

ше была степень функционального ограничения у больных в случае гипертензии III ст. по сравнению с таковой при АГ I и II ст. Качество жизни существенно ухудшается в остром периоде инсульта. Через 6 месяцев восстановления ее показателей было неполным. Выводы. Со степенью артериальной гипертензии достоверно коррелировали тяжесть неврологических расстройств и функциональные последствия ( $r = 0,34$ ,  $r = -0,53$ ). Через 6 месяцев выявлено улучшение по всем показателям категории физического компонента здоровья, кроме интенсивности боли.

### Summary

FUNCTIONAL AND NEUROLOGICAL RECOVERY OF NEUROLOGICAL DEFICIT AND CHARACTERISTICS OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH ISCHEMIC STROKE UNDER CONCOMITANT ARTERIAL HYPERTENSION OF VARYING SEVERITY

Geletyuk Yu.L., Cherenko T.M.

Key words: ischemic stroke, functional and neurological recovery, hypertension, quality of life.

Introduction. The question regarding the influence of hypertension on the functional and neurological recovery and quality of life is still open. Purposes: to study the dynamics of functional recovery and quality of life in patients with ischemic stroke under concomitant hypertension of varying severity within 6 months. Materials and Methods. A comprehensive clinical and neurological examination involved 105 patients, 47.6% of women and 52.4% of men (mean age was  $67.3 \pm 1.09$  years) with ischemic stroke and hypertension. Results. It was registered that at the end of the acute stroke period as well as on the 180<sup>th</sup> day since the event the degree of functional limitation was significantly higher in the patients with hypertension of III degree of severity compared to that of I and II degree. The quality of life deteriorated considerably during the acute phase of stroke. In 6 months of recovery the parameters of life quality were incomplete. Conclusions. Severity of hypertension significantly correlates with the severity of neurological disorders and the functional consequences ( $r = 0,34$ ,  $r = -0,53$ ). In 6 months the patients showed the improvement in all indicators of physical health components except of pain intensity.

УДК 616.24-007.272-036.1:616.89-008.454

Губа Ю. В.

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

*Депресія – це психічний розлад, який може розвиватися за наявності соматичної патології з хронічним перебігом. Часто депресія виникає на тлі захворювань дихальної системи, зокрема бронхообструктивних захворювань. Вивчення змін психічного стану заслуговує на особливу увагу при хронічному обструктивному захворюванні легень (ХОЗЛ), адже це захворювання розвивається переважно в осіб похилого віку, що, в свою чергу, сприяє виникненню депресії. Крім того, до формування депресії при ХОЗЛ можуть призводити порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД), висока виразність симптомів ХОЗЛ, низька якість життя. З іншого боку, психічні розлади можуть впливати на сприйняття хворими клінічної симптоматики, імітуючи посилення її виразності. Метою нашого дослідження було встановити частоту виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ у залежності від рівня показників ФЗД, оцінити її виразність та взаємозв'язок з виразністю клініко-функціональних показників захворювання. Нами було обстежено 107 хворих на ХОЗЛ. Усі хворі були розподілені на дві підгрупи у залежності від рівня (об'єму форсованого видиху за першу секунду) ОФВ<sub>1</sub>, в яких, у свою чергу, були сформовані підгрупи у залежності від наявності або відсутності у хворих депресії. Було визначено, що у хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу депресія зустрічається частіше, ніж у хворих з нетяжким перебігом захворювання. Крім того, у хворих на ХОЗЛ нетяжкого перебігу частіше виникає депресія легкого ступеня тяжкості, а при тяжкому перебігу ХОЗЛ переважає депресія середньої тяжкості. У хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу із супутньою депресією суб'єктивно сприйняття задишки є тяжчим, ніж у хворих з таким же ступенем бронхообструкції без депресії. У хворих на ХОЗЛ з ОФВ<sub>1</sub>  $\geq 50$  % виразність депресії корелює з виразністю задишки.*

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), депресія, об'єм форсованого видиху за першу секунду, задишка, симптоми ХОЗЛ.

Депресія є одним з психічних розладів, які можуть розвиватися за наявності соматичної патології з хронічним перебігом [3, 17, 22]. Досить часто депресія виникає на тлі захворювань дихальної системи, зокрема бронхообструктивних захворювань. Як за кордоном, так і в нашій країні вже тривалий час вивчаються особливості психічного стану у хворих з бронхообструктивними захворюваннями. Так, пульмонологи різних

країн світу вже протягом тривалого часу вивчають питання психологічних розладів у хворих на бронхіальну астму та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) [15, 19, 20, 23, 24]. В нашій країні співробітники Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України вивчають питання психічних розладів та розладів сну у хворих на ХОЗЛ [15, 23]. Науковці Вінницького національного медичного універси-

тету та Дніпропетровської медичної академії вичають зміни психічного стану як при ХОЗЛ, так і при бронхіальній астмі [1, 2, 4, 5].

Вивчення змін психічного стану хворих з бронхіальною обструкцією заслуговує на особливу увагу при ХОЗЛ, адже це захворювання розвивається переважно в осіб старшої вікової групи, а похилий вік, в свою чергу, є одним з факторів, сприяючих виникненню депресії [6, 8, 13]. Крім того, до формування психічних розладів, зокрема депресії, можуть призводити глибокі порушення функції зовнішнього дихання (ФЗД), які характерні для ХОЗЛ. З іншого боку, психічні розлади можуть впливати на сприйняття хворими клінічної симптоматики, імітуючи посилення її виразності [8, 13].

У літературі є відомості про різні зв'язки виразності симптомів депресії у хворих на ХОЗЛ з різними клінічними та функціональними характеристиками ХОЗЛ. Так, більшість дослідників відзначають, що більш висока виразність симптомів депресії може бути асоційована із низькою якістю життя хворих [14, 15, 16, 18, 19]. Крім того, часто зустрічаються дані про те, що високий рівень виразності симптомів депресії у хворих на ХОЗЛ корелює з виразністю задишки [15, 16, 18, 19].

З огляду на те, що у літературі зустрічаються досить суперечливі дані про взаємозв'язок частоти виявлення та виразності депресії при ХОЗЛ з різними клінічними й функціональними характеристиками захворювання, метою нашого дослідження було встановити як частоту виявлення депресії у хворих на ХОЗЛ у залежності від рівня показників ФЗД, так і оцінити її виразність та взаємозв'язок з виразністю клініко-функціональних показників захворювання [7, 13].

### Матеріали та методи

Нами було обстежено 107 хворих на ХОЗЛ (чоловіків – 91 (85,1 ± 3,5 %), жінок – 16 (14,9 ± 3,5 %), середній вік – 62,9 ± 0,8 роки, об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ<sub>1</sub>) після проби з бронхолітиком – 54,1 ± 1,7 % належної величини), які склали основну групу.

Усі хворі основної групи були розподілені на дві підгрупи у залежності від рівня ОФВ<sub>1</sub> після проби з бронхолітиком. Підгрупу 1 склали 60 хворих, що відносились до клінічних груп А і В (ОФВ<sub>1</sub> ≥ 50 % належної величини, кількість загострень – не більше одного разу за минулий рік) за класифікацією Глобальної ініціативи для ХОЗЛ [7, 13]; чоловіків було 50 (83,3 ± 4,8 %), жінок – 10 (16,7 ± 4,8 %), середній вік становив 62,2 ± 1,1 роки, ОФВ<sub>1</sub> – 66,4 ± 1,6 % належної величини, активних курців було 24 (41,4 ± 6,5 %), экс-курців – 27 (45,0 ± 6,4 %), індекс пачка/рік – 37,1 ± 3,7).

Підгрупу 2 склали 47 хворих, що відносились до клінічних груп С і D (ОФВ<sub>1</sub> < 50 % належної величини, кількість загострень – два або більше разів за минулий рік) [7, 13]; чоловіків було 41 (87,2 ± 4,9 %), жінок – 6 (12,8 ± 4,9 %), середній вік становив 64,0 ± 1,2 роки (p = 0,265 порівняно

з підгрупою 1), ОФВ<sub>1</sub> – 38,9 ± 1,1 % належної величини (p < 0,001 порівняно з підгрупою 1), активних курців було 17 (36,2 ± 7,0 %) (p = 0,593), экс-курців – 20 (42,6 ± 7,2 %) (p = 0,814), індекс пачка/рік становив 31,8 ± 2,9 (p = 0,982).

Формулювання клінічного діагнозу ХОЗЛ проводили згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року [7].

Усі хворі знаходились у стабільній фазі захворювання не менше ніж два місяці і отримували базисну терапію відповідно до клінічної групи згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року [7].

Усі хворі підписали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Обстеження хворих включало загальноклінічні методи (оцінку скарг, анамнезу захворювання, загального анамнезу, фізикальне обстеження), оцінку клінічних симптомів за допомогою опитувальників (Модифікованої шкали задишки Медичної дослідницької ради (англ. – The Modified Medical Research Council Dyspnea Scale (mMRC)), Тесту оцінки ХОЗЛ (англ. – COPD Assessment Test (CAT)) [7, 9, 13], Респираторного опитувальника госпіталю Святого Георгія (англ. – St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ)) з визначенням виразності симптомів за допомогою домену «симптоми» [11, 13]), спірометрію з оцінкою ОФВ<sub>1</sub> після проби з бронхолітиком методом комп'ютерної спірометрії на апараті MasterScreen Body/Diff (Jaeger, Німеччина).

Оцінка психічного статусу проводилась за допомогою анкети Beck Depression Inventory-Short Form (BDI-SF) [10], яка є прийнятною заміною повного варіанту анкети депресії Бека (Beck Depression Inventory (BDI)) [23] і може використовуватись для виявлення депресії [12]. До того ж скорочений варіант є більш простим та зручним для використання терапевтом або пульмологом. Анкета BDI-SF складається з тринадцяти груп тверджень, що відносяться до різних симптомів депресії, тяжкість яких оцінюється за їх виразністю. Інтерпретація результатів анкети досить зручна і проводиться шляхом простої сумарної балів.

Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням методів біометричного аналізу за допомогою програми STATISTICA 6.1 методом кореляційного аналізу (кореляція Спірмана). Оцінка достовірності відмінностей проводилась за критеріями Манна-Уїтні та Пірсона. Аналіз показників з нормальним розподілом проводився за середнім значенням та помилкою середнього, з ненормальним розподілом – за медіаною та квантилями (Me [25–75]).

### Результати та їх обговорення

У хворих підгрупи 1 задишка за шкалою mMRC та симптоми ХОЗЛ за анкетною CAT були достовірно менш виразними, ніж у хворих підгрупи 2. Виразність симптомів захворювання за анкетною SGRQ (домен «симптоми») не відрізнялася (табл.1).

Таблиця 1  
Виразність симптомів у хворих на ХОЗЛ, Me [25–75]

Підгрупи обстежених хворих	Показники		
	рівень задишки за mMRC, бали	виразність симптомів за CAT, бали	виразність симптомів за SGRQ (домен «симптоми»), бали
Підгрупа 1 (n = 60): 1a (n = 17); 1б (n = 43)	2 [1–2] 2 [1–3] 1 [1–2]	13 [9–20] 15 [11–20] 13 [8–20]	55,4 [37,8–68,6] 61,1 [39,3–77,5] 57,8 [36,8–75,3]
Підгрупа 2 (n = 47): 2a (n = 22); 2б (n = 25)	2 [1–3] 3 [2–3] 2 [1–3]	18 [14–23] 18,5 [16–26] 18 [13–21]	57,8 [36,8–75,3] 59,2 [39,3–78,5] 57,8 [36,8–73,7]
p 1-2	0,001	0,002	0,267
p <sub>1a-1б</sub>	0,126	0,460	0,116
p <sub>2a-2б</sub>	0,029	0,132	0,509
p <sub>1a-2a</sub>	0,041	0,044	0,887
p <sub>1б-2б</sub>	0,053	0,052	0,328

Оскільки цілком очевидно, що депресія може зустрічатись у хворих на ХОЗЛ незалежно від ступеня виразності вентиляційних порушень, нами була визначена частота, з якою зустрічається цей психічний прояв при нетяжкому (підгрупа 1) та при тяжкому (підгрупа 2) перебігу хвороби. Було показано, що у підгрупі 1 депресія зустрічається менш ніж у третини хворих (17 осіб (28,3 %)), тоді як у підгрупі 2 – майже у половини осіб (22 особи (46,8 %)) (p = 0,049). Таким чином, нами були сформовані додаткові підгрупи у залежності від наявності або відсутності у хворих депресії (відповідно підгрупи 1а і 1б, а також 2а і 2б).

Підгрупу 1а склали 17 (28,3 %) із 60 хворих (чоловіків – 14 (82,4 ± 9,3 %), жінок – 3 (17,7 ± 9,3 %), середній вік – 64,4 ± 1,9 роки, ОФВ<sub>1</sub> – 64,7 ± 2,9 % належної величини), підгрупу 1б – 43 (71,7 %) із 60 хворих (чоловіків – 36 (83,7 ± 5,6 %), жінок – 7 (16,3 ± 5,6 %)) (p = 0,899 порівняно з підгрупою 1а), середній вік – 61,3 ± 1,3 рік (p = 0,203), ОФВ<sub>1</sub> – 67,0 ± 1,9 % належної величини (p = 0,503)). Як показано вище, підгрупи 1а та 1б не відрізнялись між собою за віком, статтю й виразністю бронхообструкції.

Підгрупу 2а склали 22 (46,8 %) із 47 хворих (чоловіків – 19 (86,4 ± 7,3 %), жінок – 3 (13,6 ± 7,3 %), середній вік – 63,0 ± 2,2 роки, ОФВ<sub>1</sub> – 38,9 ± 1,3 % належної величини), підгрупу 2б – 25 (53,2 %) із 47 хворих (чоловіків – 22 (88,0 ± 6,5 %), жінок – 3 (12,0 ± 6,5 %)) (p = 0,868 порівняно з підгрупою 2а), середній вік – 64,9 ± 1,3 роки (p = 0,543), ОФВ<sub>1</sub> – 38,8 ± 1,7 % належної величини (p = 0,757)). Отже, і підгрупи 2а та 2б не відрізнялись між собою за віком, статтю і виразністю бронхообструкції.

Оскільки деякі автори вказують на те, що у хворих на ХОЗЛ із супутньою депресією задишка більш виразна, ніж у хворих з аналогічною тяжкістю ХОЗЛ без депресії [15, 16], нами був проведений аналіз стосовно виразності задишки та інших клінічних симптомів у хворих на ХОЗЛ з

нетяжким і тяжким перебігом хвороби у залежності від наявності у них депресії.

При нетяжкому перебігу ХОЗЛ у підгрупах 1а та 1б показники виразності задишки за шкалою mMRC й клінічних симптомів хвороби за анкетами CAT і SGRQ (домен «симптоми») достовірно не відрізнялись між собою, тобто вони були ідентичними незалежно від наявності або відсутності у хворих депресії. Втім, при тяжкому перебігу хвороби виразність задишки за шкалою mMRC була достовірно вищою у підгрупі 2а, ніж у підгрупі 2б, стосовно ж виразності симптомів ХОЗЛ за анкетами CAT і SGRQ (домен «симптоми») відмінностей виявлено не було (див. табл. 1). При цьому, у всіх підгрупах спостерігалась кореляція між виразністю симптомів за анкетною CAT та виразністю симптомів за анкетною SGRQ (домен «симптоми») (підгрупа 1а – p = 0,002, підгрупи 1б, 2а, 2б – p < 0,001).

Таким чином, у хворих на ХОЗЛ з ОФВ<sub>1</sub> < 50 % належної величини та супутньою депресією суб'єктивне сприйняття задишки було більш значущим, аніж у хворих з такою ж ФЗД без супутньої депресії, в той час як у хворих на ХОЗЛ з ОФВ<sub>1</sub> ≥ 50 % належної величини виразність задишки та інших симптомів ХОЗЛ не залежала від наявності або відсутності у них депресії.

Стосовно тяжкості депресії у хворих на ХОЗЛ з різним рівнем вентиляційних порушень, нами було встановлено, що середній бал за анкетною BDI-SF у підгрупах 1а та 2а достовірно не відрізнявся (7 [5–9] та 8 [6–10] відповідно, p = 0,283). Втім, у підгрупі 1а депресія легкого ступеня тяжкості була виявлена більш ніж у половини хворих, в той час як в підгрупі 2а – лише у третини осіб; депресія середнього ступеня тяжкості у підгрупі 1а була виявлена у кожного третього хворого, а у підгрупі 2а – практично у кожного другого; тяжка депресія у кожній з підгруп зустрічалась лише у однієї особи (табл. 2).

Таблиця 2  
Розподіл хворих за виразністю депресії у підгрупах 1а та 2а

Ступінь тяжкості депресії	Підгрупи хворих		P <sub>1а-2а</sub>
	1а, абс. (%)	2а, абс. (%)	
Депресія легкого ступеня тяжкості (5–7 балів)	10 (58,8)	8 (36,4)	0,163
Депресія середнього ступеня тяжкості (8–15 балів)	6 (35,3)	13 (59,1)	0,140
Депресія тяжка (≥16 балів)	1 (5,9)	1 (4,6)	0,851

Таким чином, загалом виразність депресії при ХОЗЛ достовірно не відрізнялась у підгрупах з різним рівнем вентиляційних порушень. В той же час у хворих з ОФВ<sub>1</sub> ≥ 50 % належної величини дещо частіше зустрічалась депресія легкого ступеня тяжкості на відміну від хворих з ОФВ<sub>1</sub> < 50 %, у яких переважала депресія середнього ступеня тяжкості.

Нами також були визначені кореляційні зв'язки між виразністю депресії, з одного боку, та виразністю задишки за шкалою mMRC і виразністю симптомів ХОЗЛ за анкетами CAT і SGRQ

(домен «симптоми»), з другого боку, у підгрупах 1а та 2а. Було показано, що у підгрупі 1а існує кореляційний зв'язок між виразністю депресії та виразністю задишки, проте, між виразністю депресії та виразністю симптомів ХОЗЛ за анкетами CAT і SGRQ (домен «симптоми») кореляційних зв'язків виявлено не було. У підгрупі 2а не було встановлено кореляційних зв'язків ані між виразністю депресії та виразністю задишки за шкалою mMRC, ані між виразністю депресії та виразністю симптомів ХОЗЛ за анкетами CAT і SGRQ (домен «симптоми») (табл. 3).

Таблиця 3  
Кореляційні зв'язки між виразністю депресії та виразністю клінічних симптомів у хворих на ХОЗЛ

Показники	Підгрупи хворих			
	1а		2а	
	R	p	R	p
Кореляція між виразністю депресії за анкету BDI-SF та виразністю задишки за шкалою mMRC	0,671	0,004	-0,159	0,478
Кореляція між виразністю депресії за анкету BDI-SF та виразністю симптомів ХОЗЛ за анкету CAT	0,311	0,224	0,111	0,623
Кореляція між виразністю депресії за анкету BDI-SF та виразністю симптомів ХОЗЛ за анкету SGRQ (домен «симптоми»)	0,265	0,303	0,036	0,872

**Висновки**

1. У хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу (ОФВ<sub>1</sub> < 50 % належної величини) депресія зустрічається частіше, аніж у хворих з нетяжким перебігом захворювання (ОФВ<sub>1</sub> ≥ 50 % належної величини).

2. У хворих на ХОЗЛ тяжкого перебігу (ОФВ<sub>1</sub> < 50 % належної величини) за наявності депресії суб'єктивне сприйняття задишки загалом є тяжчим, ніж у хворих з таким же ступенем бронхообструкції, але без депресії.

3. У хворих на ХОЗЛ нетяжкого перебігу (ОФВ<sub>1</sub> ≥ 50 % належної величини) частіше виникає депресія легкого ступеня тяжкості, а при тяжкому перебігу захворювання (ОФВ<sub>1</sub> < 50 % належної величини) – депресія середнього ступеня тяжкості.

4. У хворих на ХОЗЛ з ОФВ<sub>1</sub> ≥ 50 % виразність депресії корелює з виразністю задишки.

**Література**

1. Ботвинникова Л.А. Эффективность образовательных и реабилитационных программ в комплексном лечении больных бронхиальной астмой и хроническим обструктивным бронхитом : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.27 «Пульмонологія» / Ботвинникова Л.А. – К., 2001. – 21 с.
2. Гашинова К.Ю. Особливості парасимпатичної регуляції і психологічного стану у хворих на бронхіальну астму та хронічний обструктивний бронхіт : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.27 «Пульмонологія» / Гашинова К.Ю. – К., 1999. – 18 с.
3. Глушков Р.Г. Депрессии в общей медицинской практике / Р.Г. Глушков, Н.И. Андреева, Г.Н. Алеева // Российский медицинский журнал. – 2005. – Т. 13. – № 12. – С. 1–3.
4. Довгань А.О. Поширеність та структура соматопсихічних розладів у хворих на ХОЗЛ / А.О. Довгань, Т.В. Константинович, Ю.М. Мостовой // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 4. – С. 16–20.

5. Константинович Т.В. Курація хворих на бронхіальну астму за сукупних соматопсихічних станів з урахуванням фармакоекономічних показників та параметрів якості життя : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : спец. 14.01.27 «Пульмонологія» / Константинович Т.В. – К., 2011. – 32 с.
6. Михайлов Б. В. Проблема депрессий в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9. – № 3. – С. 22–27.
7. Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» / Київ, 2013. – 146 с.
8. Фещенко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень і сукупні депресія та розлади сну / Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, О.В. Поточняк // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3. – С. 33–40.
9. Фещенко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, терапія (проект національної угоди) / Ю.І. Фещенко, Л.О. Яшина, О.Я. Дзюблик, В.К. Гаврисюк [та ін.] // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3. – Додаток. – С. 7–12.
10. Cappeliez P. Depression and the Social Environment: Research and Intervention with Neglected Populations [Electronic resource] / P. Cappeliez, R.J. Flynn. – Access mode : [http://books.google.com.ua/books?id=vzynyDj1Z8MC&pg=PA306&lpg=PA306&dq=bdi+short+form+0-4,+5-7&source=bl&ots=AEHmx\\_e8AD&sig=XBg8YU89w3ZhzEmevoQ9C\\_BNxxqAs&hl=ru&sa=X&ei=PjPdU9bhlSXMlyAPkgoCgDQ&ved=0CCsQ6AEwAw#v=onepage&q=bdi%20short%20form%200-4%2C%205-7&f=false](http://books.google.com.ua/books?id=vzynyDj1Z8MC&pg=PA306&lpg=PA306&dq=bdi+short+form+0-4,+5-7&source=bl&ots=AEHmx_e8AD&sig=XBg8YU89w3ZhzEmevoQ9C_BNxxqAs&hl=ru&sa=X&ei=PjPdU9bhlSXMlyAPkgoCgDQ&ved=0CCsQ6AEwAw#v=onepage&q=bdi%20short%20form%200-4%2C%205-7&f=false).
11. Ferrer M. Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire / M. Ferrer, C. Villasante, J. Alonso, V. Sobradillo [et al.] // European Respiratory Journal. – 2002. – Vol. 19. – P. 405–413.
12. 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 / L.M. Furlanetto, M.V. Mendlowicz, J.R. Bueno // Journal of affective disorders. – 2005. – Vol. 86, N 1. – P. 87–91.
13. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2014. [Electronic resource] – P. 14 – Access mode : [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2014\\_Jan23.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf).
15. Gudmundsson G. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression / G. Gudmundsson, T. Gislason, C. Janson [et al.] // European respiratory journal. – 2005. – Vol. 26. – P. 414–419.

16. Hanania N.A. Determinants of Depression in the ECLIPSE Chronic Obstructive Pulmonary Disease Cohort [Electronic resource] / N. A. Hanania, H. Mullerova, N.W. Locantore [et al.] // American journal respiratory critical care medicine. – 2011. – Vol. 183, N 5. – P.604–611. – Access mode:
17. <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201003-0472OC>.
18. Iguchi A. Relationship between depression in patients with COPD and the percent of predicted FEV1, BODE Index, and Health-Related Quality of Life / A. Iguchi, H. Senjyu, Y. Hayashi [et al.] // Respiratory care. – 2013. – Vol. 58, N 2. – P.334 – 339.
19. Koenig H.G. Depression in the medically ill: a common and serious disorder / H.G. Koenig // International journal of psychiatry in medicine. – 2000. – Vol. 30. – P.295–297.
20. Marcoa F. Anxiety and depression in COPD patients: the roles of gender and disease severity / F. Di Marcoa, M. Vergaa, M. Reggentea [et al.] // Respiratory medicine. – 2006. – Vol. 100. – P.1767–1774.
21. Quint J. K. Relationship between depression and exacerbations in COPD / J. K. Quint, R. Baghai-Ravary, G. C. Donaldson [et al.] // European respiratory journal. – 2008. – Vol. 32. – P.53–60.
22. Rimington L.D. Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthmatic patients / L.D. Rimington, D.H. Davies, D. Lowe, M.G. Pearson // Thorax. – 2001. – Vol. 56. – P.266–271.
23. Sherwood B.E. Depressive symptoms and functioning in asthmatic patients / B.E. Sherwood, D.A. Khan [et al.] // Primary Care Psychiatry. – 2000. – Vol. 6. – P. 155–161.
24. Verhaak P.F. Chronic disease and mental disorder / P.F. Verhaak, M.J. Heijmans, L. Peters, M. Rijken // Mediterranean Journal of Social Science. – 2005. – Vol. 60. – P.789–797.
25. Wagena E.J. Are patients with COPD psychologically distressed? / E.J. Wagena, W.A. Arrindell, E.F.M. Wouters [et al.] // European respiratory journal. – 2005. – Vol. 26. – P.242–248.
- O.V. Potochnjak // Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal. – 2013. – № 3. – S.33–40.
9. Feshhenko Ju.I. Hronichne obstruktywne zahvorjuvannja legen': etiologija, patogenez, klasifikacija, diagnostika, terapija (proekt nacional'noi ugodi) / Ju.I. Feshhenko, L.O. Jashina, O.Ja. Dzjubliuk, V.K. Gavrisjuk [ta in.] // Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal. – 2013. – № 3. – Dodatok. – S. 7–12.
10. Cappeliez P. Depression and the Social Environment: Research and Intervention with Neglected Populations [Electronic resource] / P. Cappeliez, R.J. Flynn. – Access mode : [http://books.google.com.ua/books?id=vzyznyDj1Z8MC&pg=PA306&pg=PA306&dq=bdi+short+form+0-4,+5-7&source=bl&ots=AEHmx\\_e8AD&sig=XBg8Yu89w3ZhzEmevoQ9C BNxqAs&hl=ru&sa=X&ei=PjPdU9bhLsXMyAPkgoCgDQ&ved=0CCsQ6AEwAw#v=onepage&q=bdi%20short%20form%200-4%2C%205-7&f=false](http://books.google.com.ua/books?id=vzyznyDj1Z8MC&pg=PA306&pg=PA306&dq=bdi+short+form+0-4,+5-7&source=bl&ots=AEHmx_e8AD&sig=XBg8Yu89w3ZhzEmevoQ9C BNxqAs&hl=ru&sa=X&ei=PjPdU9bhLsXMyAPkgoCgDQ&ved=0CCsQ6AEwAw#v=onepage&q=bdi%20short%20form%200-4%2C%205-7&f=false).
11. Ferrer M. Interpretation of quality of life scores from the St George's Respiratory Questionnaire / M. Ferrer, C. Villasant, J. Alonso, V. Sobradillo [et al.] // European Respiratory Journal. – 2002. – Vol. 19. – P. 405–413.
12. 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 / L.M. Furlanetto, M.V. Mendlowicz, J.R. Bueno // Journal of affective disorders. – 2005. – Vol. 86, N 1. – P.87–91.
13. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2014. [Electronic resource] – P. 14 – Access mode :
14. [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2014\\_Ja n23.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Ja n23.pdf).
15. Gudmundsson G. Risk factors for rehospitalisation in COPD: role of health status, anxiety and depression / G. Gudmundsson, T. Gislason, C. Janson [et al.] // European respiratory journal. – 2005. – Vol. 26. – P. 414–419.

**References**

1. Botvinnikova L.A. Jeftektivnost' obrazovatel'nyh i reabilitacionnyh programm v kompleksnom lechenii bol'nyh bronhial'noj astmoj i hronicheskim obstruktyvnym bronhitom : avtoref. dis. na zdobuttja nauk. stupenja kand. med. nauk : spec. 14.01.27 «Pul'monologija» / Botvinnikova L.A. – K., 2001. – 21 s.
2. Gashinova K.Ju. Osoblivosti parasimpaticnoi regulacij i psihologichnogo stanu u hvorih na bronhial'nu astmu ta hronichnij obstruktyvnij bronhit : avtoref. dis. na zdobuttja nauk. stupenja kand. med. nauk : spec. 14.01.27 «Pul'monologija» / Gashinova K. Ju. – K., 1999. – 18 s.
3. Glushkov R.G. Depressii v obshhemedicinskoj praktike / R.G. Glushkov, N.I. Andreeva, G.N. Aleeva // Rossijskij Medicinskij zhurnal. – 2005. – T. 13. – № 12. – S.1–3.
4. Dovgan' A.O. Poshirenist' ta struktura somatopsihichnih rozladiv u hvorih na HOZL / A.O. Dovgan', T.V. Konstantinovich, Ju.M. Mostovoj // Ukraïns'kij pul'monologichnij zhurnal. – 2014. – № 4. – S. 16–20.
5. Konstantinovich T.V. Kuracija hvorih na bronhial'nu astmu za suputnih somatopsihichnih staniv z urahuvannjam farmakoekonomichnih pokaznikov ta parametrv jakosti zhittja : avtoref. dis. na zdobuttja nauk. stupenja doktora med. nauk : spec. 14.01.27 «Pul'monologija» / Konstantinovich T.V. – K., 2011. – 32 s.
6. Mihajlov B. V. Problema depressij v obshhesomaticheskij praktike / B. V. Mihajlov // Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal. – 2003. – T. 9. – № 3. – S. 22–27.
7. Nakaz MOZ Ukraïni № 555 vid 27.06.2013 r. «Pro zatverdzhennja ta vprovadzhennja mediko-tehnologichnih dokumentiv zi standartizacii medicinoj dopomogi pri hronichnomu obstruktyvnomu zahvorjuvanni legen'» / Kiïv, 2013. – 146 s.
8. Feshhenko Ju.I. Hronichne obstruktywne zahvorjuvannja legen' i suputni depresija ta rozladi snu / Ju.I. Feshhenko, L.O. Jashina, E.J. Wagena, W.A. Arrindell, E.F.M. Wouters [et al.] // European respiratory journal. – 2005. – Vol. 26. – P.242–248.

**Реферат**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ  
Губа Ю. В.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), депрессия, объем форсированного выдоха за первую секунду, одышка, симптомы ХОЗЛ.

Депрессия – это психическое расстройство, которое может развиваться при наличии соматической патологии с хроническим течением. Часто депрессия возникает на фоне заболеваний дыхательной системы, в частности бронхообструктивных заболеваний. Изучение изменений психического состояния заслуживает особого внимания при хроническом обструктивном заболевании легких (ХОЗЛ), так как это заболевание развивается преимущественно у лиц пожилого возраста, что, в свою очередь, способствует возникновению депрессии. Кроме того, к формированию депрессии при ХОЗЛ могут приводить нарушение функции внешнего дыхания (ФВД), высокая выраженность симптомов ХОЗЛ, низкое качество жизни. С другой стороны, психические расстройства могут влиять на восприятие большими клинической симптоматики, имитируя усиления ее выразительности. Целью нашего исследования было установить частоту выявления депрессии у больных ХОЗЛ в зависимости от уровня по-

казателей ФВД, оценить ее выраженность и взаимосвязь с выраженностью клинико-функциональных показателей заболевания. Нами было обследовано 107 больных ХОЗЛ. Все больные были разделены на две подгруппы в зависимости от уровня (объёма форсированного выдоха за первую секунду) ОФВ<sub>1</sub>, в которых, в свою очередь, были сформированы подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия у больных депрессии. Было выявлено, что у больных с тяжелым течением ХОЗЛ депрессия встречается чаще, чем у больных с нетяжелым течением заболевания. Кроме того, у больных с нетяжелым течением ХОЗЛ чаще возникает депрессия легкой степени тяжести, а при тяжелом течении ХОЗЛ преобладает депрессия средней тяжести. У больных с тяжелым течением ХОЗЛ и сопутствующей депрессией субъективное восприятие одышки является более сильным, чем у больных с такой же степенью бронхообструкции без депрессии. У больных ХОЗЛ с ОФВ<sub>1</sub>  $\geq$  50% выраженность депрессии коррелирует с выраженностью одышки.

### **Summary**

SOME ASPECTS OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Huba Yu. V.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), depression, forced expiratory volume in the first second, shortness of breath, COPD symptoms.

Depression is a mental disorder that can develop in the presence of somatic disease of a chronic course. Depression often occurs against the background of respiratory diseases, particularly COPD disease. The study of mental state changes in patients with respiratory disorders deserves special attention, as the disease develops mainly in the elderly persons that, in turn contributes to depression. In addition, the development of depression in COPD patients can result from impairment of external respiratory (ER), high COPD symptoms intensity, poor quality of life.

On the other hand, mental disorders may influence the perception of patient clinical symptoms, mimicking aggravation of its expressiveness. The aim of our study was to determine the frequency in detecting depression in COPD patients depending on the level of ER function, to assess its severity and its relationship with the intensity of clinical and functional parameters of the disease. We examined 107 patients with COPD. All patients were divided into two groups depending on the forced expiratory volume in the first second, which, in turn, were subdivided into smaller groups according to the presence or absence of depression in patients. It was found that the patients with severe COPD were diagnosed to have depression more often than the patients with mild disease course. In addition, the patients with moderate course of COPD were observed to have mild depression more often, while severe COPD was accompanied with moderate depression. The patients with severe COPD and comorbid depression demonstrated to have more intensive subjective perception of dyspnea than the patients with the same degree of bronchial obstruction without depression. In the patients with COPD with forced expiratory volume  $\geq$  50% the severity of depression was correlated with the severity of dyspnea.