

УДК 616.24-007.272-036.1:159.92

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

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ У РІЗНІ ФАЗИ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра внутрішньої медицини 1
(зав. – член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф. Т.О. Перцева)
вул. Дзержинського, 9, Дніпропетровськ, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of internal medicine 1
Dzerzhinsky str., 9, Dnipropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: yguba.ua@mail.ru

Ключові слова: ХОЗЛ, загострення, ремісія, депресія, тривожність
Key words: COPD exacerbation, remission, depression, anxiety

Реферат. Особенности психического статуса больных хроническим обструктивным заболеванием легких в разные фазы патологического процесса. Перцева Т.А., Конопкина Л.И., Губа Ю.В. Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) имеет значительное влияние на различные аспекты жизни больных вследствие ежедневных симптомов, частых обострений, коморбидных состояний, в частности тревоги и депрессии. В научной литературе встречаются различные данные о связи между частотой возникновения и тяжестью обострений ХОЗЛ с одной стороны, и сопутствующими депрессией и повышенной тревожностью – с другой. Цель нашего исследования – изучить выраженность и частоту депрессии и тревожности у больных ХОЗЛ в фазу обострения и в стабильную фазу у пациентов с разным сроком ремиссии. Было обследовано 108 больных ХОЗЛ, распределенных на две группы. Основная группа – 16 больных ХОЗЛ, обследованных на двух визитах: в фазу обострения и через два месяца после его окончания. Группа сравнения – 92 больных ХОЗЛ, находящихся в стабильной фазе заболевания в течение не менее трех месяцев. Обследование больных включало общеклинические методы, оценку клинических симптомов ХОЗЛ, оценку психического статуса с помощью Госпитальной Шкалы тревоги и депрессии. Было обнаружено, что симптомы депрессии и тревожности у больных ХОЗЛ в фазе обострения более выраженные, чем в стабильную фазу. Определено, что частота депрессии и повышенной тревожности у больных ХОЗЛ имеет тенденцию к снижению через два месяца после разрешения обострения. Также было показано, что у больных ХОЗЛ с сопутствующими нарушениями психостатуса преобладает легкая степень тяжести депрессии и повышенной тревожности. Кроме того, обнаружена корреляционная связь между выраженностью одышки и выраженностью депрессии у больных ХОЗЛ с сопутствующей депрессией в стабильную фазу заболевания.

Abstract. Peculiarities of mental status in patients with chronic obstructive pulmonary disease in different phases of the pathological process. Pertseva T.O., Konopkina L.I., Huba Iu.V. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) has a significant impact on various aspects of life of patients due to of daily symptoms, frequent exacerbations, comorbid conditions, including anxiety and depression. In the scientific literature there are different data on the relationship between the frequency of occurrence and severity of exacerbations of COPD on the one hand and concomitant depression and increased anxiety on the other hand. The aim of our study – to examine frequency and severity of depression and anxiety in patients with COPD exacerbation and in stable phase of the disease in patients with varying terms of remission. We examined 108 patients with COPD, which were divided into two groups. The main group – 16 patients with COPD were examined in two visits: in exacerbation and after two months of its completion. A comparison group – 92 patients with COPD in stable phase of the disease for at least three months. Examination of patients included general clinical methods, evaluation of clinical symptoms of COPD, evaluation of mental status using Hospital Anxiety and Depression Scale. It was found that symptoms of depression and anxiety are more expressed in patients with COPD exacerbation than in the stable phase. It was determined that the frequency of depression and anxiety in patients with COPD tends to decrease in two months after the exacerbation. It was also shown that mild depression and anxiety prevail in COPD patients with impaired mental state. In addition, there was found correlation between severity of dyspnea and depression severity in COPD patients with concomitant depression in the stable phase of the disease.

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) – хвороба, яка має значний вплив на різні аспекти життя хворих внаслідок порушення їх працездатності, функціональних можливостей,

зниження якості життя, чому сприяють як наявність щоденних симптомів, так і часті загострення [5].

Депресія і тривожність є одними з коморбідних станів при ХОЗЛ. Існує думка, що є зв'язок між частотою виникнення та тяжкістю загострень ХОЗЛ з одного боку, та супутніми депресією та підвищеною тривожністю – з іншого [12]. Дослідники вивчали різні аспекти поєднання депресії, підвищеної тривожності з виразністю проявів ХОЗЛ у фазі загострення. Так, визначений вплив депресії і тривожності на частоту й тяжкість загострень, частоту повторних госпіталізацій, встановлений зв'язок виразності депресії та тривожності з виразністю задишки, зв'язок частоти депресії зі статтю і частотою смертності, показано зниження якості життя хворих на тлі депресії та підвищеної тривожності, доведений вплив соціально-економічних факторів на виразність депресії у хворих на ХОЗЛ у фазі загострення [4, 8, 11].

У той же час, дослідниками мало приділялося уваги вивченню змін психічного стану в динаміці – під час загострення та/або після виходу з нього. Крім того, не досліджувалися порушення психостатусу у хворих з різною тривалістю ремісії.

Враховуючи вищенаведене, метою нашого дослідження було вивчити виразність та частоту депресії і тривожності у хворих на ХОЗЛ як у фазу загострення, так і в стабільну фазу у пацієнтів з різним строком ремісії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами було обстежено 108 хворих на ХОЗЛ, розподілених на дві групи.

Основну групу склали 16 хворих на ХОЗЛ (чоловіків – 14 ($85,5 \pm 8,3$ %), жінок – 2 ($12,5 \pm 8,3$ %), середній вік – $57,6 \pm 2,1$ року), які були обстежені на двох візитах: візит 1 – у фазу інфекційного загострення ХОЗЛ помірної тяжкості, візит 2 – через два місяці після закінчення загострення.

Групу порівняння склали 92 хворих на ХОЗЛ (чоловіків – 78 ($84,8 \pm 3,7$ %), жінок – 14 ($15,2 \pm 3,7$ %), середній вік – $64,0 \pm 0,8$ року), які знаходилися у стабільну фазу патологічного процесу щонайменше три місяці.

Формулювання клінічного діагнозу ХОЗЛ, визначення фази захворювання, типу та ступеня тяжкості загострення проводили згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року [1].

Усі хворі отримували терапію відповідно до клінічної групи, фази захворювання згідно з Наказом МОЗ України № 555 від 27.06.2013 року [1].

Інформовану згоду на участь у дослідженні підписали усі хворі.

Обстеження хворих включало загальноклінічні методи (оцінку скарг, анамнезу захворювання, загального анамнезу, фізикальне обсте-

ження), 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)) [1, 3, 7], спірометрію з визначенням об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) після проби з бронхолітиком методом комп'ютерної спірометрії на апараті MasterScreen Body/Diff (Jaeger, Німеччина).

Оцінка психічного статусу проводилась за допомогою Госпітальної шкали тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)), яка розроблена для виявлення депресивних і тривожних порушень у хворих соматичного профілю. Шкала HADS складається з 14 пунктів, 7 з яких стосуються виразності симптомів депресії, 7 інших – виразності симптомів тривожності. Оцінка результатів по виразності депресії та тривоги проводиться окремо. Кількість балів 0–7 відповідає відсутності депресії та нормальному рівню тривожності, 8–10 – легкому ступеню депресії та тривожності, 11–15 – помірному ступеню депресії та тривожності, ≥ 16 – тяжкому ступеню депресії та тривожності [6, 9, 10].

Статистична обробка отриманих результатів проводилась з використанням методів біометричного аналізу за допомогою програми STATISTICA 6.1 з використанням 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 квартилями (Me [25–75]) [2].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Клініко-функціональні показники та показники виразності депресії і тривожності мали певні відмінності у хворих основної групи на візитах 1 і 2 та у хворих групи порівняння (табл. 1).

Таким чином, було виявлено, що виразність симптомів ХОЗЛ та рівень ОФВ₁ достовірно не відрізнялись у хворих на початку загострення та через два місяці після загострення. Можна думати, що виразність задишки, яку суб'єктивно відчуває хворий, не завжди відображає тяжкість загострення, а у хворих з тяжким перебігом хвороби свідчить про ступінь вентиляційних порушень, який вже сформувався. Щодо виразності клінічних симптомів, визначених за шкалою САТ, вони мали певну тенденцію до покращення, проте й через два місяці після загострення суттєво не змінилися. Оскільки цей опитувальник значною мірою стосується загального

стану хворих, виразності кашлю, порушення сну, найбільш імовірно, ці показники ще тривалий час не нормалізуються, а в деяких хворих з тяжким перебігом не нормалізуються взагалі, що було показано у групі порівняння. Так, виразність симптомів ХОЗЛ та рівень ОФВ₁ практично не відрізнялись у хворих з різною тривалістю ремісії. У той же час була виявлена тенденція до зменшення виразності симптомів депресії в цілому у хворих через два місяці після

виходу із загострення порівняно з виразністю депресії у цих хворих на початку загострення. Щодо виразності тривожності, було визначено, що цей показник в цілому достовірно вищий у хворих під час загострення, ніж через два місяці після його закінчення. Виразність тривожності в цілому у хворих з нетривалою ремісією достовірно не відрізнялася від виразності тривожності у хворих з тривалою ремісією.

Таблиця 1

Клініко-функціональні показники та показники психічного статусу у хворих основної групи на візитах 1 та 2 і у хворих групи порівняння (M±m)

Групи хворих	Показники				
	рівень задишки за mMRC, бали	виразність симптомів за САТ, бали	ОФВ ₁ (% належної величини)	виразність депресії за шкалою HAD-S, бали	виразність тривожності за шкалою HAD-S, бали
Основна група:					
- візит 1	2,5 [1,5–3]	17,6 ± 1,7	49,7 ± 4,2	6,1 ± 0,8	6,3 ± 1,0
- візит 2	2 [1–3]	14,2 ± 1,5	57,2 ± 5,2	4,0 ± 0,6	3,6 ± 0,8
Група порівняння	2 [1–3]	16,4 ± 0,8	54,2 ± 1,7	5,5 ± 0,3	4,4 ± 0,4
P _{v1-2}	0,372	0,131	0,268	0,052	0,048
P _{o-p}	0,956	0,285	0,491	0,084	0,375

Примітки: 1, 2 – позначення візитів 1 та 2; о – основна група; п – група порівняння.

Щодо частоти депресії та підвищеної тривожності (табл. 2), у хворих на початку загострення вони були виявлені приблизно у третини випадків, а через два місяці після виходу із загострення – приблизно у п'ятої частини осіб,

що статистично не відрізняється від показників у групі порівняння, де депресія та підвищена тривожність були виявлені менше, ніж у одній чверті хворих.

Таблиця 2

Частота депресії та підвищеної тривожності у хворих основної групи на візитах 1 та 2 і у хворих групи порівняння

Групи хворих	Частота депресії за шкалою HAD-S, абс. (% ± m)	Частота підвищеної тривожності за шкалою HAD-S, абс. (% ± m)
Основна група:		
- візит 1	6 (37,5 ± 12,1)	5 (31,3 ± 11,6)
- візит 2	3 (18,6 ± 9,8)	2 (12,5 ± 8,3)
Група порівняння	22 (23,9 ± 4,5)	19 (20,7 ± 4,2)
P _{v1-2} *	0,117	0,084
P _{o-p} #	0,502	0,293

Примітки: 1, 2 – позначення візитів 1 та 2; о – основна група; п – група порівняння.

Стосовно ступеня тяжкості депресії, то за даними індивідуального аналізу із шести осіб, які мали депресію на момент загострення, у чотирьох (66,7%) хворих була депресія легкого

ступеня, у двох (33,3%) – середньої тяжкості. Після виходу із загострення у двох хворих зберігались симптоми депресії легкого ступеня, крім того, в одного хворого депресія легкого

ступеня була виявлена вперше. У групі порівняння з 22 хворих, які мали депресію, легкого ступеня вона була в 15 (68,2%) випадках, середньої тяжкості – у шести (27,3%) осіб, тяжкою – в одного (4,6%) хворого.

Відносно ступеня тяжкості тривожності, індивідуальний аналіз показав, що з п'яти хворих, які мали підвищену тривожність під час загострення, у чотирьох (80%) хворих вона була легкого ступеня, і в одній (20%) особи – тяжкою. Через два місяці після закінчення загострення підвищена тривожність збереглася у двох випадках легкого та середнього ступеня тяжкості. У групі порівняння з 19 хворих з підвищеною тривожністю 13 (68,4%) осіб мали тривожність легкого ступеня, шість (31,6%) хворих – тривожність середньої тяжкості, тривожності тяжкого ступеня виявлено не було.

Таким чином, у хворих на ХОЗЛ із супутніми порушеннями психостатусу незалежно від фази захворювання та строку ремісії переважав легкий ступінь тяжкості депресії та підвищеної тривожності.

Крім того, у групі порівняння був виявлений кореляційний зв'язок між виразністю задишки (за шкалою mMRC) та виразністю депресії ($p = 0,036$), між виразністю симптомів ХОЗЛ (за шкалою CAT) та виразністю депресії ($p = 0,030$) проте не було виявлено кореляції між рівнем ОФВ₁ та виразністю депресії ($p = 0,443$).

ВИСНОВКИ

1. Симптоми депресії та тривожності у хворих на ХОЗЛ у фазі загострення є більш виразними порівняно зі стабільною фазою.

2. Частота депресії та підвищеної тривожності у хворих на ХОЗЛ має тенденцію до зниження через два місяці після закінчення загострення порівняно з початком загострення.

3. У хворих на ХОЗЛ із супутніми порушеннями психостатусу переважає легкий ступінь тяжкості депресії та підвищеної тривожності.

4. У хворих на ХОЗЛ із супутньою депресією у стабільну фазу захворювання виразність задишки корелює з виразністю депресії.

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. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О.Ю. Реброва – Москва: Медиасфера, 2002. – 312 с.

3. 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.] // Укр. пульмонолог. журнал. – 2013. – № 3, додаток. – С. 7–12.

4. Bailey P.H. The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle – COPD Patients' Stories of Breathlessness: "It's Scary /When You Can't Breathe" / P. H. Bailey // Qualitative Health Research. – 2004. – Vol. 14, N 6. – P. 760-778.

5. Barnes P.J. Systemic manifestations and comorbidities of COPD / P. J. Barnes, B. R. Celli // Eur. Resp. J. – 2009. – Vol. 33, N 5. – P. 1165–1185.

6. Brief report Normative data for the HADS from a large non-clinical sample / J.R. Crawford, J. D. Henry, C. Crombie, E. P. Taylor // Br. J. Clin. Psychology. – 2001. – Vol. 40. – P. 429–434.

7. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, man-

agement, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2014. [Internet] – P. 14 – Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf.

8. Impact of Anxiety and Depression on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation Risk / C. Laurin, G. Moullec, S.L. Bacon, K.L. Lavoie // Am. J. Resp. Crit. Care Med. – 2012. – Vol. 185, Iss. 9. – P. 918–923.

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

10. NINDS CDE Notice of Copyright Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) [Internet]. – Available from: https://commondataelements.ninds.nih.gov/Doc/NOC/Hospital_Anxiety_Depression_Scale_NOC_Link.pdf.

11. Pooler A., Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review / A. Pooler, R. Beech // Inter. J. COPD. – 2014. – Vol. 9. – P. 315–330.

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

REFERENCES

1. Order of Ministry of Health of Ukraine N 555 of 06/27/2013. "On approval and introduction of medical and technological documents for standardization of medical care in chronic obstructive pulmonary disease". Kyiv. 2013;1-146. Ukrainian.
2. Rebrova OYu. [Statistical analysis of medical data. Application of software package STATISTICA] Moscow: Mediasphera; 2002. Russian.
3. Feshchenko YuI, Yashyna LO, Dziublyk OIa, Havrysiuk VK. [Chronic obstructive pulmonary disease: etiology, pathogenesis, classification, diagnosis, therapy (draft national agreement)]. *Ukrainskyi pulmonologichnyi zhurnal*. 2013;3:7-12. Ukrainian.
4. Bailey PH. The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle – COPD Patients' Stories of Breathlessness: "It's Scary / When You Can't Breathe". *Qualitative Health Research*. 2004;14(6):760-78.
5. Barnes PJ, Celli BR. Systemic manifestations and comorbidities of COPD. *European Respiratory Journal*. 2009;33(5):1165-85.
6. Crawford JR. Brief report Normative data for the HADS from a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2001;40:429-34.
7. Global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Update 2014. P. 4 Available from: http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jan23.pdf.
8. Laurin C, Moullec G, Bacon SL, Lavoie KL. Impact of Anxiety and Depression on Chronic Obstructive Pulmonary Disease Exacerbation Risk. *American Journal Respiratory Critical Care Medicine*. 2012;185(9):918-23.
9. Julian LJ. Measures of Anxiety State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*. 2011;63(11):467-72.
10. NINDS CDE Notice of Copyright Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Available from: https://commondataelements.ninds.nih.gov/Doc/NOC/Hospital_Anxiety_Depression_Scale_NOC_Link.pdf.
11. Pooler A, Beech R. Examining the relationship between anxiety and depression and exacerbations of COPD which result in hospital admission: a systematic review. *International Journal of COPD*. 2014;9:315-30.
12. Quint JK, Baghai-Ravary R, Donaldson GC, Wedzicha JA. Relationship between depression and exacerbations in COPD. *European Respiratory Journal*. 2008;32:53-60.

Стаття надійшла до редакції
28.12.2015



УДК 618.19-006:615.277:615.065

*И.Н. Бондаренко,
А.В. Прохач*

ОСОБЕННОСТИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
кафедра онкологии и медицинской радиологии
(зав. – д. мед. н., проф. И.Н. Бондаренко)
ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Dzerzhinsky str., 9, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: anna_medicine@mail.ru*

Ключевые слова: рак молочной железы, химиотерапия, гематологическая токсичность, нейтропения, анемия
Key words: breast cancer, chemotherapy, hematological toxicity, neutropenia, anemia

Реферат. Особливості побічних ефектів різних режимів хіміотерапії раку молочної залози. Бондаренко І.М., Прохач А.В. У переважній більшості хворих на рак молочної залози в період проходження поліхіміотерапії реєструються явища системної токсичності, частота і тяжкість яких збільшуються в міру проходження курсів спеціальної лікарської терапії. Автори дослідження поставили мету вивчити особливості