

21. Barnes, P. J. Mechanisms in COPD: differences from asthma [Text] / P. J. Barnes // Chest. – 2000. – Vol. 117. – P. 10S–14S.
22. Baraldo, S. Matrix Metalloproteinase-2 Protein in Lung Periphery Is Related to COPD Progression [Text] / S. Baraldo, E. Bazzan, M. E. Zanin, G. Turato, S. Garbisa, P. Maestrelli et. al. // Chest. – 2007. – Vol. 132, Issue 6. – P. 1733–1740. doi: 10.1378/chest.06-2819
23. Vernooij, J. H. J. Increased Activity of Matrix Metalloproteinase-8 and Matrix Metalloproteinase-9 in Induced Sputum From Patients With COPD [Text] / J. H. J. Vernooij, J. H. N. Lindeman, J. A. Jacobs, R. Hanemaaijer, E. F. M. Wouters // Chest. – 2004. – Vol. 126, Issue 6. – P. 1802–1810. doi: 10.1378/chest.126.6.1802
24. Gueders, M. M. Matrix metalloproteinases (MMPs) and tissue inhibitors of MMPs in the respiratory tract: Potential implications in asthma and other lung diseases [Text] / M. M. Gueders, J.-M. Foidart, A. Noel, D. D. Cataldo // European Journal of Pharmacology. – 2006. – Vol. 533, Issue 1-3. – P. 133–144. doi: 10.1016/j.ejphar.2005.12.082

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Доценко С. Я.
Дата надходження рукопису 17.04.2017*

Яценко Олег Вадимович, аспірант, кафедра внутрішніх хвороб № 3, Запорізький державний медичний університет, пр. Маяковського, 26, м. Запоріжжя, Україна, 69035

УДК: 616.24:159.923

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.103033

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ ЗА СУПУТНИХ РОЗЛАДІВ ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ

© А. О. Довгань, Т. В. Константинович

У хворих на хронічне обструктивне захворювання легень одними з найбільш частих коморбідних станів є розлади психоемоційної сфери. Досліджено показники якості життя хворих в залежності від виду та виразності психоемоційних розладів. Встановлено, що клінічно значимі синдроми невротизації, тривожності та депресивні стани посилюють негативний вплив захворювання на показники якості життя пацієнтів

Ключові слова: хронічне обструктивне захворювання легень, якість життя, невротизація, тривожність, депресивні стани

1. Вступ

Невпинне зростання поширеності хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), що за прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) до 2020 р. виведе його на 3-тє місце в рейтингу найбільш розповсюджених захворювань людства, а також значний медико-соціальний тягар, пов'язаний з інвалідністю та смертністю в наслідок ХОЗЛ, роблять його однією із найактуальніших проблем сучасної медицини [1]. Останнім часом все більше уваги приділяється встановленню особливостей клінічного перебігу ХОЗЛ залежно від морфо-функціональних характеристик пацієнта, його психологічного та соціального статусів [2]. Коморбідна патологія при ХОЗЛ значно впливає на перебіг захворювання, тим самим посилюючи його негативну дію на якість життя хворих та прогноз щодо їх виживання [3].

2. Обґрунтування дослідження

В той же час, підвищена стресогенна обстановка у сучасному світі та зниження стійкості до стресів людства призводить до епідемії депресії. Експерти ВООЗ прогнозують, що до 2020 р. депресія вийде на 2-ге місце серед причин інвалідності та смертності у всьому світі [4].

За даними міжнародних досліджень тривожно-депресивні розлади є одними із найбільш поширених коморбідних станів, що виникають при ХОЗЛ [5]. Незважаючи на актуальність даного питання, особливості психологічних порушень при ХОЗЛ вивчені не достатньо, а існуючі дані не знаходять точки прикладання в повсякденній лікарській практиці. Психологічний статус хворого безумовно залежить не лише від преморбідних особливостей особистості, статі, віку, соціальних умов, а і від перебігу захворювання, ефективності його лікування, комплаєнсу з лікарем, тощо. Для з'ясування особливостей взаємодії факторів психічної та соматичної складових ХОЗЛ важливим інструментом є визначення показників ЯЖ хворого, що дозволяє лікарю інтегративно оцінити стан пацієнта.

3. Мета дослідження

Встановлення показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ залежно від типу та виразності супутніх розладів психоемоційної сфери.

4. Матеріали і методи дослідження

На базі Вінницької міської клінічної лікарні № 1 обстежено 206 хворих на ХОЗЛ (158 (76,7 %) чо-

ловіків та 48 (23,3 %) жінок, середній вік яких склав $64,4 \pm 0,8$ роки, середній стаж захворювання – $8,8 \pm 0,4$ роки). Діагностика ХОЗЛ проведена відповідно до Наказу МОЗ України № 555 від 27.06.2013 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень» [6], включаючи фізикальне, лабораторне та інструментальне дослідження, згідно якого хворі на ХОЗЛ були розподілені на клінічні групи: група А – 36 хворих (17,5 %), група В – 68 хворих (33,0 %), група С – 16 хворих (7,8 %), група D – 86 (41,7 %) пацієнтів. Контрольну групу склали 100 практично здорових осіб (56 (56 %) чоловіків і 44 (44 %) жінки), середній вік яких склав $61,5 \pm 1,3$ роки.

Характеристики психічного статусу досліджували на підставі діагностичного інтерв'ю, верифікацію психоемоційних розладів проводили за допомогою комплексу стандартизованих експериментально-психологічних методик [7]:

– визначення рівня невротизації (РН) за Л. І. Васерманом (2002) (за високий рівень невротизації прийняли показник більше 60 %, за низький рівень – показник менше 60 % за шкалою);

– визначення рівня реактивної (РТ) та особистісної (ОТ) тривожності за шкалою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна (2002) (високо тривожними вважали осіб, що набрали 46 балів та більше, помірно тривожними – 31–45 балів, низький рівень тривоги – менше 30 балів);

– визначення рівня депресії (РД) Зунге (1971) в адаптації за Т. І. Балашовою (2002) (згідно інтерпретації шкали: менше 50 балів – «стан без депресії», 50–59 балів – «легка депресія ситуативного або невротичного генезу», 60–69 балів субдепресивний стан або маскована депресія», 70 балів та вище – «істинна депресія»).

Оцінку показників ЯЖ проводили за допомогою української версії Міжнародного опитувальника з ЯЖ MOS SF-36 [8, 9], що дає змогу аналізувати параметри суб'єктивного відчуття хворим:

– благополуччя свого фізичного статусу (фізична активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, фізичний біль);

– психічного статусу (соціальна активність, роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, психічне здоров'я);

– загального статусу (життєздатність, загальне здоров'я);

– показника порівняння своєї ЯЖ з попереднім роком.

Статистична обробка отриманих результатів виконана на персональному комп'ютері за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 для Windows з використанням параметричних та непараметричних методів обробки результатів відповідно до типу розподілення змінних [10]. Вірогідність відмінностей за середніми величинами оцінювали за допомогою t-критерію Ст'юдента для незалеж-

них груп даних, U-тесту Манна-Уїтні та H-тесту Крускала-Уолліса; при порівнянні частоти змін користувались crosstabs з визначенням критерію χ^2 та точним методом Фішера. Вірогідними вважали показники при ймовірності похибки $p < 0,05$.

5. Результати дослідження

Порівняльний аналіз психічного статусу респондентів виявив суттєві відмінності хворих на ХОЗЛ від практично здорових осіб. Так, хворі на ХОЗЛ мали статистично вірогідно вищі середні значення, ніж практично здорові особи, за шкалами невротизації ($(45,0 \pm 1,3)$ проти $(39,2 \pm 1,3)$ %, $p = 0,005$), РТ ($(42,8 \pm 0,6)$ проти $(28,3 \pm 0,9)$ бали, $p < 0,001$), ОТ ($(45,0 \pm 0,6)$ проти $(29,0 \pm 0,8)$ бали, $p < 0,001$) та депресивних станів ($(41,0 \pm 0,7)$ проти $(35,3 \pm 0,7)$ бали, $p < 0,001$).

Окрім того, аналіз поширеності клінічно значимих рівнів психоемоційних синдромів показав, що хворі на ХОЗЛ з високою статистичною вірогідністю мали вищу поширеність високого РН (54 хворих (26,2 %) проти 10 (10,0 %), $p < 0,001$), високого рівню РТ (78 хворих (37,9 %) проти 4 (4,0 %), $p < 0,001$), високого рівню ОТ (102 хворих (49,5 %) проти 8 (8,0 %), $p < 0,001$), значимих депресивних станів (ДС) (у 34 (16,5 %) хворих проти 2 (2,0 %), $p < 0,01$) в порівнянні з практично здоровими особами.

Поєднання щонайменше трьох синдромів високого рівню, що вважали клінічно значимим розладом психоемоційної сфери, визначалося у 42 (20,4 %) хворих на ХОЗЛ, з них 22 мали клінічну групу В та 20 – клінічну групу D, та у 4 (4 %) практично здорових осіб.

Вивчення показників ЯЖ показало, що хворі на ХОЗЛ мають статистично вірогідно нижчі середні значення, ніж практично здорові особи, за всіма показниками фізичного, психічного та загального статусів та оцінки здоров'я в порівнянні з попереднім роком, що відображено на рис. 1.

На рис. 1 представлено діаграму, що відображає середні значення усіх показників ЯЖ за опитувальником MOS SF-36 у хворих на ХОЗЛ та практично здорових осіб.

Вивчення параметрів ЯЖ хворих на ХОЗЛ проводили з урахування типу та виразності супутніх порушень психоемоційної сфери. Встановлено, що кожний окремо взятий психоемоційний розлад суттєво впливає на показники ЯЖ хворих ХОЗЛ. Розподіл середніх значень параметрів ЯЖ залежно від рівня виразності невротизації наведений в табл. 1.

Встановлено, що наявність клінічних ознак астено-невротичного синдрому відображається на фізичному, психічному та загальному компонентах ЯЖ, знижуючи їх значення у хворих на ХОЗЛ. Так, усі параметри ЯЖ, окрім показника, що оцінює роль емоційних проблем у повсякденній діяльності пацієнтів, набували статистично вірогідно нижчих середніх значень в порівнянні з такими у хворих ХОЗЛ за відсутності астено-невротичної симптоматики.

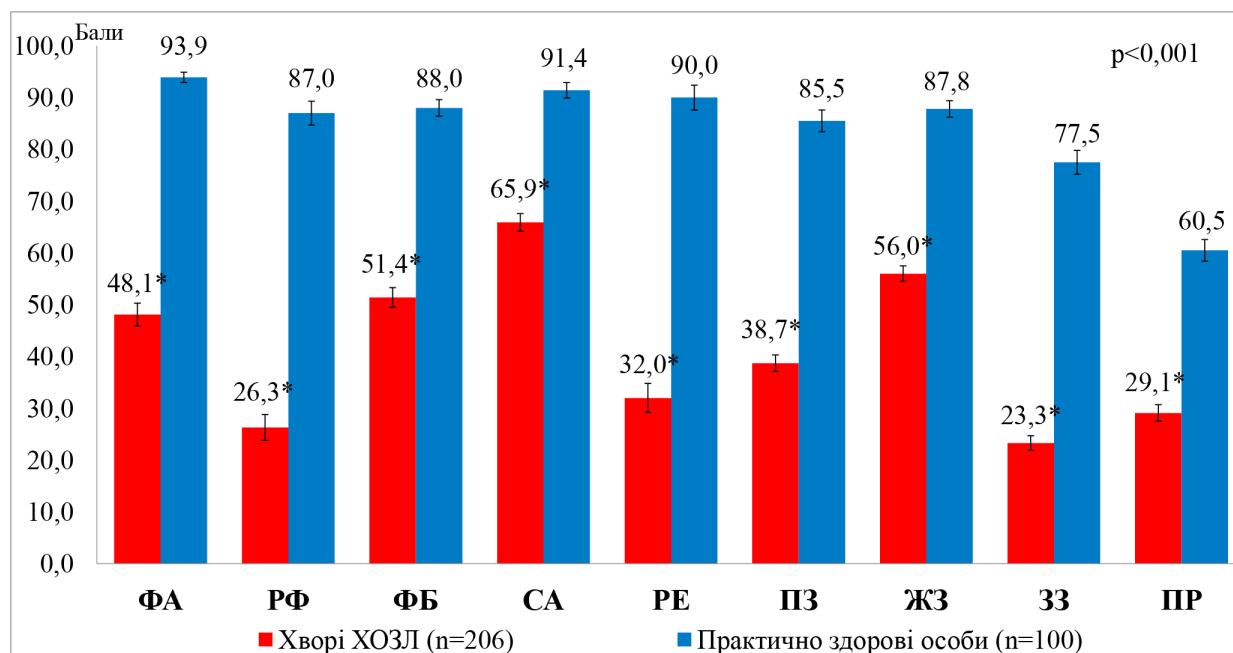


Рис. 1. Середні значення параметрів ЯЖ у респондентів груп дослідження: ФА – фізична активність; РФ – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності; ФБ – фізичний біль; СА – соціальна активність; РЕ – роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності; ПЗ – психічне здоров’я; ЖЗ – життєздатність; ЗЗ – загальне здоров’я; ПР – показник порівняння стану свого здоров’я з попереднім роком

Таблиця 1

Середні значення показників ЯЖ хворих на ХОЗЛ залежно від виразності невротизації

Показники ЯЖ	Середні значення показників ЯЖ, (M±m), бали		U*	p**
	У хворих ХОЗЛ за відсутності невротизації (n=152)	У хворих ХОЗЛ з високим рівнем невротизації (n=54)		
Фізична активність (ФА)	50,8±2,5	40,3±4,1	3297,0	0,032
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	29,8±3,1	16,7±3,7	3401,0	0,040
Фізичний біль (ФБ)	54,3±2,1	43,1±4,1	2833,0	0,001
Соціальна активність (СА)	70,4±1,8	53,2±3,8	2658,0	<0,001
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	34,6±3,4	24,7±4,4	3724,0	0,274
Психічне здоров’я (ПЗ)	42,5±1,9	28,2±2,4	2604,0	<0,001
Життєздатність (ЖЗ)	60,0±1,6	44,7±2,8	2497,0	<0,001
Загальне здоров’я (ЗЗ)	25,7±1,7	16,7±2,1	3157,0	0,006
Порівняння стану здоров’я з попереднім роком (ПР)	31,9±2,0	21,3±2,8	3040,0	0,002

Примітка: U* – критерій Манна-Уїтні; **p – показник значимості для порівняння груп з різною виразністю РН

Табл. 2 демонструє розподіл середніх значень показників ЯЖ хворих на ХОЗЛ залежно від рівня виразності реактивної тривожності. Встановлено, що середні значення усіх параметрів ЯЖ хворих на ХОЗЛ з максимальною статистичною вірогідністю (p<0,001) знижувалися при зростанні виразності рівня РТ. В групі контролю, практично здорові особи зі значимим рівнем РТ (n=4) також відзнача-

лися з високим ступенем вірогідності значно нижчими значеннями показників ЯЖ, окрім ФА, ФБ та ПЗ в порівнянні з особами без симптомів тривоги, (p<0,001).

В залежності від рівню ОТ респонденти були розподілені на три групи порівняння, у яких визначалися середні значення показників ЯЖ. Результати порівняльного аналізу наведені в табл. 3.

Таблиця 2

Розподілення середніх значень показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ залежно від виразності рівня реактивної тривожності

Показники ЯЖ	Середні значення показників ЯЖ, (M±m), бали			χ^2*	p**
	Хворі ХОЗЛ з низьким рівнем реактивної тривожності (n=14)	Хворі ХОЗЛ з помірним рівнем реактивної тривожності (n=114)	Хворі ХОЗЛ з високим рівнем реактивної тривожності (n=78)		
Фізична активність (ФА)	70,0±8,2	54,5±2,7	34,6±3,2	27,15	<0,001
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	36,0±3,7	21,4±9,4	13,1±2,8	18,971	<0,001
Фізичний біль (ФБ)	65,7±2,4	33,4±6,5	33,6±1,8	76,291	<0,001
Соціальна активність (СА)	72,8±1,8	62,3±5,6	56,4±3,2	17,556	<0,001
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	47,1±3,9	28,6±9,1	10,7±2,8	42,690	<0,001
Психічне здоров'я (ПЗ)	53,1±8,3	44,3±2,1	28,0±1,8	26,958	<0,001
Життєздатність (ЖЗ)	69,5±4,9	63,6±1,7	42,5±2,1	52,715	<0,001
Загальне здоров'я (ЗЗ)	41,1±8,1	27,9±1,7	13,5±1,7	34,408	<0,001
Порівняння стану здоров'я з попереднім роком (ПР)	39,3±7,7	36,4±2,3	16,7±1,7	38,347	<0,001

Примітка: χ^2 – непараметричний критерій за методом Н-тесту Крускала-Уолліса для більше як 2 незалежних вибірок;

**p – показник значимості для порівняння груп з різною виразністю РТ

Таблиця 3

Розподілення середніх значень показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ залежно від виразності рівня особистісної тривожності

Показники ЯЖ	Середні значення показників ЯЖ, (M±m), бали			χ^2*	p**
	Хворі ХОЗЛ з низьким рівнем особистісної тривожності (n=14)	Хворі ХОЗЛ з помірним рівнем особистісної тривожності (n=114)	Хворі ХОЗЛ з високим рівнем особистісної тривожності (n=78)		
Фізична активність (ФА)	69,0±9,5	58,5±3,2	36,3±2,6	29,107	<0,001
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	45,0±15,3	35,4±3,8	16,2±2,9	18,520	<0,001
Фізичний біль (ФБ)	61,3±4,8	59,8±2,9	42,6±2,6	28,809	<0,001
Соціальна активність (СА)	63,3±4,8	70,6±2,1	61,8±2,8	4,217	0,121
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	53,3±13,3	43,3±4,3	19,6±3,4	25,500	<0,001
Психічне здоров'я (ПЗ)	63,1±4,5	45,3±2,4	30,3±1,9	33,652	<0,001
Життєздатність (ЖЗ)	71,1±6,8	66,3±1,9	45,1±1,7	56,664	<0,001
Загальне здоров'я (ЗЗ)	37,5±4,2	27,9±2,1	17,6±1,9	21,272	<0,001
Порівняння стану здоров'я з попереднім роком (ПР)	45,0±10,4	36,2±2,5	21,1±1,9	24,337	<0,001

Примітка: χ^2 – непараметричний критерій за методом Н-тесту Крускала-Уолліса для більше як 2 незалежних вибірок;

**p – показник значимості для порівняння груп з різною виразністю ОТ

У групі хворих на ХОЗЛ з максимальним ступенем вірогідності (p<0,001) встановлено взаємозалежність усіх показників ЯЖ від виразності синдрому ОТ, окрім показника соціальної активності. Середні значення цього показника були знижені та незначимо відрізнялися в підгрупах з різним рівнем виразності ОТ. Практично здорові особи характеризувалися загалом вищими показниками ЯЖ порівняно із хворими. Але в їх групі також були

виявлені статистично вірогідні (p від <0,001 до 0,011) відмінності за показниками психічного та загального статусів, що характеризували деяке зниження відповідних показників у осіб з високим рівнем виразності ОТ (n=8).

Також встановлено, що суттєвий негативний вплив мають супутні депресивні розлади, які з високим ступенем вірогідності знижують усі параметри ЯЖ хворих на ХОЗЛ, що відображено в табл. 4.

Таблиця 4

Розподілення середніх значень показників ЯЖ у хворих на ХОЗЛ залежно від виразності рівня депресивних станів

Показники ЯЖ	Середні значення показників ЯЖ, (M±m), бали			χ^2 *	p**
	Хворі ХОЗЛ за відсутності депресивних станів (n=54)	Хворі ХОЗЛ з легкими депресивними розладами (n=4)	Хворі ХОЗЛ з субдепресивними станами (n=2)		
Фізична активність (ФА)	51,9±2,3	33,5±5,1	16,0±2,7	20,612	<0,001
Роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ)	30,1±2,9	8,3±2,5	5,0±3,3	9,018	0,011
Фізичний біль (ФБ)	55,5±2,1	33,2±2,7	24,0±3,8	29,852	<0,001
Соціальна активність (СА)	69,7±1,7	50,3±4,9	37,5±7,7	25,152	<0,001
Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (РЕ)	36,4±3,2	11,1±3,3	6,7±4,4	12,951	0,002
Психічне здоров'я (ПЗ)	42,0±1,7	23,6±2,5	18,8±2,6	24,112	<0,001
Життєздатність (ЖЗ)	58,9±1,5	44,3±3,7	33,8±7,9	18,120	<0,001
Загальне здоров'я (ЗЗ)	25,9±1,5	10,4±2,6	10,0±6,7	19,987	<0,001
Порівняння стану здоров'я з попереднім роком (ПР)	32,8±1,8	14,6±2,6	0,0±0,0	37,349	<0,001

Примітка: * χ^2 – непараметричний критерій за методом Н-тесту Крускала-Уолліса для більше як 2 незалежних вибірок;
**p – показник значимості для порівняння груп з різною виразністю РД

В групі практично здорових осіб не було виявлено респондентів з субдепресивними станами та встановлено ознаки легкої депресії лише у 2 осіб. Проте, при порівнянні у них середніх балів за всіма параметрами ЯЖ з такими у здорових осіб без ознак депресивних станів, визначалися вірогідно (р від <0,001 до 0,043) нижчі показники ЯЖ, що характеризують його психологічну компоненту. Однак, так як частка їх в когорті здорових мізерна в порівнянні з тими, що мають соматичну патологію, можна припустити, що формування даного синдрому у хворих є вторинним по відношенню до ХОЗЛ, та як наслідок, ще більше погіршують його вплив на ЯЖ пацієнтів.

6. Обговорення результатів

Оцінка ЯЖ хворих є інтегративним методом, що дозволяє лікарю провести аналіз не лише фізичного стану здоров'я, а й психічної його компоненти, а також ступеню соціальної адаптації пацієнта. ХОЗЛ, як тривало діючий чинник, мав, за даними значний негативний вплив на ЯЖ хворих, що відображалось в зниженні середніх значень усіх її параметрів за анкетною MOS SF-36 порівняно зі здоровими особами (рис. 1) та в цілому узгоджувалося з даними отриманими в інших когортах хворих на ХОЗЛ [3, 12].

Отримані дані, щодо поширеності психоемоційних розладів у хворих на ХОЗЛ корелюють з даними зарубіжних дослідників [9, 11], проте їх увага прикута в більшій мірі до тривожно-депресивних станів, що виникають на тлі ХОЗЛ. За результатами дослідження було встановлено, що серед межових

психоемоційних розладів у даної категорії хворих визначалася також висока поширеність синдрому невротизації (26,2 %). Наявність астено-невротичного синдрому та депресивних станів мала негативний вплив на всі показники ЯЖ у хворих на ХОЗЛ, тоді як в групі практично здорових осіб в більшій мірі впливала лише на психологічну компоненту ЯЖ. Це, на нашу думку, можна пояснити тим, що наявність даних психоемоційних розладів потенціює вплив негативних чинників, зумовлених ХОЗЛ на ЯЖ пацієнтів.

Високий рівень РТ, як гостра реакція організму на стресовий чинник в більшій мірі впливає на загальний стан здоров'я та його психічну компоненту у здорових осіб, тоді як у хворих на ХОЗЛ, окрім усіх ланок етіологічних та патогенетичних його чинників, що впливають на ЯЖ хворих, наявність супутнього клінічно-значимого синдрому РТ посилює цей вплив захворювання на усі компоненти ЯЖ (табл. 2). В той же час, ОТ є стійкою особистісною характеристикою людини, що формується протягом багатьох років та може впливати в більшій мірі на психічну компоненту ЯЖ, що і підтверджують дані дослідження (табл. 3). Однак, перебіг ХОЗЛ поглиблює формування особистісної тривожності до клінічно значимого синдрому у осіб, що відображається у його впливі на всі компоненти ЯЖ хворих.

Таким чином, наявність у хворих на ХОЗЛ супутніх психоемоційних розладів в значній мірі негативно впливає не лише на перебіг захворювання, а й на загальне та психічне здоров'я, як складові ЯЖ, що в свою чергу посилює дезадаптацію їх у суспільстві. Клінічні

особливості хворих на ХОЗЛ за супутніх психоемоційних станів потребують індивідуалізації лікувально-діагностичних підходів та подальшої розробки режимів терапії із включенням засобів психокоригуючої дії.

7. Висновки

1. Хворі на ХОЗЛ характеризуються вірогідно гіршими порівняно зі здоровими особами станом психоемоційної сфери, що проявляється високим рівнем поширеності та важкості тривожних (РТ – 37,9 %, ОТ – у 49,5 % пацієнтів), депресивних (у 16,5 % пацієнтів) та невротичних станів (26,2 % хворих).

2. Хворі на ХОЗЛ статистично значимо відрізняються від здорової популяції в гірший бік за

параметрами фізичного, психічного та соціального статусів якості життя.

3. Супутні до ХОЗЛ синдроми невротизації, реактивної та особистісної тривожності і депресивні стани в значній мірі посилюють негативний вплив ХОЗЛ на всі складові ЯЖ пацієнтів, що свідчить про зниження адаптації їх у суспільстві навіть за стабілізації соматичного стану.

Курация супутніх психоемоційних розладів в структурі комплексної терапії хворих на ХОЗЛ може потенціювати ефекти базисної терапії, поліпшити фізичну, психічну та соціальну компоненти ЯЖ, що в комплексі сприятиме підвищенню рівню контролю над ХОЗЛ.

Література

1. Фещенко, Ю. І. Хронічне обструктивне захворювання легень і супутні депресія та розлади сну [Текст] / Ю. І. Фещенко, Л. О. Яшина, О. В. Поточняк // Український пульмонологічний журнал. – 2013. – № 3. – С. 33–40.
2. Мостовой, Ю. М. Значення дисфункції скелетних м'язів у фенотипуванні хронічного обструктивного захворювання легень [Текст] / Ю. М. Мостовой, А. В. Демчук, В. Л. Побережець // Український пульмонологічний журнал. – 2014. – № 2. – С. 60–62.
3. Mannino, D. M. Prevalence and outcomes of diabetes, hypertension and cardiovascular disease in COPD [Text] / D. M. Mannino, D. Thorn, A. Swensen, F. Holguin // European Respiratory Journal. – 2008. – Vol. 32, Issue 4. – P. 962–969. doi: 10.1183/09031936.00012408
4. Смулевич, А. Б. Транквилизаторы производные бензодиазепина в психиатрии, психосоматике и общей медицине [Текст] / А. Б. Смулевич, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. – М., 2005.
5. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Diseases (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report [Electronic resource]. – WHO, 2017. – Available at: <http://www.goldcopd.com/>
6. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2013. – № 555. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html
7. Психометрические шкалы для оценки депрессий и методика их применения [Электронный ресурс]. – Научный центр психического здоровья РАМН. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/22/chapter/37>
8. Фещенко, Ю. І. Процедура адаптації міжнародного питувальника оцінки якості життя MOS SF-36 в Україні. Досвід застосування у хворих бронхіальною астмою [Текст] / Ю. І. Фещенко, Ю. М. Мостовой, Ю. В. Бабійчук // Український пульмонологічний журнал. – 2002. – № 3. – С. 9–11.
9. Stage, K. B. Depression in COPD – Management and quality of life considerations [Text] / K. B. Stage, T. Middelboe, T. V. Stage, C. H. Sorenson // Journal of COPD. – 2006. – Vol. 1, Issue 3. – P. 315–320. doi: 10.2147/copd.2006.1.3.315
10. Бююль, А. SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей [Текст] / А. Бююль, П. Цефель. – СПб.: ООО «ДиаСофтЮП», 2005. – 608 с.
11. Zhang, M. W. B. Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review, metaanalysis and meta-regression [Text] / M. W. B. Zhang, R. C. M. Ho, M. W. L. Cheung, E. Fu, A. Mak // General Hospital Psychiatry. – 2011. – Vol. 33, Issue 3. – P. 217–223. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.03.009
12. Масік, Н. П. Якість життя та ризик остеопорозу у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень [Текст] / Н. П. Масік // Український терапевтичний журнал. – 2016. – № 1. – С. 68–74.

Дата надходження рукопису 19.04.2017

Довгань Аліна Олександрівна, аспірант, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018
E-mail: alina88dovgan@gmail.com

Константинович Тетяна Володимирівна, доктор медичних наук, професор, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018
E-mail: tvkonstantinovich@yahoo.com