

**REFERENCES**

1. [World Disability Report]; 2011. Available from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/7/WHO\\_NMH\\_VIP\\_11.04\\_rus.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70670/7/WHO_NMH_VIP_11.04_rus.pdf?ua=1). Russian.
2. [Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General'naya Assambleya OON]; 2006. Available from: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml)
3. Natsional'nadopovid' [Sustainable Development Goals: Ukraine]. 2017. Available from: <https://menr.gov.ua/files/docs.ukr.pdf>. Ukrainian.
4. Naumenko LYu. [Fundamentals of medical and social examination and rehabilitation of patients and invalids: educational and methodical manual]. Dnipro. 2017;336. Ukrainian.
5. Chernyak SI, Ipatov AV, Moroz OM. [Basic indicators of disability and activity of medical and social expert commissions of Ukraine for 2015: An analytical and informative guide]. Dnipropetrovs'k, Aktsent PP, 2016;162. Ukrainian.
6. [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No. 1317 dated December 3, 2009 "Issues of medical and social examination (as amended in accordance with the Decrees of the Cabinet of Ministers N 752 dated August 18, 2010 N 762 dated July 20, 2011, N 485 dated May 31, 2012, N 482 from 06/26/2015; N 874 dated October 21, 2015, # 569 dated August 31, 2014)"]. Available from: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1317-2009-%D0%BF>. Ukrainian.
7. ["On approval of the Instruction on the establishment of disability groups"]. Order of the Ministry of Health of Ukraine N 561 dated September 5, 2011. <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/z1295-11>. Ukrainian.
8. [On approval of the list of anatomical defects, other irreversible violations of the functions of organs and systems of the body, conditions and diseases, in which the corresponding disability group is established without specifying the term of re-examination": Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine N 10 dated January 21, 2015]. Available from: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/10-2015-%D0%BF>. Ukrainian.
9. Standard Rules for the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities. General'naya Assambleya OON; 1993. Available from: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disabled.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml).



УДК 616.24–007.272–0.36.1–002–0802

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2\(part1\).129513](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2(part1).129513)

*Т.О. Перцева,  
Д.С. Коваль*

**ВПЛИВ АДЕКВАТНОЇ  
МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ  
НА ВИРАЗНІСТЬ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ  
ТА РІВЕНЬ СИРОВАТКОВОГО АМІЛОЇДУ А  
У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ  
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра внутрішньої медицини I  
(зав. – д. мед. н., проф. Л.І. Конопкіна)  
вул. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of Internal Medicine I  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: dsmihailichenko@gmail.com*

**Ключові слова:** *хронічне обструктивне захворювання легень, системне запалення, сироватковий амілоїд А*  
**Key words:** *chronic obstructive pulmonary disease, systemic inflammation, serum amyloid A*

**Реферат.** Влияние адекватной медикаментозной терапии на выраженность клинических проявлений и уровень сывороточного амилоида А у больных хронической обструктивной болезнью легких. Перцева Т.А., Коваль Д.С. Целью нашего исследования было изучить динамику уровня САА у больных ХОБЛ в стабильную фазу патологического процесса на фоне базисной терапии. Нами было обследовано 37 больных ХОБЛ в стабильную фазу патологического процесса, с II-IV степенью вентиляционных нарушений по классификации GOLD, которые были разделены в зависимости от адекватности приема базисной терапии на две подгруппы. По результатам исследования было установлено, что больные ХОБЛ в стабильную фазу, независимо от тяжести течения заболевания, в условиях неадекватного лечения имеют большую выраженность симптомов, количество обострений за прошлый год и уровень системного воспаления, чем больные, длительно принимающие терапию, которая соответствует тяжести ХОБЛ. Прием больными ХОБЛ терапии, соответствующей тяжести болезни, в течение трех месяцев способствует снижению выраженности симптомов ХОБЛ до уровня этих показателей у больных, которые более длительно принимают адекватную терапию. Лечение больных ХОБЛ, которое соответствует тяжести течения болезни, уже через три месяца способствует существенному снижению уровня САА.

**Abstract.** The influence of adequate drug therapy on the clinical symptoms and level of serum amyloid A in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Pertseva T.A., Koval D.S. The aim of our research was to study the dynamics of the level of SAA in COPD patients in the stable phase of the pathological process against the background of basic therapy. We studied 37 stable COPD patients with II-IV degree of ventilation violations according to the GOLD classification, distributed in two subgroups depending on the adequacy of taking basic therapy. Stable COPD patients, irrespective of the severity of the course of the disease in conditions of inadequate treatment have greater symptom severity, the number of exacerbations over the past year and the level of SAA than patients taking long-term therapy according to COPD severity. Taking therapy corresponding to the severity of the disease within three months by COPD patients helps to reduce the severity of COPD symptoms to the level of these indicators in patients taking adequate therapy for a longer period of time. Treatment of COPD patients which corresponds to the severity of the disease within three months contributes to a significant reduction of SAA level.

На сьогодні значна увага приділяється вивченню маркерів запалення у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), оскільки вони дають можливість моніторингу прогресування хвороби і загострень, оцінки впливу медикаментозного втручання [1, 4]. Чутливим маркером персистуючого системного запалення є сироватковий амілоїд А (САА), білок гострої фази запалення, який продукується не тільки в печінці, але й безпосередньо в осередку запалення [3, 5].

Рівень САА дуже мало досліджувався саме при стабільному перебігу ХОЗЛ, частіше рівень цього показника вивчався під час загострення хвороби [7]. Так, S. Vozinovski зі співавторами встановили, що САА може бути маркером дестабілізації стану хворих на ХОЗЛ та маркером тяжкості загострення хвороби [9]. S.A. Sabe зі співавторами встановили, що рівень САА значно підвищується при загостренні ХОЗЛ, пов'язаний з тяжкістю загострення та знижується в процесі стабілізації патологічного процесу [2].

Отже, при ХОЗЛ рівень САА підвищується не тільки при загостренні, але й при стабільному перебігу порівняно зі здоровими особами [10]. У літературі зазначається необхідність подальшого вивчення рівня САА як біомаркера ХОЗЛ та можливості його використання для визначення ефективності базисної терапії [6, 8]. Саме тому метою нашого дослідження було вивчити

динаміку рівня САА у хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу на тлі базисної терапії.

#### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами було обстежено 37 хворих на ХОЗЛ у стабільну фазу патологічного процесу з II-IV ступенем вентиляційних порушень за класифікацією Global initiative for chronic obstructive pulmonary disease (GOLD) [4] (чоловіків – 33 (89,2%), жінок – 4 (10,8%)), середній вік –  $63,4 \pm 1,18$  року, медіанне значення об'єму форсованого видиху за першу секунду після проби з бронхолітиком (ОФВ<sub>1</sub>) – 46,6 [41,7–51,4]% належної величини), які склали основну групу.

Для порівняння рівня САА у хворих та здорових осіб була сформована контрольна група, до якої увійшло 10 практично здорових осіб (9 (90%) чоловіків та 1 (10%) жінка, середній вік  $61,34 \pm 2,34$  року).

Залежно від адекватності прийому базисної терапії хворі основної групи були розподілені на дві підгрупи: підгрупу 1 склали 23 хворих (чоловіків – 21 (91,3%), жінок – 2 (8,7%)), середній вік становив  $63,2 \pm 1,18$  року, які тривало приймали адекватну терапію (14 (60,8%) хворих з III ступенем вентиляційних порушень приймали комбінацію інгаляційного кортикостероїду (ІГКС) з бета-2-агоністом тривалої дії (БАТД) (сальметерол/флютиказону пропіонат (50/500 мкг) – по

одній інгаляційній дозі двічі на добу), 3 (13%) хворих з II ступенем вентиляційних порушень приймали холінолітик тривалої дії (тіотропію бромід (18 мкг) – один раз на добу), 6 (26,2%) хворих з II ступенем вентиляційних порушень приймали БАТД (формотеролу фумарат (12 мкг) – по одній інгаляційній дозі двічі на добу); підгрупу 2 – 14 хворих (чоловіків було 12 (85,7%), жінок – 2 (14,3%) ( $p=0,863$  порівняно з хворими підгрупи 1), середній вік становив  $64,2\pm 1,88$  року ( $p=0,734$  порівняно з хворими підгрупи 1), які отримували лише бета-2-агоніст короткої дії (сальбутамол (100 мкг) – по дві інгаляційні дози за потребою).

Усі хворі були обстежені нами дворазово в динаміці (на візиті 1 та через 3 місяці після початку спостереження (візит 2)). Хворим підгрупи 2 на візиті 1 була скоригована медикаментозна терапія згідно зі стадією захворювання: 9 хворим з III ступенем вентиляційних порушень була призначена комбінація ІГКС+БАТД (сальметерол/флютиказону пропіонат (50/500 мкг) по одній інгаляційній дозі двічі на добу), хворим з II ступенем вентиляційних порушень призначено тіотропію бромід (18 мкг) один раз на добу). Хворим підгрупи 1 на етапах спостереження терапію не змінювали.

Формулювання клінічного діагнозу ХОЗЛ проводили згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року [1].

Усі хворі знаходились у стабільній фазі захворювання не менше, ніж два місяці.

Усі обстежені дали згоду на участь у дослідженні.

У дослідження не включались хворі з тяжкою супутньою патологією інших органів та систем.

Обстеження хворих підгруп 1 та 2 на обох візитах включало загальноклінічні методи (оцінку скарг, анамнезу захворювання, загального анамнезу, даних фізикального 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, 8], Респіраторного опитувальника госпіталю Святого Георгія (*англ.* – St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ) (домен «симптоми»)) [7, 8]. Для визначення вентиляційної функції легень проводили спірометрію з оцінкою ОФВ<sub>1</sub> після проби з бронхолітиком методом комп'ютерної спірометрії на апараті MasterScreen Body/Diff («Jaeger», Німеччина). Для визначення рівня системного запалення усім обстеженим був визначений

сироватковий рівень САА (нг/мл) методом імуноферментного аналізу за допомогою набору для кількісного визначення рівня «САА – НК333, Human SAA» («Nucultbiotech» Нідерланди). Забір біологічного матеріалу проводили зранку натще.

Отримані результати були оброблені за допомогою програми «Microsoft Office Excel» та «Statistica 6» із застосуванням методів параметричної та непараметричної статистики. Для порівняння двох незалежних груп показників використовувався t-тест з визначенням середніх величин (M) та стандартної помилки ( $\pm m$ ) або тест Манна-Уїтні (U) з визначенням медіани (Me) та верхнього і нижнього квантилів ([25–75%]). Залежність між змінними оцінювалась за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена (R). Вірогідність відмінностей відносних показників (розподілу даних) проводилась за критерієм Хі-квадрат ( $\chi^2$ ). Значущими вважались відмінності між групами при  $p<0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналіз отриманих даних показав, що на візиті 1 підгрупи хворих були порівняні за віком, статевим складом, рівнем ОФВ<sub>1</sub>, проте в підгрупі 1 була достовірно нижчою кількість загострень за минулий рік, що, ймовірно, є результатом тривалого прийому адекватної базисної терапії. Так, у хворих підгрупи 1 середня кількість загострень становила  $1,23\pm 0,22$ , а у хворих підгрупи 2 –  $1,86\pm 0,64$  ( $p=0,039$  між підгрупами).

Аналіз виразності симптомів ХОЗЛ показав, що хворі обох підгруп на візиті 1 були порівняні за виразністю задишки за шкалою mMRC ( $p=0,502$ ), але відрізнялися виразністю симптомів за опитувальниками CAT ( $p=0,021$ ) та SGRQ (домен «симптоми») ( $p=0,016$ ).

При визначенні клінічних показників хворих встановлено, що рівень ОФВ<sub>1</sub> у динаміці достовірно не змінився в обох підгрупах (табл. 1 та табл. 2).

На візиті 2 виразність симптомів ХОЗЛ у підгрупі 1 за опитувальниками mMRC, CAT та SGRQ (домен «симптоми») суттєво не змінилась порівняно з показниками на візиті 1 (табл. 1).

На візиті 2 у хворих підгрупи 2 було зареєстровано статистично достовірне зниження виразності симптомів ХОЗЛ за опитувальниками CAT та SGRQ, втім рівень задишки за шкалою mMRC у динаміці не змінився (табл. 2).

При порівнянні показників виразності симптомів ХОЗЛ обох підгруп на візиті 2 було встановлено, що за три місяці адекватної терапії рівень симптомів у підгрупі 2 досяг рівня показників підгрупи 1. За критерієм Манна-Уїтні

обидві підгрупи на візиті 2 були порівняні за виразністю задишки за шкалою mMRC ( $p=0,236$  між підгрупами на візиті 2), виразністю симптомів ХОЗЛ за анкетами CAT ( $p=0,347$ ) та SGRQ (домен «симптоми») ( $p=0,489$ )).

Щодо рівня маркера системного запалення, то в основній групі рівень САА був достовірно вище, ніж в осіб контрольної групи ( $p=0,001$ ) (табл. 3).

Таблиця 1

### Динаміка рівнів клінічних показників у хворих підгрупи 1

Показники	Підгрупа 1 (n=23)		p
	візит 1	на візит 2	
Рівень задишки за mMRC, бали [25–75 %]	1 [1–2]	1 [1–2]	0,248
Виразність симптомів за шкалою CAT, бали (M±m)	14,3±1,3	12,1±1,4	0,214
Показник SGRQ (домен «симптоми»), бали [25–75 %]	44,1 [34,2–59,2]	36,7 [27,8–43,3]	0,151
Рівень ОФВ <sub>1</sub> , % від належн. [25–75 %]	49,6 [42,0–58,4]	51,4 [42,0–62,4]	0,432

На візиті 1 рівень САА в підгрупі 1 був майже втричі нижчим, ніж у підгрупі 2 ( $p=0,000$ ), рівень САА в підгрупі 1 не відрізнявся від цього показника в осіб контрольної групи ( $p=0,356$ ), а рівень САА в підгрупі 2 був достовірно вищим, ніж у контрольній групі ( $p=0,000$ ) (табл. 3). Ці дані можуть вказувати на позитивний вплив

довготривалої адекватної терапії на рівень системного запалення у хворих на ХОЗЛ. Найбільш ймовірно, саме неадекватність прийому базисної медикаментозної терапії або навіть її відсутність може впливати на посилення системного запалення.

Таблиця 2

### Динаміка рівнів клінічних показників у хворих підгрупи 2

Показники	Підгрупа 2 (n=14)		p
	візит 1	візит 2	
Рівень задишки за mMRC, бали [25–75%]	1 [1–3]	1 [1–2]	0,479
Виразність симптомів за шкалою CAT, бали (M±m)	21,6±2,5	15,1±1,2	0,009
Показник SGRQ (домен «симптоми»), бали [25–75%]	63,2 [50,1–81,7]	38,6 [31,7–46,5]	0,024
Рівень ОФВ <sub>1</sub> , % від належн. [25–75%]	46,3 [39,0–53,7]	48,1 [42,0–59,2]	0,404

При аналізі динаміки рівня САА в підгрупах було встановлено, що на візиті 2 рівень САА в підгрупі 1 не змінився. Рівень цього показника на візиті 2 у підгрупі 2 знизився майже удвічі (табл. 3).

Незважаючи на те, що хворі підгрупи 2 протягом трьох місяців отримували терапію

ХОЗЛ, що відповідала тяжкості перебігу хвороби, і рівень САА в них суттєво знизився, проте залишався значно вищим, ніж у хворих підгрупи 1 ( $p=0,023$  відповідно) та осіб контрольної групи ( $p=0,001$ ). Імовірно, для більш значного зниження рівня САА необхідним є і більш тривалий період адекватної терапії.

## Динаміка рівня САА в обстежених

Групи та підгрупи обстежених	Рівень САА, нг/мл (M±m)		p
	Візит 1	Візит 2	
Основна (n=23)	954,5±51,7	395,1±73,2	p <sub>B1-B2</sub> =0,002 p <sub>B1-к</sub> =0,000 p <sub>B2-к</sub> =0,012
підгрупа 1 (n=23)	275,6±40,4	220,3±35,8	p <sub>B1-B2</sub> =0,479 p <sub>B1-к</sub> =0,356 p <sub>B2-к</sub> =0,234
підгрупа 2 (n=14)	1185,2±186,1	587,2±86,3	p <sub>B1-B2</sub> =0,031 p <sub>B1-к</sub> =0,000 p <sub>B2-к</sub> =0,019
Контрольна	183,3±42,9		

## ВИСНОВКИ

1. Хворі на ХОЗЛ у стабільну фазу незалежно від тяжкості перебігу захворювання за умов неадекватного лікування мають більшу виразність симптомів, кількість загострень за минулий рік та більш високий рівень такого показника системного запалення, як САА, ніж хворі, які тривало приймають терапію, що відповідає тяжкості перебігу ХОЗЛ.

2. Прийом хворими на ХОЗЛ терапії, яка відповідає тяжкості перебігу хвороби, протягом трьох місяців сприяє зниженню виразності симптомів ХОЗЛ до рівня цих показників у хворих, які постійно приймають адекватну терапію.

3. Лікування хворих на ХОЗЛ, яке відповідає тяжкості перебігу хвороби, вже через три місяці сприяє суттєвому зниженню рівня САА.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень: Наказ МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. – Київ, 2013. – 146 с.
2. Abo-Sabe S. Serum amyloid a in chronic obstructive pulmonary disease / S. Abo-Sabe, B. W. Abo Bakr // Asian Acad. Management J. – 2008. – Vol. 6. – P. 27-34.
3. Gan W.Q. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a metaanalysis / W.Q. Gan, S.F. Man, A. Senthilselvan // Thorax. – 2004. – Vol. 59. – P. 574-580.
4. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2017. [Electronic resource] – P. 14 – Access mode: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2017\\_Jan23.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2017_Jan23.pdf).
5. Jovanovic D.B. Clinical importance of determination of serum amyloid A / D.B. Jovanovic // Srp. Arh. Celok. Lek. – 2004. – Vol. 132, N 7-8. – P. 267-271.
6. Paul S.F. Effects of Corticosteroids on Systemic Inflammation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease / S.F. Paul, D. Sin // Proceedings Am. Thoracic Society. – 2005. – Vol. 2. – P. 78-82.
7. Personalized medicine and chronic obstructive pulmonary disease / E.F. Wouters, B.B. Wouters, I.M. Augustin, F.M. Franssen // Curr. Opin. Pulm. Med. – 2017. – Vol. 23, N 3. – P. 241-246.
8. Reduced soluble receptor for advanced glycation end-products in COPD / S.T. Smith, D.J. Yerkovich, M.A. Towers, M.L. Carroll // Eur. Resp. J. – 2011. – Vol. 37. – P. 516-522.
9. Serum amyloid A is a biomarker of acute exacerbation of COPD / S. Bozinovskil, A. Hutchinson, M. Thompson, L. MacGregor [et al.] // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 2007. – Vol. 177. – P. 269-278.
10. Urieli-Shoval S. Expression and function of serum amyloid A, a major acute-phase protein, in normal and disease states / S. Urieli-Shoval, R.P. Linke, Y. Matzner // Curr. Opin. Hematol. – 2000. – Vol. 7, N 1. – P. 64-69.

## REFERENCES

1. [Order of the Ministry of Health of Ukraine N 555 dated June 27, 2013 "An Approval and Implementation of Medical-Technological Documents on Standardization of Medical Assistance in the Case of Chronic Obstructive Pulmonary Disease]. Kyiv. 2013;146. Ukrainian.
2. Abo-Sabe S, Abo Bakr BW. Serum amyloid a in chronic obstructive pulmonary disease Asian Academy of Management Journal. 2008;6:27-34.
3. Gan WQ, Man SF, Senthilselvan A. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis Thorax. 2004;59:574-80.
4. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. [Internet]. Update 2017;14. Available from: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2017\\_Jan23.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2017_Jan23.pdf).
5. Jovanovic DB. Clinical importance of determination of serum amyloid A. Srp. Arh. Celok. Lek. 2004;132(7-8):267-71.
6. Paul SF, Sin D. Effects of Corticosteroids on Systemic Inflammation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Proceedings of the American Thoracic Society. 2005;2:78-82.
7. Wouters EF, Wouters BB, Augustin IM, Franssen FM. Personalized medicine and chronic obstructive pulmonary disease. Curr Opin Pulm Med. 2017;23(3):241-6.
8. Smith ST, Yerkovich DJ, Towers MA, Carroll ML. Reduced soluble receptor for advanced glycation end-products in COPD. Eur Respir J. 2011;37:516-22.
9. Bozinovski S, Hutchinson A, Thompson ML. Serum amyloid A is a biomarker of acute exacerbation of COPD. Am J Respir Crit Care Med. 2007;177:269-78.
10. Urieli-Shoval S, Linke RP et al. Expression and function of serum amyloid A, major acute-phase protein, in normal and disease states. Curr. Opin. Hematol. 2000;7(1):64-69.



УДК 616.24-007/272-036.1:616.89-008.454-008.6]-037

[https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2\(part1\).129514](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.2(part1).129514)

**Т.О. Перцева,  
Л.І. Конопкіна,  
Ю.В. Губа**

### **МОЖЛИВІ ПРЕДИКТОРИ ДЕПРЕСИВНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»  
кафедра внутрішньої медицини I  
(зав. – д. мед. н., проф. Л.І. Конопкіна)  
вул. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна  
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»  
Department of internal medicine I  
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine  
e-mail: yguba@i.ua*

**Ключові слова:** *хронічне обструктивне захворювання легень, депресивний синдром, клінічні симптоми, функціональні показники*

**Key words:** *chronic obstructive pulmonary disease, depressive syndrome, clinical symptoms, functional parameters*

**Реферат.** *Возможные предикторы депрессивного синдрома у больных хроническим обструктивным заболеванием легких. Перцева Т.А., Конопкіна Л.И., Губа Ю.В. В последнее время проблема депрессивного синдрома у больных ХОЗЛ часто привлекает внимание врачей и ученых. Для определения категорий больных, склонных к развитию депрессивного синдрома, важным является изучение взаимоотношений между наличием депрессивного синдрома, с одной стороны, и клиническими и функциональными характеристиками больных*