1-2}=0,000$ $p_{1-3}=0,000$ $p_{2-3}=0,005$

Крім того, було визначено, що за результатами анкетування серед 22 хворих кластеру 1 депресія була виявлена лише у одного хворого ($4,6 \pm 4,44$ %), підвищена тривожність – теж у одного хворого ($4,6 \pm 4,44$ %), і це були порушення легкого ступеня тяжкості; серед 49 хворих кластеру 2 депресія була виявлена у 21 пацієнта ($42,9 \pm 7,07$ %), підвищена тривожність – у чотирьох осіб ($8,2 \pm 3,91$ %), порушення були різних ступенів тяжкості; серед 29 хворих кластеру 3 депресія була виявлена у 24 хворих ($82,8 \pm 7,01$ %), підвищена тривожність – у 16 осіб ($55,2 \pm 9,23$ %), порушення були різних ступенів тяжкості.

Таким чином, хворі на ХОЗЛ, які мають низьку виразність клінічних симптомів, відносно високий рівень функціональних показників та ЯЖ, мають і низьку виразність ознак психічних змін, на відміну від осіб з високою виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ, відносно низьким рівнем функціональних показників та ЯЖ, які мають суттєво вищу виразність ознак соматопсихічних порушень.

Оскільки, найбільш важливими показниками для оцінки перебігу ХОЗЛ у практичному використанні є рівень вентиляційних порушень та виразність симптомів ХОЗЛ, нами було проаналізовано їх рівень з урахуванням наявності й виразності соматопсихічних порушень відповідно до результатів кластерного аналізу. Було встановлено, що з урахуванням середньої арифметичної величини та стандартного відхилення наявність і виразність симптомів соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ з $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60\%$ належн. і кількістю балів за $\text{САТ} \geq 22$ є найвищою, при $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60\%$ належн. та кількості балів за $\text{САТ} < 22$ – дещо нижчою, а при $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} > 60\%$ належн. незалежно від кількості балів за САТ – найнижчою.

При порівнянні отриманих у кластерах індивідуальних даних та співставленні їх з сучасною класифікацією ХОЗЛ за клінічними групами (А, В, С, D) було встановлено, що до кластеру 1 увійшли пацієнти клінічних груп А та В, до кластеру 2 – переважно пацієнти клінічної групи С та пацієнти клінічної групи D з помірною виразністю симптомів (середній бал за анкетною САТ –

<22), а до кластеру 3 – хворі клінічної групи D з виразною клінічною симптоматикою ХОЗЛ (середній бал за анкетною САТ – ≥ 22).

6.3. Узагальнення результатів досліджень

Хворі на ХОЗЛ з низькою виразністю клінічних симптомів, а також відносно високим рівнем функціональних показників та ЯЖ мають низьку виразність ознак психічних змін; особи з високою виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ, відносно низьким рівнем функціональних показників та якості життя мають суттєво вищу виразність ознак соматопсихічних порушень; хворі, які займають проміжне положення за клініко-функціональними параметрами мають, відповідно, і проміжний рівень ознак соматопсихічних розладів.

Отримані результати дають змогу вважати, що у хворих на ХОЗЛ з низьким рівнем функціональних показників і, особливо, з високою виразністю клінічних симптомів імовірність розвитку порушень психічного стану вища, ніж у хворих на ХОЗЛ з відносно невисокою виразністю симптомів та незначними порушеннями функціональних показників.

Таким чином, бажано, щоб уже на етапі первинного обстеження хворі з тяжким перебігом ХОЗЛ (клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ ≥ 22) були обстежені на наявність соматопсихічних порушень принаймні шляхом анкетування, а за необхідністю – і лікарем-психіатром; хворі з нетяжким перебігом ХОЗЛ (хворі клінічних груп A і B), найбільш імовірно, не потребують консультації лікаря-психіатра і можуть обстежуватися шляхом анкетування лише за наявності факторів ризику розвитку у них соматопсихічних порушень; хворі на ХОЗЛ тяжкого перебігу, але з помірно виразною симптоматикою на момент обстеження (клінічної групи C та клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ < 22), складають групу ризику щодо розвитку соматопсихічних розладів, тому повинні обстежуватись у динаміці на етапах постійного спостереження.

Матеріали розділу викладені у наступних наукових виданнях:

1. 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.

РОЗДІЛ 7

ОЦІНКА ПСИХІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У НОЗОЛОГІЧНОМУ ВІДНОШЕННІ

Діагностика психічних порушень за допомогою анкетування є простою, швидкою та економічно необтяжливою методикою їх виявлення [12, 77]. Проте, на теперішній час, на жаль, не визначені конкретні анкетні методи, які повинні використовуватись для виявлення соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ [32, 114, 185, 120]. Крім того, за національними та міжнародними рекомендаціями «золотим стандартом» діагностики психічних порушень є лише кваліфіковане обстеження хворих лікарем-психіатром. Лише спеціальні психопатологічні методи, зокрема клініко-психопатологічне дослідження психічного стану пацієнта за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю, дозволяють верифікувати діагноз психічного розладу, встановити нозологічну форму, призначити відповідне лікування [6, 12, 96, 154].

Отримані нами за допомогою анкетування результати оцінки психічного стану показали дещо різні результати у залежності від використаної анкети. Крім того, незважаючи на те, що нами були використані чотири різних анкети (PHQ-9, BDI-SF, HADS, STAI), дві з яких включали по дві підшкали (HADS-депресія, HADS-тривога, STAI-PT, STAI-OT), з їх допомогою можна було лише виявити або ознаки депресії без встановлення її нозологічної форми, або ознаки підвищеної тривожності без можливості встановити наявність тривожного розладу. Крім того, за допомогою цих анкет взагалі неможливо було виявити будь-які інші соматопсихічні порушення і, відповідно до цього, призначити адекватне лікування.

Зважаючи на вищезазначене, нами була поставлена задача забезпечити кваліфіковане обстеження хворих лікарем-психіатром для верифікації клінічного діагнозу з наступною, за необхідністю, корекцією соматопсихічних

порушень, а також співставити попередньо отримані нами результати анкетування з діагнозом, встановленим фахівцем.

Усім хворим основної групи було запропоновано відвідати лікаря-психіатра. На консультацію психіатра погодилося 56 пацієнтів, які склали підгрупу 4. Співставлення результатів обстеження проводили з результатами анкетування за анкетами PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія, HADS-тривога. Результати, отримані за анкетною STAI, не включали до цієї частини дослідження, оскільки за нею неможливо встановити патологічного рівня підвищення тривожності.

7.1. Психічний стан хворих на ХОЗЛ у нозологічному відношенні

Оскільки підгрупа 4 була сформована з осіб основної групи, нами додатково був проведений аналіз результатів анкетування саме цієї категорії осіб. Аналіз показав, що за даними різних анкет результати мають певні відмінності, подекуди досить суттєві. Так, у підгрупі 4 депресію за анкетною PHQ-9 було виявлено менше ніж у п'ятій частини осіб, тоді як за анкетами HADS-депресія та BDI-SF – більш, ніж у третини хворих (табл. 7.1).

Таблиця 7.1

Частота соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ за даними різних анкет

Анкета	Кількість хворих	
	абс.	%
PHQ-9	11	19,6
HADS-депресія	17	30,4
BDI-SF	20	35,7

При цьому, якщо виразність депресії за PHQ-9 та HADS-депресія відповідала переважно легкому ступеню (середній бал – 8 [8–12] та 10 [8–11] відповідно), то за BDI-SF – переважно середньому ступеню тяжкості (середній бал – 9 [6,5–10,5]).

Підвищена тривожність за даними анкети HADS-тривога була виявлена у 9 (16,1%) осіб і відповідала переважно легкому ступеню тяжкості (середній бал – 9 [8–10]).

Таким чином, результати цієї підгрупи не відрізнялися від результатів основної групи в цілому.

У ході обстеження хворих підгрупи 4 лікарем-психіатром було встановлено декілька видів соматопсихічних порушень (рис. 7.1).

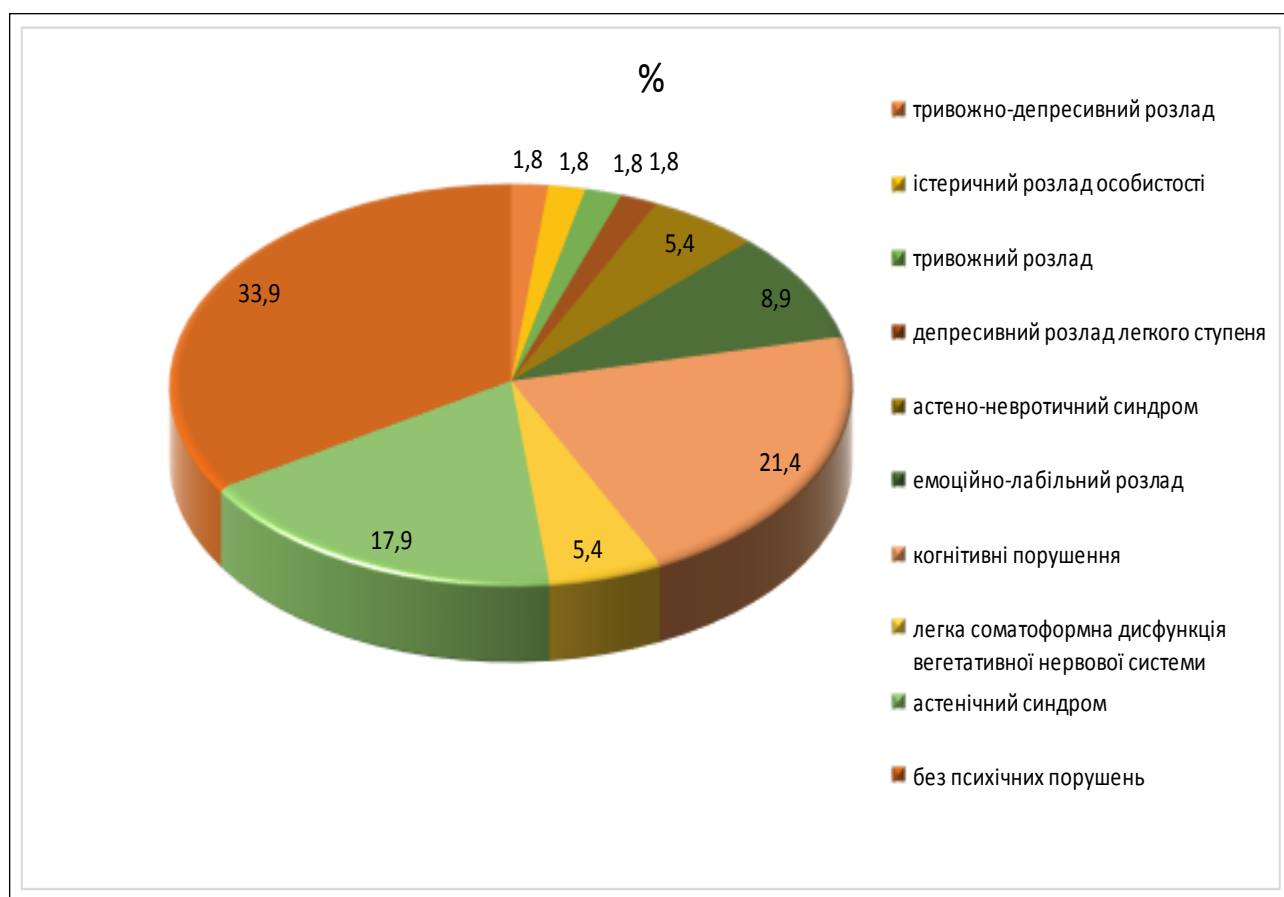


Рис. 7.1. Соматопсихічні порушення у хворих на ХОЗЛ згідно з висновком лікаря-психіатра

Так, приблизно п'ята частина хворих мала когнітивні порушення, майже стільки ж хворих – астенічний синдром, менше десятої частини пацієнтів мали емоційно-лабільний розлад, астено-невротичний синдром, легку соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи, по одному хворому – тривожно-депресивний розлад, легкий депресивний розлад, істеричний розлад особистості та тривожний розлад, а більше третини обстежених хворих не мали жодних психічних порушень. Загалом, у 37 осіб були виявлені ті чи інші соматопсихічні порушення. Усім цим хворим була запропонована корекція психічних змін.

Оскільки при обстеженні хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром було встановлено декілька видів соматопсихічних порушень, нами був проведений аналіз виявлення різних порушень з урахуванням тяжкості перебігу основного захворювання відповідно до результатів кластерного аналізу (табл. 7.2).

Таблиця 7.2

Характер соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ різних ступенів тяжкості

Висновок лікаря-психіатра	Клінічна група		
	А та В (n=9), абс. (%)	С та D з сумою балів за анкетною CAT < 22 (n=17), абс. (%)	D з сумою балів за анкетною CAT ≥ 22 (n=30), абс. (%)
1	2	3	4
Тривожно-депресивний розлад	0	0	1 (3,3)
Істеричний розлад особистості	0	0	1 (3,3)
Тривожний розлад	0	0	1 (3,3)

Продовження табл. 7.2

1	2	3	4
Депресивний розлад легкого ступеня	0	0	1 (3,3)
Астено-невротичний синдром	0	0	3 (10,0)
Емоційно-лабільний розлад	1 (11,1)	1 (5,9)	3 (10,0)
Когнітивні порушення	2 (22,2)	6 (35,3)	4 (13,3)
Легка соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи	0	1 (5,9)	2 (6,7)
Астенічний синдром	1 (11,1)	3 (17,6)	6 (20,0)
Без психічних порушень	5 (55,5)	6 (35,3)	8 (26,7)

До клінічних груп А та В відносилися дев'ять хворих (16,1 %), до клінічної групи С та клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ < 22 – 17 осіб (30,4 %), до клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ $\geq$ 22 – 30 хворих (53,6 %). Відповідно до цього визначення частоти соматопсихічних порушень певного характеру у хворих кожної клінічної групи ХОЗЛ було дещо ускладнене, проте, отримані дані все ж є досить показовими. Так, серед хворих клінічних груп А та В більшість осіб не мали соматопсихічних порушень, у двох осіб були виявлені когнітивні порушення, по одному пацієнту мали астенічний синдром, емоційно-лабільний розлад. Серед хворих клінічної групи С та клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ < 22 більше, ніж у третини осіб, були виявлені когнітивні порушення, по одному хворому мали легку соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи та емоційно-лабільний розлад, менше п'ятої частини осіб мали астенічний синдром, більше, ніж у третини пацієнтів, не було виявлено соматопсихічних порушень. Серед хворих клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ $\geq$ 22 менше третини

хворих не мали соматопсихічних порушень, п'ята частина осіб мали астеничний синдром, більше десятої частини пацієнтів – когнітивні порушення, приблизно десята частина хворих – астено-невротичний синдром, емоційно-лабільний розлад, легку соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи, по одному хворому – тривожно-депресивний розлад, легкий депресивний розлад, істеричний розлад особистості та тривожний розлад.

Крім того, була досліджена достовірність відмінностей деяких клініко-функціональних та соціально-демографічних показників хворих з наявністю та відсутністю соматопсихічних порушень за висновком лікаря-психіатра. Було встановлено, що у хворих на ХОЗЛ без соматопсихічних порушень була меншою кількість загострень за минулий рік ($p=0,010$) та вищий рівень ЯЖ за анкетною SGRQ (домени «активність», «вплив», «сума» ($p=0,002$, $p=0,020$, $p=0,014$ відповідно)), ніж у хворих з наявністю будь-яких соматопсихічних порушень. Привернуло увагу те, що хворі з наявністю та відсутністю соматопсихічних порушень не відрізнялися за виразністю симптомів за анкетами mMRC ($p=0,190$), CAT ($p=0,287$), рівнем $ОФВ_{1\text{пост}}$ ($p=0,109$), статусом куріння ($p=0,061$), віком ($p=0,430$) та статтю ($p=0,054$).

Таким чином, кількість хворих на ХОЗЛ з супутніми психічними порушеннями була значно більшою серед осіб клінічної групи D, ніж серед хворих інших клінічних груп.

7.2. Співставлення результатів оцінки психічного стану хворих на ХОЗЛ у нозологічному відношенні з результатами анкетування

При співставленні результатів обстеження лікарем-психіатром хворих підгрупи 4 з результатами попереднього їх анкетування привернуло увагу те, що у 26 з 56 хворих не було виявлено ані депресії, ані підвищеної тривожності по жодній із запропонованих анкет (табл. 7.3). При обстеженні ж цих хворих лікарем-психіатром було встановлено, що у 12 (46,2%) з них дійсно не було виявлено ніяких соматопсихічних порушень, тоді як у шести (23,0%) був

виявлений астенічний синдром, по троє (11,5%) хворих мали легку соматоформну дисфункцію вегетативної нервової системи та емоційно-лабільний розлад, по одному (3,8%) – астено-невротичний синдром та когнітивні порушення. Таким чином, майже половина хворих, які не мали ознак соматопсихічних розладів за даними анкетування, не мали їх і за даними лікаря-психіатра, тоді як більша половина з них мала різні соматопсихічні порушення, хоча це не були ані депресія, ані підвищена тривожність (див. табл. 7.3).

У інших 30 хворих підгрупи 4, у яких були виявлені ознаки депресії та/або підвищеної тривожності хоча б по одній з анкет (табл. 7.3), за даними психіатра результати були дещо інакшими. Так, з цих 30 хворих на ХОЗЛ лише четверо (13,3%) мали ці розлади згідно з висновком лікаря-психіатра (тривожно-депресивний розлад, легкий депресивний розлад, істеричний розлад особистості та тривожний розлад); у 11 (36,6%) з них були виявлені когнітивні порушення на тлі церебрального атеросклерозу, у 6 (20,0%) – астенічний, астено-невротичний синдроми та емоційно-лабільні розлади, а у чверті (7 (23,3%)) пацієнтів жодних соматопсихічних розладів виявлено не було. Потрібно зауважити, що депресія, тривожні розлади, а також таке суттєве психічне порушення як істеричний розлад особистості були підтверджені лікарем-психіатром лише у тих хворих, які за даними анкетування мали ознаки соматопсихічних порушень не менш, ніж за двома (одна особа) та чотирма (троє хворих) анкетами (див. табл. 7.3).

Таблиця 7.3

Співставлення результатів анкетування з висновком лікаря-психіатра

Анкети	Кількість хворих, абс. (%)	Висновок лікаря-психіатра
1	2	3
PHQ-9	3 (10,0)	- без соматопсихічних порушень (1 особа) - когнітивні порушення (1 особа) - емоційно-лабільний розлад (1 особа)
BDI-SF	6 (20,0)	- без соматопсихічних порушень (1 особа) - астеничний синдром (1 особа) - когнітивні порушення (3 особи) - емоційно-лабільний розлад (1 особа)
HADS-депресія	4 (13,3)	- без соматопсихічних порушень (1 особа) - когнітивні порушення (3 особи)
HADS-тривога	1 (3,3)	- без соматопсихічних порушень (1 особа)
PHQ-9, BDI-SF	1 (3,3)	- астеничний синдром
HADS-депресія, BDI-SF	4 (13,3)	- астеничний синдром (2 особи) - когнітивні порушення (1 особа) - астено-невротичний синдром (1 особа)
HADS-тривога, BDI-SF	2 (6,7)	- без соматопсихічних порушень (1 особа) - когнітивні порушення (1 особа)
HADS-депресія, HADS-тривога	1 (3,3)	- депресивний розлад легкого ступеня
BDI-SF, HADS- депресія, HADS- тривога	1 (3,3)	- без соматопсихічних порушень

Продовження табл. 7.3

1	2	3
PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія	3 (10,0)	- без соматопсихічних порушень (1 особа) - когнітивні порушення (1 особа) - астено-невротичний синдром (1 особа)
PHQ-9, HADS-депресія, HADS-тривога	1 (3,3)	- когнітивні порушення
PHQ-9, BDI-SF, HADS-депресія, HADS-тривога	3 (10,0)	- тривожно-депресивний розлад (1 особа) - істеричний розлад особистості (1 особа) - тривожний розлад (1 особа)

Отже, соматопсихічні розлади при ХОЗЛ можуть носити різний характер, який виходить далеко за межі депресії та тривожних розладів, і встановити їх лише за допомогою анкетування неможливо. Наявність депресії та тривожних розладів зазвичай підтверджується результатами анкетування за кількома анкетами.

Відсутність ознак соматопсихічних порушень за результатами анкетування хворих на ХОЗЛ, найімовірніше, свідчить про відсутність у них соматопсихічних розладів. Однак, за наявності відповідних скарг чи факторів ризику хворі на ХОЗЛ повинні бути обстежені лікарем-психіатром для уточнення діагнозу.

Виявлення ознак соматопсихічних розладів за будь-якою з анкет повинно слугувати приводом для подальшого обстеження хворих з метою верифікації діагнозу та, за необхідності, призначення відповідного лікування. Виявлення ознак соматопсихічних порушень за кількома анкетами вимагає негайного обстеження хворих лікарем-психіатром.

7.3. Визначення оптимальної анкети для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ з урахуванням результатів оцінки їх психічного стану у нозологічному відношенні

Обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром є єдиною можливістю верифікувати у них діагноз психічного розладу. Проте, у практичній медицині виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ шляхом обстеження усіх хворих психіатром неможливо. Анкетні методи є простим, швидким та економічним способом виявлення соматопсихічних змін, однак переважна більшість їх призначені для виявлення депресії або підвищеної тривожності без можливості визначити інші порушення. В той же час, відомо, що наявність високих балів за будь-якою з анкет зазвичай свідчить про наявність психічного порушення [152, 153]. Отже, анкетні методи можна використовувати як скринінгові для визначення тих хворих, які з більшою вірогідністю потребують консультації лікаря-психіатра. Проте, як і у проведеному нами дослідженні, так і у інших дослідженнях було показано, що частота виявлення ознак соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ може досить суттєво відрізнятися у залежності від використаної анкети.

У зв'язку з вищезазначеним, нами була поставлена задача визначити анкету, яка є найбільш прийнятною виявлення соматопсихічних порушень саме у хворих на ХОЗЛ.

Інформативність діагностичних опитувальників для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ оцінювалася за допомогою стандартних операційних характеристик діагностичних моделей: чутливості, специфічності, а також інтегральної характеристики – площі під ROC-кривою. Ці показники визначалися шляхом співставлення даних, отриманих в результаті анкетування, з результатами обстеження хворих лікарем-психіатром. Останні використовувалися у якості своєрідного «еталону» (наявність/відсутність психічного порушення) (рис. 7.2, 7.3, 7.4).

Було встановлено, що найвищу чутливість ($>75\%$) мали анкети HADS-депресія, HADS-тривога, PHQ-9, а найнижчу – анкета BDI-SF. Найвищу специфічність ($>80\%$) мала анкета BDI-SF. При цьому найбільш високі операційні характеристики мали анкети HADS-депресія ($AUC=0,760$, $p=0,000$) та HADS-тривога ($AUC=0,724$, $p=0,032$). За загальноприйнятою класифікацією розміру площі під кривою діагностична значущість цих анкетних методик відноситься до «хороших».

Щодо анкет STAI-PT, STAI-OT, вони показали найнижчий та недостовірний рівень операційних характеристик (див. рис. 7.4).

Порівняння усіх ROC-кривих між собою не показало суттєвих розбіжностей між ними та підтвердило найкращі операційні характеристики анкет HADS-депресія та HADS-тривога (рис. 7.5).

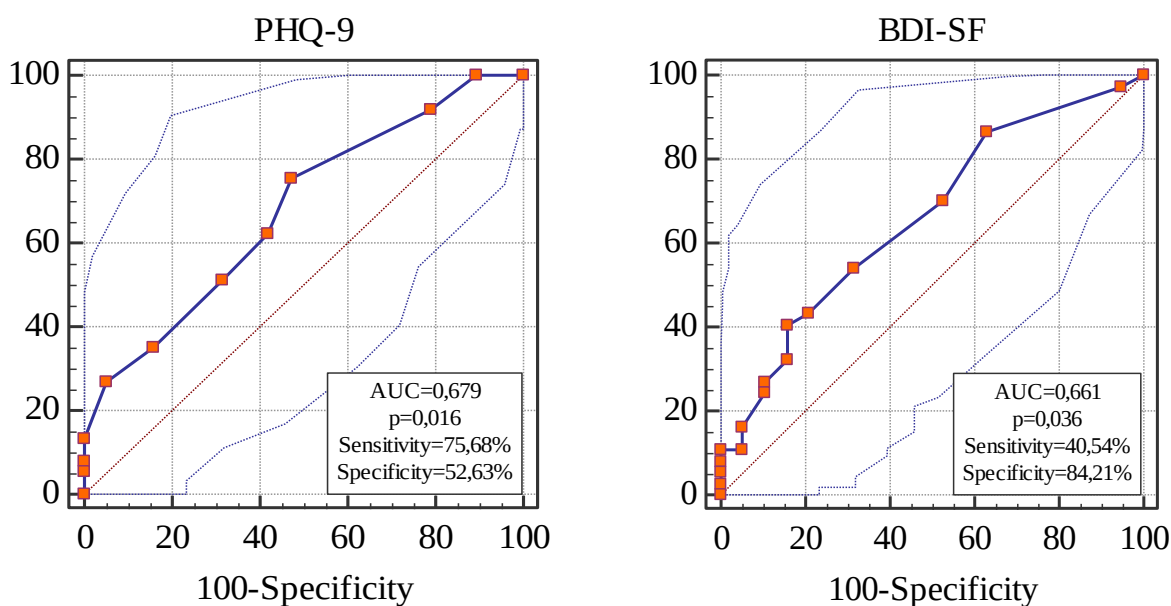


Рис. 7.2. Результати ROC-аналізу анкет PHQ-9 та BDI-SF

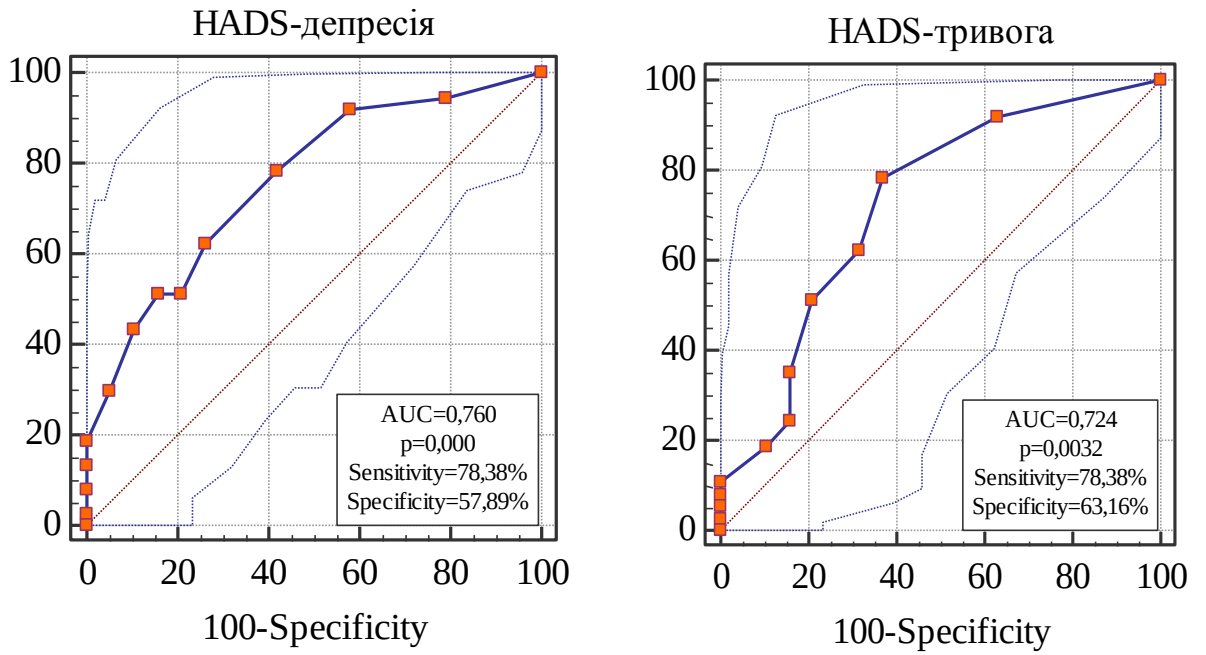


Рис. 7.3. Результати ROC-аналізу анкет HADS-депресія та HADS-тривога

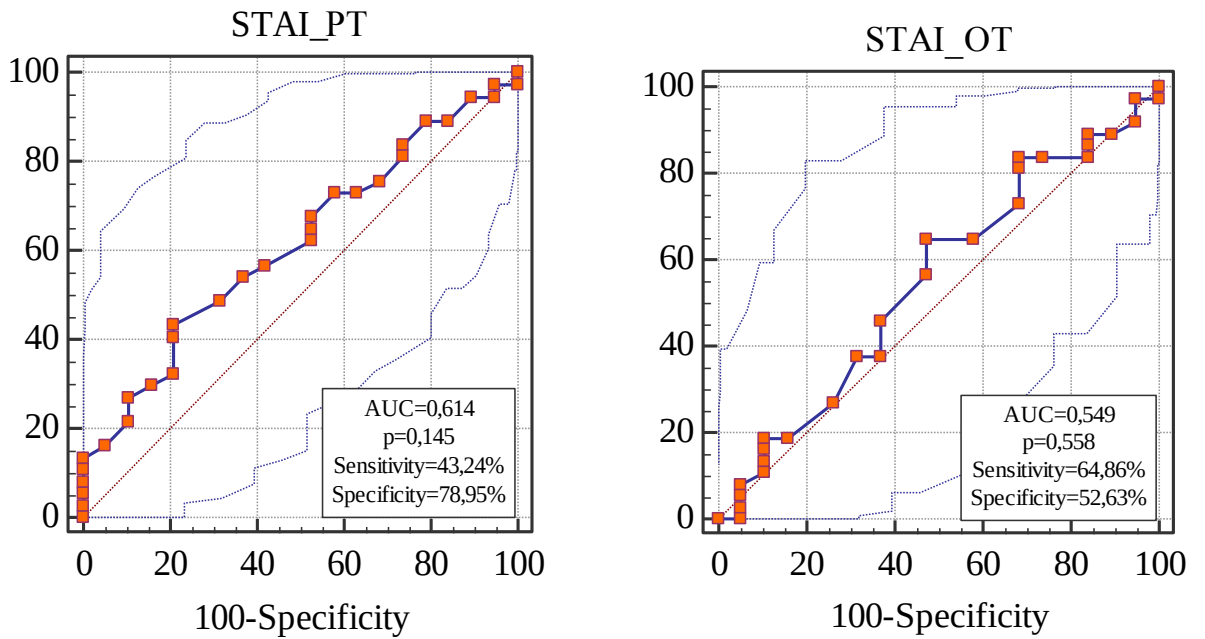


Рис. 7.4. Результати ROC-аналізу анкет STAI-PT та STAI-OT

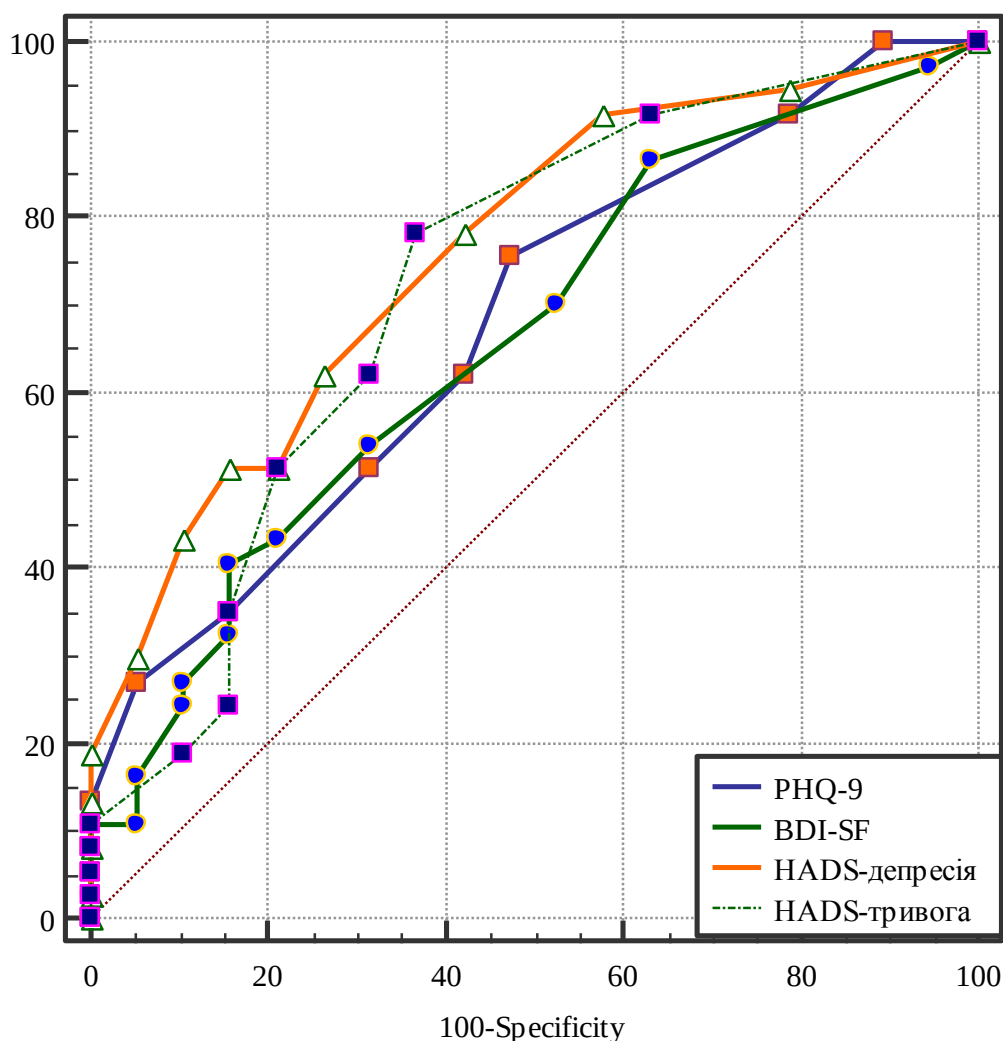


Рис. 7.5. Порівняння ROC-кривих психодіагностичних анкет для оцінки наявності соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ

Отже, незважаючи на те, що використані нами анкети були призначені для виявлення у хворих депресії та підвищеної тривожності, за допомогою більшості з них можна було з певною мірою вірогідності визначити наявність або відсутність психічного порушення у хворого без верифікації клінічного діагнозу, яку може провести лише лікар-психіатр. За допомогою ROC-аналізу було визначено, що найбільшу діагностичну цінність з виявлення наявності соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ мали результати, отримані за анкетною HADS (HADS-депресія та HADS-тривога). Ця анкета має й деякі інші переваги над рештою анкет. По-перше, анкета HADS була розроблена для оцінки змін психічного стану саме у хворих соматичного профілю, до яких

відносяться й хворі на ХОЗЛ. Відповідно до цього, у ній були враховані особливості соматичних хворих: анкета HADS містить мінімальну кількість запитань щодо симптомів, які можуть бути характерні для похилого віку хворих та бути схожими на симптоми соматичних хвороб, зокрема ХОЗЛ. По-друге, анкета HADS дозволяє виявити ознаки депресії та підвищеної тривожності, що розширює спектр її діагностичних можливостей. По-третє, тяжкість симптомів у анкеті HADS оцінюється не лише за їх тривалістю, а й за їх виразністю, що зменшує вірогідність впливу на відповіді хворих наявності основного захворювання з хронічним перебігом як такого, що тривало впливає на психічний стан особи. По-четверте, анкета HADS є простою у використанні як пацієнтом, так і лікарем будь-якого профілю з метою інтерпретації ним отриманих результатів.

7.4. Ефективність лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ

Як зазначалося у підрозділі 7.2, усім хворим з різними психічними порушеннями за результатами психіатра було запропоноване відповідне лікування згідно з національними рекомендаціями [10, 12] (у тому числі медикаментозне) з подальшим спостереженням лікарем-психіатром. Загалом, лікування соматопсихічних порушень було рекомендовано 37 пацієнтам, з них 28 (75,7 %) осіб погодилися на прийом цього лікування, дев'ять же хворих (четверо осіб з астеничним синдромом, п'ять пацієнтів з когнітивними порушеннями) відмовилися від лікування. При підборі медикаментозної терапії була врахована наявність основного захворювання та виключені препарати, що мають будь-які побічні ефекти та протипокази з боку дихальної системи, зокрема нейролептики. Так, шести хворим з астеничним синдромом був рекомендований прийом ноотропних препаратів (пірацетам), психостимулюючих настоянок (настоянка женьшеню, елеутерококу); трьом хворим із соматоформною вегетативною дисфункцією – сеанси психотерапії

(аутотренінг) та прийом антидепресантів (агомелатин); трьом пацієнтам з астено-невротичним синдромом – сеанси індивідуальної та раціональної психотерапії, прийом денних транквілізаторів (гідазепам), ноотропів (фенібут); п'ятьом хворим з емоційно-лабільним розладом – сеанси психотерапії (аутотренінг), прийом транквілізаторів (гідазепам), ноотропів (олатропін), антидепресантів (міасер); семи пацієнтам з когнітивними порушеннями був рекомендований прийом комбінованого препарату фезам; одному хворому з тривожним розладом були рекомендовані сеанси психотерапії (раціональна, індивідуальна, когнітивно-поведінкова терапія), прийом денних транквілізаторів (гідазепам), антидепресантів (агомелатин); одному пацієнту з депресивним розладом легкого ступеня тяжкості були рекомендовані сеанси психотерапії (раціональна, індивідуальна, когнітивно-поведінкова терапія), прийом антидепресантів (агомелатин); одному пацієнту з тривожно-депресивним розладом були рекомендовані сеанси психотерапії (раціональна, індивідуальна, когнітивно-поведінкова терапія), прийом денних транквілізаторів (гідазепам), антидепресантів (агомелатин); одному хворому з істеричним розладом особистості були рекомендовані сеанси психотерапії (раціональна, індивідуальна, когнітивно-поведінкова терапія), прийом денних транквілізаторів (гідазепам), антидепресантів (агомелатин); седативних препаратів (персен).

Оцінка результатів лікування проводилася лікарем-психіатром через два місяці після його початку (табл. 7.4). Було встановлено, що позитивна динаміка спостерігалася у 19 хворих з різними психічними порушеннями. Покращення стану визначалося за допомогою психодіагностичних методів за зменшенням виразності симптомів діагностованих соматопсихічних порушень. Цим пацієнтам було рекомендовано продовжити курс лікування до чотирьох місяців для закріплення позитивного ефекту лікування. У дев'яти пацієнтів з деякими психічними порушеннями не було відмічено суттєвих змін у психічному стані, їм була проведена додаткова корекція лікування та продовжений курс терапії.

Таблиця 7.4

Результати лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ

Вид психічного порушення	Кількість хворих, які отримали лікування, абс.	Результат лікування
1	2	3
Тривожно-депресивний розлад	1	покращення стану
Істеричний розлад особистості	1	покращення стану
Тривожний розлад	1	покращення стану
Депресивний розлад легкого ступеня	1	покращення стану
Астено-невротичний синдром	3	покращення стану (2 особи); без суттєвих змін (1 особа)
Емоційно-лабільний розлад	5	покращення стану (4 особи); без суттєвих змін (1 особа)
Когнітивні порушення	7	покращення стану (3 особи); без суттєвих змін (4 осіб)
Легка соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи	3	покращення стану (3 особи)
Астенічний синдром	6	покращення стану (2 осіб); без суттєвих змін (3 осіб)

Крім того, у хворих, які отримували лікування з приводу соматопсихічних порушень, було вивчено рівень вентиляційних порушень та виразність симптомів ХОЗЛ за анкетною САТ у динаміці до лікування та через два місяці після його початку. Було встановлено, що рівень вентиляційних порушень у пролікованих хворих, залишився без суттєвих змін. В той же час через два місяці після початку лікування соматопсихічних порушень виразність симптомів ХОЗЛ за анкетною САТ дещо знизилася. Так, у десяти з 19 пролікованих пацієнтів, які мали позитивну динаміку стосовно виразності соматопсихічних порушень, було виявлено зменшення суми балів за анкетною САТ на три-п'ять балів. Виразність симптомів знизилася переважно за рахунок покращення сну, збільшення енергії, зменшення виразності задишки.

Отже, лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ є досить ефективним і може не лише покращувати психічний стан пацієнтів, а й полегшувати сприйняття ними симптоматики ХОЗЛ. В той же час, підходів та методів лікування соматопсихічних порушень досить багато і кваліфіковано обрати їх для кожного випадку, оцінивши ефективність, може лише лікар-психіатр, а деякі методи лікування, зокрема психотерапія, можуть проводитися лише безпосередньо психіатром.

7.5. Алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень

Отримані нами в ході дослідження результати встановили певні труднощі у виявленні, а, відповідно, і у лікуванні соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ. Так, хоча верифікацію порушень психічного стану у хворих на ХОЗЛ повинен проводити лікар-психіатр, неможливим і нераціональним є обстеження у лікаря-психіатра абсолютно усіх хворих на ХОЗЛ, отже необхідним є визначення тих хворих, які першочергово потребують цього обстеження. Для визначення таких пацієнтів раціональним є використання на етапі первинної ланки медичної допомоги, а також у пульмонологічній та

терапевтичній службах психодіагностичних анкет, які є простими, швидкими, економічно необтяжливими діагностичними засобами. В ході нашого дослідження, найбільш оптимальною для використання у хворих на ХОЗЛ була визначена анкета HADS. Однак, велика завантаженість лікарів загальної практики, лікарів-терапевтів і пульмонологів та, часом, негативна реакція деяких хворих на запропоноване додаткове обстеження психічного стану можуть стати на заваді проведення анкетування усім хворим на ХОЗЛ. Це питання може бути вирішене шляхом визначення тієї категорії хворих на ХОЗЛ, які потребують обов'язкового визначення наявності або відсутності порушень психічного стану шляхом анкетування. Проведений нами кластерний аналіз допоміг визначити рівень ключових клініко-функціональних показників хворих на ХОЗЛ, які можуть поєднуватися зі значною виразністю соматопсихічних змін. Такими показниками були визначені обов'язкові для вивчення у хворих на ХОЗЛ рівень $ОФВ_1$ після проби з бронхолітиком та виразність симптомів ХОЗЛ в цілому за анкетною САТ [11, 114].

На підставі усіх вищенаведених даних нами був розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень. Цей алгоритм включає не лише першочергове визначення ступеня вентиляційних порушень за $ОФВ_{1\text{пост}}$, що регламентовано міжнародними та національними стандартами, а й обов'язкове визначення ступеня виразності клінічних симптомів за анкетною САТ, причому вже в умовах закладу первинної ланки надання медичної допомоги. За результатами цих обстежень визначаються категорії тих хворих, які обов'язково і негайно повинні бути проанкетовані на предмет соматопсихічних розладів, і тих хворих, які на даний момент можуть не потребувати анкетування щодо психічного стану за допомогою анкети HADS.

Отримані нами результати показали, що хворі на ХОЗЛ з рівнем $ОФВ_{1\text{пост}} > 60,0 \%$ належн. здебільшого не потребують оцінки психічного стану на первинному етапі надання медичної допомоги (за умови відсутності у них додаткових факторів ризику розвитку психічних розладів згідно з Наказом

МОЗ України № 1003 від 25.12.2014 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» [12]). Хворим на ХОЗЛ з рівнем $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} < 60,0\%$ належн. та сумою балів за CAT – < 22 на момент звернення за медичною допомогою бажано оцінити психічний стан шляхом анкетування, і при визначенні суми балів за $\text{HADS} \geq 8$, направити їх на консультацію до лікаря-психіатра у плановому порядку. Хворим на ХОЗЛ з рівнем $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60,0\%$ належн. та сумою балів за $\text{CAT} \geq 22$ необхідно проводити оцінку психічного стану вже при первинному зверненні за медичною допомогою, оскільки соматопсихічні розлади зустрічаються у таких хворих найчастіше та здебільшого мають суттєву виразність. Для оцінки психічного стану можна застосовувати анкетування за допомогою HADS: при виявленні за будь-якою частиною анкети (HADS-депресія чи HADS-тривога) суми балів ≤ 7 пацієнт у подальшому не буде потребувати консультації лікаря-психіатра, а при $\text{HADS} \geq 8$ балів хворий повинен бути у максимально короткий час проконсультований лікарем-психіатром задля верифікації діагнозу та подальшого призначення адекватного лікування.

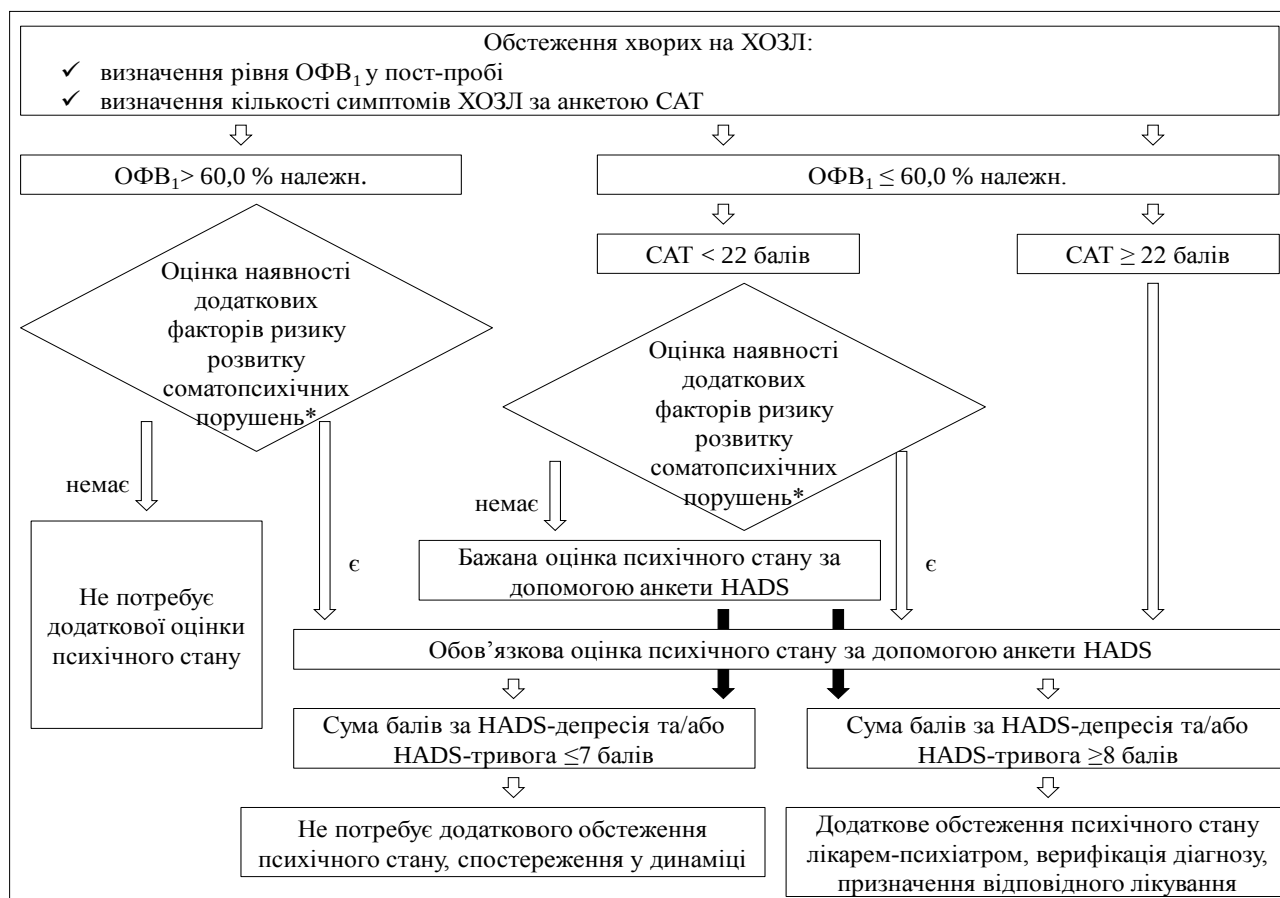


Рис. 7.6. Алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень

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

Запропонований алгоритм є якісно новим підходом до ведення хворих на ХОЗЛ, оскільки його застосування дозволяє, з одного боку, виділити категорію пацієнтів з найбільш вірогідними психічними розладами (депресією та підвищеною тривожністю), 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.

Демонстрацією застосування алгоритму ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень у загальній клінічній практиці є наступні клінічні приклади.

Клінічний випадок 1. Хворий Д., 1956 року народження (58 років), приватний підприємець, скаржиться на задишку при незначному фізичному навантаженні, періодично – кашель з виділенням невеликої кількості слизово-гнійного мокротиння.

Вважає себе хворим протягом 15 років, коли почала з'являтися задишка при значному фізичному навантаженні. Діагноз хронічний обструктивний бронхіт був встановлений у 2000 році. Проте, систематичного лікування хворий не приймав до 2013 року. У 2013 році був встановлений діагноз ХОЗЛ клінічна група D, III ступінь вентиляційних порушень. З 2013 року приймає комбінований препарат Серетид® Дискус® (флутиказона пропіонат 500 мкг, сальметерол 50 мкг) по 1 інгаляційній дозі двічі на добу та бронходилататор короткої дії (Вентолін (сальбутамол) 100 мкг) по дві інгаляційні дози за потребою.

Курить протягом 35 років, індекс «пачка/рік» складає 35.

Протягом останнього року було зареєстровано 2 інфекційних загострення ХОЗЛ, під час яких хворий лікувався амбулаторно, приймаючи антибактеріальну терапію.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, периферичних набряків немає. ЧДР – 22 за 1 хвилину. Над легеньми – ослаблене дихання, поодинокі сухі хрипи. Тони серця звучні, ритмічні, ЧСС – 66 удари за 1 хвилину. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені.

За результатами спірографічного дослідження рівень ОФВ₁ до проведення фармакологічної проби становить 44,5 % належн. (1,58 л), рівень ФЖЄЛ – 97,5 % належн. (4,38 л), співвідношення ОФВ_{1(пре)}/ФЖЄЛ_(пре) складає 0,39; після прийому 400 мкг сальбутамолу показники становлять 53,0%

належн. (1,87 л), 93,9 % належн. (4,22 л) та 0,46 відповідно; зворотність бронхіальної обструкції складає 8 %.

За анкетною CAT сума балів склала 22.

Відповідно до запропонованого нами алгоритму, оскільки рівень $\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$ у хворого був <60 % належн., а сума балів за анкетною CAT дорівнювала 22, цей пацієнт потребував обов'язкової оцінки психічного стану за допомогою анкети HADS. Було визначено, що за анкетною HADS-депресія хворий мав 13 балів, за анкетною HADS-тривога – 8 балів (рис. 7.7), у зв'язку з чим йому було рекомендовано пройти додаткове обстеження у лікаря-психіатра, де був верифікований діагноз тривожно-депресивного розладу. Хворому було рекомендовано тривале динамічне спостереження лікаря-психіатра, прийом антидепресанту Мелітор (агомелатин) (25 мг) по одній таблетці перед сном протягом двох місяців.

Через два місяці на контрольному візиті було визначено, що рівень вентиляційних порушень у хворого суттєво не змінився ($\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$ – 54,1 % належн.), а виразність симптомів ХОЗЛ за анкетною CAT дещо знизилася (сума балів за CAT склала 18). Хворий відмітив поліпшення сну, покращення загального самопочуття, збільшення енергії, зменшення виразності задишки. Крім того, при повторному обстеженні психіатром пацієнт відмітив покращення загального стану, зменшення виразності симптомів депресії та підвищеної тривожності, зокрема поліпшення сну, зменшення відчуття занепокоєння. Ці дані були підтверджені за допомогою психодіагностичних та психопатологічних методів. Для закріплення позитивного ефекту пацієнту було рекомендовано продовжити лікування до шести місяців.

15.02.16 **ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ**

Я нахожусь в состоянии напряжения или «на взводе» ☐ Большую часть времени (3Т) ☐ Значительную часть времени (2Т) ☒ Время от времени, от случая к случаю (1Т) ☐ Никогда (0Т)	Я чувствую себя заторможенным(ной) и делаю все медленно ☐ Почти все время (3Д) ☐ Очень часто (2Д) ☒ Иногда (1Д) ☐ Абсолютно нет (0Д)
Я могу получать удовольствие от того же, что и раньше ☐ Безусловно, в таком же объеме (0Д) ☒ Да, но не настолько, как раньше (1Д) ☐ Лишь немного (2Д) ☐ Практически нет (3Д)	У меня присутствует ощущение испуга, подобное «бабочкам» в животе (внутренняя дрожь) ☐ Абсолютно нет (0Т) ☒ От случая к случаю (1Т) ☐ Достаточно часто (2Т) ☐ Очень часто (3Т)
У меня какое-то страшное ощущение, как будто случится что-то ужасное ☐ Да, есть сильно выраженное плохое предчувствие (3Т) ☒ Да, но это ощущение не настолько сильное (2Т) ☐ Немного, однако это не тревожит меня (1Т) ☐ Абсолютно нет (0Т)	Я потерял(ла) интерес к своей внешности (и не слежу за ней) ☐ Абсолютно да (3Д) ☒ Слежу за собой не настолько, насколько нужно (2Д) ☐ Несколько меньше, чем раньше (1Д) ☐ Слежу за собой, как и всегда раньше (0Д)
Я способен(на) смеяться и воспринимать смешное ☐ В той же степени, что и всегда (0Д) ☐ Теперь уже не в такой степени (1Д) ☒ Безусловно уже не настолько (2Д) ☐ Не могу абсолютно (3Д)	Я чувствую беспокойство и непоседливость, как будто мне все время нужно двигаться ☐ Действительно, очень сильно (3Т) ☐ Весьма значительно (2Т) ☐ Не очень сильно (1Т) ☒ Абсолютно нет (0Т)
В моей голове вертятся беспокойные мысли ☐ Большую часть времени (3Т) ☐ Значительную часть времени (2Т) ☒ Время от времени, но не очень часто (1Т) ☐ Лишь изредка (0Т)	Я смотрю в будущее, ожидая, что могу получить радость и удовольствие (от дел, занятий, увлечений) ☐ В той же степени, что и всегда (0Д) ☐ Чуть меньше, чем обычно (1Д) ☒ Намного меньше, чем обычно (2Д) ☐ Абсолютно нет (3Д)
Я чувствую себя бодро ☐ Абсолютно никогда (3Д) ☒ Не часто (2Д) ☐ Иногда (1Д) ☐ Большую часть времени (0Д)	Меня охватывает внезапное ощущение паники ☐ Действительно, очень часто (3Т) ☐ В целом часто (2Т) ☒ Не часто (1Т) ☐ Абсолютно нет (0Т)
Я могу просто сидеть и чувствовать себя расслабленным(ной) ☐ Абсолютно да (0Т) ☐ Обычно да (1Т) ☒ Не часто (2Т) ☐ Не могу абсолютно (3Т)	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы ☐ Часто (0Д) ☐ Скорее, часто (1Д) ☐ Иногда (2Д) ☒ Очень редко (3Д)

Т Количество баллов по вопросам, окрашенным в серый цвет (Тревога)
Д Количество баллов по вопросам, окрашенным в белый цвет (Депрессия)

Баллы: Тревога или депрессия:
 0 ... 7 Отсутствует
 8 ... 10 Неопределенная оценка
 11 ... 21 Точно присутствует

Интерпретация:
 минимальный балл: 0
 максимальный балл: 21

T-85
D-135

Рис. 7.7. Дані анкетування за анкетой HADS хворого Д., 1956 року народження

Клінічний випадок 2. Хворий Б., 1959 року народження (56 років), скаржитися на задишку при незначному фізичному навантаженні, частий кашель з помірною кількістю слизово-гнійного мокротиння.

Вважає себе хворим протягом 10 років, коли став відмічати задишку при помірному фізичному навантаженні та кашель з виділенням невеликої кількості слизово-гнійного харкотиння.

Діагноз ХОЗЛ був встановлений 10 років тому. На сьогодні хворий постійно приймає комбіновані препарати: Серетид® Дискус® (флутиказона пропіонат 500 мкг, сальметерол 50 мкг) по 1 інгаляційній дозі двічі на добу. Загострення патологічного процесу виникають 1-2 рази на рік; Беродуал Н (фенотерола гідробромід 50 мкг, іпратропія бромід 20 мкг) по дві інгаляційні дози за потребою.

Курить протягом 40 років, індекс «пачка/рік» складає 20.

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, периферичних набряків немає. ЧДР у спокої – 24 за 1 хвилину. Над легенями – ослаблене дихання, поодинокі сухі хрипи. Тони серця незначно ослаблені, ритмічні, ЧСС – 82 удари за 1 хвилину. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені.

Згідно з результатами спірографічного дослідження до проведення фармакологічної проби рівень ОФВ₁ становить 46,7 % належн. (1,55 л), рівень ФЖЄЛ – 88,5 % належн. (3,69 л), співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ = 0,48; після прийому 400 мкг сальбутамолу показники становлять 51,0 % належн. (1,70 л), 86,2 % належн. (3,59 л) та 0,51 відповідно; зворотність бронхіальної обструкції складає 4,5 %.

Сума балів за анкетой САТ склала 30.

Відповідно до запропонованого нами алгоритму, оскільки рівень ОФВ_{1пост} у хворого був <60 % (51,0 %) належної величини, а сума балів за анкетой САТ була >22 балів (30 балів), цей пацієнт потребував обов'язкової оцінки психічного стану за допомогою анкети HADS. Було визначено, що за анкетой HADS-депресія хворий мав 8 балів, за анкетой HADS-тривога – 11 балів (рис. 7.8), у зв'язку з чим йому було рекомендовано пройти додаткове обстеження у лікаря-психіатра, де був верифікований легкий тривожний розлад. Хворому було рекомендовано тривале динамічне спостереження

лікаря-психіатра, прийом денних транквілізаторів – Гідазепам 0,02 г по одній таблетці тричі на день протягом двох місяців.

18.12.15

ГОСПИТАЛЬНАЯ ШКАЛА ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ

Я нахожусь в состоянии напряжения или «на взводе» ☐ Большую часть времени (3Т) ☐ Значительную часть времени (2Т) ☒ Время от времени, от случая к случаю (1Т) ☐ Никогда (0Т)	Я чувствую себя заторможенным(ной) и делаю все медленно ☐ Почти все время (3Д) ☐ Очень часто (2Д) ☒ Иногда (1Д) ☐ Абсолютно нет (0Д)
Я могу получать удовольствие от того же, что и раньше ☐ Безусловно, в таком же объеме (0Д) ☒ Да, но не настолько, как раньше (1Д) ☐ Лишь немного (2Д) ☐ Практически нет (3Д)	У меня присутствует ощущение испуга, подобное «бабочкам» в животе (внутренняя дрожь) ☐ Абсолютно нет (0Т) ☒ От случая к случаю (1Т) ☐ Достаточно часто (2Т) ☐ Очень часто (3Т)
У меня какое-то страшное ощущение, как будто случится что-то ужасное ☐ Да, есть сильно выраженное плохое предчувствие (3Т) ☐ Да, но это ощущение не настолько сильное (2Т) ☒ Немного, однако это не тревожит меня (1Т) ☐ Абсолютно нет (0Т)	Я потерял(ла) интерес к своей внешности (и не слежу за ней) ☐ Абсолютно да (3Д) ☐ Слежу за собой не настолько, насколько нужно (2Д) ☒ Несколько меньше, чем раньше (1Д) ☐ Слежу за собой, как и всегда раньше (0Д)
Я способен(на) смеяться и воспринимать смешное ☐ В той же степени, что и всегда (0Д) ☐ Теперь уже не в такой степени (1Д) ☒ Безусловно уже не настолько (2Д) ☐ Не могу абсолютно (3Д)	Я чувствую беспокойство и непоседливость, как будто мне все время нужно двигаться ☐ Действительно, очень сильно (3Т) ☒ Весьма значительно (2Т) ☐ Не очень сильно (1Т) ☐ Абсолютно нет (0Т)
В моей голове вертятся беспокойные мысли ☐ Большую часть времени (3Т) ☒ Значительную часть времени (2Т) ☐ Время от времени, но не очень часто (1Т) ☐ Лишь изредка (0Т)	Я смотрю в будущее, ожидая, что могу получить радость и удовольствие (от дел, занятий, увлечений) ☐ В той же степени, что и всегда (0Д) ☒ Чуть меньше, чем обычно (1Д) ☐ Намного меньше, чем обычно (2Д) ☐ Абсолютно нет (3Д)
Я чувствую себя бодро ☐ Абсолютно никогда (3Д) ☐ Не часто (2Д) ☒ Иногда (1Д) ☐ Большую часть времени (0Д)	Меня охватывает внезапное ощущение паники ☐ Действительно, очень часто (3Т) ☒ В целом часто (2Т) ☐ Не часто (1Т) ☐ Абсолютно нет (0Т)
Я могу просто сидеть и чувствовать себя расслабленным(ной) ☐ Абсолютно да (0Т) ☐ Обычно да (1Т) ☒ Не часто (2Т) ☐ Не могу абсолютно (3Т)	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы ☐ Часто (0Д) ☒ Скорее, часто (1Д) ☐ Иногда (2Д) ☐ Очень редко (3Д)

Т Количество баллов по вопросам, окрашенным в серый цвет (Тревога)	Д Количество баллов по вопросам, окрашенным в белый цвет (Депрессия)	Баллы: 0 ... 7 8 ... 10 11 ... 21	Тревога или депрессия: Отсутствует Неопределенная оценка Точно присутствует	Интерпретация: минимальный балл: 0 максимальный балл: 21
---	---	---	---	---

115
88

Рис. 7.8. Дані анкетування за анкетною HADS хворого Б., 1959 року народження

Через два місяці на контрольному візиті було визначено, що рівень вентиляційних порушень у хворого суттєво не змінився ($\text{ОФВ}_{1\text{пост}} - 51,9\%$), а виразність симптомів ХОЗЛ за анкетною САТ дещо знизилася (сума балів за САТ склала 24). Хворий відмітив покращення сну, зменшення виразності

задишки. Крім того, при повторному обстеженні психіатром пацієнт відмітив покращення загального стану, зменшення виразності симптомів тривожності, зменшення відчуття занепокоєння, паніки. Ці дані були підтверджені лікарем-психіатром за допомогою психодіагностичних та психопатологічних методів. Для закріплення позитивного ефекта пацієнту було рекомендовано продовжити лікування до шести місяців.

7.6. Узагальнення результатів досліджень

Обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром показало, що соматопсихічні розлади у них можуть носити різний характер, який виходить далеко за межі депресії та тривожних розладів, і встановити його лише за допомогою анкетування неможливо. Наявність депресії та тривожних розладів зазвичай підтверджується результатами анкетування за кількома анкетами.

Кількість хворих на ХОЗЛ із супутніми психічними порушеннями, підтвердженими лікарем-психіатром, значно більша серед хворих клінічної групи D, ніж серед хворих інших клінічних груп.

Відсутність ознак соматопсихічних порушень за результатами анкетування хворих на ХОЗЛ найімовірніше свідчить про відсутність у них соматопсихічних розладів. Однак, за наявності відповідних скарг чи факторів ризику хворі на ХОЗЛ повинні бути обстежені лікарем-психіатром для уточнення діагнозу.

Виявлення ознак соматопсихічних розладів за будь-якою з анкет повинно слугувати приводом для подальшого обстеження хворих з метою верифікації діагнозу та, за необхідністю, призначення відповідного лікування. Виявлення ознак соматопсихічних порушень за кількома анкетами вимагає негайного обстеження хворих лікарем-психіатром.

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

Лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ є досить ефективним і може не лише покращувати психічний стан пацієнтів, а й полегшувати сприйняття ними симптоматики ХОЗЛ. Проте, підходів та методів лікування психічних порушень досить багато, і кваліфіковано обрати їх для кожного випадку, оцінити їх ефективність може лише лікар-психіатр. Крім того, деякі методи лікування, такі як психотерапія, можуть проводитися лише безпосередньо лікарем-психіатром. В той же час, при призначенні медикаментозного лікування необхідно обов'язково враховувати наявність такого складного основного захворювання, як ХОЗЛ.

Запропонований алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень є якісно новим підходом до ведення цих хворих, оскільки його застосування дозволяє виділити категорії пацієнтів з найбільш вірогідними та найменш вірогідними психічними розладами.

Матеріали розділу викладені у наступних наукових виданнях:

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. Оптимізація тактики ведення хворих на хронічне обструктивне захворювання легень з урахуванням наявності й тяжкості психічних порушень

[Текст] : інформаційний лист / Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України». – Київ, 2016. – 4 с.

5. 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.

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

В останні роки лікарі та вчені приділяють все більше уваги питанню соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ. У літературі зустрічається велика кількість різних відомостей про поширеність соматопсихічних порушень при цій хворобі [43, 77, 86]. Існують дані, що депресивні й тривожні розлади сприяють тяжчому перенесенню хворими симптомів ХОЗЛ, негативно впливають на фізичну активність та ЯЖ хворих, знижують прихильність до лікування і асоціюються з вищою смертністю порівняно з хворими без соматопсихічних порушень [32, 42, 88–90, 116, 133, 185, 212]. Інформації ж щодо етіології, методів діагностики цих станів, їх лікування при ХОЗЛ і на тепер залишається небагато [67, 114]. Потрібно зазначити, що більшість досліджень щодо наявності соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ проводилася за кордоном, переважно у країнах Західної Європи та Сполучених Штатах Америки [32, 39, 41–44, 48, 49, 53, 59, 68, 78, 84, 90, 92, 100, 120, 121, 124, 165, 183, 185, 211], в Україні ж проводилися лише поодинокі дослідження [3, 5, 18].

Соматопсихічні розлади, які зустрічаються при ХОЗЛ, мають різний нозологічний характер [5, 13, 72, 170]. В той же час найчастіше виявляють депресивні й тривожні розлади, використовуючи для діагностики лише анкетні методи [11, 18, 26, 77, 78, 112, 168, 189, 209].

Нами були досліджені різні аспекти соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ Придніпровського регіону. Зокрема, були вивчені частота та виразність депресивного синдрому та синдрому підвищеної тривожності у цієї категорії хворих за допомогою декількох психодіагностичних анкет одночасно. Окремо були визначені частота та виразність депресії та підвищеної тривожності у динаміці: під час інфекційного загострення хвороби та через два місяці після його завершення. Також були встановлені взаємозв'язки наявності та виразності синдромів депресії та підвищеної тривожності із соціально-демографічними, клінічними та функціональними показниками хворих як

ізолювано, так і комплексно. Вперше були досліджені методологічні особливості анкет, призначених для виявлення депресії та підвищеної тривожності з урахуванням ХОЗЛ як основного захворювання. Крім того, було організовано обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром з метою верифікації у них соматопсихічних порушень та лікування за необхідності. З урахуванням усіх отриманих даних була визначена оптимальна психодіагностична анкета для виявлення соматопсихічних порушень саме у хворих на ХОЗЛ. На підставі усіх отриманих нами даних був розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень.

У ході дослідження нами було встановлено, що використання різних анкет для діагностики синдрому депресії у хворих на ХОЗЛ може призвести до отримання різних результатів щодо частоти виявлення та виразності цього синдрому. Так, найвища частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ була визначена за анкетною BDI-SF (29 % у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ та 44 % у осіб з тяжким перебігом), найнижча – за анкетною HADS-депресія (18 % у хворих з нетяжким перебігом ХОЗЛ та 29 % у осіб з тяжким перебігом). Різниця між частотою виявлення депресивного синдрому у хворих на ХОЗЛ за різними анкетами подекуди сягала 13 %.

У результатах багатьох наукових досліджень також показані різні дані з частоти виявлення та виразності депресії у хворих на ХОЗЛ. Так, при співставленні результатів, отриманих у нашому дослідженні, з даними інших науковців з урахуванням ступеня тяжкості ХОЗЛ обстежених у дослідженнях хворих стає зрозумілим, що наші результати суттєво не відрізняються від даних інших дослідників. Так, у хворих на ХОЗЛ легкого та помірного ступеня тяжкості частота виявлення депресії за даними різних дослідників складає переважно від 20 до 30 % [1, 46, 59, 112, 129, 185]. У хворих на ХОЗЛ тяжкого та дуже тяжкого ступеня частота виявлення депресії за даними різних дослідників складає від 30 до 50 % [1, 19, 46, 129, 151, 185, 201].

Щодо виразності депресії у хворих на ХОЗЛ, то вона також відрізняється за даними різних анкет: від переважно легкого ступеня за анкетами PHQ-9 та HADS-депресія до переважно середнього ступеня за анкетною BDI-SF.

Проведений нами аналіз стосовно методології анкетних методів виявлення депресії показав, що найвищу частоту виявлення депресивного синдрому та його виразність за анкетною BDI-SF можна пояснити наявністю у цій анкеті декількох запитань стосовно симптомів, характерних як для депресії, так і для ХОЗЛ, що поєднується з низьким пороговим балом щодо встановлення наявності синдрому депресії та ступеня його виразності (сума у п'ять балів відповідає легкому ступеню депресії).

Слід зазначити, що ступінь тяжкості депресивного синдрому у хворих на ХОЗЛ у наукових дослідженнях визначається нечасто і особливо рідко співставляється зі ступенем тяжкості ХОЗЛ.

Зазвичай у одному дослідженні вчені використовують лише одну анкету для виявлення депресії, часто обстежуючи хворих на ХОЗЛ з різною тяжкістю хвороби [46, 112, 180, 184, 203]. Порівнювати результати таких досліджень не зовсім коректно. У нашому ж дослідженні виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ проводилось за допомогою трьох анкет протягом одного візиту в клініку, а до дослідження були залучені хворі різних ступенів виразності бронхообструкції.

Незважаючи на розбіжності отриманих нами результатів за різними анкетами, частота виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ була вищою, ніж у практично здорових осіб з аналогічними гендерними та віковими характеристиками. Крім того, у хворих клінічних груп С та D частота виявлення депресії була вищою, ніж у хворих клінічних груп А та В (за анкетною PHQ-9 $p < 0,05$). Можна думати, що тяжкість ХОЗЛ впливає на частоту формування депресії. За виразністю ж депресія у хворих на ХОЗЛ не відрізнялась від такої у практично здорових осіб. Слід зазначити, що дослідження проводилося у складний соціально-економічний період для жителів України, що саме по собі могло сприяти підвищенню частоти

виникнення депресії у популяції. Проте, наявність зв'язку між ступенем тяжкості ХОЗЛ та частотою формування у них депресії може свідчити про вплив власне цієї хвороби та її симптомів на психічний стан хворих. Аналогічні результати демонструють і дослідження, проведені у країнах Західної Європи, де незначна вірогідність впливу соціально-економічних факторів на психічний стан хворих [87, 167, 181, 185, 201, 203].

Нами були вивчені взаємозв'язки наявності та виразності депресії у хворих на ХОЗЛ з деякими соціально-демографічними показниками хворих, клінічними, функціональними проявами ХОЗЛ. Було встановлено, що наявність депресії може асоціюватись з жіночою статтю хворих, тривалістю ХОЗЛ, наявністю супутніх захворювань, виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому, а також виразністю задишки, кашлю, кількості мокротиння, зниженням толерантності до фізичного навантаження, зниженням ЯЖ. Виразність депресії у цих хворих може мати зв'язок з виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому, виразністю задишки та кашлю, кількістю мокротиння, виразністю гіпоксії, тривалістю ХОЗЛ, рівнем ЯЖ. Ці дані кореспондуються з результатами деяких інших досліджень [32, 48, 89, 112, 165, 175, 181]. Проте, як у нашому дослідженні, так і у деяких інших, визначити вірогідні предиктори депресії у хворих на ХОЗЛ видається досить складним, адже у одних і тих же хворих результати, отримані за трьома різними анкетами, досить різні. Найчастіше наявність та виразність депресії була пов'язана з виразністю симптомів ХОЗЛ та рівнем ЯЖ, що дає привід думати про вагомий вплив саме виразності симптомів ХОЗЛ на психічний стан хворих. В той же час механізм виникнення взаємозв'язків між наявністю й виразністю депресії та деякими проявами ХОЗЛ, швидше за все, носить двосторонній характер, адже неможливо встановити, чи депресія призводить до важкого сприйняття симптомів ХОЗЛ і погіршує рівень ЯЖ хворих, чи важкі прояви ХОЗЛ та низький рівень ЯЖ призводять до виникнення депресії. Слід зазначити, що за результатами усіх анкет, використаних нами для виявлення депресії, було визначено зв'язок між наявністю й виразністю депресії та порушенням психічного стану, пов'язаним

безпосередньо з ХОЗЛ, який визначався за допомогою анкети ССQ (домен «психічний стан»). Ці дані можуть слугувати підтвердженням негативного впливу ХОЗЛ на психічний стан хворих.

Крім наявності та виразності депресії за допомогою анкетування хворих на ХОЗЛ було встановлено частоту виявлення підвищеної тривожності, яка майже не відрізнялась від цього показника у практично здорових осіб аналогічного віку і статі (18,3 та 10 % відповідно, $p>0,05$). Отримані дані суттєво не відрізнялися від результатів інших досліджень. Найчастіше за науковими даними частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ складає від 10 до 27 % [100, 105, 124].

Крім того, нами було визначено, що частота виявлення підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ клінічних груп А та В суттєво не відрізнялася від такої у хворих клінічних груп С та D (14,3 та 23,1 % відповідно, $p>0,05$). Ці дані співпадають з результатами багатьох досліджень [87, 181, 185, 201].

Щодо виразності симптомів підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ усіх клінічних груп переважав легкий ступінь підвищеної тривожності (по 66,7 %), середній рівень реактивної тривожності (57,4 %) та високий рівень особистісної тривожності (52,2 %). Слід зазначити, що визначення ступеня підвищення тривожності взагалі та рівнів реактивної й особистісної тривожності зокрема у хворих на ХОЗЛ проводиться дослідниками досить рідко як в Україні, так і за кордоном [5, 18, 167, 203]. Результати нашого дослідження певною мірою співпадають з результатами А. О. Довгаль із співавторами [5], які показали, що більше ніж 50 % хворих на ХОЗЛ різних клінічних груп мають високий рівень особистісної тривожності. Проте, частота виявлення високого рівня реактивної тривожності у наших хворих була суттєво нижчою, ніж у дослідженні А. О. Довгаль із співавторами [5] (27,8 та 41,8 % відповідно). Це можна пояснити тим, що у нашому дослідженні не брали участі пацієнти, які були негативно налаштовані на обстеження, тобто на той момент могли мати високий рівень реактивної тривожності.

Нами було визначено, що наявність та виразність підвищеної тривожності при ХОЗЛ може мати зв'язок з виразністю симптомів ХОЗЛ у цілому та задишки зокрема, а також із зниженням ЯЖ, що співпадає з результатами деяких досліджень [43, 53, 89, 92, 181]. На нашу думку, погіршення ЯЖ може бути як причиною, так і наслідком підвищеного рівня тривожності у хворих на ХОЗЛ. Крім того, складно встановити причинно-наслідковий зв'язок між наявністю й виразністю задишки та наявністю й виразністю підвищеної тривожності. Адже, з одного боку, задишка є одним з провідних симптомів ХОЗЛ, з іншого, симптоми підвищеної тривожності можуть в свою чергу підсилювати відчуття задишки [53]. В той же час, визначення у хворих на ХОЗЛ незалежно від тяжкості його перебігу зв'язку між погіршенням психічного стану, пов'язаного саме з ХОЗЛ (анкета ССQ домен «психічний стан»), з одного боку, та наявністю підвищеної тривожності, а також виразністю реактивної й особистісної тривожності, з іншого, може свідчити про вагомий вплив основного захворювання на підвищення рівня тривожності у хворих на ХОЗЛ.

У хворих на ХОЗЛ різних клінічних груп частота виявлення поєднаних депресії та підвищеної тривожності суттєво не відрізняється ані у залежності від ступеня тяжкості основного захворювання, ані у залежності від анкети, використаної для їх виявлення, і складає не більше 10 %. Такі результати відповідають результатам дослідження E. Valcells та ін. (2010), у якому були обстежені хворі з різним ступенем вентиляційних порушень, і частота виявлення поєднаних соматопсихічних порушень склала 9 % [183]. За даними інших досліджень кількість хворих з поєднаними психічними порушеннями була дещо вищою, більше 16 %, проте ці розбіжності пов'язані з особливостями категорій обстежених хворих, зокрема, у останньому дослідженні було проведене обстеження пацієнтів під час фази інфекційного загострення [39, 175, 210].

До теперішнього часу не аналізувалися можливі засоби виявлення депресії та тривожних розладів у пацієнтів з ХОЗЛ [208]. Жодна з анкет, що

використовуються для виявлення депресії та тривожних розладів, не має доказаних переваг з точки зору достовірності та надійності при використанні їх у хворих на ХОЗЛ [77].

Зважаючи на відмінності результатів у обстежених хворих, отриманих у ході виявлення депресії за допомогою різних анкет, корисним видалося дослідити особливості цих анкет з урахуванням ХОЗЛ як основної патології. Було відмічено, що особливо часте підтвердження деяких симптомів депресії та підвищеної тривожності хворими на ХОЗЛ при анкетуванні може свідчити про неоднозначне походження цих симптомів. Вони можуть бути наслідком не тільки соматопсихічних порушень, а й наявності самого ХОЗЛ та/або похилого віку хворого. До таких симптомів відносяться: у анкеті PHQ-9 – запитання про відчуття підвищеної втоми (див. рис. 2.5), у анкеті BDI-SF – про відчуття підвищеної втоми та знижену працездатність (див. табл. 2.6), у анкеті HADS-депресія – про зниження відчуття бадьорості та повільність при діях (див. табл. 2.7), у анкеті STAI у тій її частині, яка стосується реактивної тривожності, – про відчуття відпочинку, у частині ж анкети, яка стосується особистісної тривожності, – запитання про швидку втомлюваність.

Крім того, різні методологічні підходи у розробці анкет можуть бути однією з причин, що призводять до різних результатів анкетування хворих. Для виявлення депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ більш прийнятним є використання анкет, у яких ступінь тяжкості симптомів депресії та тривожності хоча б частково оцінюється не за їх тривалістю, а за виразністю. Нами було показано, що такі анкети мають включати мінімальну кількість запитань щодо симптомів, характерних як для депресії й підвищеної тривожності, так і для ХОЗЛ або похилого віку хворих, зокрема питання щодо відчуття нестачі повітря, підвищеної втомлюваності тощо, а також бути простими у використанні як для пацієнта, так і для лікаря при оцінці та інтерпретації отриманих результатів. Відповідно до цього анкета HADS показала себе як більш прийнятна для виявлення депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ.

Проведений нами аналіз методології підходів до розробки анкет показав, що жодна з них не враховує наявність ХОЗЛ як основного захворювання, що дозволяє використовувати анкетування хворих лише у якості скринінгового методу для виявлення ознак депресії та підвищеної тривожності і визначення тих осіб, що потребують додаткового консультативного огляду лікарем-психіатром.

У ході нашого дослідження було визначено, що частота виявлення депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ під час інфекційного загострення суттєво не відрізняється від рівня цих показників у стабільну фазу патологічного процесу і складає для депресії від 30 до 45 % (у залежності від використаної анкети) ($p > 0,05$), а для підвищеної тривожності – до 25 % ($p > 0,05$). В той же час у більшості хворих спостерігалось зменшення виразності депресії та підвищеної тривожності після завершення фази інфекційного загострення. 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. Досліджень, які б оцінювали динаміку психічного стану хворих під час та після загострення проводилося небагато, проте вони підтверджують отримані нами результати [121, 151, 180]. Оцінка психічного стану хворих на ХОЗЛ у різні фази патологічного процесу може бути важливою для підбору індивідуальних підходів до корекції психічних змін. Виявлення ознак соматопсихічних порушень при обстеженні хворих під час інфекційного загострення може вимагати лише лікування загострення ХОЗЛ і не потребувати специфічної психіатричної допомоги. Проте, обов'язковим є спостереження хворого та оцінка його психічного стану у динаміці, після завершення загострення.

Нами були встановлені різні взаємозв'язки між наявністю й виразністю депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ з різними клінічними та функціональними самого ХОЗЛ. Причому ці взаємозв'язки були визначені за допомогою різних анкет. Велика кількість різних взаємозв'язків може

свідчити, з одного боку, про відсутність того чинника, який сприяє виникненню соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, а, з іншого боку, може вказувати на наявність комплексного впливу проявів основного захворювання на психічний стан хворих. Зважаючи на те, що, обстежені хворі мали великі розбіжності за виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ та ступенем порушення вентиляційної функції легень, а також мали досить різний рівень соматопсихічних порушень за даними різних анкет, для систематизації та узагальнення отриманих даних був проведений кластерний аналіз. Він дозволив встановити зв'язок між виразністю деяких проявів ХОЗЛ та виразністю порушень психічного стану комплексно, а не ізольовано. Цей метод раніше не використовувався при вивченні питання наявності й виразності соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, отже, відповідно, не визначався і комплексний вплив клінічних проявів ХОЗЛ на психічний стан хворих.

Нами було встановлено, що, по-перше, хворі на ХОЗЛ з низькою виразністю клінічних симптомів (за анкетами CAT, mMRC, CCQ), а також відносно високим рівнем функціональних показників ($\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$, SpO_2 , толерантність до фізичного навантаження за 6MWT) та ЯЖ (за SGRQ) (це були хворі клінічних груп А та В) мають низьку виразність ознак соматопсихічних змін (за усіма використаними у дослідженні психодіагностичними анкетами); по-друге, особи з високою виразністю клінічних симптомів ХОЗЛ та відносно низьким рівнем функціональних показників і ЯЖ (хворі клінічної групи D з виразною клінічною симптоматикою ХОЗЛ (середній бал за анкетною CAT – ≥ 22)) мають суттєво вищу виразність ознак соматопсихічних порушень. Хворі, які займають «проміжне положення», за клініко-функціональними параметрами (хворі клінічної групи С та пацієнти клінічної групи D з помірною виразністю симптомів (середній бал за анкетною CAT – < 22)) мають, відповідно, і проміжний рівень ознак соматопсихічних розладів.

Таким чином, можна зробити висновок, що у хворих на ХОЗЛ з низьким рівнем функціональних показників і, особливо, з високою виразністю клінічних

симптомів ризик розвитку порушень психічного стану вищий, ніж у хворих на ХОЗЛ з відносно невисокою виразністю симптомів та незначними порушеннями функціональних показників.

Незважаючи на те, що для виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ нами були використані чотири різні анкети, за їх допомогою можна було лише виявити або симптоми депресії, або симптоми підвищеної тривожності без можливості верифікації депресивного або тривожного розладу у нозологічному відношенні; виявити будь-які інші соматопсихічні порушення взагалі не було можливим, а, відповідно до цього, і призначити адекватне лікування. Слід зазначити, що хоча за національними й міжнародними рекомендаціями «золотим стандартом» діагностики соматопсихічних порушень є лише кваліфіковане обстеження хворих лікарем-психіатром [6, 12, 96, 154], подібне обстеження хворих на ХОЗЛ проводиться дуже рідко навіть у ході наукових досліджень, і зазвичай лише тоді, коли у ролі дослідника виступає психіатр [13, 72, 86, 170].

Обстеження хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром у нашому дослідженні показало, що соматопсихічні розлади при ХОЗЛ можуть носити різний нозологічний характер, який виходить далеко за межі депресії та підвищеної тривожності, а встановити його за допомогою анкетування взагалі неможливо. Найчастіше спостерігалися 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 %). Кількість хворих на ХОЗЛ із супутніми психічними порушеннями, підтвердженими лікарем-психіатром, була вищою серед хворих клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ ≥ 22 (73 % осіб), ніж серед хворих клінічної групи C та клінічної групи D з сумою балів за анкетною САТ < 22 (64,7 % пацієнтів), а також хворих клінічних груп A і B (44,4 % хворих). У деяких дослідженнях, які включали верифікацію соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ лікарем-психіатром, також

показана наявність таких соматопсихічних порушень, як астеничний синдром (77, %) [13], когнітивні порушення (48,5 %) [72], депресивні і тривожні розлади (2,7 та 8,5 % відповідно) [170]. Втім, коректно співставити отримані нами результати з даними більшості досліджень не видається можливим, оскільки у переважній їх більшості наявність соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ визначалася лише шляхом анкетування.

У нашому дослідженні вперше були співставленні результатів анкетування хворих на ХОЗЛ з висновками обстеження їх лікарем-психіатром. Встановлено, що наявність депресії та тривожних розладів як нозологічних форм зазвичай відображається у результатах анкетування, причому часто – за кількома анкетами. Відсутність ознак соматопсихічних порушень за результатами анкетування хворих на ХОЗЛ найчастіше співпадає з відсутністю у них соматопсихічних порушень як нозологічних форм.

За допомогою ROC-аналізу нами вперше було визначено оптимальну анкету для виявлення соматопсихічних порушень саме у хворих на ХОЗЛ. При співставленні результатів анкетування за допомогою різних анкет з результатами обстеження хворих лікарем-психіатром, які були використані у якості еталону найвищу діагностичну значущість показала анкета HADS, яка має певні переваги над рештою анкет. Ця анкета досить часто використовується дослідниками для виявлення психічних порушень у хворих на ХОЗЛ [48, 84, 89, 100, 105, 124, 129, 174, 203], проте хворі зазвичай не обстежуються у подальшому лікарем-психіатром.

Підходи до лікування соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ на теперішній час залишаються не визначеними, немає доказової бази щодо ефективності та безпечності методів лікування цієї категорії пацієнтів [11, 54, 110, 114]. Нами ж було встановлено, що лікування соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ є ефективним у 68 % випадків. Причому, як вперше було встановлено, це лікування може не лише покращувати психічний стан пацієнтів, а й полегшувати сприйняття ними симптоматики самого ХОЗЛ

переважно за рахунок покращення сну, збільшення енергії, зменшення виразності задишки.

Таким чином, оскільки на сьогодні у лікарів первинної ланки, терапевтів та пульмонологів немає чітких рекомендацій щодо виявлення соматопсихічних порушень у хворих на ХОЗЛ, необхідною є алгоритмізація та раціоналізація підходів до діагностики й лікування цих порушень. Проведений нами кластерний аналіз допоміг встановити рівень основних клініко-функціональних показників хворих на ХОЗЛ, які найчастіше поєднуються зі значною виразністю соматопсихічних змін. Такими показниками виявились рівень $\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$ та виразність симптомів ХОЗЛ за анкетною САТ [11, 114].

На заключному етапі роботи на підставі усіх отриманих нами даних був розроблений алгоритм ведення хворих на ХОЗЛ задля діагностики соматопсихічних порушень (див. рис. 7.6). Цей алгоритм включає першочергове визначення ступеня вентиляційних порушень за $\text{ОФВ}_{1\text{пост}}$, обов'язкове визначення ступеня виразності клінічних симптомів за анкетною САТ, причому вже в умовах закладу первинної ланки надання медичної допомоги. За результатами цих обстежень визначаються категорії хворих, які обов'язково і негайно повинні бути проанкетовані на предмет соматопсихічних розладів (хворі з рівнем $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60,0 \%$, та сумою балів за анкетною САТ ≥ 22), пацієнти, для яких оцінка психічного стану за допомогою анкети HADS є бажаною на момент обстеження (хворі з рівнем $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60,0 \%$, та сумою балів за анкетною САТ < 22), і осіб, які на даний момент можуть не потребувати оцінки їх психічного стану за допомогою анкети HADS за відсутності додаткових факторів ризику психічних порушень (хворі з рівнем $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} > 60,0 \%$). Відповідно до розробленого нами алгоритму хворі на ХОЗЛ незалежно від ступеня його перебігу, які мають ознаки соматопсихічних змін за результатами анкетування за анкетною HADS, повинні обов'язково бути обстежені лікарем-психіатром для верифікації діагнозу та призначення, за необхідністю, відповідного лікування.

Запропонований нами алгоритм є якісно новим підходом до ведення хворих на ХОЗЛ, оскільки його застосування дозволяє виділити категорію пацієнтів з найбільшою імовірністю соматопсихічних порушень, котрі негативно впливають на клінічний перебіг основного захворювання; ці хворі здебільшого потребують спеціалізованої лікарської допомоги. Крім того, 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.

ВИСНОВКИ

У дисертації наведене 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 SpO_2 ($r = -0,47$, $p = 0,030$), 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 $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} \leq 60\%$ належн. і кількістю балів за САТ ≥ 22 є найвищими, при $\text{ОФВ}_{1\text{пост}} > 60\%$ належн. незалежно від кількості балів за САТ – найнижчими.

6. Соматопсихічні порушення у хворих на ХОЗЛ 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.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алгоритм діагностики хронічного обструктивного захворювання легень у поєднанні з депресією [Текст] : інформаційний лист / Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського АМН України. – Київ, 2013. – 4 с.
2. Антомонов, М. Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных [Текст] / М. Ю. Антомонов – К.: 2006. – 558 с.
3. Вплив комплексної терапії із застосуванням антидепресанта агомелатину на показники функції зовнішнього дихання, толерантність до фізичного навантаження та якості сну хворих на хронічне обструктивне захворювання легень у поєднанні з депресивним епізодом [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2015. – № 2. – С. 39–45.
4. Гаврисюк, В. К. Анализ перспектив применения функциональных тестов с ходьбой у больных хроническими заболеваниями легких [Текст] / В. К. Гаврисюк, А. И. Ячник, Е. А. Беренда // Український пульмонологічний журнал. – 2004. – № 3. – С. 46–50.
5. Довгань, А. О. Поширеність та структура соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ [Текст] / А. О. Довгань, Т. В. Константинович, Ю. М. Мостовой // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 4. – Р. 16–20.
6. Закон України від 22 лютого 2000 року № 1489-III «Про психіатричну допомогу». [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>.
7. Константинович, Т. В. Соматопсихічні та психосоматичні розлади в практиці лікаря-інтерніста: бронхіальна астма як модель соматопсихіатрії [Електронний ресурс] / Т. В. Константинович // Neuronews. – 2006. – № 1. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/somatopsihD086chnD086-tapsihosomatichnD086-rozladi-v-prakticD086-ID086karya-D086nternD086sta-bronhialna-astma-yak-model-somatopsihiatriyi>.

8. Лапач, С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич – К.: Морион, 2001. – 408 с.

9. Леонов В. Логистическая регрессия в медицине и биологии / В. Леонов [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.biometrika.tomsk.ru/logit_1.htm.

10. Наказ МОЗ України від 05.02.2007 р. № 59 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія» / Київ, 2007. – 44 с.

11. Наказ МОЗ України 27.06.2013 р. № 555 від «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» / Київ, 2013. – 146 с.

12. Наказ МОЗ України від 25.12.2014 р. № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» / Київ, 2014. – 60 с.

13. Обухов, Н. В. Влияние терапии психических расстройств при хронической обструктивной болезни лёгких на проявления основного заболевания [Текст] / Н. В. Обухов, В. И. Трофимов, В. И. Крылов // Архивъ внутренней медицины. – 2014. – №2. – С. 51–55.

14. Овчаренко, С. И. Тревога и депрессия при хронической обструктивной болезни легких [Текст] / С. И. Овчаренко, Я. К. Галецкайте // Болезни органов дыхания. – 2012 (1). – С. 23–27.

15. Опитувальник про стан здоров'я PHQ-9 [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_Ukrainian%20for%20Ukraine.pdf.

16. Островський, М. М. До питання поліморбідності та коморбідності у хворих на ХОЗЛ [Текст] / М. М. Островський, П. Р. Герич // Український пульмонологічний журнал. – 2011. – № 4. – С. 19–24.

17. Показники стану здоров'я населення Дніпропетровської області в 2013–2014 р.р. [Текст] / Укладачі: Рубльова Л. А., Карнажицька Т. О., Гайдук А. В.; відп. укладач С. С. Росточило. – Д.: Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації, Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики, 2014. – 192 с.

18. Поясник, І. М. Депресивний синдром у пацієнтів з хронічним обструктивним захворюванням легень [Текст] / І. М. Поясник // Український вісник психоневрології. – 2014. – Том 22, вип. 4 (81). – С. 94–96.

19. Психосоматичні розлади у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень: діагностика та підходи до лікування [Текст] / Ю. М. Мостовой, Т. В. Константинович, К. Д. Константинович-Чічірельо, Д. В. Діденко // Рациональная фармакотерапия. – 2013. – № 2 (27). – С. 27–38.

20. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA [Текст] / О. Ю. Реброва – М.: МедиаСфера, 2002. – 312 с.

21. Румянцев, П. О. Статистические методы анализа в клинической практике. Часть I. Одномерный статистический анализ [Текст] / П. О. Румянцев, В. А. Саенко, У. В. Румянцева // Проблемы эндокринологии. – 2009. – Т. 55, № 5. – С. 48–55.

22. Савченко, В. М. Формализованная система базовых клинических показателей для оценки состояния больных хроническими необструктивными и обструктивными болезнями легких [Текст] / В. М. Савченко // Український пульмонологічний журнал. – 2001. – № 2. – С. 46–50.

23. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине : Руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич // Москва : Мед. информ. агентство, 2001. – 171 с.

24. Соловьева, Э. Ю. Тревожные расстройства в общей медицинской практике [Текст] / Э. Ю. Соловьева // Consilium Medicum. – 2008. – № 10 (2). – С. 4–9.

25. Фещенко, Ю. І. Актуальні проблеми діагностики і терапії ХОЗЛ із супутньою патологією [Текст] / Ю. І. Фещенко // Український пульмонологічний журнал. – 2009. – № 2. – С. 6.

26. Фещенко, Ю. І. Хронічне обструктивне захворювання легень та супутня депресія – важлива медико-соціальна проблема [Текст] / Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3 (додаток). – С. 56–58.

27. Халафян, А. А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных [Текст] / А. А. Халафян. – М.: ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.

28. Эпидемиологические методы изучения неинфекционных заболеваний: Учебное пособие [Текст] / В. Н. Лехан, Ю. В. Вороненко, О. П. Максименко [и др.]. – К.: Сфера, 2005. – 204 с.

29. Чабан, О. С. Депресивні розлади у пацієнтів похилого віку: проблеми діагностики і терапії [Електронний ресурс] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Нейронews. – 2016. – № 2/1. – С. 14-20. Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/files/9459185539.pdf>.

30. Чабан, О. С. Психосиматична медицина (аспекти діагностики та лікування) [Тест] / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Київ: ТОВ «ДСГ ЛТД», 2004. – 96с.

31. Abrams T. E. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease and the effect of existing psychiatric comorbidity on subsequent mortality [Text] / T. E. Abrams, M. Vaughan-Sarrazin, M. W. Vander Weg // Psychosomatics. – 2011. – Vol. 52. – P. 441–449.

32. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases [Text] / G. Moussas [et al.] // Annals of General Psychiatry. – 2008. – Vol. 7. – P. 7.

33. Agustí, A. Systemic Inflammation and comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / A. Agustí, R. Faner // Proceedings of the American Thoracic Society. – 2012. – Vol. 9. – P. 43–46.

34. Ahmed, K. The screening and treatment of undiagnosed in patients with COPD in general practice [Text] / K. Ahmed, A. Kelshker, C. Jenner // *Primare Care Respiratory Journal*. – 2007. – Vol. 16 (4). – P. 249–251.

35. Almagro, P. Helping COPD patients change health behavior in order to improve their quality of life [Text] / P. Almagro, A. Castro // *International Journal of COPD*. – 2013. – Vol. 8. – P. 335–345.

36. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation [Text] / L. Nici [et al.] // *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. – 2006. – Vol. 173. – P. 1390–1413.

37. A minimal psychological intervention in chronically ill elderly patients with depression: a randomized trial [Text] / F. Lamers [et al.] *Psychother Psychosom*. – 2010. – Vol. 79 – P. 217–226.

38. Antidepressants for depression in physically ill people [Электронный ресурс] / L. Rayner [et al.] // *Cochrane Database Systematic Reviews*. – 2010. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007503.pub2/abstract>.

39. Anxiety and depression during hospital treatment of exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease [Text] / J. Regvat [et al.] // *Journal of International Medical Research*. – 2011. – Vol. 39. – P. 1028–1038.

40. Anxiety and depression following pulmonary rehabilitation [Text] / S. B. Bentsen [et al.] // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2013. – Vol. 27 (3). – P. 541–550.

41. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs [Text] / J. Maurer [et al.] // *Chest*. – 2008. – Vol. 134, Suppl. 4. – P. 43S–56S.

42. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity [Text] / F. Di Marcoa [et al.] // *Respiratory medicine*. – 2006. – Vol. 100. – P. 1767–1774.

43. Anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A review [Text] / R. L. Mikkelsen [et al.] // Nordic Journal of Psychiatry. – 2004. – Vol. 58. – P. 65–70.

44. Anxiety and depression—Important psychological comorbidities of COPD [Text] / M. I. Pumar [et al.] // Thoracic Disease. – 2014. – Vol. 6(11). – P. 1615–1631.

45. A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder [Text] / J. D. Lipsitz [et al.] // Depression and Anxiety Journal. – 2008. – Vol. 25. – P. 542–553.

46. Are patients with COPD psychologically distressed? [Text] / E. J. Wagena, W. A. Arrindell, E. F. M. Wouters, C. P. van Schayck // European respiratory journal. – 2005. – Vol. 26. – P. 242–248.

47. Arthritis and heart disease as risk factors for major depression: the role of functional limitation [Text] / D. D. Dunlop [et al.] // Medical Care Journal. – 2004. – Vol. 42. – P. 502–511.

48. Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients [Text] / J. A. Cleland [et al.] // Family practice. – 2007. – Vol. 24. – P. 217–223.

49. Association of depression and life-sustaining treatment preferences in patients with COPD [Text] / R. D. Stapeleton [et al.] // Chest. – 2005. – Vol. 127. – P. 328–334.

50. Associations of depressive symptoms with gender, body mass index and dyspnea in primary care COPD patients [Text] / N. H. Chavannes [et al.] // Family Practice. – 2005. – Vol. 22(6). – P. 604–607.

51. Association of serotonin transporter gene variation with smoking, chronic obstructive pulmonary disease, and its depressive symptoms [Text] / T. Ishii [et al.] // Journal of Human Genetics. – 2011. – Vol. 56. – P. 41–46.

52. ATS Statement: Guidelines for the Six – Minute Walk Test [Электронный ресурс] / American Journal Respiratory Critical Care Medicine – 2002. – Vol. 166. – P. 111–117. – Режим доступа:

http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm.166.1.at1102?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed#.V9KLctSLSt8

53. Bailey, P. H. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle – COPD patients’ stories of breathlessness: “It’s scary when you can’t breathe” [Text] / P. H. Bailey // Qualitative Health Research. – 2004. – Vol. 14. – P. 760–778.

54. Baraniak A. The efficacy of psychologically based interventions to improve anxiety, depression and quality of life in COPD: a systematic review and meta-analysis [Text] / A. Baraniak, D. Sheffield // Patient Education and Counseling Journal. – 2011. – Vol. 83. – P. 29–36.

55. Barnes, P. J. Systemic manifestations and comorbidities of COPD [Text] / P. J. Barnes, B. R. Celli // European respiratory journal. – 2009. – Vol. 33. – P. 1165–1185.

56. Bauseweina, C. Measurement of dyspnoea in the clinical rather than the research setting [Text] / C. Bauseweina, S. Boothc, I. J. Higginson // Current Opinion in Supportive and Palliative Care. – 2008. – Vol. 2. – P. 95–99.

57. Benson, H. The relaxation response [Text] / H. Benson, J. F. Beary, M. P. Carol // Psychiatry. – 1974. – Vol. 37. – P. 37–46.

58. Biomarkers of systemic inflammation and depression and fatigue in moderate clinically stable COPD [Text] / K. Al-shair [et al.] // Respiratory Research. – 2011. – Vol. 12 (1). – P. 1–6.

59. Brenes, G. Anxiety and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, impact, and treatment [Text] / G. Brenes // Psychosomatic Medicine Journal. – 2003. – Vol. 65. – P. 963–970.

60. Brief report Normative data for the HADS from a large non-clinical sample [Text] / J. R. Crawford, J. D. Henry, C. Crombie, E. P. Taylor // British Journal of Clinical Psychology. – 2001. – Vol. 40. – P. 429–434.

61. Buss A. S. Comparative study of two quality of life questionnaires in patients with COPD [Text] / A. S. Buss, L. M. Silva // The Jornal Brasileiro de Pneumologia. – 2009. – Vol. 35 (4). – P. 318–324.

62. Cecins, N. Reduction in hospitalisation following pulmonary rehabilitation in patients with COPD [Text] / N. Cecins, E. Geelhoed, S. C. Jenkins // Australian Health Review. – 2008. – Vol. 32. – P. 415–422.

63. Changes in the normal maximal expiratory flow-volume curve with growth and aging [Text] / R. J. Knudson [et al.] // American Review of Respiratory Disease. – 1983. – Vol. 127. – P. 725–734.

64. Characterization of COPD heterogeneity in the ECLIPSE cohort [Text] / A. Agusti [et al.] // Respiratory Research. – 2010. – Vol. 11. – P. 122.

65. Chibnall, J. T. The short form of the Beck Depression Inventory: validity issues with chronic pain patients [Text] / J. T. Chibnall, R. C. Tait // Clinical Journal of Pain. – 1994. – Vol. 10 (4). – P. 261–266.

66. Chronic airflow limitation in developing countries: burden and priorities [Text] / N. Ait-Khaled [et al.] // International Journal of COPD. – 2007. – Vol. 2 (2). – P. 141–150.

67. Chronic obstructive pulmonary disease: management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 101. National Institute for Health Clinical Excellence. London, NICE, 2010 [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg101>.

68. Chronic obstructive pulmonary disease patients with psychiatric disorders are at greater risk of exacerbations [Text] / C. Laurin [et al.] // Psychosomatic Medicine Journal. – 2009. – Vol. 71. – P. 667–674.

69. Chronic renal failure, a neglected comorbidity of COPD [Text] / R. A. Incalzi [et al.] // Chest. – 2010. – Vol. 137. – P. 831–837.

70. Clinical COPD Questionnaire Calculating [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://ccq.nl/?page_id=342.

71. Clinical Practice Guidelines for quality palliative care, executive summary. [Text] / American Academy of Hospice and Palliative Medicine, Centre to Advance Palliative Care, Hospice and Palliative Nurses Association [et al.] // National Consensus Project for Quality Palliative Care. – 2009. – Second edition. – 90 p.

72. Cognition and chronic hypoxia in pulmonary diseases [Text] / R. Areza-Fegyveres, R. A. Kairalla, C. R. R. Carvalho, R. Nitrini // *Dementia e Neuropsychologia*. – 2010. – Vol. 4(1). – P. 14–22.

73. Comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / W. M. Chatila [et al.] // *Proceedings of the American Thoracic Society*. – 2008. – Vol. 5(4) – P. 549–555.

74. Comorbidities of COPD [Text] / A. Cavaille [et al.] // *European Respiratory Review*. – 2013. – Vol. 22. – P. 454–475.

75. Comorbidities of patients in tiotropium clinical trials: comparison with observational studies of patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / M. Miravittles [et al.] // *International Journal of COPD*. – 2015. – Vol. 10. – P. 549–564.

76. Controlled trial of respiratory health worker visiting patients with chronic respiratory disability [Text] / A. Cockcroft [et al.] // *British Medical Journal*. – 1987. – Vol. 294. – P. 225–228.

77. COPD and Comorbidity [Text] / Edited by K. F. Rabe, J. A. Wedzicha, E. F. M. Wouters. – *European Respiratory Monograph*, 2013. – 225 p. ISBN: 978-1-84984-032-3.

78. COPD and the risk of depression [Text] / C. Schneider [et al.] // *Chest*. – 2010. – Vol. 137 – P. 341–347.

79. COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial [Text] / M. E. Kunik [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2008. – Vol. 38. – P. 385–396.

80. (Cost)-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbations in patients with COPD: the COPE II study [Text] / T. Effing [et al.] // *Thorax*. – 2009. – Vol. 64. – P. 956–962.

81. Coventry P. A. Comprehensive pulmonary rehabilitation for anxiety and depression in adults with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review

and meta-analysis [Text] / P. A. Coventry, D. Hind // Journal of Psychosomatic Research. – 2007. – Vol. 63. – P. 551–565.

82. Coventry, P. A. Does pulmonary rehabilitation reduce anxiety and depression in chronic obstructive pulmonary disease? [Text] / Current Opinion in Pulmonary Medicine. – 2009. – Vol. 15. – P. 143–149.

83. Coventry P. A. Improving outcomes for COPD patients with mild-to-moderate anxiety and depression: a systematic review of cognitive behavioural therapy [Text] / P. A. Coventry, J. L. Gellatly // British Journal of Health Psychology. – 2008. – Vol. 13. – P. 381–400.

84. Coventry P. A. Psychosocial risk factors for hospital readmission in COPD patients on early discharge services: a cohort study [Text] / P. A. Coventry, I. Gemmell, C. J. Todd // BMC Pulmonary Medicine. – 2011. – Vol. 11. – P. 49.

85. Dal Negro, R. W. Prevalence of different comorbidities in COPD patients by gender and GOLD stage [Text] / R. W. Dal Negro, L. Bonadiman, P. Turco // Multidisciplinary Respiratory Medicine. – 2015. – Vol. 10 (24). – P. 1–9.

86. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles [Text] / A. M. Yohannes [et al.] // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2010. – Vol. 25. – P. 1209–1221.

87. Depression and health related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / T. A. Omachi [et al.] // American Journal of Medicine. – 2009. – Vol. 122 (8). – P. 778.

88. Depression in COPD – management and quality of life considerations [Text] / K. B. Stage, T. Middelboe, T. B. Stage, C. H. Sørensen // International Journal of COPD. – 2006. – Vol. 1(3). – P. 315–320.

89. Depressive symptoms and chronic obstructive pulmonary disease: effect on mortality, hospital readmission, symptom burden, functional status, and quality of life [Text] / T. P. Ng [et al.] // Archives of Internal Medicine Journal. – 2007. – Vol. 167. – P. 60–67.

90. Depressive symptoms as predictors of mortality in patients with COPD [Text] / J. N. de Voogd [et al.] // Chest. – 2009. – Vol. 135. – P. 619–625.

91. Depressive symptoms, inflammatory markers and body composition in elderly with and without chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [Text] / P. E. M. Marinho [et al.] // Archives of Gerontology Geriatrics. – 2012. – Vol. 54. – P. 453–458.

92. Determinants of Depression in the ECLIPSE Chronic Obstructive Pulmonary Disease Cohort [Text] / N. A. Hanania [et al.] // American journal respiratory critical care medicine. – 2011. – Vol. 183, N 5. – P. 604–611.

93. Development and first validation of the COPD Assessment Test [Text] / P. W. Jones [et al.] // European Respiratory Journal. – 2009. – Vol. 34. – P. 648–654.

94. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire [Электронный ресурс] / T. Molen [et al.] // Health and Quality of Life Outcomes. Режим доступа:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC156640/pdf/1477-7525-1-13.pdf>.

95. Devine, E. C. Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / E. C. Devine, J. Pearcy // Patient Education and Counseling. – 1996. – Vol. 29. – P. 167–178.

96. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edn. Washington, American Psychiatric Association, 2000 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://allpsych.com/disorders/mood/majordepression>.

97. Doxepin treatment of depressed patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / R. W. Light [et al.] // Archives of Internal Medicine. – 1986. – Vol. 146. – P. 1377–1380.

98. Dyadic coping, quality of life and psychological distress among chronic obstructive pulmonary disease patients and their partners [Text] / C. Meier [et al.] // International Journal of COPD. – 2011. – Vol. 6. – P. 583–596.

99. Dyspnea is a better predictor of 5-year survival than airway obstruction in patients with COPD [Text] / K. Nishimura, T. Izumi, M. Tsukino, T. Oga // Chest. – 2002. – Vol. 121. – P. 1434–1440.

100. Eisner, M. D. Influence of anxiety on health outcomes in COPD [Text] / M. D. Eisner, P. D. Blanc, E. H. Yelin // *Thorax*. – 2010. – Vol. 65(3). – P. 229–234.

101. Effect of a self-management program on patients with chronic disease [Text] / K. R. Lorig [et al.] // *Effective Clinical Practice*. – 2001. – Vol. 4. – P. 256–262.

102. Effect of desipramine on control of ventilation and depression scores in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease [Text] / G. H. Gordon [et al.] // *Psychiatry Resources*. – 1985. – Vol. 15. – P. 25–32.

103. Effect of treating depression on quality-of-life and exercise tolerance in severe COPD [Text] / N. Eiser [et al.] // *COPD*. – 2005. – Vol. 2. – P. 233–241.

104. Exercise prescription for hospitalized people with chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a synthesis of systematic reviews [Text] / W. D. Reid [et al.] // *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. – 2012. – Vol. 7. – P. 297–320.

105. Factors affecting the relationship between psychological status and quality of life in COPD patients [Text] / E. Balcells [et al.] // *Health Quality of Life Outcomes*. – 2010. – Vol. 8. – P. 108.

106. Factors that influence disease-specific quality of life or health status in patients with COPD: a systematic review and meta-analysis of Pearson correlations [Text] / I. Tsiligianni [et al.] // *Primary Care Respiratory Journal*. – 2011. – Vol. 20. – P. 257–268.

107. Fatigue in COPD: association with functional status and hospitalisations [Text] / J. S. Paddison [et al.] // *European Respiratory Journal*. – 2013. – Vol. 41(3) – P. 565–570.

108. Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors [Text] / Z. Cao [et al.] // *Respirology*. – 2006. – Vol. 11. – P. 188–195.

109. Frith, P. A manual for pulmonary rehabilitation in Australia. Evidence base and standards [Электронный ресурс] / P. Frith // Режим доступа:

www.lungfoundation.com.au/images/stories/docs/copd/rehab_standards_v3_31_july_2008.pdf.

110. Fritzsche, A. Effects of medical and psychological treatment of depression in patients with COPD – a review [Text] / A. Fritzsche, A. Clamor, A. von Leupoldt // *Respiratory Medicine*. – 2011. – Vol. 105. – P. 1422–1433.

111. Furlanetto, L. M. The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients [Text] / L. M. Furlanetto, M. V. Mendlowicz, J. R. Bueno // *Journal of affective disorders*. – 2005. – Vol. 86 (1). – P.87–91.

112. Garvey, C. Depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / C. Garvey // *Postgraduate Medical Journal*. – 2012. – Vol. 124. – P.101–109.

113. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial [Text] / C. E. Bucknall [et al.] // *British Medical Journal*. – 2012. – Vol. 344 – P. 1060.

114. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2016. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/WatermarkedGlobal%20Strategy%202016\(1\).pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/WatermarkedGlobal%20Strategy%202016(1).pdf).

115. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary [Text] / K. F. Rabe [et al.] // *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. – 2007. – Vol. 176. – P. 532–555.

116. Goodwin, R. D. Is COPD associated with suicide behavior? [Text] / R. D. Goodwin // *Journal of Psychiatric Research*. – 2011. – Vol. 45. – P. 1269–1271.

117. Gunstone, C. Pulse oximetry in primary care [Text] / C. Gunstone // *British Journal Geneneral Practice*. – 2011. – Vol. 61. – P. 497.

118. Have we underestimated the efficacy of pulmonary rehabilitation in improving mood? [Text] / S. L. Harrison [et al.] // *Respiratory Medicine*. – 2012. – Vol. 106. – P. 838–844.

119. Health status measurement in COPD: the minimal clinically important difference of the clinical COPD questionnaire [Электронный ресурс] / J. W. H. Kocks, M. G. Tuinenga, S. M. Uil, J. W. K. van den Berg // *Respiratory Research*. – 2006. – Vol. 7. – Режим доступа: <http://respiratory-research.com/content/7/1/62>.

120. Hill, K. Anxiety and depression in end-stage COPD [Text] / K. Hill, R. Geist, R.S. Goldstein // *European respiratory journal*. – 2008. – Vol. 31. – P. 667–677.

121. Impact of anxiety and depression on chronic obstructive pulmonary disease exacerbation risk [Text] // C. Laurin, G. Moullec, S. L. Bacon, K. L. Lavoie // *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. – 2012. – Vol. 185 (9). – P. 918–923.

122. Impact of comorbidities on the duration of COPD patients' hospital episodes [Text] / T. Kinnunen [et al.] // *Respiratory Medicine*. – 2003. – Vol. 97. – P. 143–146.

123. Improving quality of life in depressed COPD patients: effectiveness of a minimal psychological intervention [Text] / F. Lamers [et al.] // *COPD*. – 2010. – Vol. 7. – P. 315–322.

124. Independent effect of depression and anxiety on chronic obstructive pulmonary disease exacerbations and hospitalizations [Text] / W. Xu [et al.] // *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. – 2008. – Vol. 178(9). – P. 913–920.

125. Instruction manual: instructions for patient health questionnaire (PHQ) and GAD-7 measures [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.phqscreeners.com/instructions/instructions.pdf>.

126. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F30-F39>.

127. Interpersonal counselling in general practice [Text] / F. Judd [et al.] // Australian Family Physician. – 2004. – Vol. 33. – P. 332–337.

128. Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire [Text] / M. Ferrer [et al.] // European Respiratory Journal. – 2002. – Vol. 19. – P. 405–413.

129. Janssen, D. J. A. Symptoms of anxiety and depression in COPD patients entering pulmonary rehabilitation [Text] / D. J. A. Janssen [et al.] // Chronic respiratory disease. – 2010. – Vol. 7 (3) – P. 147–157.

130. Jones, P. Creating scenarios of the impact of COPD and their relationship to COPD assessment test (CATTM) scores [Text] / P. Jones, M. Tabberer, W-H. Chen // BMC Pulmonary Medicine. – 2011. – Vol. 11 (1). – P. 42.

131. Jones, P. W. Depression in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. A Common Concomitant Disease [Text] / P. W. Jones // American Journal Respiratory Critical Care Medicine. – 2011. – Vol. 183. – P. 562–563.

132. Julian, L. J. Measures of Anxiety State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A) [Text] / L. J. Julian // Arthritis Care & Research. – 2011. – Vol. 63 (S11). – P. 467–472.

133. Keating A. What prevents people with chronic obstructive pulmonary disease from attending pulmonary rehabilitation? A systematic review [Text] / A. Keating, A. Lee, A. E. Holland // Chronic Respiratory Disease. – 2011. – Vol. 8. – P. 89–99.

134. Kelly, A. M. How accurate are pulse oximeters in patients with acute exacerbations of chronic obstructive airways disease? [Text] / A. M Kelly, R. McAlpine, E. Kyle // Respiratory Medicine. – 2001. – Vol. 95(5). – P. 336–340.

135. Kendrick, K. R. Usefulness of the modified 0-10 Borg scale in assessing the degree of dyspnea in patients with COPD and asthma / K. R. Kendrick,

S. C. Baxi, R. M. Smith // Journal Emergency Nursing. – 2000. – Vol. 26(3). – P. 216–222.

136. Klerman, G. L. New Applications of Interpersonal Psychotherapy [Електронний ресурс] / G. L. Klerman, M. M. Weissman // American Psychiatric Press. – 1993. – Режим доступу:

https://books.google.com.ua/books?id=_d2VN6pQJ18C&printsec=frontcover&hl=uk&source=gbg_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false.

137. Kohler, C. L. The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / C. L. Kohler, L. Fish, P. G. Greene // Health Psychology. – 2002. – Vol. 21. – P. 610–614.

138. Kroenke, K. The PHQ-9: a new depression diagnostic and severity measure [Text] / K. Kroenke, R. L. Spitzer // Psychiatric annals. – 2002. – Vol. 32. – P. 509–521.

139. Kroenke, K. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. Williams // Journal of general internal medicine. – 2001. – Vol. 16 (9). – P. 606–613.

140. Livermore N. Prevention of panic attacks and panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / N. Livermore, L. Sharpe, D. McKenzie // European Respiratory Journal. – 2010. – Vol.35. – P. 557–563.

141. Lopez-Jimenez, F. La interpretacion de los ensayos clinicos negativos [Text] / F. Lopez-Jimenez, D. Paniagua, G. A. Lamas // Revista de Investigación Clínica – 1998. – Vol. 50. – P. 435–440.

142. Maclay, J. D. Cardiovascular disease in COPD: mechanisms [Text] / J. D. Maclay, W. MacNee // Chest. – 2013. – Vol. 143(3). – P. 798-807.

143. Managing co-morbid depression and anxiety in primary care patients with asthma and/or chronic obstructive pulmonary disease: study protocol for a randomized controlled trial [Text] / A. M. Pommer [et al.] // Trials. – 2012. – Vol. 13. – P. 6.

144. Managing comorbidities in COPD [Text] / G. Hillas, F. Perlikos, I. Tsiligianni, N. Tzanakis // *International Journal of COPD*. – 2015. – Vol. 10. – P. 95–109.

145. Managing comorbidity in COPD: a difficult task [Text] / I. G. Tsiligianni, E. Kosmas, T. Van der Molen, N. Tzanakis // *Current Drug Targets*. – 2013. – Vol. 14 (2). – P. 158–176.

146. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. A Cochrane systematic review [Text] / Y. Lacasse [et al.] // *Eura Medicophys*. – 2007. – Vol. 43. – P. 475–485.

147. McCathie, H. C. Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors [Text] / H. C. McCathie, S. H. Spence, R. L. Tate // *European Respiratory Journal*. – 2002. – Vol. 19 (1). – P. 47–53.

148. Miller, M. D. Using interpersonal therapy (IPT) with older adults today and tomorrow: a review of the literature and new developments [Text] / M. D. Miller // *Current Psychiatry Report*. – 2008. – Vol. 10. – P. 16–22.

149. Mineur, Y. S. Nicotine receptors and depression: revisiting and revising the cholinergic hypothesis [Text] / Y. S. Mineur, M. R. Picciotto // *Trends in Pharmacological Sciences*. – 2010. – Vol. 31. – P. 580–586.

150. Modified Borg Dyspnea Scale Instructions for Borg Dyspnea Scale [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://scholarblogs.emory.edu/buddterrace/files/2016/03/Modified-Borg-Dyspnea-Scale.pdf>.

151. National Emphysema Treatment Trial (NETT) Research Group. Sex, depression, and risk of hospitalization and mortality in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / V. S. Fan [et al] // *Archives Internal Medicine*. – 2007. – Vol. 167 (21). – P. 2345–2353.

152. National Institute for Health Clinical Excellence. Depression in adults: The treatment and management of depression in adults. NICE clinical guideline 90. London NICE, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90?unlid=715329327201621334040>.

153. National Institute for Health Clinical Excellence. Depression in adults with a chronic physical health problem: treatment and management. NICE clinical guideline 91. London, NICE, 2009 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg91>.

154. National Institute for Health and Clinical Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 113. London, NICE, 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113?unlid=73726363201628223555>.

155. Nazara-Otero, C. A. The continuum of COPD and cardiovascular risk: A global scenario of disease [Text] / C. A. Nazara-Otero, V. A. Baloiira // Clinica e Investigacion Arteriosclerosis. – 2014. – Vol. 27. – P. 144–147.

156. NINDS CDE Notice of Copyright Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://commondataelements.ninds.nih.gov/Doc/NOC/Hospital_Anxiety_Depression_Scale_NOC_Link.pdf.

157. Norwood, R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease patients [Text] / R. Norwood // Current Opinion in Pulmonary Medicine. – 2006. – Vol. 12. – P. 113–117.

158. Patel, A. R. Extrapulmonary comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease: state of the art [Text] / A. R. Patel, J. R. Hurst // Expert Review Respiratory Medicine. – 2011. – Vol. 5. – P. 647–662.

159. Patient health questionnaire (PHQ-9) [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.integration.samhsa.gov/images/res/PHQ%20-%20Questions.pdf>.

160. Pharmacological interventions for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease [Электронный ресурс] / Z. A. Usmani [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2011. – Режим доступа: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008483.pub2/pdf/abstract>

161. Pooler, A. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review [Text] / A. Pooler, R. Beech // International Journal of COPD. – 2014. – Vol. 9. – P. 315–330.

162. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder [Электронный ресурс]. Режим доступа : <https://www.guideline.gov/summaries/summary/24158/Practice-guideline-for-the-treatment-of-patients-with-major-depressive-disorder-third-edition>.

163. Presence of depression & its risk factors in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / H. Negi [et al.] // Indian Journal of Medical Research. – 2014. – Vol. 139 (3). – P. 402–408.

164. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in COPD [Text] / D. M. Mannino [et al.] // European Respiratory Journal. – 2008. – Vol. 32. – P. 962–969.

165. Prevalence and risk factors for depressive symptoms in persons with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / R. E. Schane [et al.] // Journal of Internal Medicine. – 2008. – Vol. 23. – P. 1757–1762.

166. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities [Text] / M. Miravittles [et al.] // Thorax. – 2009. – Vol. 64 (10) – P. 863–868.

167. Prevalence of depression and anxiety in outpatients with chronic airway lung disease [Text] / Y. Ju. Ryu [et al.] // The Korean Journal of Internal Medicine. – 2010. – Vol. 25. – P. 51–57.

168. Prevalence of depression and sleep disorder in COPD in Japan [Электронный ресурс] / K. Ito [et al.] // American Journal Respiratory Critical Care Medicine. – 2011. – Vol. 183. – P. A2983. Режим доступа: http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/ajrccm-conference.2011.183.1_MeetingAbstracts.A2983

169. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, meta-analysis and meta-regression [Text] /

M. W. B. Zhang [et al.] // General Hospital Psychiatry Journal. – 2011. – Vol. 33. – P. 217–223.

170. Prevalence of psychiatric comorbidities in chronic obstructive pulmonary disease patients [Text] / S. C. Chaudhary [et al.] // Lung India. – 2016. – Vol. 33 (2). – P. 174–178.

171. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) [Text] / A. A. Jonker [et al.] // European Journal of Ageing. – 2009. – Vol. 6. – P. 303–314.

172. Psychological distress is associated with a range of high-priority health conditions affecting working Australians [Text] / L. Holden [et al.] // Australian and New Zealand Journal of Public Health. – 2010. – Vol. 34. – P. 304–310.

173. Psychological characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease: a review [Text] / M. J. Hynninen [et al.] // Journal Psychosomatic Research. – 2005. – Vol. 59. – P. 429–443.

174. Pulmonary rehabilitation reduces depression and enhances health-related quality of life in COPD patients – especially in patients with mild or moderate disease [Text] / O. Bratas [et al.] // Chronical Respiratory Disease. – 2010. – Vol. 7. – P. 229–237.

175. Putman-Casdorph, H. Chronic obstructive pulmonary disease, anxiety, and depression: state of the science [Text] / H. Putman-Casdorph, S. McCrone // Heart Lung. – 2009. – Vol. 38. – P. 34–47.

176. Qualitative aspects of breathlessness in health and disease [Text] / J. Smith [et al.] // Thorax. – 2009. – Vol. 64. – P. 713–718.

177. Qualitative systematic overview of the measurement properties of functional walk tests in the cardiorespiratory domain [Text] / S. Solway, D. Brooks, Yv. Lacasse., S. Thomas // Chest. – 2001. – Vol. 119 (1). – P. 256–270.

178. Randomized trial of paroxetine in end-stage COPD [Text] / Y. Lacasse [et al.] // Monaldi Archives for Chest Disease. – 2004. – Vol. 61. – P. 140–147.

179. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention [Text] / J. Bourbeau [et al.] // Archives Internal Medicine. – 2003. – Vol. 163. – P. 585–591.

180. Relationship between depression and exacerbations in COPD / J. K. Quint, R. Baghai-Ravary, G. C. Donaldson, J. A. Wedzicha // European respiratory journal. – 2008. – Vol. 32. – P. 53–60.

181. Relationship between depression in patients with COPD and the percent of predicted FEV1, BODE Index, and Health-Related Quality of Life [Text] / A. Iguchi [et al.] // Respiratory care. – 2013. – Vol. 58, N 2. – P. 334–339.

182. Reliability and validity of the clinical COPD questionnaire and chronic respiratory questionnaire [Text] / A. A. Reda [et al.] // Respiratory Medicine. – 2010. – Vol. 104 (11). – P. 1675–1682.

183. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression [Text] / G. Gudmundsson [et al.] // European Respiratory Journal. – 2005. – Vol. 26. – P. 414–419.

184. Risk factors for readmission after hospital discharge in chronic obstructive pulmonary disease. The role of quality of life indicators [Text] / R. Carneiro [et al.] // Revista Portuguesa Pneumologia (with English abstract). – 2010. – Vol. 16(5). – P. 759–777.

185. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants [Text] / J. G. van Manen [et al.] // Thorax. – 2002. – Vol. 57. – P. 412–416.

186. Sinden, N. J. Systemic inflammation and comorbidity in COPD: a result of “overspill” of inflammatory mediators from the lungs? Review of the evidence [Text] / N. J. Sinden, R. A. Stockley // Thorax. – 2010. – Vol. 65. – P. 930–936.

187. Standardisation of spirometry [Text] / M. R. Miller [et al.] // European Respiratory Journal. – 2005. – Vol. 26. – P. 319–338.

188. Statin use in COPD patients is associated with a reduction in mortality: a national cohort study [Text] / C. M. Lawes [et al.] // Primary Care Respiratory Journal. – 2012. – Vol. 21. – P. 35–40.

189. Surprisingly high prevalence of anxiety and depression in chronic breathing disorders [Text] / M. E. Kunik [et al.] // *Chest*. – 2005. – Vol. 127. – P. 1205–1211.

190. Susceptibility to exacerbation in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / J. R. Hurst [et al.] // *The New England Journal of Medicine*. – 2010. – Vol. 363. – P. 1128–1138.

191. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease [Text] / A.G.N. Agusti [et al.] // *European Respiratory Journal*. 2003. – Vol. 21. – P. 347–360.

192. Systemic inflammatory markers in COPD: results from the Bergen COPD Cohort Study [Text] / T. M. Eagan [et al.] // *European Respiratory Journal*. – 2010. – Vol. 35. – P. 540–548.

193. The 6-min walking distance: long-term follow up in patients with COPD [Text] / C. Casanova [et al.] // *European Respiratory Journal*. – 2007. – Vol. 29. – P. 535–540.

194. The association between chronic obstructive pulmonary disease and dementia: a population-based retrospective cohort study [Text] / W. C. Liao [et al.] // *European Journal of Neurology*. – 2015. – Vol. 22. – P. 334–340.

195. The association between depressive symptoms and acute exacerbations of COPD [Text] / J. H. Jennings [et al.] // *Lung*. – 2009. – Vol. 187. – P. 128–135.

196. The association of depression and preferences for life-sustaining treatments in veterans with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / L. F. Reinke [et al.] // *Journal of Pain and Symptom Managemet*. – 2011. – Vol. 41. – P. 402–411.

197. The Construct and Concurrent Validity of the EQ-5D in a Renal Transplant Population [Text] / I. Cleemput [et al.] // *Value in health*. – 2004. – Vol. 7 (4). – P. 499-509.

198. The COPDX Plan: Australian and New Zealand guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease [Text] / D. K. McKenzie [et al.] // *Medical Journal of Australia*. – 2003. – Vol. 178 (Suppl.). – P. S7–S39.

199. The Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires [Text] / Edited by Ian McDowell. // Oxford University Press. – 2006. – 3rd ed. – 765 p.

200. The relationship between illness perception and panic in chronic obstructive pulmonary disease [Text] // C. Howard [et al.] // Behaviour Research and Therapy Journal. – 2009. – Vol. 47. – P. 71–76.

201. The risk of depression in chronic obstructive pulmonary disease [Text] / T. Pietras [et al.] // Postery Dermatologii i Alergologii. – 2011. – Vol. XXVIII, 6. – P. 449–454.

202. The use of cognitive behavioral therapy in the treatment of depression for individuals with CHF [Text] / E. O’Hea [et al.] // Heart Failure Reviews. – 2009. – Vol. 14. – P. 13–20.

203. The use of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a pilot study [Text] / C. Dowson [et al.] // New Zealand medical journal. – 2001. – Vol. 114. – P. 447–449.

204. Tobacco smoking and depression – results from the WHO/ISBRA study. [Text] / G. A. Wiesbeck [et al.] // Neuropsychobiology. – 2008. – Vol. 57. – P. 26–31.

205. Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a literature review [Text] / P. A. Cafarella, T. W Effing, Z. A Usmani, P. A. Frith // Respiriology. – 2012. – Vol. 17(4). – P.627–638.

206. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnoea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / J. C. Bestall [et al.] // Thorax. – 1999. – Vol. 54. – P. 581–586.

207. Wemmie, J. A. Neurobiology of panic and pH chemosensation in the brain [Text] / J. A. Wemmie // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2011. – Vol. 13. – P. 475–483.

208. Wilson, I. Depression in the patient with COPD [Text] / I. Wilson // International journal of COPD. – 2006. – Vol. 1 (1). – P. 61–64.

209. Yawn, B. P. Don't overlook the impact of these comorbidities COPD and mood disorders, part 1: Anxiety and depression [Электронный ресурс] / B. P. Yawn,

N. D. Giardino, G. J. Criner // *Psychiatric Times*. – 2007. – Режим доступа: <http://www.psychiatrictimes.com/sleep-disorders/dont-overlook-impact-these-comorbidities-copd-and-mood-disorders-part-1-anxiety-and-depression>.

210. Yohannes, A. M. Depression and anxiety in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / A. M. Yohannes, R. C. Baldwin, M. J. Connolly // *Age and Ageing*. – 2006. – Vol. 35. – P. 457–459.

211. Yohannes, A. M. Depression and anxiety in patients with COPD [Text] / A. M. Yohannes, G. S. Alexopoulos // *European Respiratory Review*. – 2014. – Vol. 23. – P. 345–349.

212. Yohannes, A. M. Depression and COPD in older people: a review and discussion / A. M. Yohannes // *British Journal of Community Nursing*. – 2005. – Vol. 10. – P. 42–46.

213. Yohannes, A. M. Mood disorders in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease [Text] / A. M. Yohannes, R. C. Baldwin, M. J. Connolly // *Reviews in Clinical Gerontology*. – 2000. – Vol. 10. – P. 193–202.